

¿QUÉ CUBRIR

Y QUÉ NO?

Cómo diseñar planes de
beneficios para lograr la
cobertura universal en salud

EDITADO POR
AMANDA GLASSMAN,
URSULA GIEDION Y PETER C. SMITH

Reconocimientos para el libro

¿Qué cubrir y qué no?: Cómo diseñar planes de beneficios para lograr la cobertura universal en salud

“Los recursos siempre son escasos —un plan de beneficios justo, transparente y basado en evidencia es la herramienta más importante para justificar el uso de recursos limitados y así alcanzar una verdadera cobertura universal en salud” —.

—Suwit Wibulpolprasert, Ministerio de Salud Pública, Tailandia

“Un libro increíble que desglosa uno de los desafíos más complejos en un formato igualmente accesible para economistas, científicos sociales y responsables de políticas—una lectura obligatoria para aquellos que trabajan en pos de alcanzar la cobertura universal en salud”—.

—Soumya Swaminathan, Directora, Consejo de Investigación Médica de la India

“La cobertura universal en salud a nivel global es una idea inspiradora, pero también debe ser una idea práctica. Este libro ofrece información invaluable de todas partes del mundo, tanto para el diseño de planes de beneficios en salud equitativos, asequibles y de alta calidad, como también, y de igual importancia, para su implementación”.

—Lord Nigel Crisp, ex Director Ejecutivo, Sistema Nacional de Salud de Inglaterra

“Este libro aborda un interrogante importante: ¿qué servicios se pueden brindar y cuáles no, teniendo en cuenta las limitaciones existentes en los recursos de salud? Dado que la respuesta depende de cada contexto, es necesario establecer principios y métodos que nos permitan decidir lo que se debería cubrir y lo que no con los fondos públicos disponibles”.

—Wei Fu, Directora General, Centro Nacional de Investigaciones para el Desarrollo de China

“Muchos responsables de políticas suelen hacer hincapié en ‘quién está cubierto’ cuando se habla de cobertura universal en salud. Sin embargo, la segunda dimensión, es decir, ‘qué se cubre,’ merece mayor atención, tal como se argumenta en este libro de manera exitosa. Además, este libro ofrece asesoramiento práctico sobre quiénes deberían intervenir, qué se debería tener en cuenta y cómo podríamos lograrlo”.

–Reinhard Busse, Profesor de Gestión de la Atención en Salud,
Technische Universität de Berlín

“Esta oportuna publicación ofrece un análisis crítico además de estrategias concretas imprescindibles para que los líderes de salud puedan diseñar planes de beneficios equitativos y de gran alcance, esenciales para lograr la cobertura universal en salud y el ODS n.º 3, y transformar las promesas políticas en un sistema de atención en salud centrado en las personas”.

—Felicía Knaul, Directora, Instituto de Estudios Avanzados de las Américas,
Universidad de Miami

“Uno de los grandes desafíos para lograr una cobertura universal en salud en América Latina y el Caribe es la diferencia entre lo que se promete y lo que realmente se ofrece, es decir, entre lo que la gente espera y lo que recibe en realidad. Los planes de beneficios en salud, al hacer explícito lo implícito, se tornan sumamente importantes en relación con este tema”.

–Adolfo Rubinstein, Fundador y Director General, Instituto
de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), y Director,
Centro de Excelencia en Salud Cardiovascular para América del Sur del IECS

“*¿Qué cubrir y qué no?: Cómo diseñar planes de beneficios para lograr la cobertura universal en salud* proporciona una guía accesible y extensa sobre las principales cuestiones políticas relacionadas con los planes de beneficios en salud. Este libro es una lectura obligatoria para los formuladores de políticas y profesionales de la salud que buscan elaborar una hoja de ruta hacia la cobertura universal y mejorar, al mismo tiempo, la eficiencia, equidad, transparencia y sostenibilidad de los sistemas de salud”.

–Midori de Habich, ex Ministra de Salud, Perú

¿QUÉ CUBRIR Y QUÉ NO?

¿QUÉ CUBRIR Y QUÉ NO?

*Cómo diseñar planes de beneficios para
lograr la cobertura universal en salud*

Editado por
Amanda Glassman,
Ursula Giedion y
Peter C. Smith



Centro para el Desarrollo Global

2055 L St. NW Washington DC 20036

www.cgdev.org

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo ni en parte, ni transmitida de ninguna manera ni por ningún medio sin permiso previo por escrito del Centro para el Desarrollo Global.

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

Nombres: Glassman, Amanda, 1970– editora. | Giedion, Ursula, editora. | Smith, Peter (Peter C.), editor. | Centro para el Desarrollo Global, organismo emisor.

Título: ¿Qué cubrir y qué no?: Cómo diseñar planes de beneficios para lograr la cobertura universal en salud/editado por Amanda Glassman, Ursula Giedion y Peter C. Smith.

Descripción: Washington DC: Centro para el Desarrollo Global, [2017] | Incluye referencias bibliográficas e índice.

Identificadores: LCCN 2017019856 (print) | LCCN 2017021073 (ebook) | ISBN 9781944691059 | ISBN 9781933286891 (pbk.)

Temas: | MESH: Universal Coverage—economics | Insurance Benefits—economics | Universal Coverage—ethics | Insurance Benefits—ethics | Cost-Benefit Analysis- Cobertura universal—economía | Prestaciones del seguro médico—economía | Cobertura universal—ética | Prestaciones del seguro médico—ética | Análisis de costo-beneficios

Clasificación: LCC RA412 (ebook) | LCC RA412 (print) | NLM W 225.1 | DDC 368.4/2—dc23

LC registro disponible en <https://lccn.loc.gov/2017019856>

9 8 7 6 5 4 3 2 1

CONTENIDO

<i>Prólogo</i>	ix
Lord Darzi of Denham y Kalipso Chalkidou	
<i>Agradecimientos</i>	xi
<i>Prefacio</i>	xiii
<i>Acerca de este libro</i>	xv
INTRODUCCIÓN El plan de beneficios en salud:	
Llevar la cobertura universal en salud de la retórica a la realidad	3
Amanda Glassman, Ursula Giedion y Peter C. Smith	
Comentario del formulador de políticas	
Revisar y reformular: ¿Cómo los planes de beneficios explícitos han ayudado a México a avanzar hacia la cobertura universal en salud?	24
Eduardo González-Pier	

PARTE I

GOBERNANZA Y PROCESOS

Las bases de una política para planes de beneficios en salud

Introducción	28
Ursula Giedion	
1 Definiendo las reglas del juego: Principios de buena gobernanza para el diseño y revisión de planes de beneficios en salud	36
Ursula Giedion y Javier Guzmán	
2 Seguimiento del plan de beneficios desde su formulación hasta su puesta en práctica: Monitoreo y evaluación	73
Ricardo Bitrán	
3 Gestión del dinero: Consideraciones fiscales y presupuestarias para el plan de beneficios	104
Amanda Glassman	
Comentario del formulador de políticas	
En un esfuerzo por alcanzar un seguro nacional de salud, Sudáfrica evalúa su plan de beneficios	123
Mark Blecher y Yogan Pillay	

PARTE II

LLEVAR LAS IDEAS AL PAPEL**Métodos para seleccionar un plan de beneficios que funcione**

	Introducción	127
	Peter Smith	
4	¿Cuánta salud por el dinero disponible? El uso de análisis de costo-efectividad para respaldar decisiones sobre el plan de beneficios	135
	Mark Sculpher, Paul Revill, Jessica M. Ochalek y Karl Claxton	
5	Beneficios más allá de la salud: Evaluar la protección de riesgos financieros y la equidad a partir de un análisis extendido de costo-efectividad	167
	Stéphane Verguet y Dean T. Jamison	
6	Comparando peras con manzanas: Estrategias para sopesar la salud frente a otros valores sociales	182
	Alec Morton y Jeremy A. Lauer	
7	Como pez fuera del agua: Abordar intervenciones del sector salud con beneficios no relacionados con la salud	206
	Rachel Silverman	
8	¿A qué precio? Cómo costear el plan de beneficios en salud	218
	Cheryl Cashin y Annette Özaltın	
9	Más allá de la costo-efectividad: Limitaciones de los sistemas de salud para brindar un plan de beneficios	238
	Katharina Hauck, Ranjeeta Thomas y Peter C. Smith	
10	Desde una perspectiva más amplia: Herramientas de optimización de recursos para el diseño del PBS	254
	Marelize Görgens, Janka Petravic, David J. Wilson, and David P. Wilson	
11	¿Fuentes confiables? Producción, selección e implementación Evidencia para informar el plan de beneficios en salud	278
	Neil Hawkins, Robert Heggie y Olivia Wu	
	Comentario del formulador de políticas	
	Al enfrentar estrictas restricciones fiscales, de recursos humanos y de evidencia Malau replantea su plan de beneficios	291
	Gerald Manthalu, Dominic Nkhoma, Jessica M. Ochalek, Andrew Phillips y Paul Revill	
	Comentario del formulador de políticas	
	Más que una lista: Reformular el plan de beneficios de salud de un país— un enfoque riguroso para afrontar los costos de la sobreutilización	298
	Yot Teerawattananon, Waranya Rattanavipapong, Benjarin Santatiwongchai, Thanaporn Bussabawalai, Kittiphong Thiboonboon y Saudamini Dabak	

Comentario del formulador de políticas	
Comenzar por la lista de medicamentos esenciales: Cómo la agencia PHARMAC de Nueva Zelanda prioriza y adquiere beneficios farmacéuticos	315
Thomas Wilkinson	

PARTE III

DECISIONES DIFÍCILES

Consideraciones éticas, de derechos y de economía política al definir los beneficios

Introducción	321
Amanda Glassman	
12 El establecimiento de prioridades como política: Un marco de economía política para analizar la toma de decisiones sobre el plan de beneficios en salud	325
Jesse B. Bump y Angela Y. Chang	
13 Una cuestión de principios: Incorporar la ética y la equidad en las políticas de salud	340
Carleigh Krubiner y Ruth Faden	
14 El derecho a la salud y el plan de beneficios: Considerar el derecho a la salud al diseñar un plan	382
Rebecca Dittrich, Leonardo Cubillos, Lawrence Gostin, Kalipso Chalkidou y Ryan Li	
Comentario del formulador de políticas	
El plan garantizado de beneficios en salud de Chile enfrenta desafíos políticos	402
Antonio Infante	
<i>Recursos adicionales</i>	406
<i>Colaboradore</i>	410
<i>Glosario</i>	418
<i>Índice</i>	423

PRÓLOGO

Professor the Lord Darzi of Denham, *Director del Institute of Global Health Innovation*

Kalipso Chalkidou, *Directora del Global Health Policy y Senior Fellow del Centro para el Desarrollo Global*

Este libro es el resultado del esfuerzo de muchos años de destacados académicos, profesionales de primera línea y formuladores de políticas de todo el mundo. Constituye la primera guía en abordar uno de los aspectos prácticos, metodológicos y morales más soslayados en el camino que deben transitar los países hacia la cobertura universal en salud (CUS): Esta guía llega en el momento oportuno. Dadas las restricciones actuales en los presupuestos de ayuda de los países de ingresos altos y a raíz del escepticismo persistente que albergan las economías emergentes con respecto a las ganancias que ofrecen las inversiones en salud en comparación con otras prioridades, como la educación o el medio ambiente, los responsables de formular políticas requieren asesoramiento para diseñar planes de beneficios en salud asequibles, equitativos y de buena calidad para sus ciudadanos. Estos planes deben cubrir necesidades específicas y brindarse en un contexto realista. Además, es necesario calcular su costo y demostrar que su financiación es factible de acuerdo con los recursos disponibles. A fin de que esta guía resulte útil y relevante para los

creadores e impulsores de políticas de salud (entre ellos, políticos, responsables de presupuestos y entes reguladores de países en desarrollo comprometidos a alcanzar la CUS), debe ser rigurosa desde un punto de vista metodológico y debe abordar los desafíos que probablemente enfrenten estos agentes durante su implementación.

Este libro se desarrolló en gran medida para este público en particular. En este se exponen experiencias concretas y conocimientos profundos sobre la teoría y la práctica de la formulación de políticas basada en evidencia. Además de incluir capítulos sobre métodos de evaluación económica y marcos éticos, legales y de gobernanza, este libro presenta estudios de caso y testimonios de tesorerías nacionales y fondos de seguros médicos, centros de investigación y grupos de universidades que trabajan en estrecha colaboración con distintos gobiernos, como por ejemplo aquellos de Malawi, Sudáfrica y Vietnam.

El libro se desarrolló bajo el auspicio de la International Decision Support Initiative (iDSI), una iniciativa internacional que brinda asistencia para la

toma de decisiones en torno a la salud. Esta iniciativa fue impulsada en 2012 luego de la publicación de un informe realizado por el Centro para el Desarrollo Global que se centraba en el establecimiento de prioridades para una mejor inversión en salud. Dirigida por el Institute of Global Health Innovation del Imperial College London, la iniciativa iDSI aboga por “mejores decisiones para una mejor salud”. Puesto que la CUS puede resultar un mecanismo único para la redistribución de recursos en salud, y tal redistribución puede alcanzarse más fácilmente a través de procesos localmente relevantes, equitativos y basados en evidencia, la iDSI se diseñó como una asociación multidisciplinaria conformada por profesionales e investigadores de todo el mundo. Esta asociación recibe el apoyo del Ministerio de Desarrollo Internacional del Reino Unido y la Fundación Bill y Melinda Gates y cuenta con socios principales en el Ministerio de Salud Pública de Tailandia y su Programa para la Evaluación de Tecnologías e Intervenciones en salud (Health Intervention and Technology Assessment Program), la Universidad de Witwatersrand de Sudáfrica, el Centro Nacional de Investigaciones para el Desarrollo de China y el Centro para el Desarrollo Global de Washington, DC. La iDSI ha ayudado al gobierno de India a evaluar la importancia de la tecnología médica en los planes de seguros de salud estatales y nacionales, y ha brindado asesoramiento a la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de China para crear una red de investigación de políticas de salud y evaluación de tecnologías que comprende treinta universidades y más de diez departamentos de salud provinciales. Ha trabajado con el Departamento Nacional de Salud de Sudáfrica para implementar la visión de la CUS de forma equitativa y económicamente sostenible, y también con las autoridades de Vietnam para revisar y racionalizar el plan de beneficios de dicho país. Además, ha ayudado al Sistema Nacional de Salud de Indonesia a tomar una decisión con respecto a la conveniencia de

financiar intervenciones de prevención y a determinar cómo cubrir medicamentos por fuera del plan de financiación. Por supuesto que en todas estas iniciativas se ha requerido evidencia para diseñar enfoques exitosos, en forma de evidencia clínica y económica; evidencia sobre viabilidad, que incluye el costo total en relación con los fondos disponibles; evaluaciones de aceptabilidad cultural; evidencia sobre las prioridades del gobierno y el reconocimiento de aquellas oportunidades que permitirían llevar a cabo estas iniciativas.

Aún queda mucho por hacer. El equipo de la iniciativa iDSI tiene previsto utilizar este material para dictar distintos cursos, entre los que se incluyen cursos masivos en línea o ejercicios de simulación utilizando presupuestos hipotéticos y reales; además, se utilizará para enlaces en tiempo real con GEAR, una base de datos innovadora que almacena y direcciona preguntas sobre evaluaciones económicas de intervenciones de salud a los encargados de formular políticas, y por último, se empleará también para publicaciones en el portal F1000 Research de la iDSI, una nueva plataforma de libre acceso para el intercambio de conocimientos. La información que contiene este libro ha permitido ofrecer capacitaciones en Sudáfrica a colegas de seis países de África subsahariana, entre los que se encuentran formuladores de políticas de la República de Sudáfrica. Además, el equipo tiene previsto llevar a cabo otras iniciativas en India y África occidental. Algunos miembros de este equipo también realizarán un compendio de estudios de caso utilizando ejemplos reales, tanto buenos como malos, de distintos países, para crear de este modo un documento vivo que pueda ampliarse y adaptarse con el objetivo de acumular experiencia y orientar investigaciones, así como también de brindar información para la práctica.

Esperamos que el Institute of Global Health Innovation pueda ser un catalizador para estas iniciativas y que podamos aprender de nuestros colegas y

luego aplicar estos aprendizajes en nuestro Sistema Nacional de Salud, que muchas veces enfrenta los mismos desafíos para mantener niveles elevados de calidad, asequibilidad y acceso.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos enormemente a los autores de los capítulos quienes aportaron la mayor parte del contenido de este libro y quienes esperaron pacientemente las revisiones y realizaron modificaciones según los comentarios y sugerencias incluidos en estas. Se menciona a cada uno de ellos en la sección de colaboradores.

Extendemos nuestro profundo agradecimiento a quienes participaron y colaboraron en tres mesas redondas que se llevaron a cabo con responsables de formular políticas de países de ingresos bajos y medios que en ese momento se encontraban lidiando con el diseño y la adaptación de planes de beneficios en salud. Gran parte del contenido y de los buenos ejemplos se han obtenido de las siguientes personas: Vivian Addo-Cobbiah, El Houcine Akhnif, Ruby Jackie Ewusiwa Awittor, Patrick Banda, John Basa, Eyerusalem Animut Bekele, Paolo Belli, Maxim Berdnikov, Mark Blecher, Samuel Boateng, Usa Chaikledkaew, Kanitsak Chantrapipat, Nikunja D. Dhal, Samantha Diamond, Ijeoma Edeka, Wanna Eiadprapan, Stephanus Fourie, Zenebech Gella Gonfa, Juana Gonzalez, Javier Guzman Cruz, Abduljel Reshad Husen, Fachmi Idris, Henry Irunde, Aris Jatmiko, Iain Jones, Mpuma Kamanga, Bilgehan Karadayi, Aparna Kollipara, Kalsum Komaryani, Bijana Kozlovic, Carleigh Krubiner, Leizel Lagrada, Trudy Leong, Ruth Lopert, Yasteel Maharaj, Gerald

Manthalu, Siana Mapunjo, Robert Marten, Dwi Martiningsih, Finn McGuire, Salih Mollahliloglu, Jeanette Vega Morales, Ghufron Mukti, Nguyen Khanh Phuong, Giota Panopoulou, Yogan Pillay, Ruzdani E. Rashivhetshele, Jane Riddin, R. Maya Amiarny Rusady, Martin Sabignoso, Alice Sabino, Rajeev Sadanandan, Sudigdo Sastroasmoro, Andreas Seiter, Netnapis Suchonwanich, Jeanne-Marie Tucker, Anelise Wolmarans, Beth Woods y Elias Asfaw Zageye. Otorgamos un agradecimiento especial a Fernando Regalia y al Banco Interamericano de Desarrollo por la información y el apoyo proporcionados que han permitido enriquecer el contenido del libro con ejemplos de América Latina.

Agradecemos especialmente a los socios de la International Decision Support Initiative (iDSI) del Imperial College London (Kalipso Chalkidou, Francoise Cluzeau, Francis Ruiz, Ryan Li, Reetan Patel, Susie Colville, Laura Morris, Derek Cutler, Else-Marije Krajenbrink y Laura Downey), del programa Health Intervention and Technology Assessment Program de Tailandia (Yot Teerawattananon, Sripen Tantivess, Waranya RattanaVIPapong, Alia Luz, Nattha Tritasavit y Benjarin Santatiwongchai) y del programa PRICELESS de la Universidad de Witwatersrand de Sudáfrica (Karen Hofman, Thomas Wilkinson, Aviva Tugenhaft y Wendell Westley). Los socios de la iDSI no solo realizaron aportes al

contenido del libro, sino que también colaboraron en reuniones con los participantes, publicaciones, mensajería, entre otros. Agradecemos a la Junta Directiva de la iDSI (Anthony Culyer, Robert Newman, Suwit Wibulpolprasert, Martha Gyansa-Lutterodt, Hongwei Yang, Julia Watson, David Wilson, Damian Walker y Natalie Phaholyothin) por su apoyo y sus observaciones que contribuyeron al resultado final de este libro. Extendemos nuestro agradecimiento también al Centro para la Economía de la Salud de la Universidad de York por su colaboración y sus comentarios, y por organizar una sesión sobre planes de beneficios en la Asociación Internacional de Economía de la Salud (Anthony Culyer, Paul Revill, Mark Sculpher, Karl Claxton y Jessica Ochalek). En su conjunto, poseen el mayor conocimiento y experiencia en el mundo sobre cómo establecer prioridades para el gasto público en salud, y siempre es un privilegio y un honor trabajar con ellos. Este libro fue escrito y producido por socios de la iniciativa iDSI.

Agradecemos a Roxanne Oroxom y Yuna Sakuma, y especialmente a Rebecca Forman, coordinadora del programa para salud global del Centro para el Desarrollo Global (CDG), quienes organizaron mesas redondas y seminarios, gestionaron manuscritos, estuvieron a cargo de las referencias y se aseguraron de que cumpliéramos con la agenda, al menos la mayor parte del tiempo. Brindamos nuestro agradecimiento a Rachel Silverman, analista sénior de políticas del CDG, quien además de ser la autora de uno de los capítulos, colaboró en una sesión grupal de un taller y realizó ediciones de último momento a varios capítulos. Gracias al equipo de comunicaciones del CDG dirigido por Rajesh Mirchandani y a nuestra gerente de publicaciones Emily Schabacker.

Por último, agradecemos el apoyo económico y las observaciones técnicas de la iDSI del Imperial College London (2016–a la fecha) y del NICE Internacional (2013–16), apoyados por la Fundación Bill y

Melinda Gates, la Fundación Rockefeller y el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido.

Todos los errores y omisiones son responsabilidad de los autores y editores.

Información adicional

El Centro para el Desarrollo Global es un centro de pensamiento e investigación independiente y no partidista. Los condicionamientos o limitaciones sobre las investigaciones, hallazgos, conclusiones o publicaciones resultantes llevados a cabo por el CDG no están sujetos a los fondos recibidos. Cuando procede, el CDG acepta y considera las opiniones y los comentarios de los donantes; sin embargo, guarda total discreción y mantiene la autoridad final para tomar decisiones sobre los programas, temas de proyectos de investigación, oradores y participantes de las actividades, y contenidos de los informes y libros. Si desea obtener más información sobre el CDG puede visitar nuestro sitio web: www.cgdev.org.

PREFACIO

Los sistemas de salud de los países de ingresos bajos y medios están atravesando cambios importantes. Las sociedades se están enriqueciendo y de este modo también están perdiendo su elegibilidad para recibir ayuda económica. Al mismo tiempo, la carga de la enfermedad está pasando a concentrarse en las enfermedades crónicas no transmisibles. Los avances tecnológicos y los nuevos descubrimientos apuntan cada vez más a que la carga de la enfermedad es prevenible. Asimismo, aquellos ciudadanos que poseen un nivel educativo elevado, cuyo número está en ascenso, están mejor informados y, por lo tanto, demandan más y mejor atención médica.

Los gobiernos han dado una respuesta: la cobertura universal en salud, un conjunto de servicios básicos de salud de buena calidad al que todos los ciudadanos tienen derecho y que ya ocupa un lugar destacado en la agenda. No obstante, luego de la retórica política, los responsables de formular políticas deben enfrentarse a la dificultosa tarea de ajustar la cobertura a los costos y presupuestos existentes.

Desde 2011, el programa de salud global del Centro para el Desarrollo Global tiene como objetivo brindar asesoramiento práctico sobre cómo mejorar la relación calidad-precio para los procesos de toma de decisiones e inversiones en salud global. El equipo de trabajo de Priority-Setting Institutions for Global Health del CDG dio origen a la International Decision Support Initiative (iDSI). En 2014–2015, el equipo de trabajo de More Health for the Money del CDG se propuso definir medidas de eficiencia

claves para la financiación de la salud global con el fin de generar un mayor impacto en la salud. Se implementaron, además, recomendaciones modestas en el Fondo mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.

Este libro representa nuestra más reciente contribución dirigida a mejorar la relación entre los beneficios recibidos y el valor que se paga por ellos a través de inversiones en salud global.

A pesar de los avances significativos en materia de salud alcanzados en las últimas dos décadas, actualmente, en los países de África subsahariana de cada \$16 per cápita que los gobiernos destinan a la salud, menos de un tercio está dirigida a los servicios que han demostrado ser más costo-efectivos.¹ La evidencia existente a nivel mundial revela que asignar los recursos públicos a aquellos productos e intervenciones altamente costo-efectivos puede marcar una gran diferencia en la salud global. India, por ejemplo, logró disminuir el número de muertes en casi un 30 por ciento redistribuyendo los fondos del presupuesto público.² Con un aumento en las inversiones, la mayoría de los países en desarrollo podrían reducir las tasas de mortalidad materno-infantil por enfermedades infecciosas a los niveles que registran hoy los países de ingresos medios con mejor desempeño, lo que a su vez permitiría alcanzar “una gran convergencia en términos de salud global”.¹

1 . <http://globalhealth2035.org/sites/default/files/report/global-health-2035.pdf>

Este libro propone formas prácticas para que los gobiernos y sus aliados en salud global puedan lograr más avances a pesar de los escasos recursos, llevando a cabo acciones concretas y basadas en evidencia que permitan definir y ajustar planes de beneficios en salud explícitos, a través de procesos justos y transparentes. Así como en la ciencia y el arte, implementar una política de beneficios en salud efectiva será un esfuerzo constante. Esperamos que este libro sea el inicio de un enfoque más minucioso y sistemático para la asignación de recursos en el sector salud, que genere impactos en donde más se necesita, es decir, en la salud misma.

Masood Ahmed
Presidente del
Centro para el Desarrollo Global

ACERCA DE ESTE LIBRO

¿Vacunar a los niños contra el neumococo o financiar cirugías para salvar la vida de pacientes cardíacos? ¿Cubrir los costos de diálisis para pacientes con insuficiencia renal o destinar recursos a la prevención de condiciones de salud que conducen a la falla renal en primer lugar? ¿Cuánto se puede hacer en cada caso? Los formuladores de políticas que deben lidiar con restricciones en los presupuestos de salud enfrentan decisiones difíciles como estas constantemente. De igual manera, para muchas personas, las decisiones respecto de su salud son igual de complejas: pagar por un tratamiento médico podría ser inviable o podría llevarlas a la pobreza.

En la actualidad, muchos países de ingresos bajos y medios (PIBM) aspiran a una cobertura universal en salud (CUS), a través de la cual los gobiernos aseguran el acceso a servicios de salud de calidad para todas las personas sin riesgo de empobrecimiento. Sin embargo, para que la CUS sea un hecho, los servicios que se ofrezcan deben ser consecuentes con los recursos disponibles, y esto implica que los responsables de formular políticas tomen decisiones difíciles todos los días, decisiones que podrían suponer la vida o la muerte para aquellas personas afectadas por alguna condición de salud o enfermedad. Esta situación se acentúa aún más en los PIBM, en donde, si bien el gasto público en salud viene en aumento, este

continúa siendo extremadamente bajo, y la demanda por servicios no cubiertos crece rápidamente.

Este libro, *¿Qué cubrir y qué no?: Cómo diseñar planes de beneficios para lograr la cobertura universal en salud*, sostiene que un plan de beneficios en salud (PBS) explícito, es decir, una lista definida de servicios que serán financiados mediante recursos públicos, es un elemento fundamental para establecer un sistema de salud sostenible y eficaz. Las contribuciones realizadas por destacados expertos en análisis y políticas consideran varios aspectos relacionados con la gobernanza, los presupuestos, las metodologías, la economía política y la ética, necesarios para decidir “qué cubrir y qué no” (es decir, qué servicios son imprescindibles para que un PBS sea exitoso y cuales son deseables, pero no esenciales) de una manera justa, basada en evidencia y sostenible en el tiempo. Por lo tanto, este libro tiene como objetivo estar al alcance directo de aquellos responsables de la formulación de políticas y sus asesores, quienes son los encargados de “diseñar planes de beneficios” o de “actualizarlos” como parte de las reformas necesarias para alcanzar la CUS; así como también de quienes necesitan información acerca de los principios básicos y lo que se ha realizado al respecto en otros países o regiones, y de aquellos que están buscando distintas alternativas para avanzar hacia la consolidación de un

PBS efectivo y basado en una política de cobertura universal en salud.

Los financiadores y defensores externos de la salud a nivel mundial también constituyen el público objetivo de este trabajo. Las personas suelen hablar de los sistemas de salud y de la cobertura universal como algo externo al campo de la salud global, en donde se entiende al concepto de “salud global” como el conjunto de políticas e intervenciones destinadas a reducir el número de enfermedades prevenibles por medio de la vacunación o el VIH/SIDA, y que reciben el apoyo de financiadores externos mediante subvenciones. No obstante, las prioridades que se establecen para los recursos públicos son de gran importancia para los resultados en salud global y serán aún más importantes que la cantidad de ayuda que se reciba, en la medida en que estas representen una parte decreciente del gasto total en salud. Muchas veces, el financiamiento destinado a la mayoría de las atenciones médicas costo-efectivas, tales como las vacunas y las terapias antirretrovirales, no proviene de presupuestos públicos ni de planes de beneficios en salud. A medida que los países de ingresos medios pierden su elegibilidad para recibir apoyo financiero o los financiadores cambian sus políticas, existe el riesgo de que estos servicios fundamentales queden fuera de la lista de subsidios públicos, con consecuencias potencialmente catastróficas e inmediatas para la salud.

Los defensores de la salud global son actores y competidores que intervienen en las decisiones sobre asignación de recursos a nivel mundial y nacional. Este libro intenta demostrar la importancia de implementar procesos justos y métodos rigurosos para maximizar los resultados en salud en los PIBM, en donde se deben tomar decisiones difíciles acerca de la priorización.

Por último, este libro también podría ser útil para la industria de la salud en términos generales, ya que incentiva inversiones en nuevos mercados. En este sentido, el libro plantea que mientras más claros sean

los procesos de toma de decisiones y los criterios para obtener reintegros por un producto, procedimiento o dispositivo, más equitativas serán las condiciones para las empresas competidoras y más claros serán los incentivos para desarrollar productos que cumplan con los criterios de costo-efectividad del sistema de salud de un país determinado.

Creemos que este trabajo constituye un aporte único a un área que por muchas décadas ha sido más arte que ciencia. Las aseguradoras privadas de salud en mercados de altos ingresos entienden desde hace mucho tiempo que definir los beneficios es fundamental para la sostenibilidad de sus negocios. Es necesario que las aseguradoras públicas y los pagadores adopten esta misma visión para que se puedan aprovechar los recursos públicos de la mejor manera posible. A diferencia de las aseguradoras privadas que responden a accionistas y clientes, las aseguradoras públicas y los pagadores deben rendir cuentas a los ciudadanos en cada etapa del proceso.

Aun así, este libro dista mucho de ser exhaustivo, por lo que debería considerarse como un primer paso para comprender y analizar las decisiones que deben enfrentar los sistemas de salud de los PIBM. Algunos de los aspectos que no están incluidos son los siguientes: un análisis más exhaustivo sobre los acuerdos institucionales que respaldan los procesos de gobernanza y de asignación de recursos; un estudio más profundo sobre cómo los planes existentes cubren cargas de enfermedades específicas e intervenciones y tecnologías relacionadas; más información acerca de cómo el diseño de un PBS costo-efectivo puede ayudar en la negociación de precios y en la compra, y una evaluación más amplia de los problemas legales y derechos emergentes que pueden surgir en los sistemas de salud de todo el mundo. Aportamos la mayor cantidad de ejemplos posible de diferentes países sin investigaciones originales realizadas en campo; no obstante, creemos firmemente que se requiere más documentación, investigación y análisis originales, así como un mayor intercambio de experiencias

sobre cómo los distintos sistemas de salud operan sus planes de beneficios.

Este libro no pretende ser un manual técnico sobre cómo llevar a cabo evaluaciones de tecnologías en salud o análisis de costo-efectividad; para ello existen otros recursos más exhaustivos relacionados con estos temas. En cambio, el objetivo es situar los métodos para el desarrollo y diseño de PBS en un contexto más amplio y considerar cómo estos podrían implementarse de forma práctica en los procesos de toma de decisiones sobre cobertura en los PIBM.

Por último, cabe destacar que este libro es una recopilación de puntos de vista de distintos autores, expertos y perspectivas disciplinares. Como resultado, cada capítulo está escrito de distinta manera y presenta un enfoque diferente respecto al tema en cuestión. Creemos que esta diversidad es muy útil, ya que fomenta el debate acerca de los distintos problemas científicos, éticos y de gobernanza que surgen al establecer prioridades en los sistemas de salud.

El libro está organizado en cuatro partes, cada una de ellas seguida por comentarios breves escritos por formuladores de políticas involucrados en el desarrollo de nuevas políticas para los PBS. La primera parte ofrece una visión general sobre el resto del libro, en la que se describe por qué es fundamental contar con una declaración explícita de los beneficios que serán financiados mediante recursos públicos para la CUS, y en la que se proporciona un marco teórico para ayudar a definir los pasos necesarios para establecer la CUS. La segunda parte presenta los acuerdos de gobernanza, los problemas presupuestarios y las funciones de monitoreo y evaluación que una política efectiva de PBS deberá considerar. La tercera parte se centra en los métodos, criterios y evidencia que pueden ser y han sido utilizados para diseñar y ajustar planes de beneficios, y menciona brevemente cómo afrontar las limitaciones para llevar a cabo investigaciones, que van desde la escasez de información hasta fallos del lado de la oferta. Esta última parte analiza algunos de los problemas éticos,

de derechos y de economía política que pueden aparecer durante el diseño y ajuste de PBS.

En nuestro sitio web se encuentra disponible un conjunto de recursos educativos complementarios: cgdev.org/health-benefits.



*Una mujer mayor se registra en un plan de salud en Khon Kaen, Tailandia
Créditos: Athit Perawongmetha/Banco Mundial*

¿QUÉ CUBRIR Y QUÉ NO?

INTRODUCCIÓN

El plan de beneficios en salud

Llevar la cobertura universal en salud de la retórica a la realidad

Amanda Glassman

Ursula Giedion

Peter C. Smith

En pocas palabras: La cobertura universal promete cobertura de salud para todos, y el plan de beneficios en salud determina los servicios que el gobierno puede ofrecer y aquellos que los ciudadanos pueden reclamar, según sean las realidades presupuestarias.

Existe un gran interés a nivel mundial por la cobertura universal en salud (CUS): la idea de brindar una serie de servicios básicos de salud de buena calidad, a la que todos los ciudadanos tengan derecho sin importar las circunstancias. Sin embargo, luego de asumir los compromisos políticos, muchos formuladores de políticas deben lidiar con una cuestión fundamental: ¿qué servicios deberían prestarse y bajo qué condiciones? Este libro tiene por objeto proporcionar un marco de referencia, así como también brindar alternativas de implementación para la CUS. Asimismo, ofrece ejemplos sobre cómo puede funcionar en la vida real un plan de beneficios en salud (PBS), es decir, un conjunto de servicios y productos de salud que pueden ser financiados y otorgados a todos los ciudadanos, teniendo en cuenta la situación real de un país en particular.

Este capítulo introductorio presenta el trasfondo político que dio lugar al interés actual que existe en torno a los PBS. Comienza con un breve análisis sobre la CUS y los recursos públicos disponibles para financiar los PBS. Luego, explica el papel que cumplen los planes de beneficios y la importancia de tomar decisiones explícitas en cuanto a su contenido. Al final de este capítulo se incluye un marco que presenta los procesos fundamentales que deberían llevarse a cabo si se pretende definir y otorgar un PBS sostenible a la población, considerando las restricciones financieras, entre otros aspectos. Este marco no pretende ser prescriptivo acerca de cómo deben organizarse estos procesos; sino más bien, reafirma la importancia de implementarlos de alguna u otra manera, sin importar el contexto institucional.¹

Cobertura universal en salud

El interés mundial por la CUS culminó con la publicación del *Informe sobre la salud en el mundo* del 2010 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que trata este tema,¹ y recibió aún más atención cuando la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobó la Resolución A/67/L.36 sobre cobertura universal en diciembre de 2012. En enero de 2016, la ONU adoptó la búsqueda de la cobertura universal en salud como uno de sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible. La OMS establece que la cobertura universal implica garantizar que todas las personas “tengan acceso a servicios integrales de salud, de calidad y efectivos, acordes a sus necesidades”, y al mismo tiempo asegurar “que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras”.² En la práctica, el objetivo de la CUS es garantizar a la población la provisión de ciertos productos o servicios de salud de forma gratuita o mediante tarifa subsidiada.

Es comprensible el interés internacional por avanzar hacia la CUS. Implementada correctamente, esta cobertura mejora el acceso a servicios de salud para muchas personas que de otro modo no podrían hacer uso de ellos y puede fomentar el uso de servicios diseñados para prevenir problemas de salud.³ Asimismo, puede reducir la incidencia de empobrecimiento grave causado por el pago de servicios de salud. Además, al facilitar el acceso a estos servicios, independientemente de la capacidad de pago de la persona, la cobertura universal cumple con un objetivo de equidad ampliamente considerado.⁴ Adicionalmente, al mismo tiempo que fomenta la protección financiera, el avance hacia la CUS permite mejorar los resultados en salud para la población.⁵ La mayoría de los países de ingresos altos cuentan con una forma integral de CUS desde hace ya varias décadas, y cada vez son más los países de ingresos bajos y medios (PIBM) que buscan hacer una transición hacia estos mismos resultados.

Un requisito fundamental de todo sistema de cobertura universal es que los servicios que se pongan a disposición de la población sean consecuentes con los recursos disponibles. Este libro sostiene que la creación de un plan de beneficios en salud explícito es una herramienta política indispensable para cumplir con este requisito. En este capítulo se describen las funciones necesarias para diseñar y ajustar PBS de forma progresiva, dentro de un “marco” que permite establecer y definir qué se debe incluir o excluir en un plan de beneficios. También se exponen las características más relevantes de los sistemas de salud, fundamentales para implementar la cobertura universal, y se explica por qué es necesario implementar un plan explícito. Luego de establecer el marco, el cual comprende diez elementos claves, se ofrecen a modo de conclusión algunas observaciones breves referidas a su implementación.

Fondo de financiamiento de la cobertura universal

Los sistemas de cobertura universal requieren establecer un fondo de financiamiento que permita costear los servicios de salud que se desean brindar. Independientemente del origen específico de dicha financiación, a fin de mantener el principio universal de la CUS, es fundamental que las contribuciones de los ciudadanos sean obligatorias y que no estén vinculadas a su condición de salud, situación de riesgo o capacidad de pago.⁶ Si no se cumplen estos requisitos básicos, tanto la teoría económica como la experiencia práctica demuestran que el mecanismo de aseguramiento podría colapsar o que se podría producir un estancamiento en los avances hacia la cobertura universal.⁷ Por lo tanto, una característica determinante de la cobertura universal es su dependencia de la financiación pública, ya sea a través de impuestos o seudoimpuestos, tales como el seguro social de salud. En la mayoría de los sistemas que han adoptado

la cobertura universal, las contribuciones varían de acuerdo con la capacidad de pago. De este modo, se garantiza que las personas sanas y aquellas que cuentan con recursos económicos financien la prestación de servicios de salud para los enfermos y los pobres.

Un factor limitante muy importante en todo avance hacia la cobertura universal son los recursos que un país puede y quiere poner a disposición para cubrir los servicios de salud “necesarios”. Los países de ingresos altos podrían afirmar que sus recursos les permiten cubrir la mayoría de los servicios médicos fundamentales. Sin embargo, incluso en estos países, hay cada vez más debates acerca de la capacidad de financiar ciertas terapias farmacológicas de alto costo y existe una creciente preocupación general sobre la sostenibilidad futura de los sistemas existentes. Esta tendencia refleja debates más generales de larga data sobre el “racionamiento” de los servicios de salud.⁸ Estos debates son similares, en muchos sentidos, a aquellos que suelen darse en entornos de bajos recursos en donde se considera “priorizar” solo una cantidad limitada de tratamientos para su financiación pública. Aunque la naturaleza de las limitaciones que deben enfrentar los entornos de bajos ingresos es mucho más dramática (solo en 2013 los países de ingresos bajos gastaron en promedio USD 37 por habitante en salud, mientras que esta suma ascendió a USD 4456 en los países de ingresos altos), la economía política de los diferentes grupos de interés que buscan ampliar la cobertura sin tener en cuenta las limitaciones de recursos ni las concesiones que se deban realizar es muy similar en ambos contextos.

Se puede aumentar hasta cierto punto el tamaño efectivo de los fondos de financiamiento ampliando el alcance de la base tributaria y mejorando la eficiencia en la prestación de los servicios. Aun así, ningún país puede ofrecer acceso a todos los tratamientos médicos existentes. Por lo tanto, se deben abordar cuestiones importantes sobre cómo utilizar los recursos disponibles de la mejor manera posible, en especial en los países de ingresos bajos y medios.

En consecuencia, cuando se transita hacia la CUS, surgen tres interrogantes fundamentales: ¿qué servicios deberían ponerse a disposición bajo la CUS?, ¿a quiénes deberían brindarse tales servicios? y ¿qué tarifas (si las hubiera) u otros requisitos deberían aplicarse a aquellos servicios que no se consideran prioritarios dadas las circunstancias?

En la práctica, la imposición de cargos a los usuarios, incluso si estos están por debajo de los precios del mercado, resulta burocráticamente compleja y (si no está correctamente diseñada) puede comprometer los objetivos de la CUS.⁹ Del mismo modo, restringir la CUS o fijar distintas tarifas por grupo socioeconómico o por subgrupo poblacional puede ser una práctica cuestionable desde el punto de vista ético y administrativo. En muchos países, por ejemplo, los gastos administrativos relacionados con el recaudo pueden ser incluso mayores que la suma total de los aportes de dinero realizados por los usuarios, lo que iría en contra del objetivo de ampliar la recaudación fiscal. Además, la práctica de excluir a los trabajadores con capacidad de pago del sector informal de los subsidios destinados a la atención pública ha sido poco exitosa.¹⁰ Algunos han argumentado que la CUS podría limitarse a ciertos grupos vulnerables, como por ejemplo los hogares pobres;¹¹ y que muchos de estos programas dirigidos han logrado mejorar el uso y los resultados en salud de estos grupos específicos. No obstante, con estas políticas se corre el riesgo de dejar de lado al sector más amplio de la población, que financia el programa y, al fin y al cabo, en la mayoría de los casos, la necesidad de igualar los beneficios para los diferentes grupos aumenta con el tiempo, y estos objetivos y restricciones comprometen el principio de universalidad de la CUS.

Por este motivo, en la práctica, las políticas diseñadas para poder avanzar hacia una CUS se han enfocado principalmente en qué servicios deberían ponerse a disposición y bajo qué condiciones, o como el título de este libro lo expresa “¿Qué cubrir y que no?”.

El plan de beneficios en salud

El conjunto de servicios de salud que se pondrán a disposición puede determinarse de forma implícita o explícita, pero existe un requisito contable básico que implica que la dimensión total de este conjunto se verá limitada por los fondos disponibles. Puede parecer obvio, pero la discontinuidad entre los planes de beneficios aspiracionales y los recursos financieros, o de otra índole, que realmente se tienen a disposición es el error más común en los planes de beneficios en salud existentes en los PIBM.¹² Asimismo, es importante distinguir el conjunto de tratamientos *de jure* que se ofrecen en la teoría (definidos tal vez en términos demasiado generales como “todos los servicios necesarios”) del conjunto de tratamientos *de facto* que los pacientes reciben en realidad y que pueden verse fuertemente afectados por factores tales como restricciones presupuestarias, geográficas, culturales, de infraestructura, de recursos humanos, entre otras. Los capítulos de este libro se centran en cómo se podría definir un conjunto de servicios viables correspondientes a una CUS de forma explícita para crear lo que se conoce como un PBS, esto es, un conjunto de servicios que se pueden financiar y brindar de acuerdo con las circunstancias reales de cada país.¹³

Una característica importante de los PBS es que incluyen servicios de manera explícita a fin de que los ciudadanos puedan conocer los servicios que tienen a disposición (e igualmente importante aquellos que no) y que los pagadores puedan evaluar la necesidad de recursos año tras año. Por lo tanto, un PBS debería representar una declaración explícita de los servicios disponibles que garantizan el máximo valor (sin importar cómo se lo defina) de los recursos limitados que se tienen a disposición. Sin embargo, las especificaciones que se estipulan en los PBS explícitos crean algunas dificultades en términos de políticas y de implementación por varias razones:

- Es probable que algunos países no cuenten con las capacidades analíticas y administrativas

necesarias para adoptar un PBS con ciertas garantías.

- Es posible que no se cuente con los datos necesarios para adoptar un PBS o estos pueden estar sujetos a distorsiones y sesgos graves.
- La existencia de restricciones en la prestación de servicios puede impedir que se realicen cambios en el modelo de prestación actual.
- Algunos estatutos legales podrían prohibir la imposición de límites en el acceso a los servicios financiados mediante fondos públicos.
- El hecho de que los PBS deban ser explícitos podría crear tensiones políticas al alienar a ciertos grupos de pacientes o de proveedores de interés.
- Desde la perspectiva del ministerio de asuntos económicos y financieros, establecer derechos a tratamiento explícitos podría tener consecuencias presupuestarias inciertas que podrían solucionarse a través de la imposición de restricciones arbitrarias al acceso (como, por ejemplo, topes presupuestarios o largas listas de espera).

No se debería subestimar la importancia de estas consideraciones. Aun así, una declaración explícita de los servicios que se financian y se ofrecen también presenta numerosos beneficios:

- Crea derechos explícitos para los pacientes que, de no ser así, su acceso a los servicios podría estar determinado en gran medida por profesionales clínicos, lo que en consecuencia podría ocasionar variaciones arbitrarias en el acceso.
- Ayuda a identificar si los fondos se invierten debidamente, esto es, en servicios que proporcionen el máximo beneficio a la sociedad.
- Definir qué servicios se van a prestar facilita la toma de decisiones importantes relacionadas con

la asignación de recursos, tales como la asignación de fondos regionales, y también facilita otras funciones de planificación al crear una condición previa que permite reducir las variaciones en la atención y en los resultados en salud.

- Permite atenerse a los límites presupuestarios de forma sistemática que, de otro modo, se respetarían solo mediante restricciones arbitrarias en el acceso y en los servicios.
- Reduce el riesgo de que los prestadores demanden pagos “informales” por parte de los pacientes como medio para garantizarles el acceso a servicios de alto valor.
- Empodera a los grupos más pobres y marginados a través de los derechos creados, quienes no pueden acceder a información acerca de algún derecho específico sin un PBS explícito.
- Crea las condiciones previas para un mercado de seguros de salud complementarios para los servicios que no están cubiertos, lo que podría aportar numerosos beneficios para el sistema de salud en su conjunto.

Por el contrario, no especificar claramente el contenido del PBS podría generar consecuencias relacionadas con la falta de ética y la ineficiencia. Por ejemplo, en el pasado, un método que se solía aplicar para asignar los recursos era suministrar fondos a los hospitales de los distritos locales con un presupuesto fijo, pero sin una declaración explícita del PBS.¹⁴ Al hacer esto, se garantizaba un control estricto de los gastos sin la necesidad de una declaración de los servicios cubiertos. No obstante, este enfoque dejaba en manos de los hospitales y de los gobiernos locales la decisión de quién debía garantizar el acceso a los servicios, y existía la posibilidad de que esta decisión terminara siendo arbitraria, con consecuencias desfavorables para la eficiencia (mal uso de los fondos) y la equidad. Además, la desconexión entre el

presupuesto explícito del hospital y el PBS implícito incrementaba el riesgo de que los prestadores locales (ya sea de forma explícita o implícita) exigieran pagos informales a los pacientes como forma de asegurar el acceso, exacerbando aún más las inequidades. Por esto, aun si resulta difícil proporcionar evidencia inequívoca, los avances hacia la CUS parecen gestionarse mejor si se cuenta con un PBS en el que las especificaciones son explícitas.¹⁵

En este capítulo se documentan los procesos necesarios para perseguir este objetivo. Adoptar un PBS implica tomar decisiones políticas difíciles y sopesar los reclamos de muchas agrupaciones de pacientes, localidades y proveedores de tecnologías y servicios.¹⁶ Sin embargo, este tipo de decisiones vinculadas a la asignación siempre se van a presentar cuando los recursos son limitados, como es el caso de todos los países del mundo, y hacer que estas decisiones sean transparentes y se basen, en la medida de lo posible, en la mejor evidencia científica sobre beneficios y costos es un requisito importante para mitigar las dificultades políticas que surgen durante el establecimiento de prioridades para la CUS.

En comparación con sus contrapartes de los países de ingresos altos, los responsables de tomar este tipo de decisiones en los PIBM enfrentan retos particularmente difíciles al implementar sistemas de CUS. La fuerte limitación de recursos que deben enfrentar los PIBM intensifica las presiones sobre los procesos de priorización. Los países de ingresos altos pueden desarrollar el PBS dentro de sus sistemas de salud de forma orgánica, con la posibilidad de brindar un plan generoso que incluya las últimas tecnologías a medida que vayan surgiendo, financiándolas a través de aumentos regulares en los presupuestos de salud en consonancia con su crecimiento económico. En cambio, los PIBM se encuentran frente a una gran cantidad de tecnologías y servicios que no pueden financiar con sus niveles de financiación existentes (o previstos). Esta disparidad origina decisiones especialmente difíciles y realza la importancia de que las

intervenciones que se incluyan en el PBS generen un valor agregado, acorde a los objetivos del sistema de salud.

La dependencia de los fondos asignados por donantes en los países de ingresos bajos también puede plantear desafíos para el PBS. Los niveles de financiación disponibles pueden variar año tras año,¹⁷ lo que complica el proceso de planificación a largo plazo necesario para elegir un PBS y avanzar hacia la CUS. Algunas ayudas económicas pueden tener condiciones que impongan ciertas restricciones en las enfermedades y los servicios que se pueden cubrir. En este sentido, los PIBM pueden sentirse presionados para adoptar recomendaciones efectuadas por agencias internacionales, incluso si estas no representaran una prioridad o no fueran costo efectivas para su entorno.¹⁸ Estas recomendaciones podrían “prevenir” el uso de los fondos y restringir la cantidad de recursos disponibles para el resto del PBS, lo que posiblemente origine costos de oportunidad en forma de carga de enfermedad, es decir, costos que podrían haberse evitado si se hubiera asignado la totalidad del presupuesto con la intención de maximizar los objetivos del sistema de salud.

Selección del plan de beneficios en salud

Es importante reconocer que las especificaciones del PBS pueden presentar muchas formas y variar considerablemente en términos de detalle y de especificidad. En un extremo, un PBS podría incluir una lista detallada de los tratamientos específicos y los requisitos que los pacientes deben cumplir para acceder a ellos, tales como indicaciones clínicas o la edad. En el otro extremo, el PBS podría constar simplemente de una especificación general, como es el caso de los tratamientos que se prestan en los centros de atención primaria. Ambos extremos acarrearán riesgos; en el primer caso, riesgos de que el plan presente una

complejidad imposible de manejar, y en el segundo, riesgos de que sea demasiado general y poco claro, que genere la prestación de servicios innecesarios o inapropiados y que haya racionamiento implícito. En la práctica, un PBS útil por lo general adopta un punto intermedio. En 2014, por ejemplo, se hallaron distintos grados de explicitud y detalle en siete países de Latinoamérica.¹⁹

En la medida en que sea viable, se deberían seleccionar los contenidos de un PBS sobre la base de criterios coherentes y transparentes que estén alineados con los objetivos de un sistema de salud. Es completamente posible crear un plan de beneficios que carezca de coherencia o transparencia. No obstante, tal enfoque siempre estará expuesto a la crítica, puesto que favorece indebidamente los intereses de determinados grupos de pacientes, prestadores de servicios o de la industria de tecnologías en salud. Por otra parte, establecer criterios explícitos permite fundamentar por qué se adoptan o rechazan ciertos productos o servicios, y posibilita que los sistemas de salud creen agencias que posean términos de referencia específicos para evaluar servicios y tecnologías. Contar con un sistema bien definido y un conjunto de criterios claves para la toma de decisiones y la reevaluación de la evidencia permite revisar las decisiones adoptadas en torno al PBS cuando se cuente con más dinero disponible o surja nueva evidencia. Estos enfoques son importantes para disminuir los problemas políticos que pueden surgir cuando se adopta un PBS y para asegurar una transición sostenible hacia la CUS.

Asimismo, definir criterios transparentes para la evaluación de tratamientos y servicios permite el debate acerca de cuáles deberían ser los objetivos de los sistemas de salud, cómo establecer prioridades y cómo evaluar el desempeño. En pocas palabras, la transparencia es parte de una buena gobernanza en los sistemas de salud. Por otra parte, la velocidad con la que se avance hacia la CUS se verá limitada en gran parte por los impuestos que los ciudadanos estén dispuestos a pagar para financiar los servicios incluidos

en el plan. Su disposición para contribuir con el financiamiento del sistema de salud se verá fuertemente influenciada por la confianza que tengan en que el dinero será utilizado correctamente, exigiendo alternativas eficientes y justas.

Hacia la construcción de un marco conceptual

El principio que guíe la selección de un PBS debería ser la elección de servicios en función del “valor” que estos ofrecen, en términos de objetivos sociales alcanzados, considerando los costos que supone su prestación. Los economistas han aplicado este principio en el desarrollo de los análisis de costo-efectividad (ACE), que clasifican los tratamientos según sus costos en relación con los beneficios en salud adicionales que estos generan. El uso de ACE y su influencia se han extendido ampliamente, debido a que este instrumento ofrece un enfoque práctico para abordar el problema del establecimiento de prioridades. No obstante, el ACE no es bajo ningún aspecto el único enfoque posible, y los sistemas de salud pueden optar por ampliar este análisis (por ejemplo, incorporando objetivos de equidad adicionales) o reemplazarlo por otras técnicas analíticas. En la Parte II del libro se discuten estos métodos en mayor profundidad. El requisito más importante que todo método debe cumplir es tener como objetivo brindar a la sociedad la mejor relación “calidad-precio” al seleccionar los contenidos del PBS, más allá de la definición que se le otorgue a ese “valor”.

Cabe destacar que esta necesidad de enfocarse en aquellas intervenciones que ofrecen los mayores beneficios se volverá aún más apremiante en el futuro, dado que a nivel mundial se incrementarán las exigencias sobre los sistemas de salud a medida que aumente la expectativa de vida y surjan nuevas tecnologías. Es probable que estos avances auguren mejoras importantes en el bienestar de los

ciudadanos, pero al mismo tiempo, asignen mayores responsabilidades a los gobiernos y organismos para que estos garanticen un uso eficiente de los limitados fondos disponibles. Para esto será necesario llevar a cabo un intenso proceso político que reconcilie las intenciones antagónicas de un gran número de grupos de interés. La implementación de este proceso debe abarcar no solo aspectos estrictamente técnicos relacionados con la coherencia analítica, sino también un amplio rango de funciones necesarias para garantizar que el PBS cuente con un gran apoyo y genere un impacto real. (La Parte I de este libro describe la gobernanza y los procesos del PBS en mayor detalle, mientras que la Parte III se centra en las dimensiones éticas, económicas y de derechos de las políticas del PBS).

Otro aspecto importante es que el PBS no existe de forma aislada. Tal como se señaló anteriormente, si el PBS pretende ser más que una “lista de deseos” de servicios *de jure*, debe informar las distintas funciones de los sistemas de salud, tales como los pagos, la provisión de servicios, la medición del desempeño y la rendición de cuentas. Sin embargo, si no se cumplen estas condiciones, el PBS no será más que un proceso simbólico que no produce un impacto real en los servicios *de facto* a los que los ciudadanos pueden acceder. En este sentido, la “sostenibilidad” debería ser una característica intrínseca del proceso de transición hacia la CUS en el sentido de que (1) el proceso de implementación del PBS es práctico y garantiza un amplio apoyo por parte de proveedores, políticos, ciudadanos y otras partes interesadas; (2) los recursos disponibles son suficientes para financiar el PBS que se ofrece; (3) el PBS produce un impacto real sobre los servicios brindados; (4) existe la posibilidad de ofrecer una cobertura similar (o mejor) en el futuro, según proyecciones razonables acerca de las necesidades, tecnologías y recursos futuros; y (5) los ciudadanos continúan apoyando el principio de la CUS y están dispuestos a contribuir con sus impuestos y otros fondos para financiarlo.

Para que un PBS se considere sostenible debe poseer cuatro características que lo diferencian de otras estrategias de priorización.

1. *Un PBS comprende un portafolio de múltiples servicios, en lugar de servicios o categorías de servicios o tecnologías individuales.* A diferencia de otros instrumentos de políticas utilizados para establecer prioridades que se caracterizan por realizar análisis discretos centrados en una enfermedad o tipo de tecnología (como los medicamentos), el diseño y ajuste de un PBS puede requerir (aunque no en todos los casos) una evaluación de todo el conjunto de servicios cubiertos para determinar la inclusión o exclusión inicial o periódica de servicios nuevos o existentes, de acuerdo con el presupuesto disponible. El portafolio de servicios permite realizar un costeo del plan más integral, vincular el proceso de presupuestación con los pagos y conceptualizar la atención desde la perspectiva de los pacientes. Establecer un portafolio de servicios no significa que el análisis discreto no formará parte del proceso, sino que se debe considerar la totalidad de servicios y productos para alcanzar la CUS. El enfoque de portafolio de servicios es fundamental, puesto que refleja todo el conjunto de servicios que el sistema de salud debe gestionar. El PBS no es un programa o un proyecto, sino la base sobre la que se utilizan otras herramientas o políticas de los sistemas de salud para la prestación de servicios y la rendición de cuentas por los servicios brindados.

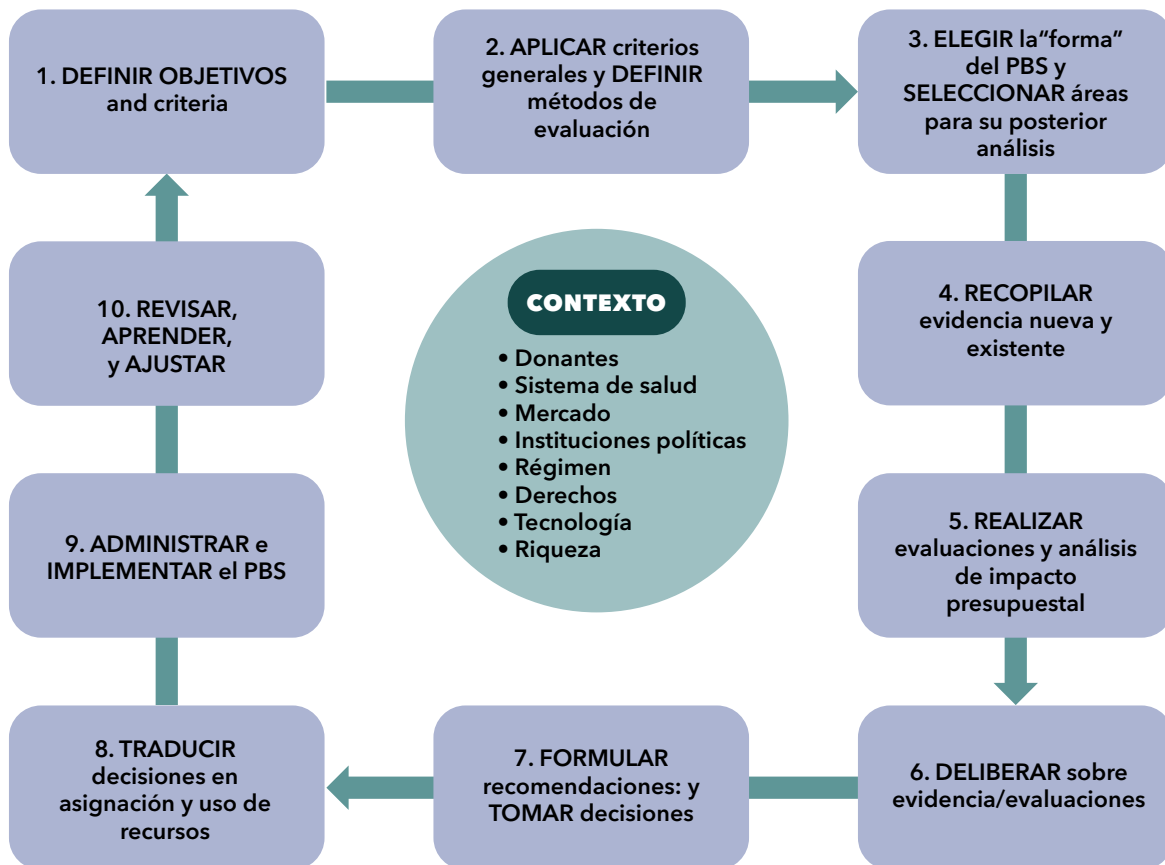
2. *El costeo del portafolio de servicios de un PBS se realizará de manera apropiada utilizando estimaciones de oferta y de demanda calculadas actuarialmente, según proyecciones realistas de utilización presente y futura.* Este requisito es fundamental y es característico de los PBS en países como Chile, Colombia,²¹ Liberia (antes del brote de Ébola de 2014-2015),²² y Tailandia.²³ Por el contrario, en países como Ghana,²⁴ Uganda²⁵ y Perú²⁶ no se ha establecido una relación entre el PBS y la disponibilidad de recursos, ni entre la presupuestación y la agencia pagadora, lo que

genera desequilibrios fiscales y probablemente un racionamiento implícito.

3. *Un PBS sostenible limitará de manera total o parcial la disponibilidad de los productos y servicios que brindará el sistema de salud público o servirá como una garantía de que “al menos” los servicios incluidos en el PBS estarán disponibles.* El PBS de Chile constituye un ejemplo de lo que se denomina un PBS “garantizado” en el que la disponibilidad del conjunto de servicios priorizados para toda la población se encuentra regulada por estándares de oportunidad y subvención total, siguiendo pautas de guías de práctica clínica preestablecidas y elaboradas con base en criterios de costo-efectividad. En este país también se proveen aquellos servicios que no se consideran prioritarios; sin embargo, su prestación está sujeta a criterios de racionamiento implícito a través de listas de espera, disponibilidad de los servicios y otros mecanismos implícitos. Un PBS puede complementarse con una lista negativa, es decir, una lista de intervenciones, servicios y productos que bajo ninguna circunstancia contarán con subvenciones públicas. Por ejemplo, en el pasado, Colombia utilizaba una lista negativa y otra positiva como una estrategia para limitar la demanda de servicios no incluidos en el plan, que tenía lugar debido a vacíos legales sobre determinados medicamentos y procedimientos que se consideraban inefectivos o inseguros.

4. *Un PBS sostenible es un instrumento de políticas vivo que evoluciona, y como tal, debería adaptarse ante el surgimiento de nueva evidencia y nuevas capacidades.* Deberían implementarse mecanismos que permitan llevar a cabo procesos de inclusión y exclusión relativamente constantes y predecibles en el tiempo. Sin embargo, la mayoría de los sistemas de salud aún carecen de este tipo de procesos.²⁷

GRÁFICO 1 Elementos fundamentales para el diseño de PBS



Los 10 elementos fundamentales para la adopción de un PBS

Si se desea implementar un proceso coherente y sostenible para adoptar un PBS acorde con los requisitos resumidos en la sección anterior, es indispensable tener en cuenta 10 aspectos fundamentales. Es importante destacar que no hay una única forma "correcta" de organizar estas funciones, dado que su naturaleza y origen específicos pueden variar considerablemente según el marco político, las decisiones políticas y la naturaleza del sistema de salud. Lo importante es que se hayan implementado las estructuras que permitan llevar a cabo dichas funciones y que operen de manera eficiente y efectiva, y que las

funciones estén alineadas con el objetivo común de adoptar un PBS que garantice el máximo beneficio para la sociedad.

En el Gráfico 1 se presenta un diagrama que ilustra estas funciones e indica cómo podrían ordenarse. En la práctica, es probable que su funcionamiento no sea completamente secuencial; más bien, con esta distribución se pretende mostrar la interdependencia que existe entre las funciones. En la práctica, muchas funciones se llevarán a cabo simultáneamente, y es posible que quienes las implementen necesiten reanudar funciones previas antes de emprender las posteriores. Además, al mostrar este procedimiento como un ciclo, se enfatiza el hecho de que la adopción de

un PBS debe entenderse como un proceso continuo, que requiere constantes revisiones y ajustes a medida que surgen nuevas evidencias, nuevas tecnologías e incluso nuevas preferencias. El motivo por el cual se describe el proceso real e inevitablemente complejo que supone adoptar un PBS como un conjunto de 10 funciones distintas es contribuir al debate y ayudar a los responsables de formular políticas a analizar la efectividad de los planes de sus propios sistemas de salud.

En esta descripción se ofrecen ejemplos tomados de sistemas de salud que enfrentan estos problemas en contextos en donde existen grandes limitaciones de recursos, entre otras restricciones. Esta descripción refleja que el diseño de un PBS es un proceso dinámico de varios pasos que va más allá del uso de evidencia para tomar decisiones sobre lo que debe abarcar la CUS y, de este modo, se busca agregar valor a la literatura y brindar orientación en esta área.

1. Definir objetivos y criterios. El primer paso a la hora de diseñar un PBS es sencillo pero muy importante y, por lo general, ignorado: definir objetivos y criterios generales claros para la selección de prioridades respecto del control de enfermedades y, posteriormente, de los servicios y productos que conforman cada prioridad. En esencia, con este paso, se solicita a los responsables de formular políticas y a los políticos que manifiesten con claridad cuál es el impacto o el uso planeado del PBS. En Argentina, por ejemplo, el objetivo fue proteger a las madres que no tenían seguro y a sus hijos contra la morbilidad y la mortalidad evitables.²⁸ En Vietnam, el PBS actual —en un principio, adoptado para reembolsar a proveedores— debe actualizarse para reflejar la reducción en el financiamiento de donantes para programas verticales de salud pública como el del VIH/SIDA, además de la intención de ampliar la cobertura del seguro.²⁹ En otros países, los PBS se utilizan principalmente para definir el reembolso permitido para medicamentos (Uruguay) o para regular las aseguradoras

(Colombia y Estados Unidos). Establecer objetivos explícitos es una condición *sine qua non* que permite garantizar que haya coherencia en todos los pasos subsiguientes, y es la base para implementar mecanismos de rendición de cuentas que permitan verificar si el PBS responde, tanto en la teoría como en la práctica, a lo que se intentaba lograr inicialmente. Una vez que se hayan establecido los objetivos, se continúa con la definición de criterios generales (no técnicos) para la inclusión o la exclusión de servicios o prioridades para el control de enfermedades. Aquí, los responsables de formular políticas y (en algunos casos, siguiendo el proceso adecuado) los grupos de apoyo y de ciudadanos pueden proponer la lista de criterios generales para orientar al personal y análisis subsiguientes. Por ejemplo, durante la actualización del PBS iniciada recientemente en la República Dominicana, criterios generales de equidad geográfica y socioeconómica, de gravedad y de cantidad de personas afectadas, entre otros, se adoptaron como base para seleccionar prioridades para el control de enfermedades y servicios de inclusión; mientras que las enfermedades no priorizadas y los procedimientos relacionados se racionarían implícitamente.³⁰

2. Aplicar criterios generales y definir métodos de evaluación. Después de establecer objetivos y criterios claros, pero antes de enfocarse de lleno en alguna enfermedad o categoría de servicio específicos, la siguiente tarea —que probablemente lleven a cabo el personal técnico y analistas en lugar de los propios formuladores de políticas— consiste en poner en práctica los criterios generales mediante criterios específicos que se puedan utilizar con métodos de valoración preacordados y técnicamente rigurosos, de modo que cada par enfermedad-servicio se trate de manera coherente desde una perspectiva metodológica. La selección de los métodos se relaciona en gran medida con los objetivos; por ejemplo, si el objetivo es maximizar los resultados en salud, se podría utilizar el ACE como método de evaluación, y los criterios generales

de equidad pueden aplicarse a través de ACE que presenten análisis por grupos. En Tailandia, por ejemplo, el Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) ha publicado un manual de métodos que se utiliza normalmente como referencia para la elaboración de ACE.³¹ Asimismo, Chile ha establecido un algoritmo que consta de varios criterios explícitos utilizados para actualizar periódicamente la cantidad de problemas de salud cubiertos por su plan de beneficios (Plan AUGE).³² Todo método de evaluación que se elija debería respetar cuatro principios claves: ser técnicamente robusto y justificable, reflejar valores sociales, ser fácil de comprender y tener un costo de implementación relativamente bajo.³³ No todos los pares enfermedad-servicio se analizarán utilizando estos métodos, pero la idea es presentar con anticipación alternativas metodológicas justificables que proporcionen una estructura para el proceso de evaluación donde este se considera como viable y necesario por medio de alguna clase de triaje (véase el siguiente elemento).

3. Elegir la “forma” del PBS y seleccionar áreas para su posterior análisis. Debido al amplio abanico de servicios de salud disponibles en el universo de las opciones que podrían incluirse, los responsables de formular políticas deben resolver cómo clasificar servicios en distintas categorías siguiendo algún tipo de norma que permita definir inclusiones o exclusiones prioritarias o tipos de tecnologías. Estas elecciones determinarán la “forma” del PBS, es decir, su estructura, idioma y nivel de detalle. Son elecciones que, con frecuencia, dependen de los usos que se hayan planteado para el plan (presupuestación, pagos, rendición de cuentas u otros). Además, los formuladores de políticas deben definir prioridades durante el propio proceso de priorización y determinar por dónde “comenzar”. Es necesario utilizar algún tipo de triaje para determinar qué pares enfermedad-servicio o qué comparadores son prioritarios para la valoración y la toma de decisiones o para otros

enfoques que permitirán cumplir los objetivos del PBS o que se puedan posponer para más adelante. Una decisión básica es si se debe desarrollar un PBS *de novo* (a partir de un escenario de base cero) o si se deben incluir todos los servicios que se prestan actualmente, y el problema del establecimiento de prioridades será solo incremental (como tomar decisiones año tras año sobre el uso de recursos disponibles que hayan surgido recientemente). Sin importar cuál sea el caso, para que el análisis pueda agregar valor, debe reducir la incertidumbre en la toma de decisiones, donde la información adicional marcará la diferencia a la hora de incluir o excluir un servicio en el plan de beneficios. Por ejemplo, un país como Vietnam, con un producto interno bruto per cápita de USD 5000 anuales, podría excluir de inmediato los medicamentos que no consideren costo-efectivos las agencias de evaluación de tecnologías en salud en países con ingresos mucho más altos, como Francia, Alemania y el Reino Unido. Este tipo de análisis comparativo informal para decidir qué excluir es una estrategia inicial común que permite racionalizar planes de beneficios y no requiere una evaluación profunda. Sin embargo, las intervenciones para la detección de enfermedades comunes y no transmisibles, como la diabetes, pueden estar en una zona gris —quizá sean costo-efectivas o quizá no lo sean y tienen un impacto incierto en el presupuesto, que actualmente no se proporciona sistemáticamente y que amerita un análisis más extenso—. ³⁴ De manera similar, los países que están adoptando PBS con objetivos orientados a enfermedades específicas pueden concentrarse en la evaluación del conjunto de intervenciones alternativas que permitirán alcanzar los objetivos de control de enfermedades de manera más eficiente. Esta estrategia se implementó en la planificación del programa de VIH/SIDA en Sudáfrica utilizando la modelación matemática, por ejemplo, y podría usarse para adoptar un PBS específico para el SIDA.³⁵ Entre otras estrategias, se incluyen encuestas o consultas sobre cuestiones normativas claves

dirigidas a los formuladores de políticas o a las partes interesadas. En Tailandia, por ejemplo, las cuestiones normativas y de política las proponen los grupos de partes interesadas (por ejemplo: ¿los planes de beneficios deberían incluir las baterías de los audífonos?) y se utilizan como base para decidir qué evaluaciones se llevarán a cabo.³⁶

4. Recopilar evidencia nueva y existente. Para aquellos temas de alta prioridad que ya han sido identificados como parte de una decisión y de un proceso de inclusión o exclusión incrementales, el siguiente paso es recopilar sistemáticamente la evidencia disponible y recolectar nuevos datos como instrumento para efectuar la evaluación. Las revisiones sistemáticas, los metaanálisis, las revisiones de literatura y las graduaciones de la calidad de la evidencia son estrategias bien documentadas y comprobadas para llevar a cabo la recopilación, recolección y análisis de pruebas existentes y nuevas.³⁷ A modo de alternativa, algunos países han requerido revisiones generales y periódicas de los PBS, como es el ejemplo de la República Dominicana mencionado anteriormente. En este estudio, la recopilación de las pruebas se realiza básicamente escaneando las guías y las listas de medicamentos de otros países (incluso aquellos que presentan limitaciones muy diferentes en los recursos) y tomando la decisión en primera ronda de incluir las guías costo-efectivas de los países más ricos del mundo consideradas como estándar de oro para aquellas enfermedades prioritarias, dejando para más adelante la recolección y el análisis de información adicional.

5. Realizar evaluaciones y análisis de impacto presupuestal. Los análisis de costo-efectividad se han convertido en un enfoque ampliamente aceptado para la evaluación de tecnologías, que ya ha sido empleado por numerosas agencias de evaluación de tecnologías en salud en el mundo. Sin embargo, el uso del ACE no es bajo ningún motivo aceptado

por todos, ni tampoco es viable a nivel universal. Si se implementa desde cero, el ACE puede demandar exigencias analíticas imposibles de cumplir, y es probable que los hallazgos de otros sistemas de salud no sean directamente transferibles. Métodos como el metaanálisis pueden utilizarse para sintetizar los resultados que se alcanzaron en otros contextos, y la colaboración regional puede ayudar a reducir la carga de análisis para los países. Una crítica frecuente que recibe el ACE es que no aborda otros objetivos más que la maximización de los resultados en salud y, por otro lado, han aparecido otros métodos más generales, aunque estos puedan introducir nuevas complejidades en el análisis. Los métodos participativos tales como los programas presupuestales y el análisis marginal se basan en principios similares a los del ACE, pero permiten una mayor flexibilidad y también posibilitan la participación de actores claves, aunque son exigentes en términos de intercambio de habilidades y asesoramiento de expertos.³⁸ Un último paso analítico importante es evaluar el impacto presupuestario de los cambios propuestos para el PBS en su totalidad (no solo para la parte relacionada con el proceso de valoración) en los años fiscales actuales y futuros. Para esto también existen métodos ampliamente aceptados.³⁹ La ausencia de un análisis de impacto presupuestario robusto para los cambios propuestos puede conducir a que no exista una coherencia entre lo que se promete en el PBS y los recursos que se asignan para su adopción, y muchas veces esto compromete la sostenibilidad del plan.

6. Deliberar sobre evidencia/evaluaciones. Una vez que se hayan preparado las evaluaciones y las propuestas, el siguiente paso es establecer un mecanismo que permita discutir y reflexionar acerca de la evidencia y las valoraciones/propuestas para así poder recomendar qué componentes se podrían incluir y cuáles no (véase el paso 7). En los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), especialmente en el caso de

los comités y consejos ciudadanos del NICE (Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica) del Reino Unido, el proceso de deliberación se lleva a cabo como parte de la evaluación de tecnologías en salud. Sin embargo, existen buenas razones para considerar que resultaría conveniente incluir este proceso para todo el portafolio de servicios que se incluye en el PBS y sus posteriores modificaciones. La información y los métodos disponibles para decidir qué componentes se deben incluir o excluir suscitan una gran incertidumbre respecto a las fuentes de información local, la fuerza variable de la base de evidencia, la información empírica limitada sobre la efectividad y las ventajas y limitaciones de tener y combinar criterios objetivos. Por ejemplo, muchas veces los PIBM no cuentan con información sólida acerca de los costos y la efectividad de los tratamientos que se brindan en su propio contexto.⁴⁰ Asimismo, además de incorporar criterios específicos a los métodos seleccionados y a los métodos de evaluación, se deben tener en cuenta otros valores y consideraciones para la selección de servicios. En muchas circunstancias, las partes interesadas pueden acordar llevar adelante un proceso de deliberación que consideren justo y que reconozca las incertidumbres y limitaciones que presentan los datos y la evidencia.

7. Formular recomendaciones y tomar decisiones.

En muchos entornos, el proceso de deliberación concluye con una recomendación destinada a los formuladores de políticas sobre los servicios individuales o el portafolio de servicios que se deben incluir en el PBS, ya sea durante su diseño inicial o durante el proceso de ajuste posterior, pero no se logra conectar esta recomendación con la toma de decisiones. En un proceso ideal, existe la obligación de considerar las evaluaciones y recomendaciones en el proceso de toma de decisiones relacionadas con la inclusión o exclusión de servicios para subsidio público. Esta obligación se ha establecido por medio de regulaciones en algunos países (Tailandia

y México); mientras que otras recomendaciones no son vinculantes para quienes deben tomar decisiones presupuestarias (el Reino Unido y Colombia). El punto clave es determinar con claridad qué relación habrá entre las evaluaciones/recomendaciones y los organismos e individuos responsables de la toma de decisiones, ya sean pagadores o proveedores. Podría resultar necesario, en primera instancia, fomentar la confianza en la evidencia/valoración antes de establecer una conexión explícita entre las recomendaciones y la toma de decisiones. Asimismo, otro punto importante es comunicar las recomendaciones y decisiones a los proveedores, al público en general y a los formuladores de políticas en los distintos niveles de gobierno.

8. Traducir las decisiones en asignación y uso de recursos.

Las decisiones que surgen de las evaluaciones, los análisis de impacto presupuestario y las recomendaciones se pueden traducir en asignación de recursos obligatoria o no obligatoria. Sin embargo, un PBS efectivo debe influenciar de forma directa la asignación de recursos, ya sea mediante presupuestos, transferencias fiscales, pagos, reembolsos o adquisición de productos. A algunos pagadores de salud se les exige legalmente que tengan en cuenta las recomendaciones sobre asignación de recursos. Por ejemplo, según lo establecido en la regulación, el plan CAUSES del Seguro Popular de México constituye la base para presupuestar los pagos que debe transferir el gobierno federal a los gobiernos estatales para la provisión de los servicios del CAUSES.⁴¹ Del mismo modo, en Colombia y Uruguay, un medicamento debe estar incluido en las regulaciones publicadas del PBS para que las aseguradoras puedan reembolsarlo o pagarlo. No obstante, si no existen normas o reglamentos, puede haber otros incentivos para que los responsables de tomar decisiones presupuestarias y los proveedores adopten las recomendaciones sugeridas. Por ejemplo, las tasas de reembolso de los medicamentos no incluidos podrían establecerse a

precios similares a los de los medicamentos de comparación incluidos, y así evitar los incentivos para prescribir medicamentos por fuera del PBS. Otras estrategias no financieras también pueden promover la adopción de los servicios incluidos, como por ejemplo las guías con revisión por pares y las auditorías médicas. Más allá de estos mecanismos de incentivo o programación que sirven para conectar las decisiones con la asignación y el uso de los recursos, existe una necesidad permanente de ajustar los PBS a los recursos disponibles en el tiempo utilizando ajustes de inflación, seguimiento de precios/análisis comparativos y otras estrategias (véase el paso 9).

9. Administrar e implementar el PBS. Una vez que los recursos ya han sido asignados, los pagadores y los proveedores encargados de la prestación de servicios de salud pasan a formar parte de un proceso continuo de implementación de los servicios incluidos en el plan de beneficios. Sin embargo, en el contexto de estructuración de un plan de beneficios, en la administración y en la implementación se indican las tareas que el gestor del PBS debe desempeñar para cumplir los siguientes objetivos: actualizar y monitorear constantemente los pagos y servicios del PBS utilizando datos de prescripción y utilización; comunicarse con los actores de interés acerca de los servicios incluidos y excluidos; resolver conflictos; abordar las exclusiones; informar las negociaciones de los precios con los fabricantes;⁴² elaborar proyecciones financieras y planificar ajustes necesarios, entre otros. La implementación del PBS implica garantizar que efectivamente se brinden los beneficios en la práctica, que el plan esté alineado con los objetivos iniciales y que sea sostenible tanto en términos económicos como institucionales. En resumen, la implementación asegura que el PBS esté en consonancia con los recursos disponibles, las políticas y el contexto en donde será adoptado. Esta tarea o paso muchas veces es pasada por alto y no cuenta con un espacio institucional; sin embargo, debería ser un aspecto fundamental para alcanzar la relación

calidad-precio necesaria para lograr la CUS en los entornos que cuentan con recursos limitados.

Por ejemplo, un análisis de la coherencia entre el programa de transferencias monetarias condicionadas de México y la disponibilidad de la infraestructura y de los insumos necesarios para brindar el programa de beneficios en salud halló que solo unos pocos establecimientos tenían la capacidad de prestar los servicios incluidos en el plan.⁴³ De modo similar, en Colombia no hay una alineación explícita entre el contenido del PBS y las guías de práctica clínica, a pesar de que ambos son desarrollados por el Ministerio de Salud del país.⁴⁴

10. Revisar, aprender y ajustar. En función de las experiencias en gestión e implementación, del lanzamiento de nuevas tecnologías en el mercado, del surgimiento de nuevas evidencias sobre los servicios existentes y de los cambios en la cantidad de recursos disponibles para financiar el plan de beneficios, el proceso de adopción de PBS debe incluir un aprendizaje continuo, un proceso de ajuste y un volver a empezar. A menudo, los países no cuentan con procedimientos sistemáticos para actualizar sus PBS y prácticamente la mayoría no lleva a cabo procesos de actualización periódica.⁴⁵ Chile es un caso atípico, dado que su marco normativo exige que se actualice el plan cada tres años.⁴⁶ Un proceso para monitorear la implementación, como por ejemplo medir la cobertura efectiva de los servicios y tratamientos incluidos en el plan, sería un enfoque ideal; sin embargo, ningún país tiene en funcionamiento un proceso similar a este. Se deben evaluar las restricciones para implementar las tecnologías deseadas y recomendar cambios adecuados en el sistema de salud a medida que surja la necesidad.

Cuestiones transversales y contextuales que influyen en las políticas de salud

Cuando se implementa el marco del plan de beneficios en salud, se deben considerar y resolver una serie de cuestiones transversales y contextuales.

La buena gobernanza durante todo el proceso, por ejemplo, es un área que ha recibido poca atención, a pesar de que puede afectar el rigor, la legitimidad y los resultados del PBS. En el Capítulo 1 se desarrolla este tema con más profundidad. Los acuerdos institucionales, tales como la ubicación, la dotación del personal, el presupuesto, el grado de independencia, etc., también resultan esenciales para la adopción del plan de beneficios, y se desarrollan más adelante en la introducción de la segunda sección. Asimismo, la economía política, las dimensiones éticas y los derechos asociados a los PBS, al igual que el establecimiento de prioridades, están plagados de desafíos y complejidades. Estos aspectos se analizan en los capítulos 12, 13 y 14.

También es importante tener en cuenta el contexto específico de cada país y sistema de salud cuando se formulan políticas relacionadas con los planes de beneficios. Estas políticas operan de forma diferente según la estructura del sistema de salud. Por ejemplo, aquellos sistemas que separan el pago de la provisión necesitarán un mayor grado de especificidad con respecto a “lo que se compra”, dado que el plan de beneficios se utilizará para contratar proveedores y controlar su desempeño. En los sistemas descentralizados o desconcentrados, como por ejemplo el Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, podría haber contrataciones de atención médica (como ha habido entre los Fideicomisos de Atención Primaria [Primary Care Trusts] y los proveedores del NHS) o se podrían implementar acuerdos de transferencia y responsabilidad (como en México). En los sistemas descentralizados, los expertos en materia fiscal podrían recomendar dejar en

manos de organismos regionales o estatales la definición del PBS (y el establecimiento de prioridades en general). No obstante, las capacidades regionales para la asignación de recursos de salud son muy limitadas. Esto se ve reflejado en una baja cobertura de los servicios básicos más costo-efectivos junto con subsidios destinados a tratamientos menos costo-efectivos. En este sentido, la experiencia sugiere que podría ser conveniente primero estimar los costos de un plan de beneficios básico mediante una evaluación integral de los recursos disponibles. Una vez que se hayan establecido los costos, los organismos regionales pueden iniciar un proceso de ampliación del plan de beneficios de acuerdo con la disponibilidad de recursos, definida como la capacidad de las regiones de financiarse a sí mismas y la capacidad del gobierno federal o central de transferir fondos para igualar el gasto público a nivel regional y así fomentar la prestación de los servicios definidos en el PBS.

Conclusiones

En este capítulo introductorio se ha esbozado un conjunto complejo de elementos interconectados que deben implementarse para crear un PBS sostenible. El plan de beneficios es la piedra angular de un sistema de salud moderno que busca realizar una transición hacia la CUS. Aquí se han destacado las numerosas funciones que resultan imprescindibles a la hora de desarrollar un plan de beneficios. Todas ellas deben estar orientadas a alcanzar un conjunto coherente de objetivos del sistema de salud. El incumplimiento de alguna de estas funciones comprometería la creación de un plan de beneficios sostenible y podría poner en peligro el avance hacia la CUS.

Algunos tipos de ACE constituirán muchas veces un elemento esencial de la base empírica para la adopción de PBS. No obstante, la consideración explícita de las 10 funciones mencionadas para el diseño de planes de beneficios indica que el ACE y otros tipos

de evidencia cuantitativa son solo una parte de todo el proceso. Este proceso también abarca elementos fundamentales como los procesos de toma de decisiones políticas, la participación de las distintas partes interesadas y la implementación, y cada una de ellas comprende distintas habilidades y mecanismos.

Un aspecto importante de la CUS que rara vez recibe la atención que amerita es la calidad de los servicios que se ofrecen en el plan de beneficios. Si ciertos grupos de la población garantizan el acceso a los servicios incluidos solo en niveles de baja calidad, se viola el principio de cobertura universal. Por lo tanto, para muchos servicios será importante especificar explícitamente el nivel de calidad que los usuarios pueden esperar y controlar que se cumplan estos criterios. En los casos en los que la capacidad de servicio sea inadecuada, se necesitarán políticas que permitan mejorar la calidad de los servicios para alcanzar el nivel requerido. Los costos relacionados con estos aspectos de la implementación se deben incluir en la evidencia cuando se toma la decisión de incorporar el servicio al plan de beneficios. Las garantías incluidas en el Plan AUGE de Chile son un buen ejemplo. En este plan se describe una serie de servicios altamente costo-efectivos que se ofrecen con un determinado estándar de calidad y de oportunidad presupuestado, a los que se les puede realizar un seguimiento y que permiten sancionar a aquellos proveedores que no hayan cumplido con las condiciones acordadas.⁴⁷

Un tema recurrente que ha aparecido en los debates es la necesidad de garantizar que todas las funciones necesarias —tales como los procesos de presupuestación, las guías clínicas o los regímenes de inspección— estén alineadas con la creación e implementación del PBS. Cómo se logra esta concordancia dependerá de la naturaleza del sistema de salud. Un sistema nacional de salud organizado por el gobierno podría intentar asegurar esta alineación mediante normas administrativas y procedimientos directos. En cambio, un sistema más descentralizado podría establecer reguladores que cuenten con términos de

referencia cuidadosamente coordinados para cumplir este propósito. En algunas circunstancias, los mecanismos de coordinación pueden ser un sistema sólido de medición del desempeño que permita monitorear la adhesión de todas las partes a los principios y contenidos del plan de beneficios.

El PBS debe determinar qué servicios se subsidiarán mediante fuentes de financiamiento público. Si bien se deben considerar los costos totales de estos servicios, un plan de beneficios financiado con recursos públicos no debería realizar suposiciones acerca de si los servicios serán prestados por proveedores públicos, sin fines de lucro o privados. El punto clave es que la prestación de los servicios debe ser eficiente y consecuente con los objetivos establecidos; para esto se requiere un buen ejercicio de la función de compra.

Por otra parte, es posible seguir prestando y utilizando, dentro del mismo sistema de salud, aquellos servicios que han sido excluidos, y como mínimo, debería existir una política para gestionar las excepciones. Una posibilidad es que los servicios excluidos se financien de forma privada (mediante pagos de bolsillo o seguros voluntarios) o por otras partes, como por ejemplo organizaciones benéficas o municipios. Por naturaleza, estos servicios probablemente ofrezcan una relación calidad-precio más baja que aquellos que fueron incluidos en el PBS; aun así, algunos podrían decidir utilizarlos de todas maneras. Esto sugiere, por ejemplo, que un mercado de seguros voluntarios que funcione correctamente y que cubra aquellos servicios excluidos del plan podría ser un complemento fundamental para el PBS financiado mediante recursos públicos. No obstante, el principio de universalidad que entraña la CUS tiene como requisito que los servicios incluidos en el plan se brinden con un nivel de calidad satisfactorio para todos los posibles usuarios. Cabe destacar que los planes de beneficios financiados con recursos públicos no deben convertirse en una red de seguridad de baja calidad para aquellas personas con ingresos

bajos. Otras estrategias para gestionar la exclusión incluyen el racionamiento implícito o la imposición de cargos por servicios no priorizados, asociaciones con compañías farmacéuticas o de instrumentos médicos que permitan cofinanciar servicios para los pacientes más pobres, o incluso la adopción de mecanismos de racionamiento en función de los estándares de calidad médica. Todas estas estrategias presentan problemas y desafíos políticos en distintos niveles; aun así constituyen una mejor opción que las estrategias *ad hoc*. Independientemente de la estrategia que se emplee para lidiar con los problemas que surjan al excluir tecnologías del plan de beneficios, la exclusión es un área que requiere especial atención y planificación. En los capítulos de este libro se ofrecen estrategias para ayudar a los formuladores de políticas a gestionar las exclusiones, incluyendo los desafíos éticos y legales que estas presenten. En el Recuadro 1 se le ofrece al lector una referencia específica sobre los capítulos que tratan estas estrategias.

Es importante mencionar una vez más que se debe revisar y ajustar el PBS de forma constante, a medida que vaya surgiendo nueva evidencia, se desarrollen nuevas tecnologías y evolucione la situación del país. Este debe ser un proceso continuo, y una parte importante en la creación de un PBS es poner en funcionamiento instituciones y procesos bien administrados que posibiliten la implementación de revisiones de manera coordinada y coherente.

Por último, se debe subrayar la importancia de ajustar el proceso de adopción de un PBS a las condiciones y sistemas locales. Más allá de que los 10 elementos descritos anteriormente serán elementos esenciales de este proceso para todos los sistemas de salud, la forma exacta que adopten y las instituciones que estarán involucradas posiblemente varíen según las circunstancias locales. Por ejemplo, claramente resulta inviable que los sistemas de salud que se encuentran en entornos con ingresos bajos emulen el complejo sistema de reguladores e instituciones que poseen los países de altos ingresos, tales como

los Países Bajos. Sin embargo, todos los sistemas deberán garantizar que las funciones mencionadas se lleven a cabo satisfactoriamente, por lo general dentro del marco de las instituciones que ya existen en cada país. Si esto no se logra será difícil adoptar un plan de beneficios coherente y se pondría en riesgo la transición hacia la CUS.

RECUADRO 1 ¿Qué no incluir? Cómo gestionar las exclusiones

Este libro aborda ambas cuestiones: cómo decidir “qué cubrir” (y asegurar que esos servicios sean provistos de manera exitosa) y cómo determinar “qué no cubrir”. La última parte de este marco, es decir, especificar qué servicios serán excluidos o no priorizados, por lo general, es la más difícil y es la dimensión más controversial del diseño de PBS. En algunos capítulos específicos de este libro, se discuten aspectos concretos relacionados con este problema.

En el Capítulo 1, Ursula Giedion y Javier Guzmán sugieren que la adherencia a los principios de buena gobernanza, entre los que se pueden mencionar la transparencia, la participación de las partes interesadas y la consistencia, pueden ayudar a concientizar a las personas acerca de la necesidad de establecer límites y así legitimar las decisiones de exclusión que se lleven a cabo posteriormente. Si se establece un proceso justo para la toma de decisiones respecto del PBS, los gobiernos pueden asegurarse de que los ciudadanos estén en una mejor posición para entender los motivos por los cuales se excluyen ciertos servicios y puedan aceptar las decisiones de cobertura.

En el Capítulo 3, Amanda Glassman señala la importancia de que los acuerdos sobre codificación y asignación del presupuesto sean consecuentes con los contenidos del plan de beneficios, con el objetivo de evitar que los fondos cubran servicios o tratamientos que hayan sido excluidos del plan.

En el comentario del formulador de políticas de la Parte I escrito por Mark Blecher y Yogan Pillay, los autores analizan los primeros pasos llevados a cabo en Sudáfrica para la creación de un PBS más explícito. En este país, no era políticamente viable eliminar los beneficios existentes. Sin embargo, los formuladores de políticas llegaron a acuerdos provisionales para evaluar nuevas tecnologías según su costo-efectividad y crear protocolos que permitan determinar la elegibilidad para los beneficios en los distintos niveles de atención.

En el Capítulo 13, Carleigh Krubiner y Ruth Faden analizan los aspectos éticos de los PBS, prestando especial atención a las decisiones de exclusión. Los autores argumentan que al implementar procesos justos se puede aumentar la probabilidad de que las exclusiones sean aceptables en términos de ética y política. Asimismo, la prestación de cuidados paliativos puede ayudar a aliviar el sufrimiento cuando, debido a limitaciones en los recursos, no es posible incluir ciertos tratamientos curativos en el plan de beneficios. Realizar seguimientos y evaluaciones durante la implementación también es una forma de “identificar rápidamente si se produjeron daños moralmente relevantes” como resultado de decisiones de exclusión previas.

En el Capítulo 14, Rebecca Dittrich y colegas discuten cómo ciertas decisiones de exclusión son vulnerables a impugnaciones legales, muchas veces basadas en un reclamo a un “derecho legal a la salud”. La autora propone cuatro estrategias para reducir la exposición a estos problemas legales: emplear procedimientos justos para fundamentar las decisiones de cobertura, desarrollar políticas de salud mediante mecanismos de carácter jurídicamente obligatorio que tengan como finalidad establecer precedentes judiciales, instaurar un proceso de apelaciones previo a la revisión judicial y solicitar asesoramiento al poder judicial durante la primera fase del proceso de diseño del PBS.

En el comentario del formulador de políticas de la Parte III escrito por Antonio Infante, el autor hace un recuento de la experiencia de Chile en cuanto a políticas de priorización. El sistema AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas) de Chile no excluye explícitamente ningún servicio de los subsidios públicos, sino que elabora una lista de servicios “priorizados” con garantías de oportunidad, calidad y protección financiera. Esta estrategia ayudó a apaciguar objeciones éticas y políticas en contra del establecimiento de prioridades y permitió promover la aceptación pública

Referencias

- Bitrán, Ricardo. 2013 *Explicit Health Guarantees for Chileans: The AUGE Benefits Package*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13288>.
- . 2014 *Universal Health Coverage and the Challenge of Informal Employment: Lessons from Developing Countries*. Health, Nutrition, and Population Discussion Paper. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/18637>.
- Blanchet, Nathan J., Günther Fink, and Isaac OseiAko-to. 2012 “The Effect of Ghana’s National Health Insurance Scheme on Health Care Utilisation.” *Ghana Medical Journal* 46 (2): 76–84.
- Castro-Ríos, Angelica, Svetlana Vladislavovna Doubova, Silvia Martínez-Valverde, Irma Coria-Soto, and Ricardo Perez-Cuevas. 2010 “Potential Savings in Mexico from Screening and Prevention for Early Diabetes and Hypertension.” *Health Affairs* 29 (12): 2171–79. doi:10.1377/hlthaff.2010.0819.
- Cercone, James A. 2016. “Transcription Webinar: Ajuste de un plan de beneficios explícito: La experiencia de República Dominicana.” PowerPoint presentation. Washington, DC: Inter-American Development Bank. www.redcriteria.org/wp-content/uploads/2016/10/CRITERIA-TW-REP-DOM_041.pdf.
- Cotlear, Daniel, Somil Nagpal, Owen Smith, and Ajay Tandon. 2015 *Going Universal: How 24 Developing Countries Are Implementing Universal Health Coverage from the Bottom Up*. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0610-0.
- Eaton, Jeffrey W., Leigh F. Johnson, Joshua A. Salomon, Till Bärnighausen, Eran Bendavid, Anna Bershteyn, David E. Bloom, et al. 2012 “HIV Treatment as Prevention: Systematic Comparison of Mathematical Models of the Potential Impact of Antiretroviral Therapy on HIV Incidence in South Africa.” *PLoS Medicine* 9 (7). doi:10.1371/journal.pmed.1001245.
- Escobar, Maria-Luisa, Charles C. Griffin, and R. Paul Shaw. 2010 *The Impact of Health Insurance in Low- and Middle-Income Countries*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Giedion, Ursula, Eduardo Andrés Alfonso, and Yadira Díaz. 2013 *The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13302>.
- Giedion, Ursula, Ricardo Bitrán, and Ignez Tristao, eds. 2014 *Health Benefit Plans in Latin America: A Regional Comparison*. Washington, DC: Inter-American Development Bank. <https://publications.iadb.org/handle/11319/6484?locale-attribute=en>.
- Glassman, Amanda, and Kalipso Chalkidou. 2012 *Priority-Setting in Health: Building Institutions for Smarter Public Spending*. Washington, DC: Center for Global Development. www.cgdev.org/sites/default/files/1426240_file_priority_setting_global_health_FINAL_0.pdf.
- GRADE Working Group. 2011 “List of GRADE Working Group Publications and Grants.” www.grade-workinggroup.org/.
- Health Information and Quality Authority. 2010 “Guidelines for the Budget Impact Analysis of Health Technologies in Ireland.” Cork, Ireland: Health Information and Quality Authority. www.hiqa.ie/publications/guidelines-budget-impact-analysis-health-technologies-ireland.
- Hudson, John. 2015 “Consequences of Aid Volatility for Macroeconomic Management and Aid Effectiveness.” *World Development* 69: 62–74. doi:10.1016/j.worlddev.2013.12.010.
- Hughes, Jacob, Amanda Glassman, and Walter Gwenigale. 2012 *Innovative Financing in Early Recovery: The Liberia Health Sector Pool Fund*. Working Paper 288. Washington, DC: Centro para el Desarrollo Global.
- Jamison, Dean T., Lawrence H. Summers, George Alleyne, Kenneth J. Arrow, Seth Berkley, Agnes Binagwaho, Flavia Bustreo, et al. 2013 “Global Health 2035: A World Converging within a Generation.” *The Lancet* 382 (9908): 1898–1955. doi:10.1016/S0140-6736(13)62105-4.
- Klein, Rudolf, Patricia Day, and Sharon Redmayne. 1996 *Managing Scarcity: Priority Setting and Rationing in the National Health Service*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Kutzin, Joseph, Cheryl Cashin, and Melitta Jakab. 2010 *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*. Ginebra: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. www.euro.who.int/en/publications/abstracts/implementing-health-financing-reform-lessons-from-countries-in-transition-2010.
- Lagarde, Mylene, and Natasha Palmer. 2008 “The Impact of User Fees on Health Service Utilization in Low- and Middle-Income Countries: How Strong Is the Evidence?” *Bulletin of the World Health Organization* 86 (11): 839–48. doi:10.2471/BLT.07.049197.
- Lagomarsino, Gina, Alice Garabrant, Atikah Adyas, Richard Muga, and Nathaniel Otoo. 2012 “Moving towards Universal Health Coverage: Health Insurance Reforms in Nine Developing Countries in Africa and Asia.” *The Lancet* 380 (9845): 933–43. doi:10.1016/S0140-6736(12)61147-7.
- Lakin, Jason, and Norman Daniels. 2007 “The Quest for Fairness: A Case Study of the Evolution of Mexico’s Catastrophic Insurance Fund.” Draft paper. www.hsph.harvard.edu/benchmark/ndaniels/pdf/Case_Study_Mexico_041407.pdf.
- Mitton, Craig R., and Cam Donaldson. 2003 “Setting Priorities and Allocating Resources in Health Regions: Lessons from a Project Evaluating Program Budgeting and Marginal Analysis (PBMA).” *Health Policy* 64 (3): 335–48. doi:10.1016/S0168-8510(02)00198-7.
- Mohara, Adun, Sitaporn Youngkong, Román Pérez Velasco, Pitsaphun Werayingyong, Kumaree Pachanee, Phusit Prakongsai, Sripen Tantivess, et al. 2012 “Us-

- ing Health Technology Assessment for Informing Coverage Decisions in Thailand.” *Journal of Comparative Effectiveness Research* 1 (2): 137–46. doi:10.2217/cer.12.10.
- Moreno-Serra, Rodrigo, and Peter C. Smith. 2015 “Broader Health Coverage Is Good for the Nation’s Health: Evidence from Country Level Panel Data.” *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 178 (1): 101–24. doi:10.1111/rssa.12048.
- Pichon-Riviere, Andres, Osvaldo Ulises Garay, Federico Augustovski, Carlos Vallejos, Leandro Huayanay, Maria del Pilar Navia Bueno, Alarico Rodriguez, et al. 2015 “Implications of Global Pricing Policies on Access to Innovative Drugs: The Case of Trastuzumab in Seven Latin American Countries.” *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 31 (1–2): 2–11. doi:10.1017/S0266462315000094.
- Savedoff, William D., David de Ferranti, Amy L. Smith, and Victoria Fan. 2012 “Political and Economic Aspects of the Transition to Universal Health Coverage.” *The Lancet* 380 (9845): 924–32. doi:10.1016/S0140-6736(12)61083-6.
- Schieber, George, Cheryl Cashin, Karima Saleh, and Rouselle Lavado. 2012 “Assessing the Prospects for Fiscal Space for Health in Ghana.” In *Health Financing in Ghana*, edited by George Schieber, Cheryl Cashin, Karima Saleh and Rouselle Lavado (Washington, DC: World Bank), 119–42. doi:10.1596/9780821395660_CH04.
- Ssengooba, Freddie. 2014 “Uganda’s Minimum Health Care Package: Rationing within the Minimum?” Brighton, UK: ELDIS. www.eldis.org/go/home&id=17075&type=Document#.Wl-0aVn-1Qpo.
- Teerawattananon, Yot, and Usa Chaikledkaew. 2008 “Thai Health Technology Assessment Guideline Development.” *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet Thangphaet* 91 (2): S11–15.
- Teerawattananon, Yot, Steve Russell, and Miranda Muggford. 2007 “A Systematic Review of Economic Evaluation Literature in Thailand: Are the Data Good Enough to Be Used by Policy-Makers?” *PharmacoEconomics* 25 (6): 467–79. doi:10.2165/00019053-200725060-00003.
- Vaca, Claudia. 2015 *Breve 8: El plan de beneficios de Colombia: ¿Que lecciones nos deja?* Washington, DC: Inter-American Development Bank. https://publications.iadb.org/handle/11319/7293.
- Wilkinson, Thomas. 2015 “Health Benefits Package Design in Vietnam: Current Status, Future Direction.” Unpublished paper.
- World Health Organization (WHO). 2011 *World Health Report 2010: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, 1st ed. Geneva: OMS.
- . 2014 *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage. Final Report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*. Geneva: WHO. http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js21442en/.
- . 2017 “What Is Universal Coverage?” Geneva: WHO. www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/.
- Yothasamut, Jomkwan, Choenkwan Putchong, Teera Sirisamutr, Yot Teerawattananon, and Sripen Tantivess. 2010 “Scaling up Cervical Cancer Screening in the Midst of Human Papillomavirus Vaccination Advocacy in Thailand.” *BMC Health Services Research* 10 (1): S5. doi:10.1186/1472-6963-10-S1-S5.

Notas finales

1. WHO (2011).
2. WHO (2017).
3. Giedion, Andrés Alfonso, and Díaz (2013).
4. Jamison and others (2013).
5. Moreno-Serra and Smith (2015).
6. Savedoff and others (2014).
7. Lagomarsino and others (2012).
8. Klein, Day, and Redmayne (1996).
9. Lagarde and Palmer (2008).
10. Bitrán (2014).
11. WHO (2014).
12. Glassman and Chalkidou (2012); and Cotlear and others (2015).
13. Escobar, Griffin, and Shaw (2010).
14. Kutzin, Cashin, and Jakab (2010).
15. Giedion, Andrés Alfonso, and Díaz (2013).
16. Savedoff and others (2014).
17. Hudson (2015).
18. Glassman and Chalkidou (2012); and Daniel Cotlear and others (2015).
19. Giedion, Bitrán, and Tristao (2014).
20. WHO (2014).
21. Giedion, Bitrán, and Tristao (2014).
22. Hughes, Glassman, and Gwenigale (2012).
23. Mohara and others (2012).
24. Blanchet, Fink, and Osei-Akoto (2012); and Schieber and others (2012).
25. Ssengooba (2014).
26. Giedion, Bitrán, and Tristao (2014).
27. *Ibid.*
28. *Ibid.*
29. Wilkinson (2015).
30. Cercone (2016).
31. Teerawattananon and Chaikledkaew (2008).
32. Giedion, Bitrán, and Tristao (2014).
33. See Alec Morton and Jeremy A. Lauer’s chapter on appraisal methods in this volume.
34. For example, in Mexico, cost-effective screening looks different than cost-effective screening in the United Kingdom because of the early onset of diabetes and relatively high prevalence of prediabetes in Mexico compared with the United Kingdom. See Castro-Ríos and others (2010).
35. Eaton and others (2012).
36. Yot Teerawattananon and N. Trivassat, personal communication with the author, July 2015.
37. GRADE Working Group (2011).
38. Mitton and Donaldson (2013).

39. See, for example, the guidelines for budget impact analysis of health technologies in Ireland in Health Information and Quality Authority (2010).
40. Teerawattananon, Russell, and Mugford (2007).
41. However, the accountability on the use of the capitation payments by state government—how well does state spending track to established HBP priorities—is not well developed and not known in the public domain.
42. Yothasamut and others (2010); and Pichon-Riviere and others (2015).
43. Giedion, Bitrán, and Tristao (2014).
44. Vaca (2015).
45. Giedion, Bitrán, and Tristao (2014).
46. *Ibid.*
47. Bitrán (2013).

COMENTARIO DEL FORMULADOR DE POLÍTICAS

Revisar y reformular:

¿Cómo los planes de beneficios explícitos han ayudado a México a avanzar hacia la cobertura universal en salud?

Eduardo González-Pier

En pocas palabras: La iniciativa Seguro Popular de México demuestra que las guías son necesarias tanto para reformular los planes de beneficios existentes como para crear nuevos. Este libro recopila las experiencias con planes de beneficios en salud que han tenido distintos países y ofrece una herramienta a los formuladores de políticas para que puedan avanzar sus agendas de salud universal de manera sostenible.

Hace más de 20 años que definir planes de beneficios en salud (PBS) explícitos constituye una estrategia central que guía los esfuerzos destinados a aumentar la cobertura de salud en México, en especial para los sectores más pobres de la población. La primera acción fue el estudio paradigmático Economía y Salud realizado en 1994 y dirigido por Funsalud, una organización sin fines de lucro que promueve acciones para mejorar la salud. Este estudio introdujo el concepto de un plan nacional de salud que empleaba herramientas costo-efectivas novedosas en esa época para elegir aquellas intervenciones que podrían maximizar los resultados en salud con un presupuesto limitado. Luego, en 1996, la Secretaría de Salud de México implementó un Programa de Ampliación de Cobertura financiado por el Banco Mundial

que ofrecía un paquete de 32 intervenciones preventivas y de atención primaria altamente costo-efectivas a las comunidades rurales más pobres. Este plan de beneficios obtuvo resultados prometedores y al año siguiente se convirtió en el componente de salud del programa emblemático de transferencias monetarias condicionadas del gobierno, Progresá (Programa de Educación, Salud y Alimentación).

Desde la implementación de estos primeros esfuerzos, se han logrado avances significativos hacia la cobertura universal en salud (CUS). En la actualidad, 56 millones de mexicanos, aproximadamente la mitad de la población de México, no están afiliados a instituciones de seguridad social y reciben cobertura de salud a través del Seguro Popular que fue creado en 2004. A diferencia de importantes y reconocidos

organismos de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que con el tiempo introdujeron un programa de ampliación de la cobertura basado en la oferta, el Seguro Popular siguió la estrategia de brindar atención según las necesidades de salud de la población. Desde su creación, el Seguro Popular ofrece una cobertura que se basa en dos planes de salud explícitos: un paquete de servicios de atención primaria y hospitalización general (llamado CAUSES) y un paquete de intervenciones de salud de alta complejidad y alto costo. En la actualidad, el CAUSES incluye 284 intervenciones cuya prestación y gestión se realizan a nivel estatal y su financiamiento, a través de pagos capitados a los gobiernos estatales. El Fondo para la Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) administra este paquete de intervenciones de alto costo y alta complejidad y, en el presente, reembolsa 61 intervenciones directamente a los proveedores. Aunque, en general, los resultados obtenidos a partir del Seguro Popular han sido positivos, este programa ha presentado problemas de gobernanza, fallas en el diseño y problemas presupuestarios y operacionales que ameritan nuevas revisiones de las políticas implementadas.

Cabe destacar que el Centro para el Desarrollo Global ha realizado grandes esfuerzos para documentar y analizar en este libro el creciente acervo de conocimiento que se tiene sobre la experiencia de muchos países que adoptaron PBS en diferentes momentos. Gracias a esto, es la primera vez que los formuladores de políticas tienen acceso a un marco analítico estructurado que los pueda guiar en el desarrollo de políticas acertadas y basadas en evidencia, así como también en la adecuación de estos hallazgos a las necesidades específicas de los sistemas de salud de cada país en particular. No cabe duda de que si esta guía hubiera estado disponible en la fase de diseño del Seguro Popular en 2003, este programa habría tenido una estructura más adecuada y habría

respondido mejor a las necesidades y expectativas cambiantes de los pacientes.

Por otra parte, la CUS es un objetivo que va evolucionando con el tiempo y que seguirá haciéndolo en el futuro. Es importante mencionar que la información necesaria para revisar y reformular un plan existente de la mejor manera posible tiene la misma relevancia que el asesoramiento requerido para introducir un nuevo plan de beneficios en un sistema de salud determinado. Existen varios factores que modifican continuamente el alcance, profundidad e intensidad de la cuestión de la CUS, tales como la disponibilidad de nuevos fondos para la salud, el crecimiento poblacional, las necesidades cambiantes en relación con la salud, los avances tecnológicos y el espacio fiscal limitado (especialmente en los países de ingresos bajos y medios), lo que convierte el acceso a la salud en un desafío constante en términos de políticas. En consecuencia, es esencial que los formuladores de políticas comprendan lo que realmente implica el “mantenimiento del PBS” en este contexto de constante cambio, esto es, qué elementos requieren una revisión y actualización periódicas y qué procesos técnicos y de deliberación deben implementarse para ajustar estos mecanismos dentro del sistema de salud. Este libro clarifica esta distinción y ofrece a los formuladores de políticas estudios de caso que pueden ser de gran utilidad. El concepto de PBS explícitos, junto con nuevos conocimientos sobre cómo tomar decisiones difíciles, dónde fijar límites y cómo incrementar los resultados en salud mediante planes de atención financieramente sostenibles y seleccionados con criterio, han contribuido a que el objetivo de alcanzar la CUS implique un proceso más factible y menos frustrante.

En 1983, cuando México consagró en su Constitución el derecho a la salud se esperaba alcanzar el acceso integral y equitativo a la atención en un plazo relativamente corto. No obstante, este derecho constitucional sigue siendo una promesa incumplida, dado que en este país el sistema de salud está

fragmentado y se caracteriza por una financiación y acceso inequitativos. La equidad ocupa como nunca antes un lugar central en la agenda de políticas. Mientras la financiación de la mitad del sistema de salud no esté alineada con un plan de beneficios explícito, el desempeño del sistema continuará siendo bajo. Los PBS explícitos son, y seguirán siendo, la herramienta de políticas más valiosa para alinear las necesidades de salud con las limitaciones de financiamiento para poder ofrecer un acceso sostenible a la atención médica. Este libro puede ser un marco de referencia útil para aquellos países que estén investigando el uso de planes para reducir de manera gradual la fragmentación que existe entre los regímenes de seguros de salud, incluso en aquellos casos en los que no sea posible ni conveniente cambiar a un sistema de pagador único. Hasta la fecha, no existen otros seguros públicos en México que tengan un plan de beneficios bien definido. A medida que México avanza hacia un sistema de salud unificado y más integral, la introducción de un PBS individual podría convertirse en la piedra angular de un sistema con estas características.

En este proceso, los PBS deben orientar las decisiones sobre cómo organizar la capacidad de respuesta de la oferta de la CUS y cómo invertir en ella. Asimismo, otra de las funciones de los PBS es informar las inversiones en nuevas instalaciones y el desarrollo de recursos humanos. Más adelante, Antonio Infante analiza en su comentario de formulador de políticas la experiencia de Chile con el Plan AUGE y afirma que adoptar un PBS explícito debería considerarse una condición necesaria (en lugar de suficiente) para alcanzar la CUS. La respuesta de la oferta y los estándares de calidad fundamentales para asegurar el acceso equitativo a los tratamientos cubiertos también deberían considerarse como parte del costo del paquete, la gestión operativa, la rendición de cuentas y la capacidad de respuesta a los beneficiarios.

Más allá de los desafíos técnicos que conlleva la definición de un PBS, los responsables de formular

políticas se enfrentan constantemente con el riesgo de fracasar cuando no cuentan con una guía que les ayude a saber cómo comunicar a las diferentes partes interesadas los conceptos claves necesarios para poder convencerlos de aceptar los ajustes en los PBS y participar en este proceso de reformas. En la práctica, una evaluación minuciosa de los mecanismos necesarios para garantizar que los procesos de ajuste y toma de decisiones estén institucionalizados y sean legítimos es tan importante como el diseño técnico del plan. Hasta la fecha, no existe una única referencia para comprender la economía política de los planes de beneficios en su totalidad, incluyendo los procesos y organismos de toma de decisiones requeridos para implementar un plan de beneficios en un sistema de salud en particular. En México, al igual que en otros países, alcanzar la CUS se está convirtiendo en un objetivo cada vez más factible gracias a la disponibilidad de herramientas eficaces como los PBS. En este sentido, el presente libro compila experiencias valiosas de diferentes países y considera de manera explícita cuestiones claves relacionadas con la implementación, lo que brinda a los formuladores de políticas una oportunidad única de avanzar con la agenda de la CUS de su país de forma sostenible y duradera en el tiempo.



*Una médica de hospital en Margibi County, Liberia.
Créditos: Dominic Chavez/Banco Mundial*

PARTE I

GOBERNANZA Y PROCESOS

Las bases de una política para planes de beneficios en salud

Introducción

Ursula Giedion

Definir un plan de beneficios en salud (PBS) comprende mucho más que un mero ejercicio técnico basado en evidencia que identifica los servicios que se financiarán con los recursos públicos disponibles mientras se avanza hacia la cobertura universal en salud (CUS). Este proceso implica no solo el diseño técnico apropiado del plan de beneficios, sino también su actualización, monitoreo, evaluación e implementación. La “línea de producción” de los PBS incluye diferentes tareas y procesos que diferentes instituciones llevan a cabo periódicamente y que deben establecerse y coordinarse. Es necesario definir y delimitar con claridad las tareas que deberá realizar cada uno de estos organismos. Asimismo, la sostenibilidad de un PBS depende del reconocimiento que reciba de todas las partes interesadas, y en especial, de los beneficiarios a quienes

brinda cobertura y de los médicos cuyas prescripciones debe guiar y circunscribir.

De igual modo, el proceso de diseño de PBS debe realizarse según los plazos y los recursos humanos y monetarios disponibles. Es importante mencionar que una política de PBS no debe implementarse de manera aislada, y por tanto, si la intención es que los PBS constituyan más que una lista de deseos de servicios *de jure*, estos deben informar acerca de las distintas funciones de los sistemas de salud como la movilización de recursos, los pagos, la medición del desempeño y la rendición de cuentas. No obstante, si no se establece una conexión entre estos elementos, los PBS no serán más que un proceso simbólico que no generará un impacto real en los servicios *de facto* que los ciudadanos pueden utilizar.

En resumen, una política de PBS comprende más que el uso de métodos e información. Los responsables de formular políticas también deben definir y poner en práctica los principios fundamentales que rigen los planes de beneficios, implementar procesos que permitan realizar seguimientos y evaluar el diseño de las políticas de los planes y, por último, determinar las fuentes de financiamiento, los procesos de asignación y los resultados. Estos tres aspectos claves constituyen la base y arquitectura de las políticas de PBS, el eje central de este capítulo. El significado de las palabras *base* y *arquitectura* sugiere que este apartado abordará los aspectos de una política de PBS que confieren cierta estabilidad a su diseño, lo que a su vez, hace más predecible dicha política y aumenta las probabilidades de que sea consistente, confiable, y por último, sostenible.

La ausencia de una base y una arquitectura bien definidas puede determinar el futuro de una política de PBS, tal como lo demuestran varias experiencias descritas en los capítulos de la primera parte de este libro. En Colombia, por ejemplo, la falta de un fuerte compromiso político y de normativas claras que cuenten con un amplio respaldo social contribuyó a un desvanecimiento gradual de los límites fijados mediante una política de PBS explícito. Esto se debió a que un número cada vez más alto de médicos y pacientes solicitaba servicios no incluidos en el plan a través de mecanismos judiciales y administrativos. Finalmente, 24 años después de la adopción del PBS, se declaró oficialmente que el plan original dejaría de estar en vigencia y, en su reemplazo, el país comenzó a operar con beneficios implícitos.¹ En la República Dominicana, se abandonó una propuesta de ajuste para el plan de beneficios cuando las partes interesadas exigieron que el proceso fuera más participativo, transparente y basado en evidencia. En Perú, la poca coherencia entre el costo del plan y los recursos asignados ha suscitado dudas respecto de la capacidad del plan para brindar una cobertura efectiva bajo estas circunstancias.² Todos estos ejemplos demuestran

que soslayar la arquitectura institucional puede conducir al fracaso de una política de PBS y evidencian la importancia de que los formuladores de políticas inviertan tiempo y recursos de forma adecuada durante las fases de diseño e implementación.

La arquitectura institucional de una política de PBS posee un alcance mucho más complejo y amplio que aquel que se analiza en el marco del diseño institucional relacionado con la evaluación de tecnologías en salud (toma de decisiones sobre la cobertura basada en evidencia), tema que se ha tratado en diferentes publicaciones.³ En cuanto a su alcance, la arquitectura no comienza cuando se deciden los aspectos por evaluar, ni finaliza cuando se elige la cobertura sobre la base de la evidencia disponible, sino que comprende un gran número de procesos y aspectos relacionados con políticas, tal como lo ilustra el ciclo de PBS que se incluyó en el capítulo introductorio y que Glassman y otros colegas describieron en un trabajo publicado en 2016.⁴

Los capítulos que componen la primera parte del libro ofrecen tres perspectivas que analizan distintas formas de concebir la arquitectura institucional de una política de PBS e identifican también algunos interrogantes claves que los formuladores de políticas deberían intentar responder durante la implementación de sus políticas. Desafortunadamente, y quizás hasta resulte frustrante, los responsables de formular políticas solo encuentran unas pocas respuestas claras cuando intentan contestar estas preguntas; en su lugar, tienen que elegir entre una serie de alternativas específicas para cada contexto. No obstante, los capítulos de este libro también brindan una serie de principios y ejemplos de buenas prácticas que invitan a la reflexión.

En el Capítulo 1, que se centra en las buenas prácticas de gobernanza, Ursula Giedion y Javier Guzmán argumentan a favor del uso de la transparencia, consistencia, coherencia, estabilidad y participación como principios que rigen todos los procesos que deben ejecutarse junto con el ciclo de políticas

para los PBS. Es probable que la implementación de estos principios de buena gobernanza sea más relevante para políticas de planes de beneficios que para aquellas políticas públicas de otras áreas, dado que delimitar explícitamente el alcance de los beneficios que deben ser financiados mediante recursos públicos (no solo una tecnología en particular sino el portafolio de servicios) y a los que tendrán acceso los ciudadanos es una cuestión política delicada. Más allá del enfoque técnico o racional que se adopte, muchas personas no obtendrán la combinación ideal de beneficios a la que quisieran acceder como pacientes o individuos o la que quisieran ofrecer o promover como actores interesados del sistema de salud. Al igual que toda iniciativa de priorización explícita, los programas gubernamentales que restringen el uso de tecnologías en salud y definen explícitamente los beneficios que cubren “enfrentan muchos riesgos y rara vez incrementan el capital político de sus arquitectos”.⁵ En un contexto en el que resulta difícil implementar políticas y en el que no hay consenso sobre el contenido de un plan de beneficios, es de suma importancia llevar a cabo un proceso basado en acuerdos y principios de buena gobernanza. En este sentido, la literatura ha demostrado que en muchas ocasiones las personas que no están de acuerdo con los resultados sí coinciden respecto de los procesos.⁶

En el capítulo 1 se mencionan ejemplos de distintos países que ilustran cómo los procesos de definición, ajuste e implementación de un PBS presentan a menudo numerosos problemas de gobernanza. Estos problemas incluyen que los objetivos no se definen explícitamente, las partes interesadas tienen, en muchas ocasiones, una mera participación formal que puede darle voz solo a los más poderosos y, por último, la documentación sobre el proceso de toma de decisiones suele ser escasa en la práctica. Además, los responsables de efectuar recomendaciones para el contenido del plan de beneficios y tomar decisiones sobre este están sujetos a conflictos de intereses; los procesos para ajustar el paquete en general son

ad hoc, esporádicos y erráticos, y rara vez se exige la rendición de cuentas a los actores involucrados en la toma de decisiones. Por último, la información sobre la cobertura efectiva de los servicios priorizados es limitada y los recursos financieros y de tiempo disponibles para el diseño, financiamiento y ajuste de los PBS son insuficientes y, en general, no son coherentes con la magnitud de la tarea. En consecuencia, es posible que una gobernanza deficiente genere síntomas tales como demandas judiciales, decisiones que no tienen justificación, cambios irregulares en las políticas, inclusión de servicios no prioritarios o servicios sin ningún beneficio evidente, insostenibilidad financiera e incluso, en algunos casos, el abandono total de políticas de PBS.

A pesar de este panorama poco prometedor con respecto a la gobernanza asociada a las políticas de PBS, un gran número de países ha alcanzado importantes logros con la introducción de principios de gobernanza en uno o varios pasos del ciclo del plan de beneficios, que constituyen fuentes de inspiración para aquellos países que desean adoptar estas políticas. Chile, por ejemplo, demuestra cómo se pueden alcanzar la estabilidad y la consistencia fijando algunos de los principales pasos técnicos en un marco normativo. En este sentido, el PBS de Chile establece que la política de beneficios debe ajustarse cada tres años; los ajustes deben ir acompañados de estudios de costos; se deben realizar encuestas periódicas para identificar las preferencias sociales y, por último, toda ampliación del PBS al igual que su impacto presupuestario previsto deben estar alineados con la información que brinda el Ministerio de Hacienda sobre los recursos públicos disponibles.⁷ En Colombia, por ejemplo, el Ministerio de Salud y Protección Social ofrece una herramienta virtual que ayuda a los ciudadanos a identificar las tecnologías incluidas en la cobertura, además de que brinda desde hace varios años información transparente sobre las políticas de ajuste de sus PBS, lo que le permite justificar con datos de acceso público las

decisiones llevadas a cabo sobre selección de temas para evaluación, evaluaciones de tecnologías en salud y procesos de toma de decisiones de cobertura.⁸ De igual modo, Tailandia implementó un mecanismo de participación sistemática para la selección de temas que serán evaluados mediante ETS que comprende varios pasos y procesos explícitos.

Giedion y Guzmán argumentan a favor de las prácticas de buena gobernanza, pero también ponen de relieve los costos y riesgos que estas conllevan. A pesar de que la buena gobernanza posee varias connotaciones positivas, sus principios “con frecuencia interfieren con otros aspectos positivos tales como la rapidez, eficiencia, efectividad, flexibilidad, creatividad, empoderamiento e innovación”.⁹ Por esto, la introducción de principios de buena gobernanza se convierte en una acción tendiente a desarrollar un equilibrio y, quizás lo más relevante, no debería considerarse como un fin en sí misma, sino como un medio para lograr un proceso y una política de PBS sostenibles. Asimismo, la buena gobernanza supone grandes costos y estos son aun mayores cuando este proceso se lleva a cabo con seriedad. Por último, es posible que en algunas circunstancias la adopción de principios de buena gobernanza no obtenga los resultados esperados. Por ejemplo, en la práctica, la participación de actores claves puede convertirse en un vehículo eficaz para promover los intereses de algunos grupos bien organizados, en lugar de contribuir a que se incorporen los puntos de vista de todos los actores implicados. Además, aquellos actores que se oponen a la exclusión de una tecnología en particular suelen exigir la implementación de principios de buena gobernanza para poner en cuestionamiento la legitimidad de ciertas decisiones y así imponer sus propias agendas.

En el Capítulo 2, Ricardo Bitrán proporciona información relevante sobre monitoreo y evaluación para los formuladores de políticas que participan en el diseño e implementación de políticas de PBS. En primer lugar, el monitoreo y la evaluación del plan

consisten en determinar si el impacto de una política de planes de beneficios está alineado con los objetivos planteados. Como se muestra en el capítulo, estos procesos implican un esfuerzo continuo mediante el cual se monitorean los procesos y resultados de forma permanente y se busca responder los siguientes interrogantes: ¿se cumplen los objetivos de la política de PBS?; ¿los beneficiarios reciben realmente una cobertura efectiva de los servicios consignados en el plan?; ¿la calidad de los servicios cumple con los estándares previstos?; ¿los beneficiarios conocen sus derechos?; ¿se introdujeron incentivos para promover la prestación de servicios priorizados?; ¿cuál es la frecuencia y el costo de los servicios que se brindan?; ¿cómo están cambiando?, y ¿se definieron los objetivos de manera clara e inequívoca? Del mismo modo, los responsables de formular políticas deberían plantearse interrogantes sobre el proceso de diseño y ajuste de PBS como los siguientes: ¿los objetivos se definieron de manera explícita?; ¿se realizan ajustes periódicos?; ¿los ajustes están alineados con objetivos del PBS ya establecidos?; ¿los criterios que guían la selección de nuevos servicios son consecuentes con los objetivos?; ¿las instituciones responsables de ajustar el plan de beneficios cumplen sus funciones en consonancia con los principios de buena gobernanza y procesos adoptados?; ¿existen conflictos de intereses que deben ser abordados?; ¿el PBS es coherente con las necesidades, demandas, costos y recursos cambiantes?; ¿los recursos disponibles (financieros, humanos y de infraestructura) están alineados con los beneficios prometidos?, y ¿el diseño institucional reconoce explícitamente la importancia de monitorear y evaluar las políticas de PBS? Asimismo, el capítulo contiene varios ejemplos que ilustran los motivos por los que estos esfuerzos de monitoreo y evaluación son un factor determinante para el éxito de una política de PBS. También pone de manifiesto que son pocos los países que llevan a cabo estos esfuerzos continuos de monitoreo y evaluación. Por último, el capítulo revela que la evidencia disponible

sobre el impacto de las políticas de PBS es escasa. Cabe destacar que más allá de la cantidad de desafíos metodológicos que presenta la evaluación de una política de PBS, resulta sorprendente que, a pesar del rol central que cumplen los planes de beneficios en las políticas de CUS en todo el mundo, hay muy poca evidencia al respecto.

En el Capítulo 3, Amanda Glassman expone varios desafíos relacionados con la arquitectura financiera sobre la que se asientan las bases de los PBS en todo el mundo. A menudo, el costo de los planes de beneficios prometidos y de los ajustes superan los presupuestos disponibles para su prestación. Los gobiernos suelen integrar el financiamiento de los PBS a una estructura presupuestaria basada en insumos, reduciendo así los incentivos para prestar los servicios incluidos en el plan incluso antes de que el Ministerio de Finanzas envíe estos incentivos a los prestadores. En general, los ministerios de economía son los responsables de tomar decisiones respecto de la asignación de recursos para financiar los PBS y los cambios se introducen de manera discrecional. Por otra parte, los recursos se asignan a prestadores que no tienen un vínculo directo con los servicios consignados en los planes. Las distintas fuentes de financiación suelen utilizarse para diferentes paquetes y programas sin que existan mecanismos de coordinación generales y claros ni tampoco un enfoque común de definición de prioridades. Adicionalmente, la financiación externa puede utilizarse en función de prioridades globales fijadas en otros países. Quizás la prestación de paquetes de servicios para una enfermedad específica cuya organización y financiación se realizan de manera paralela a los PBS locales constituye el ejemplo más representativo en este contexto.

Cabe destacar que los resultados de estas prácticas pueden ser alarmantes, dado que el equilibrio financiero de los prestadores del PBS se vuelve impredecible e incluso puede verse comprometido. Un efecto aun más desfavorable es que el desequilibrio entre el costo y el financiamiento del PBS puede

ocasionar que disminuyan los servicios prestados y, por consiguiente, el racionamiento implícito se convierte una vez más en una práctica común. Esta situación genera un sentimiento de frustración entre los ciudadanos y pone en riesgo la legitimidad de la política de PBS. El caso de Perú es el que mejor ilustra estos problemas. Esto se debe a que los fondos asignados a los prestadores son sustancialmente menores al costo del PBS y un número cada vez mayor de beneficiarios del sistema de cobertura universal de este país recurre al sector privado para acceder a los servicios de salud que, en teoría, deberían estar cubiertos por el plan de beneficios explícito.¹⁰

El capítulo sobre financiamiento ofrece algunas recomendaciones de políticas concretas. Los responsables de formular políticas deberían destinar tiempo y esfuerzos regulares para costear de forma rigurosa el plan de beneficios y, si fuera posible, establecer estos esfuerzos dentro de un marco normativo. También deberían utilizar la información disponible sobre los costos para movilizar recursos, implementar mecanismos de provisión o estabilización, a fin de ampliar la cobertura o cubrir déficits, y por último, establecer acuerdos financieros que incentiven la prestación de los servicios incluidos en el plan. Este capítulo contiene un gran número de ejemplos que ilustran cómo se pueden implementar estas estrategias. Probablemente, la recomendación general más importante de este apartado es la necesidad de que haya coherencia financiera. Las asignaciones presupuestarias para el PBS deben ser consistentes con el costo (y no el resultado de negociaciones aisladas del Ministerio de Finanzas de la nación) y con el margen fiscal disponible (y no consecuencia de una promesa política de mayor alcance). Los mecanismos de pago a proveedores deberían estar relacionados con los beneficios (en lugar de basarse en una estructura y lógica presupuestarias que desvinculan el contenido del plan de beneficios del monto que los agentes financieros transfieren a los prestadores) y la financiación

externa debería estar alineada con las prioridades del plan.

Los tres capítulos de esta sección tienen un común denominador que es la importancia decisiva y la gran complejidad que caracterizan el diseño de una arquitectura institucional. Además de definir procesos técnicamente robustos para seleccionar un conjunto de beneficios que maximicen el bienestar de la población, la definición de una política de PBS implica responder varios interrogantes. La complejidad de llevar a cabo este proceso apela al realismo y al pragmatismo y representa un aprendizaje que tendrá consecuencias en la práctica. El primer aprendizaje determina que no es posible implementar todos los componentes de este proceso a la perfección ni tampoco en un corto período de tiempo. Por ello, es fundamental pensar estratégicamente sobre los aspectos más importantes para el proceso y el momento en que deberían iniciarse. Los procesos de priorización y los principios de gobernanza son aspectos fundamentales que permiten garantizar el éxito de una política de PBS. Asimismo, tal y como señalan las discusiones y ejemplos que se describen en esta sección, los desafíos que conlleva implementar la arquitectura institucional de una política de PBS son específicos de cada país, momento y sistema de salud en particular. Por ejemplo, al diseñar una arquitectura para el establecimiento de prioridades que articule las necesidades de diferentes subsectores geográficos y de salud, los sistemas de salud altamente descentralizados y segmentados enfrentarán mayores dificultades durante este proceso que aquellos sistemas centralizados. De igual modo, los gobiernos de países con una clase media en crecimiento y cada vez más exigente, como es el caso de muchos gobiernos de América Latina, enfrentarán mayores obstáculos al momento de obtener apoyo para introducir una (casi por definición, poco popular) política que limite explícitamente los servicios cubiertos en un PBS. Irónicamente, a mayor acceso, mayor dificultad para fijar límites. Por otra parte, los

desafíos varían con el tiempo. Aquello que en la actualidad es adecuado podría dejar de ser sostenible, y lo que hoy puede parecer imposible de llevar a la práctica podría llegar a implementarse en el futuro. Por ejemplo, la aplicación de un enfoque *top-down* para el diseño de un PBS puede ser adecuada en determinado momento, pero puede volverse insostenible a medida que la población sea más consciente acerca de cuáles son sus derechos. Del mismo modo, durante la primera etapa, posiblemente la información local disponible para diseñar y costear el PBS sea escasa, pero, a medida que se avanza con su implementación, las partes interesadas exigirán información de mayor calidad y habrá mejores diseños técnicamente robustos como consecuencia de la disponibilidad de información nueva, lo que crea una especie de ciclo virtuoso. Este resultado potencial es otra señal de que las políticas de planes de beneficios no deberían diseñarse como un ejercicio excepcional, sino más bien como un esfuerzo dinámico que está en constante evolución.

Esta sección no aborda en profundidad interrogantes importantes sobre el diseño institucional de los procesos de adopción de PBS, que deberían ser analizados en futuras investigaciones. Estos interrogantes incluyen aspectos tales como la asignación de tareas entre las distintas instituciones y actores, la interacción entre estos actores y la organización de cada institución en función de sus competencias, autonomía (técnica, legal y financiera), tamaño, fuentes de financiación y nivel de descentralización. Un análisis preliminar llevado a cabo por Manuel Espinoza y Anthony Culyer, que aún no se ha publicado, indica que existe una amplia variedad de opciones para responder cada uno de estos interrogantes relacionados con el diseño institucional.¹¹ Por ejemplo, en términos de descentralización, algunos países decidieron concentrar la mayoría de las funciones en una única institución (en general, los ministerios de salud); mientras que otros optaron por crear organismos especializados a cargo de diferentes tareas;

algunos países incluso tercerizan el trabajo técnico. No existe una fórmula universal y cada país debe adaptar el diseño institucional a las necesidades y contexto locales, aunque surgen algunos aprendizajes a partir del estudio antes descrito. En primer lugar, los acuerdos institucionales deberían estar anclados en un marco normativo explícito, debido a que de este modo se previenen duplicaciones y también la falta de claridad en la gestión de tareas, además de que aporta consistencia y estabilidad (dos aspectos que constituyen principios importantes de la buena gobernanza). Esto tiene especial relevancia, puesto que ajustar un PBS es un tema políticamente sensible y es susceptible de recibir demandas de cambios en el diseño institucional con el fin de responder a intereses y presiones políticas a corto plazo. No es de extrañar que la estabilidad en el diseño institucional para el establecimiento de prioridades sea la excepción y no la norma.¹² En segundo lugar, las instituciones necesitan recursos financieros y recursos humanos calificados para mantener la estructura institucional de su política de PBS. A menudo, los gobiernos subestiman la cantidad de trabajo que implica el ajuste, monitoreo, evaluación e implementación de planes de beneficios y, con frecuencia, asignan estas tareas a otras instituciones, a pesar de que en estos casos garantizar el buen funcionamiento de las tareas incluidas en el ciclo de políticas del PBS puede incrementar el volumen de trabajo y se superpondría con tareas previas. Es importante señalar que las viejas estructuras podrían no estar alineadas con las competencias y capacidades requeridas para implementar un nuevo plan de beneficios. Por último, dado que el ajuste de un PBS es una cuestión sumamente compleja que comprende varios procesos, actores e instituciones, los formuladores de políticas deben articular estas dimensiones e incentivos de manera explícita a fin de que conjuntamente se puedan cumplir los objetivos establecidos mediante la política de PBS.¹³ Esto representa un elemento clave para alcanzar el éxito y requiere no solo de reglas, sino también de liderazgo

y compromiso por parte de las esferas más altas del gobierno.

Referencias

- Chalkidou, Kalipso, Robert Marten, Derek Cutler, Tony Culyer, Richard Smith, Yot Teerawattananon, Françoise Cluzeau, et al. 2013. "Health Technology Assessment in Universal Health Coverage." *The Lancet* 382 (9910): e48–49. doi:10.1016/S0140-6736(13)62559-3.
- Daniels, Norman. 1996. *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*. New York: Cambridge University Press.
- . 2000. "Accountability for Reasonableness." *BMJ* 321 (7272): 1300–1301. doi:10.1136/bmj.321.7272.1300.
- Drummond, Michael F., J. Sanford Schwartz, Bengt Jönsson, Bryan R. Luce, Peter J. Neumann, Uwe Siebert, and Sean D. Sullivan. 2008. "Key Principles for the Improved Conduct of Health Technology Assessments for Resource Allocation Decisions." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 24 (3): 244–58. doi:10.1017/S0266462308080343.
- Giedion, Ursula, Marcella Distrutti, Analucia Muñoz, Diana Pinto, and Anamaria Diaz. 2017 (forthcoming). *La priorización en salud paso a paso. Cómo articular sus procesos Brasil, Colombia y México*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Glassman, Amanda, Ursula Giedion, Yuna Sakuma, and Peter C. Smith. 2016. "Defining a Health Benefits Package: What Are the Necessary Processes?" *Health Systems & Reform* 2 (1): 39–50. doi:10.1080/23288604.2016.1124171.
- Greer, Scott L., Matthias Wismar, and Josep Figueras, eds. 2016. *Strengthening Health System Governance: Better Policies, Stronger Performance*. New York: Open University Press.
- Greer, Scott L., Matthias Wismar, Josep Figueras, and Charlotte McKee. 2016. "Governance: A Framework." In *Strengthening Health System Governance*, 27–56.
- "Las razones por las que se acabó el Plan Obligatorio de Salud (POS)." 2017. *Portafolio*, February 16. www.portafolio.co/economia/se-acaba-el-plan-obligatorio-de-salud-pos-503432.
- Menon, Devidas, and Tania Stafinski. 2009. "Health Technology Assessment in Canada: 20 Years Strong?" *Value in Health* 12: S14–19. doi:10.1111/j.1524-4733.2009.00554.x.
- MiniSalud, POS Pópuli, and Todos Por Un Nuevo País. 2017. "Código ATC." <http://pospopuli.minsalud.gov.co/paginas/resultadomedicamentos.aspx>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Forthcoming. *OECD Reviews of Health Systems: Peru 2017*. Paris: OECD Publishing.
- Results for Development Institute. 2014. *Supporting the*

Development of National Health Insurance in South Africa: A Review of Benefits Policy and Active Purchasing Reform in Chile. Washington, DC: Results for Development. [www.resultsfordevelopment.org/sites/results_for-development.org/files/Review%20of%20benefits%20and%20purchasing%20reform%20in%20Chile%20to%20Support%20NHI%20in%20South%20Africa-%20R4D%252c%20Sept%202014%20\(Web%20document\).pdf](http://www.resultsfordevelopment.org/sites/results_for-development.org/files/Review%20of%20benefits%20and%20purchasing%20reform%20in%20Chile%20to%20Support%20NHI%20in%20South%20Africa-%20R4D%252c%20Sept%202014%20(Web%20document).pdf).

Williams, Iestyn. 2016. “The Governance of Coverage in Health Systems: England’s National Institute for Health and Care Excellence (NICE).” In *Strengthening Health System Governance*, 159–71.

Notas finales

1. “Las razones por las que se acabó el Plan Obligatorio de Salud (POS)” (2017).
2. OECD (forthcoming).
3. Drummond and others (2008); Chalkidou and others (2013); and Menon and Stafinski (2009).
4. Glassman and others (2016).
5. Williams (2016, p. 159).
6. Daniels (1996, 2000).
7. Results for Development Institute (2014).
8. MiniSalud, POS Pópuli, and Todos Por Un Nuevo País (2017).
9. Greer and others (2016, p. 40).
10. OECD (forthcoming).
11. Information from an unpublished draft manuscript by Manuel Espinoza and Anthony Culyer.
12. Greer, Wismar, and Figueras (2016).
13. See Giedion and others (2017 forthcoming).

CAPÍTULO 1

Definiendo las reglas del juego:

Principios de buena gobernanza para el diseño y revisión de planes de beneficios en salud

Ursula Giedion

Javier Guzmán

En pocas palabras: Para que las políticas relacionadas con los planes de beneficios en salud sean sostenibles deben construirse sobre la base de principios de buena gobernanza comprobados, tales como la transparencia, consistencia, coherencia, estabilidad y participación de los distintos actores.

Al diseñar y ajustar un plan de beneficios en salud (PBS) no solo se requieren métodos sólidos y datos de alta calidad (como señalan Katharina Hauck, Ranjeeta Thomas y Peter C. Smith en el Capítulo 9), sino también procesos y marcos institucionales y legales adecuados para que el plan de beneficios sea sostenible. El término “gobernanza” describe el proceso y la estructura mediante los cuales se diseñan y ajustan los planes de beneficios. En esencia, la “gobernanza” establece “las reglas del juego”; hace referencia al modo en el que las organizaciones, instituciones, empresas y gobiernos gestionan sus asuntos. En este sentido, aquellas normas bien diseñadas y que se implementan de forma correcta conducen a una buena gobernanza. Los procesos de diseño y ajuste de un PBS son tanto una tarea política (véase la evaluación de políticas económicas para el diseño del PBS de Jesse Bump y Angela Chang del Capítulo 12) como técnica; por lo que los principios de buena

gobernanza como la transparencia, la participación de los distintos actores, las estructuras coherentes para la toma de decisiones y la consistencia y estabilidad constituyen elementos esenciales que deben comprenderse y ponerse en práctica.

Las políticas para el PBS que tienen como base una buena gobernanza generan muchos beneficios. La buena gobernanza tiene un valor intrínseco —un valor en sí misma y para su propio beneficio—, dado que permite a los ciudadanos y a los distintos actores comprender cuáles son los mecanismos implementados para la toma de decisiones, cómo pueden participar en la política de PBS y cómo pueden hacer responsables a los formuladores de políticas, contribuyendo de este modo a la vida de los ciudadanos y fortaleciendo la democracia. Además, posee un valor constructivo —que establece un proceso que brinda información acerca de los valores y limitaciones del plan de beneficios— porque aplicar

principios de buena gobernanza durante el diseño del PBS contribuye a que los ciudadanos y las distintas partes interesadas aprendan los unos de los otros participando en debates e intercambiando información, puntos de vista y análisis. Por último, la buena gobernanza también contiene un valor instrumental —es decir, permite alcanzar algo que va más allá de sus propios límites—, puesto que le otorga al PBS más legitimidad, aceptabilidad y fundamentos, y por ende, posibilita la adopción de un mejor plan en materia de política y gestión.

Por distintos motivos, este valor instrumental es un aspecto clave que debe considerarse durante el diseño y ajuste del plan de beneficios y, en términos generales, también resulta relevante para la priorización explícita. En primer lugar, uno de estos motivos tiene como base el hecho de que decidir qué servicios de salud se financiarán y bajo qué circunstancias serán prestados es un asunto bastante delicado porque afecta la salud de las personas, un aspecto fundamental para la felicidad y el bienestar de los seres humanos. En general, las personas se preocupan más por la salud y el acceso a la atención médica que por otros aspectos relacionados con las políticas públicas. Esto se debe, en parte, a que gozar de una buena salud es una precondition para fortalecer la mayoría de los aspectos que comprende el bienestar de una persona. En segundo lugar, los planes de beneficios suponen (por definición) ciertas limitaciones, que siempre afectarán negativamente a un subgrupo de personas, actores interesados o instituciones, e inevitablemente, esas limitaciones serán aun mayores en los países de ingresos bajos y medios (PIBM), dado que la cantidad de recursos disponibles es mucho menor. Por otra parte, aquellas personas que necesitan o brindan servicios que no están cubiertos por el PBS querrán saber, por lo menos, cómo se llegó a tomar esas decisiones y si están basadas en criterios comprensibles y razonables.¹ Un tercer motivo es el hecho de que no existe una única respuesta correcta

que determine cuál es la mejor composición del plan de beneficios, ya que distintas personas pueden dar más o menos importancia a ciertos criterios de inclusión potencialmente conflictivos, como por ejemplo el equilibrio de la maximización de los resultados en salud, la equidad y la regla de rescate. Por lo tanto, decidir “qué cubrir y qué no” implica que los responsables de diseñar el PBS clasifiquen por rango los valores y preferencias en función de su relevancia, a pesar de que estos valores sean muy distintos entre sí. (En el Capítulo 9 se analiza la posible coexistencia de criterios en el contexto de toma de decisiones multicriterio). Por último, la información y los métodos que se encuentran a disposición para tomar decisiones de inclusión o exclusión conllevan un grado de incertidumbre considerable. Combinar criterios diferentes para establecer prioridades es un proceso que presenta muchas limitaciones metodológicas y las fuentes de información locales son por lo general escasas o poco confiables (esto también se examina en el Capítulo 9). Muchas veces las partes interesadas desconocen, por ejemplo, cómo se utilizan los recursos disponibles y cómo se redistribuirían si se adoptara un PBS o se lo modificara. Muy a menudo, al momento de elegir los servicios que cubrirá el plan de beneficios, los PIBM no poseen información confiable sobre la efectividad y los costos de los tratamientos de su propio entorno o sobre las formas en que se pueden combinar diferentes tipos de evidencia que abordan distintos criterios de priorización, tales como la costo-efectividad, la equidad y la protección financiera. Aun así, a pesar de estos desafíos políticos y metodológicos, los actores interesados pueden muchas veces acordar implementar un proceso que consideren justo para el diseño y ajuste del PBS, incluso reconociendo las dificultades para definir los límites del plan y la incertidumbre y restricciones que presenta la evidencia. Trabajar para alcanzar una buena gobernanza y un proceso justo, transparente, participativo, consistente y técnicamente sólido es

una estrategia fundamental para lograr un PBS legítimo, aceptado y fundamentado.

En este capítulo se abordan primero las definiciones de gobernanza y buena gobernanza en relación con el diseño y ajuste de PBS. Luego, se analizan tres características esenciales de la buena gobernanza que deben considerar los formuladores de políticas cuando establecen procesos para el diseño y ajuste de los planes de beneficios: la transparencia, consistencia y estabilidad, y la participación de los distintos actores de interés. Además, se ofrece una descripción de lo que significan estos principios para la política de PBS, se explica por qué es importante tener en cuenta estos criterios al diseñar y ajustar planes de beneficios y se presentan ejemplos de cómo se han implementado en diferentes países.

La gobernanza y la buena gobernanza aplicadas a la política de beneficios

La gobernanza hace referencia a la estructura que se emplea para formular políticas en un sistema en particular² y, por lo tanto, da cuenta de los procesos llevados a cabo para la toma de decisiones y su puesta en práctica, e incluye además aspectos relacionados con el establecimiento de patrones y la rutinización.

Tal como lo explican Scott Greer y colegas, la gobernanza es la manera sistemática en que se toman y se implementan las decisiones, siguiendo una serie de patrones.³ Este concepto comprende las diferentes formas en que las organizaciones, instituciones, empresas y gobiernos gestionan sus asuntos. Se refiere al acto de gobernar y, por tanto, incluye no solo la aplicación de leyes y normativas, sino también de costumbres, principios éticos y normas.⁴ La gobernanza comprende los mecanismos, procesos e instituciones a través de los cuales los ciudadanos y grupos sociales pueden expresar sus intereses, ejercer sus derechos,

cumplir con sus obligaciones y resolver sus diferencias.⁵ A raíz de estas descripciones, surgen numerosos aspectos claves de la gobernanza cuando se aplica a las políticas de beneficios en salud, en especial, en lo relativo a cómo se formulan e implementan estas políticas *normalmente* y cómo los gobiernos definen y ajustan sus PBS *por lo general*, esto es, qué procesos se llevan a cabo, cómo y por quiénes, y cómo interactúan a la hora de tomar decisiones los diferentes actores e instituciones afectadas por las políticas de PBS o que participan en su formulación e implementación.

La buena gobernanza, entonces, significa llevar a cabo el acto de gobernar de forma correcta. Si se cumplen ciertos atributos de la buena gobernanza, se espera que las políticas sean más justas y efectivas, y que tengan un mayor grado de legitimidad y aceptación. Por el contrario, una mala gobernanza conduce a altos niveles de corrupción, estrategias poco coordinadas, procesos de captura regulatoria, incompetencia, falta de confianza, dificultades para la planificación a largo plazo o fallas en la implementación. Sin embargo, a pesar del creciente consenso que existe en torno a la importancia de establecer una buena gobernanza para la priorización explícita y para el diseño y ajuste de planes de beneficios, en el mundo hay muchos casos que evidencian una gobernanza que dista de ser adecuada en relación con estos aspectos.⁶ Por lo general, los procesos no se definen explícitamente y las partes se involucran solo por cuestiones formales; la documentación acerca de cómo se tomaron las decisiones suele ser escasa; los procesos de ajuste para los PBS son a menudo de carácter *ad hoc*, poco frecuentes y varían de forma irregular; quienes toman las decisiones rara vez deben rendir cuentas, y los plazos y recursos monetarios disponibles tienden a ser insuficientes para la magnitud y el alcance de la tarea. En el contexto de un plan de beneficios, entre los símbolos que visibilizan la mala gobernanza se pueden encontrar un cierto grado de desconfianza general en el plan y en las restricciones

que este presenta, problemas legales, decisiones con poco fundamento, cambios irregulares en las políticas, inclusión de servicios que no aportan ningún beneficio claro e insostenibilidad financiera. (En el Recuadro 1 se presentan algunos ejemplos de países en los que se pueden observar estos síntomas de mala gobernanza). Es posible aumentar la legitimidad y sostenibilidad de las políticas de beneficios si se mejoran los acuerdos de gobernanza. Tal como lo demuestra el ejemplo de Colombia que se menciona más abajo, una posible consecuencia de la mala gobernanza es la presencia de políticas insostenibles incluso cuando se emplean métodos rigurosos.

Diferentes autores consideran distintos elementos como esenciales para la gobernanza, tanto para el sector salud como en general.⁷ Los autores de este capítulo utilizan una versión adaptada del marco conceptual elaborado por William Savedoff y Pablo Gottret para analizar los procesos de gobernanza dentro de los sistemas de seguros de salud obligatorios.⁸ A continuación se examinan la transparencia, consistencia, estabilidad y las estructuras coherentes para la toma de decisiones, y también la participación de distintos actores como elementos claves para la buena gobernanza que permiten mejorar los resultados del diseño del PBS.

Transparencia

Si bien existen muchas definiciones para este término, en general, la transparencia se refiere a la medida en que un organismo revela información acerca de sus procesos, procedimientos, funcionamiento y desempeño en relación con la toma e implementación de decisiones.⁹ En un sentido más metafórico, la transparencia alude a la posibilidad de mirar a través de “las ventanas de una institución” o “retirar el velo que envuelve el misterio”.¹⁰ La transparencia es un atributo de la gobernanza cuya finalidad es aumentar la participación y la rendición de cuentas en el

gobierno. Cuando las organizaciones e instituciones operan de forma visible, predecible y comprensible, es decir, cuando operan poniendo en práctica todos los atributos de la transparencia, los ciudadanos y los actores de interés pueden realizar un seguimiento del gasto público y su uso, y utilizar estos datos como información útil para procesos de votación u otro tipo de participación democrática.¹¹

De acuerdo con esta definición, bajo una política de PBS transparente, los ciudadanos y actores del sector tienen acceso a la información que necesitan para formar su opinión acerca del ciclo de políticas y sus resultados (véase la introducción para obtener más información sobre este ciclo de procesos). Todas las partes interesadas deben tener la posibilidad de conocer y entender qué servicios se cubren, cómo se diseñaron las políticas, cómo y por qué se tomaron esas decisiones y si se alcanzaron los objetivos establecidos. Es lo opuesto a una política de “caja negra” en la cual las personas no conocen por completo los derechos que adquieren mediante el plan de beneficios ni mucho menos el proceso que se llevó a cabo para su definición y ajuste. Cabe destacar que la transparencia no significa solo compartir información de forma pasiva, sino que debe haber una comunicación activa durante el proceso de diseño e implementación del plan, que incluya las implicancias relevantes para todas las partes interesadas. En general, esto implica que la información llegue al alcance de todas las personas afectadas y se garantice su comprensión.¹² En el contexto específico de un PBS, los ciudadanos no solo deben poder acceder a la información sobre el proceso y contenido del plan, sino también deben conocer verdaderamente qué consecuencias tendrá para ellos y el país, y para el sistema de salud en su conjunto.

En muchos países donde se han formulado políticas de PBS, la transparencia ha sido limitada. En América Latina y el Caribe, por ejemplo, los estudios de caso de siete países sugieren que hay un amplio campo de acción para aumentar la transparencia y

RECUADRO 1 Las consecuencias de la mala gobernanza en las políticas de beneficios

Implementación fallida. En los casos en los que no se cumple con algunos o con ninguno de los principios de buena gobernanza, los responsables de formular políticas podrían decidir desestimar una propuesta de PBS o abandonar una política de planes de beneficios por completo.

Colombia. Cuando Colombia introdujo su esquema de aseguramiento universal de salud en 1993, el gobierno encargó a un equipo de expertos de primera línea diseñar un PBS en función de ciertos criterios de costo-efectividad. Después de un año de intenso trabajo técnico, se presentó la propuesta ante el gobierno y otros actores del sector. Desde un punto de vista técnico, la propuesta era sólida, pero no se percibió como el producto de un proceso transparente, participativo y válido. Además, tuvo que enfrentar una oposición política muy fuerte por parte de la entidad pública encargada del aseguramiento en salud más grande que existía en ese momento, el Instituto de Seguros Sociales, que ya ofrecía un plan de beneficios mucho más amplio que el sugerido por los expertos.^a Como resultado, se rechazó la propuesta técnica de 1993 y el gobierno decidió utilizar el manual de tarifas del Instituto de Seguros Sociales como plan de beneficios para el nuevo sistema de cobertura universal en salud. ^b El nuevo plan recibió el nombre de Plan Obligatorio de Salud (POS).

Este plan de beneficios integral y con límites explícitamente definidos estuvo vigente hasta 2017. En enero de 2015, la Corte Constitucional de Colombia adoptó una ley estatutaria que establece que el gobierno debe financiar todos aquellos tratamientos que indiquen los médicos a excepción de tratamientos experimentales, estéticos, que se presten en el exterior y cuya efectividad no haya sido comprobada. En consecuencia, en la actualidad, el gobierno no tiene margen alguno para restringir el PBS en función de criterios de costo-efectividad u otras consideraciones económicas. Esta ley surgió, en parte, luego de operar dos décadas con una política de beneficios principalmente ad hoc, en donde las normas explícitas y el marco institucional para el establecimiento de prioridades eran débiles o se implementaban de forma lenta y con mucha incertidumbre. Además, los médicos, en particular, se resistían a la idea de tener un PBS actualizado de forma burocrática que limitara su autonomía médica.^c

República Dominicana. El sistema de cobertura universal en salud proporciona cobertura para cerca del 65 por ciento de la población (a partir de 2016 en adelante) a través de un plan de beneficios estándar. En 2012, el organismo a cargo de actualizar este plan presentó una propuesta de ajuste que recibió una fuerte oposición por parte de un gran número de distintos grupos de interés. En concreto, aquellos que se opusieron mencionaron la falta de información acerca de los criterios y procesos en los que se basaba la propuesta como una de las principales razones que dieron origen a sus críticas. ^d Así fue que el país tuvo que empezar de cero. A partir de esta experiencia, se decidió implementar un proceso mucho más transparente y participativo para lograr actualizar de manera exhaustiva el PBS durante el período 2015-2016.

Credibilidad limitada, falta de confianza, decisiones insostenibles y problemas legales. En algunos casos, la poca atención depositada en los principios de buena gobernanza durante el diseño y ajuste de PBS puede socavar la confianza del público en el plan de beneficios y dar lugar a problemas legales.

Perú. Cuando adoptó su sistema de cobertura universal en salud, Aseguramiento Universal en Salud (AUS) en 2009, Perú diseñó un PBS llamado Plan Esencial de Aseguramiento de Salud (PEAS). No obstante, durante el proceso de diseño, el equipo técnico tuvo poca interacción con los otros actores del sector quienes habían trabajado en versiones anteriores del plan de beneficios. Un hecho significativo fue que los responsables del diseño no consideraron el contenido del principal plan de beneficios anterior, el Listado Priorizado de Intervenciones en Salud (LPIS). En consecuencia, el LPIS era más exhaustivo en términos de alcance que el PEAS, lo que provocó que los ciudadanos y otros actores percibieran al plan como una reducción de beneficios. Así fue que luego se expandió el PEAS para que incluyera todos los servicios subvencionables del LPIS. ^e

Inclusión de servicios que no aportan beneficios comprobados o no están alineados con los objetivos establecidos en la política de PBS. Cuando no se cuenta con criterios claros para ajustar el PBS, es probable que los

(continuación)

RECUADRO 1. Las consecuencias de la mala gobernanza en las políticas de beneficios (continuación)

Colombia. Antes de 2012, el plan de beneficios integral descrito anteriormente (POS) estaba disponible solo para el sector formal de la población afiliado al sistema de contribuciones. El sector informal y los grupos más vulnerables estaban cubiertos por un régimen subsidiario que cubría solo parte de los servicios (alrededor del 50 por ciento) que se ofrecían a través del régimen contributivo. La ley indicaba que debía haber una convergencia gradual de los dos planes (lo cual ocurrió en el año 2012). Sin embargo, no había una visión clara que guiara esta convergencia entre el PBS subsidiado para los grupos más vulnerables y el PBS más amplio para los miembros del régimen contributivo. Por ejemplo, se añadieron la radioterapia externa con haces de fotones y la colecistectomía laparoscópica al plan más limitado antes de que este incluyera servicios básicos para el cáncer como consultas con especialistas o mamografías. ^f

Ghana. Ghana se comprometió política, legislativa y fiscalmente a brindar una cobertura universal de aseguramiento en salud para su población en un esfuerzo por reducir las barreras financieras que afectan la utilización de los servicios de salud. En 2005, se implementó un plan de beneficios en salud integral financiado mediante recursos públicos que ofrecía cuidados preventivos y tratamientos para enfermedades transmisibles y no transmisibles; sin embargo, este no cubría algunos servicios altamente costo-efectivos. En términos generales, el plan favorece la cobertura de servicios más curativos que preventivos. Por ejemplo, en principio, el Ministerio de Salud prevé la planificación familiar, pero este servicio no forma parte del PBS básico del Plan Nacional de Seguro de Salud (National Health Insurance Scheme, NHIS) y nunca recibe la financiación suficiente. ^g

México. El Seguro Popular (SP) consta de dos planes de beneficios en salud. El primero, que se conoce en la actualidad como CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud), cubre servicios de costos relativamente bajos y de gran incidencia. El segundo es el plan FPGC (Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos), que cubre una lista corta de enfermedades de menor incidencia, pero de costos más elevados. A partir de fines de 2015, el FPGC cubría 56 tratamientos de alto costo. En un estudio de caso sobre el FPGC, se halló que las decisiones de inclusión se tomaban generalmente sobre la base de criterios y presiones políticas, y no a través de procesos justos, participativos ni transparentes que intentarían incluir enfermedades o condiciones más relevantes para la población. ^h

Planes de beneficios financieramente insostenibles. Muchas veces sucede que cuando hay una mala gobernanza las políticas de PBS que se obtienen como resultado no proporcionan información acerca de los costos del plan ni de las consecuencias fiscales que podrían tener. Esto provoca una falta de coherencia entre la generosidad de la cobertura estipulada en la teoría y los recursos asignados para gestionar el plan en la práctica.

Ghana. Este país ha tenido problemas para financiar el plan de beneficios debido al rápido crecimiento de las tasas de utilización. Las consultas ambulatorias aumentaron de 0,4 per cápita en 2005 a 1 aproximadamente en 2009. Durante el mismo período, la hospitalización tuvo un incremento de 22 a 58 por cada mil personas sin que se realizaran cambios considerables en su financiación. ⁱ Como resultado, es posible que la política de PBS no sea sostenible bajo el financiamiento actual del NHIS y los acuerdos de pago a los prestadores. Esto muestra una falta de coherencia evidente entre el tamaño del plan y los recursos efectivamente disponibles.

Perú. De acuerdo con las estimaciones de Prieto y colegas, los recursos per cápita asignados para financiar el plan de beneficios (PEAS) ascendieron a un 25,5 por ciento su costo variable. ^j

- a. Giedion, Panopoulou, and Gómez-Fraga (2009).
- b. Hasta ese entonces, el Instituto de Seguros Sociales utilizó su propio manual de tarifas para comprar servicios a la red de prestación de servicios de salud existente y contaba con una lista completa de todos los servicios que podían comprarse y sus tarifas acordadas.
- c. Giedion and Cañón (2014).
- d. Ibid.
- e. Prieto, Cid, and Montañez (2014).
- f. Giedion and Cañón (2014).
- g. Saleh (2013).
- h. Lakin and Daniels (2007).
- i. Saleh (2013).

difusión de las políticas de PBS en cada uno de ellos. Los beneficiarios suelen tener pocos conocimientos sobre el plan de beneficios y los gobiernos rara vez difunden información sobre cómo y por qué se tomaron estas decisiones de cobertura.¹³

¿Por qué es importante la transparencia en el contexto de una política de PBS?

La transparencia es deseable porque tiene un valor en sí misma (valor intrínseco), pero también porque constituye una herramienta imprescindible para formular una política de PBS adecuada (valor instrumental). Posee un valor intrínseco porque se la considera como una piedra angular de la gobernanza democrática, que exige honestidad y apertura por parte de las organizaciones gubernamentales.¹⁴ Desde esta perspectiva, los ciudadanos tienen el *derecho* intrínseco a conocer las operaciones del gobierno y participar en ellas. Un estudio sobre Tanzania ayuda a ilustrar esta idea. En este estudio, el autor evalúa los puntos de vista de grupos de interés en torno a distintos aspectos de la buena gobernanza vinculados a la priorización explícita.¹⁵ Se halló que todos los actores consideran que la transparencia puede mejorar el proceso democrático, puesto que ayuda a los miembros de la comunidad a aprender cómo se pueden asignar los recursos en salud de manera considerada y equitativa. Desde un punto de vista instrumental, la transparencia permite monitorear a los actores involucrados e incentivarlos para que tomen mejores decisiones.

Es difícil *responsabilizar* a los encargados de formular políticas de PBS por sus decisiones a menos que se cuente con la información necesaria y, consecuentemente, se pueda evaluar sus acciones. Según la terminología vinculada a la Teoría del principal-agente, la transparencia es un medio a través del cual el “principal” se asegura de que el “agente” no “evada sus responsabilidades” (es decir, que efectivamente el agente no persiga políticas que promulguen

sus propios intereses en lugar de los intereses del principal).¹⁶ Traducido a la política de PBS, esto quiere decir que aquellas personas afectadas (el principal) deben tener acceso a información sobre el proceso de definición y ajuste del PBS, y las decisiones llevadas a cabo por las personas a cargo (el agente; por lo general, uno o más organismos del estado involucrados en la definición del PBS). De este modo, los ciudadanos pueden controlar si el gobierno actúa en representación de sus intereses o de los intereses de los beneficiarios, o si responde a los intereses de algún otro actor o grupo de interés en particular. En otras palabras, la transparencia en la formulación de políticas de PBS reduce el margen de captura, sesgo y corrupción, dado que posibilita a los actores recabar información que puede ser crucial para identificar abusos o prácticas inapropiadas y defender sus intereses. Este atributo permite a los ciudadanos desempeñar un papel disciplinante con respecto al estado encargado de implementar la política de PBS. De hecho, la noción de la transparencia es un componente fundamental que se encuentra a la base de los fundamentos del PBS: definir un conjunto explícito de servicios de salud prioritarios contribuye a aumentar la rendición de cuentas en los sistemas de salud al establecer de forma explícita lo que el gobierno se compromete a garantizar. Si el compromiso de adoptar un plan de beneficios definido explícitamente es solo una promesa vacía o, por el contrario, es una herramienta que ayuda a establecer el derecho a la salud en la población, depende de muchos factores, entre los que se incluye la capacidad del gobierno para controlar si los encargados de asegurar y prestar los servicios de salud cumplen con sus responsabilidades. También implica un esfuerzo por monitorear lo que ocurre con los servicios incluidos en la política de beneficios y evaluar si se alcanzan los resultados esperados. En el Recuadro 2, se ofrecen algunos ejemplos que ilustran la relación entre la transparencia y la responsabilidad en torno al diseño y ajuste de PBS.

La transparencia también ayuda a concientizar a las personas acerca de la política de PBS y las principales razones que justifican la fijación de límites explícitos para la cobertura de servicios de salud, un prerrequisito para que el plan de beneficios cuente

con la aprobación de los ciudadanos. En el Recuadro 3 se ofrecen algunos ejemplos que ilustran esta idea.

Por otro lado, la transparencia también ayuda a fomentar la confianza y, en consecuencia, a legitimar la política de PBS. Cuando los organismos

RECUADRO 2. La transparencia como medio para aumentar la responsabilidad en el diseño y ajuste de políticas de PBS

República Dominicana. La República Dominicana originalmente adoptó un PBS llamado PDSS (Plan de Servicios de Salud) en el marco de su esquema de cobertura universal en salud. En 2013, la entidad responsable de actualizar este plan, SISARIL (Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales), propuso una revisión. Esta propuesta fue ampliamente difundida y hubo mucho debate al respecto en los medios de comunicación nacionales, antes de que fuera rechazada por los actores del sector. Uno de los motivos que provocaron su rechazo fue que la información utilizada para la actualización del plan no era confiable, un tema que tuvo mucha cobertura mediática. Por ejemplo, un artículo periodístico planteaba que la propuesta del SISARIL no revelaba información acerca de la costo-efectividad de los servicios ni tampoco de los efectos esperados para la salud, lo cual iba en contra de la ley de aseguramiento en salud que establece que el plan de beneficios debe priorizar aquellos servicios más costo-efectivos y más relevantes para mejorar el estado de salud de los dominicanos.^a

Irán Un análisis sobre el sector salud llevado a cabo por el Banco Mundial en 2008 halló que en Irán coexisten varios planes de beneficios en salud diferentes financiados mediante recursos públicos. Por lo general, el contenido de estos es poco claro, lo que posiblemente contribuye a que los pagos informales continúen y se realicen con frecuencia. En este análisis, se concluyó, a modo de recomendación, que estandarizar los planes podría aumentar la equidad y ayudar a que el alcance de los beneficios fuera más transparente tanto para los usuarios como para los prestadores, lo que a su vez podría ayudar a reducir la incidencia de pagos informales.^b

Colombia. La Defensoría del Pueblo de Colombia es un organismo gubernamental nacional que se encarga de supervisar la protección de los derechos civiles y humanos en el país. Este organismo elabora un informe anual sobre los recursos de amparo que solicita la población en materia de acceso a servicios de salud, entre los que se incluyen también aquellos servicios cubiertos de forma explícita por el plan de beneficios obligatorio.^c

Chile. La Superintendencia de Salud de Chile controla de forma sistemática que se cumplan las garantías entregadas mediante el plan de beneficios AUGE (acceso, calidad, oportunidad y protección financiera) y sanciona a los organismos que evaden su responsabilidad legal.

- a. Véase Pimentel (2013). El artículo 13 de la resolución CNSSS N.º 48-13 de 2002 establece que el PBS debe priorizar aquellas actividades, intervenciones, procedimientos y prácticas clínicas que presentan una mayor costo-efectividad centrándose en las enfermedades más relevantes para la comunidad y, en función del perfil epidemiológico, tomando como punto de partida el Plan Nacional de Salud, las tecnologías disponibles y los recursos actuales y futuros. Véase SISARIL (2002).
- b. Banco Mundial (2008).
- c. El sistema tutela permite que los ciudadanos tengan la posibilidad de iniciar procedimientos jurídicos para recibir tratamiento (incluidos ciertos medicamentos) en los casos en los que prime el derecho a la salud y dicho tratamiento haya sido negado. Esto incluye instancias en donde se haya negado a los pacientes algún tratamiento cubierto por el PBS obligatorio y situaciones en las que se solicite la prestación de tratamientos no incluidos en el plan.

gubernamentales comparten información y exponen qué decisiones de cobertura se toman, de qué manera y cuáles son los resultados que se obtienen, probablemente la *confianza* que las personas depositen en la política de PBS aumente. Tal y como lo expresa Norman Daniels, las personas que se ven afectadas por estas decisiones dolorosas quieren conocer los fundamentos que se encuentran a la base de ellas.

RECUADRO 3. La transparencia como medio para concientizar sobre la importancia de establecer límites

Colombia. En 2014, un paciente de 25 años presentó una petición para que el gobierno pagara un tratamiento experimental en el exterior a través de un mecanismo denominado tutela, un recurso legal establecido en la constitución cuyo objetivo es proteger y garantizar derechos fundamentales.^a Esta noticia tuvo mucha repercusión en los medios, lo que generó un gran apoyo por parte de los ciudadanos hacia el paciente y una fuerte presión para que el gobierno pague el tratamiento. No obstante, el ministro de salud declaró públicamente que el gobierno no iba a financiar el tratamiento en el exterior y argumentó que en Colombia había soluciones similares disponibles a un costo mucho más bajo y que por ley no estaba permitido financiar tratamientos experimentales en el exterior con recursos públicos. Además, el ministro explicó que una decisión de este tipo supondría una protección diferenciada de los derechos a la salud de los colombianos, dado que se privaría de recursos a otros pacientes que también necesitan atención médica, y es su responsabilidad cuidar de estos pacientes.^b Sus declaraciones condujeron a que se iniciara un debate constructivo, aunque muy difícil, en torno a la priorización, y la posición del gobierno consiguió un mayor apoyo por parte de los ciudadanos y grupos médicos.^c

Sudáfrica. En 2011, un paciente con insuficiencia renal crónica demandó a la Corte Constitucional de Sudáfrica. El sistema de salud pública provisto por el estado le había negado el acceso a procedimientos de diálisis. El estado justificó su decisión haciendo referencia a las limitaciones existentes en los recursos y la necesidad de dar prioridad a aquellos pacientes que presentan más probabilidades de éxito en relación con el tratamiento. El paciente, por otro lado, argumentaba que la Constitución le garantizaba el derecho a acceder a los servicios de salud. En última instancia, la Corte dictaminó que no se habían violado los derechos del paciente, dado que el Estado contaba con un presupuesto limitado y, por ello, tenía que priorizar qué personas podían recibir el tratamiento. De este modo, se estableció que el gobierno había cumplido con el deber de hacer efectivo el derecho a acceder a la atención en salud.

Reino Unido. En 1995, el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido le negó tratamiento a una paciente joven con leucemia recurrente.^e El caso llegó a los titulares de los periódicos y puso de relieve el complejo dilema que deben enfrentar los gobiernos ante la escasez de recursos y las necesidades de salud ilimitadas de los ciudadanos. El padre de la joven estaba decidido a conseguir el mejor tratamiento para su hija; los doctores no estaban de acuerdo respecto de qué tratamiento era el más apropiado; los gestores de los servicios de salud estaban preparados para defender su postura respecto del uso de recursos para servicios de efectividad cuestionable; los abogados estaban dispuestos a someter a prueba la decisión de las autoridades de salud ante un tribunal; y los periodistas expusieron el caso como un ejemplo de los problemas que surgen de la toma de decisiones sobre servicios de salud. Este caso ayudó a crear conciencia sobre distintos aspectos: la importancia de la asignación de recursos para lograr un equilibrio entre las necesidades de toda la población y la urgencia de responder a las necesidades individuales de las personas; la relevancia de implementar un proceso justo y riguroso para la toma de decisiones, y la necesidad de que los responsables de tomar estas decisiones informen sus fundamentos, ofrezcan la oportunidad de apelar y garanticen que el proceso esté regulado. Sin embargo, no se cumplieron con todas estas condiciones —las autoridades de salud y los grupos de atención primaria deben aprender de esta experiencia—.

- a. Al utilizar este recurso legal (tutela), los jueces constitucionales tienen la capacidad de actuar de forma relativamente rápida y sin obstáculos a fin de exigir la protección de aquellos derechos fundamentales que estén siendo violados o se vean amenazados.
- b. "Con el costo de un trasplante de médula en EE. UU. se hacen 'diez en Colombia': Oncóloga" (2014).
- c. Véase, por ejemplo, "Magistrados no entendieron Ley Estatutaria que aprobaron: Minsalud" (2014).
- d. Banco Mundial (2013).
- e. Ham (1999).

Si bien es muy difícil encontrar ejemplos que demuestren cómo la transparencia en una política de PBS puede aumentar la *confianza*, a continuación, se mencionan algunos casos en los que la falta de transparencia generó falta de confianza. En el Recuadro 4 se presentan algunos casos de distintos países que ilustran la relación entre la transparencia y la confianza en materia de políticas de beneficios. La disponibilidad de la información sobre cómo y por qué se toman las decisiones ayuda a verificar que *aquellos casos que presenten similitudes se traten de forma similar y aquellos casos que sean diferentes reciban tratamiento diferencial y apropiado para cada*

uno de ellos. Por lo tanto, la transparencia contribuye a garantizar la consistencia, estabilidad y, a largo plazo, la equidad de las decisiones relacionadas con el PBS. A este aspecto hace referencia un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre cobertura universal en salud (CUS) cuando señala que se debe garantizar la equidad horizontal y vertical a través de un proceso de priorización explícita.¹⁸ El Recuadro 5 contiene algunos ejemplos de cómo la transparencia ayuda a elevar el nivel de equidad.

No obstante, muchos de los resultados positivos que podrían alcanzarse a través de una política transparente y con amplia difusión no se podrán

RECUADRO 4. Transparencia para incrementar la confianza en las políticas de PBS y su legitimidad

Uruguay. Un estudio del Banco Mundial sobre la adherencia de las políticas de PBS a los principios de buena gobernanza señala que la transparencia contribuyó a que estas políticas cuenten con mayor apoyo y aceptación. El marco normativo para el plan de beneficios PIAS (Plan Integral de Atención a la Salud), en particular, tuvo una amplia difusión.

República Dominicana. Como se describió más arriba, la falta de transparencia en el proceso de toma de decisiones y el desconocimiento sobre sus mecanismos contribuyeron a que se rechazara la propuesta de revisión del PBS.

Colombia. La falta de transparencia fue el principal desafío que identificó la Corte Constitucional de Colombia cuando tuvo que tomar decisiones sin precedentes en torno a la política de beneficios en salud (T760).^a

a. Justice Manuel José Cepeda Espinosa (2008).

RECUADRO 5. Transparencia para poder alcanzar la equidad en el proceso de toma de decisiones sobre cobertura

Reino Unido. El Cancer Drugs Fund (Fondo de Medicamentos contra el Cáncer) creado en 2010 con un presupuesto inicial de £50 millones que con los años ascendió a £200 millones se implementó con el objetivo de brindar a algunos pacientes del NHS el acceso a medicamentos que no contaban con la aprobación del NICE, organismo responsable de evaluar las tecnologías en salud. Si bien este fondo casi con total certeza ha beneficiado a algunas personas, las prioridades presupuestarias del NHS han suscitado cuestionamientos éticos y de equidad complejos. No obstante, un aspecto positivo de esta iniciativa fue cómo la transparencia en el objetivo, funcionamiento y financiación del fondo contribuyó a que se plantearan interrogantes sobre equidad en el tratamiento que recibían los pacientes que no eran beneficiarios del fondo en comparación con aquellos que sí lo eran (un subgrupo de pacientes oncológicos), y sobre las razones que justificaban estas diferencias y los aspectos éticos que estas presentaban.^a

a. Appleby (2014).

materializar si esta no está respaldada por otros principios de buena gobernanza tales como la implementación de mecanismos de rendición de cuentas o la participación de los distintos actores. Por ejemplo, la población podría tener acceso a información sobre el contenido del PBS. Sin embargo, el impacto de este acceso será limitado a menos que los beneficiarios puedan expresar sus opiniones y participar en el proceso (para obtener más información consulte la sección sobre participación que se encuentra más adelante) y existan mecanismos de sanción (aplicados a través de la ley, los medios u otra forma) para aquellos que no cumplan con la prestación de los beneficios prometidos o que no sigan el proceso acordado. En otras palabras, el acceso a la información es útil, ya que puede fomentar el escrutinio y este, a su vez, puede ayudar a identificar posibles problemas; pero la participación y las sanciones son necesarias para que la transparencia tenga un impacto real. De igual modo, la transparencia y la participación son condiciones necesarias para ejercer la rendición de cuentas.

Cabe mencionar que es posible que la transparencia también suponga un costo, y que en algunos casos el nivel de transparencia sea demasiado. A veces los gobiernos consideran que la transparencia conlleva un alto riesgo político, sobre todo a corto plazo, y

restringe el poder discrecional de los gobiernos. En algunas ocasiones, las discusiones honestas que se llevan a cabo a puertas cerradas son importantes para lograr avances en las políticas, puesto que los responsables de formularlas necesitan un diálogo abierto para presentar sus ideas y evaluar su viabilidad sin exponer sus pensamientos y deliberaciones iniciales al público en general. La transparencia requiere la inversión de una gran cantidad de recursos, entre los que se incluyen personas, conocimiento, dinero y tiempo; en especial, para que los dirigentes puedan comunicarse con todos los actores importantes en cada uno de los pasos del ciclo de PBS. Asimismo, los recursos humanos para llevar a cabo el diseño y ajuste de PBS suelen ser escasos, especialmente en los PIBM, y por lo general, las personas que preparan las actividades de divulgación de la información son las mismas que después participan en ellas. Obtener el permiso para divulgar información puede suponer un esfuerzo complejo, que insume bastante tiempo y que puede retrasar el proceso, es decir, puede representar un problema cuando los formuladores de políticas quieran avanzar rápidamente con el diseño o ajuste de sus planes de beneficios. El Recuadro 6 brinda dos ejemplos de los desafíos relacionados con la transparencia en el contexto de una política de planes de beneficios en salud en Australia.

RECUADRO 6. Desafíos relacionados con la transparencia y el costo de recursos asociado a esta

Australia. Antes de que Australia y Estados Unidos firmaran un acuerdo de libre comercio en 2005, había una falta de conocimiento general en relación con el Plan de Beneficios Farmacéuticos (Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS) respecto de hasta qué punto el gobierno tenía la obligación legal de preservar la confidencialidad de las solicitudes que las compañías farmacéuticas realizaban para incluir medicamentos en el formulario de este plan. Todas las solicitudes se enviaban con el sello “información comercial confidencial” en cada página y, por lo general, los funcionarios interpretaban que ningún dato que figure en este documento podía ser divulgado públicamente sin el consentimiento del solicitante. Por lo tanto, el gobierno consideró que las decisiones del Comité Asesor de Beneficios Farmacéuticos (Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, PBAC), la entidad encargada de evaluar la evidencia para recomendar qué medicamentos debían incluirse en la lista del Plan

(continuación)

RECUADRO 6. Desafíos relacionados con la transparencia y el costo de recursos asociado a esta (continuación)

de Beneficios Farmacéuticos, eran confidenciales, dado que se basaban en información confidencial. Por muchos años, esta situación representó un obstáculo para mejorar la transparencia del PBAC.

Luego de un análisis más minucioso realizado durante las negociaciones del acuerdo de libre comercio, el PBAC comprendió que se interpretaron erróneamente las obligaciones del comité estipuladas en la Ley Nacional de Salud. Concretamente, la frase "información comercial confidencial" no tiene ningún significado para las leyes de Australia (a pesar de que el término "confidencial" posee un significado muy específico). Es una marca de privacidad, aunque se espera que un documento que se considere como privado sea protegido. "Más transparencia" fue uno de los aspectos principales (a petición de las industrias) abordados por el representante comercial de los EE. UU. en relación con el anexo sobre medicamentos farmacológicos del capítulo de mercancías. En este anexo y en la carta adjunta que lo acompaña, los negociadores incluyeron una serie de obligaciones de transparencia para los solicitantes y, aunque en su mayoría reflejan el statu quo, incorporaron una disposición que exige la transparencia ante la sociedad. En virtud de esta obligación que tiene carácter de tratado, el PBAC debía, de ese momento en adelante, compartir información sobre la toma de decisiones con la ciudadanía y no solo con los solicitantes. Esto fue puesto en práctica en 2005 cuando se introdujeron los documentos públicos de síntesis (Public Summary Documents, PSD) para todas las decisiones.^a Tanto la estructura como el contenido de estos documentos son el resultado de intensas negociaciones con las industrias y constituyen un avance importante en la comunicación de los fundamentos que respaldan las decisiones del PBAC. El PBAC decidió excluir tres tipos de información: el precio propuesto, el índice actual de costo-efectividad e información detallada de datos que aún no se hayan publicado (que podrían influir en la decisión, pero que no se pueden divulgar en detalle).

Fomentar una mayor transparencia conlleva un proceso prolongado mediante el cual se debe decidir qué información puede y debe ser difundida, así como también un esfuerzo considerable por compartir esa información con el público de manera regular y sistemática. Cada agenda del PBAC incluye alrededor de 30 solicitudes importantes y se deben elaborar cerca de 30 PSD después de cada reunión, a un costo considerable y solo luego de haberse llevado a cabo una extensa negociación entre el PBAC y el solicitante sobre el contenido y la composición del borrador. El ex secretario del PBAC estima que el trabajo que requiere preparar y publicar PSD es igual al trabajo que realiza al menos un empleado de tiempo completo.

Fuente: Ruth Lopert, comunicación personal.

a. Para obtener más ejemplos, véase Department of Health, Australia (2017).

Atributos de la transparencia

Habiendo explicado ya por qué es importante la transparencia en el ciclo de políticas de un PBS y a qué hace referencia este concepto en términos generales, es preciso ahora examinar con más atención los atributos de la transparencia (véase el Cuadro 1). Conocer estos atributos ayudará a que los responsables de formular políticas comprendan los componentes claves de una política de PBS transparente. En los siguientes

párrafos se describe cada uno de estos atributos, lo que pone de manifiesto que la transparencia significa mucho más que la difusión de la información.

Disponibilidad. La información que se proporciona incluye los objetivos, procesos, decisiones, fundamentos y resultados relacionados con la política de PBS. En este sentido, bajo una política de PBS transparente, el gobierno debe comunicar las decisiones de

cobertura; los objetivos de la política de PBS y cómo operan estos cuando se elige qué incluir en el plan; los procesos que se llevan a cabo para tomar las decisiones de cobertura y su implementación; las personas u organismos que participan en dichos procesos y los posibles conflictos de intereses que puedan tener; los fundamentos para respaldar las decisiones del gobierno; el contenido del PBS y los ajustes que se realicen eventualmente; y, lo más importante, la cobertura real de los servicios incluidos en el plan. En términos más generales, se debe poner a disposición información sobre los procesos y resultados de *todos* los pasos que intervienen en el ciclo de políticas descrito en la introducción.

Las experiencias de algunos países suelen evidenciar la existencia de problemas relacionados con la comunicación del contenido y la cobertura del PBS, así como también se pueden observar a partir de ellas problemas referidos a la comunicación de los fundamentos subyacentes, los procesos para la creación y revisión del plan, posibles conflictos de intereses de los participantes y la cobertura real de los servicios prometidos en el plan de beneficios. En el Recuadro 7 se mencionan algunos ejemplos concretos

que revelan la presencia o la falta de disponibilidad en relación con el ciclo de políticas del PBS.

Estandarización. La información que se brinde sobre las decisiones en torno al PBS debe ser comprensible y estar estandarizada para el proceso a fin de que se puedan apreciar los beneficios de la transparencia. Este atributo también resulta fundamental para que haya coherencia y estabilidad en el proceso de diseño y ajuste de planes de beneficios. En el Recuadro 8, se ofrecen ejemplos concretos de distintos países que reflejan la importancia de la estandarización en el ciclo de políticas del PBS.

Información oportuna y actualizada. La información se debe ofrecer con tiempo suficiente para que los actores puedan analizarla y evaluarla, e involucrarse. Esto puede parecer obvio, pero muchas veces la información se pone a disposición en las etapas finales del proceso de diseño y ajuste, es decir, demasiado tarde. En los ejemplos de países del Recuadro 9 se ilustra la importancia de brindar información oportuna y actualizada durante el ciclo de políticas del PBS.

TABLE 1. Atributos de la transparencia

Atributo	Descripción
Disponibilidad	La información sobre los procesos, la división de responsabilidades y los resultados se encuentra disponible para toda la sociedad y para todo el ciclo de políticas del PBS. Asimismo, se exponen todos los posibles conflictos de intereses.
Estandarización	La información se presenta de forma estandarizada.
Información oportuna y actualizada	La información se pone a disposición a tiempo y se actualiza regularmente.
Información comprensible, suficiente y relevante	La información acerca de los procesos y resultados de todo el ciclo de políticas del PBS es fácil de entender para los ciudadanos, suficiente (es decir, no fragmentada ni incompleta) y relevante para los actores (esto es, permite el análisis, la participación y la rendición de cuentas).

Nota: La estandarización de los procesos es un atributo adicional de la transparencia que se discute más detalladamente en la sección que trata los atributos de coherencia y estabilidad de la buena gobernanza.

RECUADRO 7. La disponibilidad como atributo de la transparencia (continuación)**Información disponible sobre el contenido, las decisiones de cobertura y los resultados del PBS**

Chile. Desde 2006, la Superintendencia de Salud de Chile ha realizado encuestas a la población como medio para evaluar los conocimientos que poseen los ciudadanos acerca del plan de beneficios AUGE. En 2006, la encuesta demostró que el 53 por ciento de los entrevistados conocía “algunos” de los problemas de salud cubiertos por el plan de beneficios. En 2009, una evaluación similar reveló que entre el 28 y el 38 por ciento de la población afirmó conocer “todos” los problemas de salud cubiertos por el plan. Un año después, una encuesta que se llevó a cabo con FONASA, la aseguradora pública, mostró que el 57 por ciento de los beneficiarios que recibían tratamiento para el cáncer cervical no sabían que su condición de salud era parte del plan de beneficios.^a

África. Un estudio realizado por Carapinha y otros ^b evaluó la estructura, las características y la disponibilidad de datos rutinarios para tomar decisiones relacionadas con los medicamentos del plan de beneficios de 33 programas de seguros de salud que operaban en Ghana, Kenia, Nigeria, Tanzania y Uganda. Los autores hallaron que no había suficiente información sobre los medicamentos incluidos en el plan y la información relativa al diseño, implementación y resultados de las políticas de beneficios para los medicamentos también era escasa.

Estados Unidos. En 2014, la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA) estableció por primera vez un paquete de beneficios esenciales (essential health benefits, EHB) para casi todos los planes de salud. La prestación del paquete EHB requiere una cobertura equilibrada para las 10 categorías de atención. Un grupo de defensa al consumidor, Community Catalyst, expresó que es importante que los beneficiarios de la ACA conozcan los servicios que se cubren, pero también es fundamental que aboguen por la recolección y difusión de información sobre experiencias del consumidor, el acceso a la atención en salud y restricciones a la cobertura que ayudarán a guiar las decisiones acerca de los EHB.^c Una política de PBS verdaderamente transparente debe revelar información sobre el alcance del plan y el acceso real de los beneficiarios a los servicios cubiertos.

Colombia. Desde 1993 hasta 2015, el esquema de cobertura universal en salud operaba con un plan de beneficios explícitos (POS), que consistía en una lista positiva detallada de los servicios que se cubrían mediante recursos públicos. El gobierno diseñó una aplicación fácil de usar, POS Pópuli, que permitía a los ciudadanos buscar aquellos servicios y medicamentos que estaban cubiertos. La aplicación ganó muchos premios, incluido un premio por mejor aplicación web y móvil del gobierno.^d

Falta de información disponible sobre los procesos

Uruguay. De acuerdo con un análisis, un desafío importante para la política de PBS de Uruguay es la poca disponibilidad de documentación pública sobre el proceso de selección de beneficios.^e

Colombia. En este país, no hay información pública disponible sobre cómo se diseñó originalmente el plan de beneficios (POS), ni tampoco sobre el proceso mediante el cual se ajustó durante la primera década de su implementación (1993-2003). Había una gran incertidumbre en torno al alcance del plan, por lo que surgieron muchos debates entre las aseguradoras encargadas de prestar los servicios incluidos en este y el gobierno responsable de financiarlos. La Corte Constitucional puso de manifiesto esta falta de transparencia al tomar una decisión histórica que ordenaba al gobierno definir de forma clara el alcance y el contenido del PBS.^f A partir de esto, la situación mejoró sustancialmente; sin embargo, aún existen lagunas importantes en la información pública disponible en cuanto al proceso de ajuste del PBS. Por ejemplo, todavía no hay a disposición información pública sobre cómo el Ministerio de Salud evalúa la evidencia otorgada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y otros organismos para la toma de decisiones sobre la inclusión de nuevas tecnologías.^g

Argentina. Los criterios que se utilizaron para definir el PBS obligatorio disponible mediante seguridad social (obras sociales) no se encuentran esbozados en ningún documento público.^h

(continuación)

RECUADRO 7. La disponibilidad como atributo de la transparencia

Australia. Hasta 2005, tanto la existencia como el contenido de las solicitudes del PBAC se consideraban confidenciales y solo se divulgaba información limitada de las recomendaciones para el PBAC. En octubre de ese año, los primeros informes detallados sobre las deliberaciones en torno al PBAC, que incluían una descripción de la evidencia considerada por el comité, entre otros, fueron publicados en la página web del Departamento de salud y envejecimiento como documentos públicos. Estos documentos se desarrollan a partir de las actas del PBAC, se presentan con un formato estandarizado y contienen algunas ediciones limitadas. En septiembre de 2008, se publicó por primera vez la agenda del PBAC para la siguiente reunión de noviembre 2008, con invitación al público para que realizara comentarios y observaciones.ⁱ

Agencias reguladoras de Europa. En el caso de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), el sistema de evaluación científica opera a través de una red de expertos externa. Estos expertos actúan como miembros de los comités científicos de la agencia, grupos de trabajo o equipos de evaluación científica. En 2012, la Corte Europea de Auditores publicó un informe de auditoría sobre el manejo de conflictos de intereses en las agencias de la Unión Europea, incluida la EMA. La conclusión de este informe fue que “ninguna de las agencias seleccionadas maneja adecuadamente las situaciones en las que existen conflictos de intereses”. A fines de 2014, la EMA anunció que adoptaría una política más equilibrada para el manejo de conflictos de intereses, la cual entró en vigencia el 30 de enero de 2015.^j

- a. Giedion and Cañón (2014).
- b. Carapinha and others (2011).
- c. Stahl (2012).
- d. Ministerio de Salud, Colombia (2017).
- e. Molins, Alonso, and Fernández (2014).
- f. Justice Manuel José Cepeda Espinosa, Decision T-760 of 2008 at 76.
- g. Giedion and Cañón (2014).
- h. Bergallo (2005).

Información comprensible, suficiente y relevante

La información que se proporcione sobre el proceso y toma de decisiones del PBS debe ser comprensible, suficiente y relevante. Por ejemplo, es probable que para la mayoría de los grupos de interés no sean relevantes ni comprensibles los informes de evaluaciones de tecnologías en salud (ETS) utilizados para definir y ajustar el plan de beneficios, puesto que tienen un alto grado de tecnicismo y complejidad, y por lo tanto, no podrían comprender si se utilizaron métodos o criterios razonables durante la toma de decisiones. Asimismo, las personas interesadas deben contar con información suficiente para realizar una evaluación

y, de este modo, poder depositar su confianza en el plan o sancionar lo que consideren incorrecto. Este aspecto que hace referencia a la “calidad de la información” no es menor en el contexto de una política de planes de beneficios, dadas las complejidades metodológicas que presentan el análisis de la evidencia y la formulación de recomendaciones. ¿Cómo podría entender, por ejemplo, una persona sin conocimientos especializados si los servicios incluidos en el plan de beneficios se costearon adecuadamente o si una evaluación de tecnologías en salud se llevó a cabo en conformidad con algunos de los estándares mínimos de calidad?¹⁹ Otro punto que hay que considerar es que la divulgación de información solo es útil si contribuye al *empoderamiento* de aquellas personas que

se verán afectadas por la política. Por ejemplo, un plan de beneficios amplio pero con categorías poco definidas probablemente no ayude a los usuarios a comprender el alcance del plan que se les ofrece. En el Recuadro 10 se proporcionan ejemplos concretos

de países que ilustran la existencia de información completa o la falta de esta.

Por otra parte, el Cuadro 2 presenta una lista de lo que conviene hacer y lo que no al momento de diseñar una política de PBS.

RECUADRO 8. La estandarización como atributo de la transparencia

América Latina y el Caribe. Un estudio realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que analiza y compara las decisiones de cobertura de 20 medicamentos de alto costo en seis países de América Latina y el Caribe (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y Uruguay) y cuatro países de altos ingresos (Australia, Países Bajos, Reino Unido y Estados Unidos [Oregón]) halló que en los países de América Latina y el Caribe la información disponible sobre las decisiones de cobertura de estos medicamentos era escasa y su acceso también era limitado, dentro de esta información se incluyen los procesos que se implementaron para tomar las decisiones y sus fundamentos.^a En contraste, en algunos países de ingresos altos tales como el Reino Unido y Australia, fue mucho más fácil hallar esta información.

Estonia. Desde 2002, Estonia cuenta con normas más claras y explícitas para la inclusión de servicios y productos farmacéuticos al plan de beneficios y para el nivel de costo compartido. Asimismo, el proceso de ajuste del plan se ha vuelto más estandarizado. El gobierno estableció el Fondo de aseguramiento en salud de Estonia (Estonian Health Insurance Fund, EHIF) como un organismo público independiente que tiene la responsabilidad de definir el plan de beneficios en conjunción con otros grupos de interés. El EHIF y el Ministerio de Asuntos Sociales presentan el plan acordado, y luego, el gobierno toma la decisión final de aprobar la lista de servicios y fijar un precio de reembolso para cada uno de los ítems de la lista.^b

Irán. Un estudio llevado a cabo en 2015 que analiza cómo funcionan los programas nacionales de priorización en el sistema de salud centralizado de Irán llegó a la conclusión de que el proceso no se implementa de forma sistemática y como resultado hay muchas deficiencias en el desarrollo de PBS.^c

Europa. La falta de procesos sistemáticos para el diseño y ajuste de PBS se extiende mucho más allá de los PIBM. A pesar de que existen afirmaciones que sostienen que la costo-efectividad es un fundamento importante para adoptar un PBS, un estudio comparativo realizado en 2005 que analizaba nueve países europeos (Dinamarca, Francia, Alemania, Hungría, Italia, Países Bajos, Polonia, España y Reino Unido) halló que muchos de estos no contaban con un proceso racional para examinar la evidencia disponible sobre procedimientos o tecnologías específicas como base para actualizar sus PBS. En cambio, el proceso de toma de decisiones se regía por actividades de presión ejercidas por algunos actores del sistema, e incluso en algunos países que ya tenían paquetes de beneficios explícitos, como Polonia, se halló una falta de transparencia en los criterios aplicados para la toma de decisiones.^d

a. IADB (2012).

b. Lai and others (2013).

c. Chapman, Forman, and Lamprea (2015).

d. Schreyögg and others (2005).

RECUADRO 9. La oportunidad como atributo de la transparencia

Colombia. En Colombia, se creó recientemente una comisión asesora cuyo objetivo es revisar las propuestas de políticas de PBS elaboradas por el Ministerio de Salud. La comisión está compuesta por un delegado de los ministerios de salud, hacienda y planeación (uno por cada ministerio), un delegado del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y un delegado de la Presidencia.^a En el último año, la comisión recibió una propuesta y la evidencia que la respaldaba con muy poca antelación, lo cual no dio tiempo suficiente para analizar la información en profundidad. Esta experiencia constituye uno de los motivos por los cuales Colombia está examinando actualmente el proceso institucional para la revisión de su plan de beneficios.

Fuente: Conversación con funcionarios del Ministerio de Salud de Colombia.
a. Ministerio de Salud y Protección Social, Decreto Número 2562.

RECUADRO 10. La importancia de que la información proporcionada sobre el diseño, ajuste y resultados del PBS sea comprensible, suficiente y relevante

Chile. La experiencia de Chile muestra algunos desafíos que pueden surgir cuando se intenta hacer comprensible el alcance del plan de beneficios tanto para los prestadores como para los beneficiarios. Hasta 2005, la falta de un conjunto de servicios comunes para las personas afiliadas a la aseguradora pública (FONASA) o para aquellas afiliadas a compañías aseguradoras privadas (ISAPRES) evidenciaba que, en general, los beneficiarios no contaban con información suficiente o precisa acerca de sus derechos y conocían muy poco sobre el alcance de su plan de beneficios. Las ISAPRES ofrecían miles de planes médicos a clientes potenciales, por lo que realizar comparaciones entre estos planes resultaba complicado y poco práctico. Esto condujo a que la transparencia y la competencia fueran limitadas. En respuesta a esta problemática, a principios de 2005, la reforma del Plan AUGE dispuso que todas las aseguradoras de salud debían cubrir 56 problemas médicos específicos, y de este modo, se definió por primera vez una base de servicios uniforme para todas las aseguradoras, tanto públicas como privadas.^a Asimismo, el contenido del PBS está descrito de forma comprensible y exhaustiva.

Rusia. Un análisis que estudia la política de PBS en Rusia reveló que a los usuarios les resultaba muy difícil comprender el contrato de una aseguradora y más aún compararlo con las ofertas de otras compañías. Con el objetivo de aumentar la transparencia y, consecuentemente, también la competitividad en el mercado de seguros de salud, la recomendación ofrecida en el estudio establecía que las prestaciones de salud debían estar más estandarizadas a fin de que los beneficiarios pudieran entenderlas y compararlas.^b

a. Savedoff and Gottret (2008).
b. Xu and others (2011).

CUADRO 2 Lo que se debe hacer y lo que no con respecto a la transparencia

	Qué hacer	Qué no hacer
Información disponible	<ul style="list-style-type: none"> ■ Registre los avances. ■ Comunique explícitamente los objetivos del plan de beneficios. ■ Proporcione información clara sobre el contenido del plan para los ciudadanos y profesionales de la salud. ■ Asegúrese de que los conflictos de intereses se publiquen abiertamente y de forma sistemática. ■ Garantice que los grupos de pacientes declaren la fuente del apoyo económico que reciben y sus conflictos de intereses. ■ Decida qué información es más conveniente publicar en función de los recursos que tenga a disposición 	<ul style="list-style-type: none"> ■ No tome decisiones relativas al plan de beneficios a puerta cerrada. ■ No desborde de información a los principales actores de interés sin haber seleccionado anteriormente qué información es más importante compartir. Demasiada información sin procesar al alcance del dominio público probablemente cree opacidad en lugar de transparencia.
Información oportuna	<ul style="list-style-type: none"> ■ Procure que la información disponible sobre los servicios incluidos en el PBS y su cobertura real esté siempre actualizada. ■ Envíe su propuesta a los principales actores con tiempo suficiente para que puedan realizar sugerencias de modificaciones significativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ No difunda información que ya no es relevante.

Estructuras consistentes, estables y coherentes para la toma de decisiones

La consistencia se refiere al equilibrio, regularidad y continuidad que algo demuestra, y a la cualidad de no variar arbitrariamente ni presentar contradicciones. La estabilidad, por otra parte, implica que algo no cambia con facilidad o, en otras palabras, que hay pocas probabilidades de que eso suceda. La coherencia se refiere al orden lógico, precisión e inteligibilidad que algo presenta.²⁰ Una política de PBS consistente, estable y coherente significa que los procesos, normas o decisiones relacionados con la cobertura se implementan de forma sistemática y no cambian arbitrariamente ni tampoco cuando se producen cambios de liderazgo. También implica que las políticas se rigen por normas y estatutos explícitos (en lugar de seguir procedimientos *ad hoc*) y que los

encargados de tomar decisiones poseen la autoridad, capacidad, herramientas, recursos y facultades discrecionales necesarias para cumplir con sus responsabilidades.²¹ Estas políticas de PBS consistentes, estables y coherentes están respaldadas por un marco legal que favorece la estabilidad y la coherencia, mediante leyes que establecen los objetivos del sistema, las funciones y responsabilidades de los actores interesados, los controles y balances, y los procedimientos para introducir cambios en la legislación. Por último, cabe destacar que estas políticas cuentan con procesos estandarizados y formalizados que permiten dar seguimiento a las decisiones adoptadas.²²

Una política que no presenta consistencia ni coherencia, por el contrario, puede dar lugar a que se efectúen cambios irregulares e inapropiados con respecto al modo en que se toman las decisiones para incluir medicamentos o servicios en el plan. De igual manera, también pueden cambiar los objetivos

perseguidos, las metas establecidas, los criterios utilizados, los procesos aplicados o las funciones y responsabilidades asignadas a los actores. Cuando una política de PBS carece de consistencia y coherencia, es susceptible de ser influenciada por los grupos de interés y vulnerable al oportunismo político o a los intereses particulares de algunos individuos. En estas circunstancias, las decisiones y los procesos se suelen determinar caso por caso considerando por lo general los beneficios políticos que se alcanzarían en lugar de velar por lo que sea justo o correcto. Por ejemplo, en un estudio que analiza los planes de beneficios de siete países de América Latina, se identificó que la falta de sistematización en la implementación de las normas representa un desafío importante para la región. En algunos países, como por ejemplo México, “aún se debe formalizar y documentar el proceso”.²³

Es importante resaltar que el hecho de que los procesos de políticas de PBS sean consistentes y estables no significa que no se pueda modificar el contenido, las normas o los marcos institucionales, sino todo lo contrario. Se deben actualizar los planes de beneficios periódicamente a fin de que se adapten a los constantes cambios en las tecnologías, la evidencia, los presupuestos, la demanda, los precios y las prioridades nacionales. De hecho, en muchos países, la ausencia de ajustes periódicos se ha convertido en una de las principales deficiencias de las políticas de PBS.²⁴ Son cada vez más los casos en que los planes de beneficios se revisan no solo para incluir nuevas tecnologías, sino también para examinar y posiblemente quitar de la lista algunas de estas que ya estén dentro de la cobertura. Francia y Nueva Zelanda son pioneros en este tema.²⁵ En Francia se revalúan las tecnologías existentes cada cinco años, un proceso que permitió eliminar cientos de medicamentos ineficaces. No obstante, este proceso ha sido descontinuado.

Tampoco se deben escribir en piedra las normas que se establecen para ajustar los planes de beneficios, dado que los enfoques en torno a la priorización explícita pueden evolucionar con el tiempo. Por

ejemplo, un trabajo seminal llevado a cabo por Angela Coulter y Chris Ham muestra cómo ha cambiado el modo en el que los países seleccionan los servicios de salud, que varían de marcos iniciales basados principalmente en criterios técnicos a procesos deliberativos más profundos que utilizan distintos tipos de evidencia.²⁶ Esta evolución ha traído consigo nuevos grupos de interés, funciones, responsabilidades e interacciones con los nuevos beneficios, desventajas y desafíos. En resumen, el marco nacional para el establecimiento de prioridades debe modificarse conforme avanza el tiempo y deben existir normas que indiquen cómo introducir los cambios necesarios para no incurrir en procesos irregulares e inapropiados. Es tanto posible como conveniente aplicar una política de PBS consistente, estable y coherente sin que esto cohiba la creatividad ni los procesos de adaptación. La consistencia, la coherencia y la flexibilidad no son mutuamente excluyentes. Esto significa que un país puede ajustar y mejorar su plan de beneficios y los procesos subyacentes continuamente y al mismo tiempo respetar los objetivos y principios de la política de PBS.

¿Por qué es importante establecer estructuras de toma de decisiones consistentes, estables y coherentes en el marco de una política de PBS?

Como se explica más adelante, es importante que una política de PBS sea consistente, estable y coherente por los siguientes motivos:

1. ayuda a garantizar compromisos a largo plazo;
2. fomenta la equidad;
3. refuerza la coordinación;
4. mejora la legitimidad y reputación;
5. disminuye la influencia que puedan ejercer los grupos de interés sobre las decisiones y facilita el logro de los objetivos del PBS;

6. permite realizar mediciones de mejor calidad y mayor precisión;
7. ofrece los incentivos correctos para todas las partes interesadas y garantiza un sistema viable;
8. posibilita que el proceso de toma de decisiones del PBS sea más eficiente; y
9. puede generar efectos externos positivos en el sistema de innovación

Ayuda a garantizar compromisos a largo plazo.

Debido a que el impacto que tiene un PBS en los objetivos sociales, como mejorar el estado de salud de la población, no se visibiliza de forma inmediata, es importante que los responsables de diseñar, ajustar y prestar los servicios incluidos asuman compromisos a largo plazo. Sin embargo, cuando no hay coherencia entre los objetivos del plan de beneficios y los procesos, métodos y decisiones que deberían garantizarlos, es muy difícil asegurar un compromiso de participación a largo plazo. En Colombia, por ejemplo, ha habido debates muy importantes sobre cuál es el alcance real de la cobertura del PBS. En general, las aseguradoras tienen una interpretación de la cobertura más acotada que la del gobierno. Asimismo, la interpretación del Ministerio de Salud de Colombia ha cambiado con los años, lo cual generó riesgos legales, financieros y reputacionales para los prestadores y afectó negativamente el compromiso a largo plazo que estos habían asumido.²⁷

Fomenta la equidad. El contar con una política de PBS consistente y coherente permite garantizar que aquellos casos que presenten similitudes se traten de forma similar y aquellos casos que sean diferentes reciban tratamiento diferencial y apropiado para cada uno de ellos. En un documento de la OMS publicado en 2014 que trata la CUS, se hace referencia a este punto como una forma de asegurar la equidad horizontal y vertical durante el proceso de priorización.²⁸ Las experiencias de algunos países demuestran cómo

la falta de consistencia, estabilidad y coherencia puede minar la equidad horizontal y vertical de los PBS y los sistemas de priorización.

Una política de PBS consistente y coherente está estrechamente asociada a una política transparente. Esto significa que si las partes interesadas no tienen acceso a información comprensible sobre los procesos de diseño y toma de decisiones y los fundamentos que respaldan estos procesos, es imposible garantizar la consistencia, coherencia y estabilidad de las políticas. Para citar un ejemplo, en 2014, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) de Colombia publicó la lista de tecnologías que iban a ser evaluadas. En reacción a esta, algunos médicos especialistas expresaron un cierto desconcierto respecto de por qué se evaluaban esas tecnologías y no otras. En este caso particular, la información publicada no fue suficiente para que los actores sintieran que el sistema era consistente, estable y coherente.

Refuerza la coordinación. Cuando una política de PBS es consistente y coherente, los actores de interés pueden alinear sus actividades y responsabilidades, evitando la duplicación, las deficiencias y la desarticulación. En Irán, por ejemplo, el Ministerio de Salud y Educación Médica y el Ministerio de Bienestar y Protección Social son los organismos encargados de tomar decisiones sobre los dos planes de beneficios principales que operan en este país, pero estos no están coordinados.²⁹ En Uganda, el gobierno y los socios encargados de proporcionar asistencia para el desarrollo llevan a cabo procesos de priorización paralelos, que a veces dan como resultado intervenciones que reciben financiación tanto de donantes como del gobierno.

Mejora la legitimidad y reputación. Cuando las políticas de PBS no siguen un patrón consistente y coherente, es posible que los grupos de interés, al igual que los ciudadanos, tengan la impresión de que las decisiones se toman de forma arbitraria y que son

el resultado de intereses privados. Esto puede afectar la legitimidad de las políticas de PBS. Por ejemplo, cuando se diseñó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) para la CUS en 2009, el Gobierno de Perú no tuvo en cuenta el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS), un plan de beneficios en salud explícito creado en 2007 para los sectores más pobres de la población. Como consecuencia, se excluyeron beneficios que ya estaban incluidos en el LPIS, y esto provocó una gran oposición además de restarle legitimidad al nuevo plan. Finalmente, el gobierno tuvo que aceptar la inclusión de todos los beneficios del LPIS que en un principio no formaban parte del PEAS.³⁰

Disminuye la influencia que puedan ejercer los grupos de interés sobre las decisiones y facilita el logro de los objetivos del PBS. Establecer normas consistentes y coherentes cuyas consecuencias puedan ser previsibles ayuda a disminuir la influencia que ciertos grupos de interés puedan ejercer sobre las decisiones o, al menos, detectar casos de influencia indebida. La consistencia y coherencia en una política de PBS también pueden ayudar a que haya una mejor correspondencia entre los objetivos del plan de beneficios (p. ej., maximizar el estado de salud a través de los recursos asignados) y las decisiones concretas de cobertura que se vayan tomando con el tiempo. En el caso de Tailandia, por ejemplo, Sitaporn Youngkong y colegas muestran cómo antes de que se estableciera un proceso sistemático, coherente y consistente para la priorización explícita, las decisiones de cobertura se tomaban normalmente caso por caso y eran poco claras, y ciertos grupos de interés (políticos, profesionales de la salud e industrias) proponían de forma selectiva que las nuevas intervenciones recibieran reembolsos públicos.³¹ De forma similar, Colombia está modificando su proceso de toma de decisiones de cobertura para que sea más explícito, consistente y sistemático. Por ejemplo, el IETS que es el instituto encargado de realizar la evaluación de las tecnologías

en salud, informa las decisiones de cobertura, y los distintos actores interesados pueden participar en el proceso de toma de decisiones. Anteriormente el proceso “presentaba irregularidades, no era transparente y no tenía una orientación y objetivos bien definidos”, por lo que estos cambios constituyen un avance importante.³² Un estudio comparativo sobre criterios de priorización que se utilizaron durante el proceso de ajuste del plan de beneficios entre 1994 y 2002 reveló que los criterios cambiaban constantemente y no lo hacían de forma sistemática.³³

Es importante tener en cuenta que los grupos de interés no proceden únicamente del país en cuestión, sino que incluyen organismos de cooperación y grupos de la sociedad civil internacionales. En Uganda, por ejemplo, la ayuda externa proporcionada por las agencias de financiación del Fondo mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria ha llevado a que se prioricen estas condiciones incluso cuando las necesidades de salud a nivel poblacional sean potencialmente diferentes. El suministro de medicamentos antirretrovirales encabeza la lista de preocupaciones del sistema de salud, por lo que el Ministerio de Salud de Uganda se ha comprometido a proveer acceso gratuito y universal a los medicamentos antirretrovirales, a pesar de que el plan estratégico para el sector de salud establezca lo contrario. Este ejemplo refleja cómo la falta de capacidad local e instituciones sólidas al momento de definir prioridades a nivel nacional de forma consistente y estable expone a los países a presiones externas.³⁴

Permite realizar mediciones de mejor calidad y mayor precisión. Hasta que no se prueba algo nuevo de manera consistente y coherente por un tiempo, es muy difícil saber si realmente funciona o no. Por ejemplo, ¿cómo podrían evaluar los países si las decisiones sobre el plan de beneficios están alineadas con los objetivos establecidos cuando los criterios de cobertura no se aplican sistemáticamente? De

igual modo, ¿cómo podría determinar un país si una política diseñada para difundir información sobre el plan de beneficios funciona a menos que se implemente de forma sistemática?

Ofrece los incentivos correctos para todas las partes interesadas y garantiza un sistema viable. Implementar normas consistentes y coherentes facilita que los actores del sector desempeñen sus funciones en consonancia con los objetivos de todo el sistema. Permite que conozcan cuáles son sus responsabilidades y las consecuencias que deberán enfrentar por las decisiones llevadas a cabo.³⁵ Los gobiernos no solo deben otorgar a los actores las capacidades y recursos adecuados para que cumplan su mandato, sino que también deben poner a disposición instrumentos consistentes para poder ajustar el sistema y mantener su viabilidad. En los Países Bajos, por ejemplo, el gobierno posee la autoridad para regular el PBS; sin embargo, las aseguradoras pueden complementar los planes, y la autoridad de supervisión evalúa periódicamente el riesgo asumido por las aseguradoras.

Desafortunadamente, los planes de beneficios a menudo carecen de coherencia. En muchas ocasiones, suele haber una discordancia entre los beneficios que la ley exige y la capacidad real de las aseguradoras para costear estos servicios, o entre los beneficios y la capacidad de los prestadores para brindarlos. Por ejemplo, el gobierno de México no ajustó el pago por capitación para el plan CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud) a pesar de que el número de intervenciones había aumentado entre 2004 y 2008.³⁶

Posibilita que el proceso de toma de decisiones del PBS sea más eficiente. Todos los actores de interés deben tener en claro quiénes son los responsables de tomar las decisiones y cómo se lleva a cabo este proceso, además de que deben contar con la autoridad, capacidad, herramientas y recursos necesarios para cumplir con sus responsabilidades. Por ejemplo, los

distintos departamentos de gobierno deben poder calcular el costo del PBS de manera adecuada y evaluar su asequibilidad y su impacto fiscal antes de su implementación; las agencias de evaluación de tecnologías en salud (ETS) deben contar con el presupuesto, tiempo y capacidades necesarias para realizar evaluaciones transparentes, participativas y robustas, y los representantes de pacientes y personas no especializadas deben comprender el papel que desempeñan y además tener los medios para expresar sus opiniones y reclamos.

La existencia de normas poco claras, plazos ajustados, presupuestos bajos y expectativas inviables conducen a la baja moral y a la falta de concordancia.³⁷ Desafortunadamente, la ausencia de estructuras consistentes y coherentes en la toma de decisiones es bastante común. Por ejemplo, en la República Dominicana se intentó ajustar el plan de beneficios en menos de un año.³⁸ Similarmente, en 2011, la Comisión de Regulación en Salud de Colombia, un organismo especial y autónomo creado para actualizar el PBS de este país, llevó a cabo 248 evaluaciones de tecnologías en salud en un período de solo tres meses.

Puede generar efectos externos positivos en el sistema de innovación. Las normas consistentes y estables pueden ser fuertes señales de mercado. Al desarrollar nuevos productos, las compañías farmacéuticas podrían orientar sus investigaciones y opciones de desarrollo según los criterios utilizados en la toma de decisiones de cobertura, lo que permitiría un proceso más enfocado y eficaz. Es probable que este efecto positivo dependa del tamaño del mercado y también del grado de concordancia que haya entre los criterios de cobertura de las distintas áreas geográficas. Por último, al aplicar reiteradamente las mismas normas estables, consistentes y coherentes, todos aquellos actores involucrados en el diseño y ajuste del PBS atravesarán un proceso de

aprendizaje, a partir del cual se podrán mejorar las fuentes de información, los métodos y los procesos. Por ejemplo, se puede mejorar de forma gradual las fuentes de información sobre los costos unitarios utilizados en el proceso de ajuste del PBS, gracias a un círculo virtuoso que abarca el uso de información, la supervisión, el reajuste y el perfeccionamiento. Mientras más se repitan las operaciones básicas que intervienen en el proceso de ajuste de un plan de beneficios, más probabilidades habrá de que dichas operaciones se puedan estandarizar. En Chile, por ejemplo, la ley establece que el plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) debe actualizarse cada tres años, incluyendo entre los ajustes la estimación de costos y los estudios de preferencias sociales. Como resultado, se ha mejorado a lo largo de los años tanto la estimación de costos como los estudios de preferencias sociales. De modo similar, Colombia ha revaluado de forma sistemática el costo de su plan de beneficios como principal herramienta para tomar decisiones sobre el pago por capitación que se les otorga a las aseguradoras (Unidad de Pago por Capitación, UPC). En un principio, las fuentes de información disponibles para llevar a cabo esta tarea eran escasas y aisladas; sin embargo, con el paso del tiempo, se estableció una metodología cada vez más sólida. En la actualidad, las autoridades del gobierno recogen y utilizan información detallada sobre cuánto paga cada una de las más de 25 aseguradoras por cada servicio incluido en el plan de beneficios. En cambio, reinventar los procesos para el diseño y ajuste del PBS cada vez que se produce un cambio de liderazgo resulta complejo, ineficaz e incluso inviable, además de que demanda mucho tiempo. Asimismo, crear nuevas instituciones, marcos normativos, métodos y procesos supone gastos considerables y crea un entorno inestable para la política de planes de beneficios en salud.

Estructuras consistentes, estables y coherentes para la toma de decisiones: Una lista de verificación para los formuladores de políticas

A continuación se ofrece una lista de verificación de los factores que podrían ayudar a establecer una política de PBS estable, consistente y coherente.

Qué hacer

- Sea explícito acerca de los objetivos y criterios utilizados para seleccionar y ajustar el PBS.
- Base los objetivos y criterios utilizados para definir y ajustar el PBS en marcos legales.
- Explícite los acuerdos institucionales, indicando las funciones específicas para la toma de decisiones de cobertura (es decir, defina quién es responsable por cada función y cómo deben interactuar los distintos organismos involucrados).
- Establezca de forma explícita cómo se puede modificar el marco de priorización.
- Realice seguimientos y evaluaciones para garantizar que las decisiones se adopten en consonancia con las normas existentes.
- Disponga de mecanismos de apelación a fin de que los actores de interés puedan cuestionar aquellas decisiones que no respondan a las normas establecidas.
- Destine recursos que faciliten el funcionamiento adecuado del marco institucional existente.
- Aísle a los principales participantes del proceso de priorización de las instituciones políticas.

Qué no hacer

- Establezca normas y reglamentos ad hoc.
- Otorgue facultades discrecionales a instituciones que no cuentan con la autoridad, capacidad, herramientas y recursos necesarios para cumplir con sus responsabilidades.
- Cambie periódicamente los objetivos que el PBS persigue, los propósitos que establece, los criterios que utiliza y los procesos que implementa.
- Tome decisiones basándose en cada caso en particular.
- Tema ajustar el PBS cuando este lo requiera —solo asegúrese de que los ajustes respeten las normas establecidas—.

Participación de los actores de interés

Se ha definido a la participación como todo aquello que les permite a las personas influir en el proceso de toma de decisiones y los resultados de estas, e involucrarse en las acciones que afectan sus vidas.³⁹ La participación no es solo una herramienta útil para generar interés en el público, respaldar la implementación y mejorar la calidad del proceso de toma de decisiones en general,⁴⁰ sino que también constituye un derecho en las sociedades democráticas que cada vez más ciudadanos reclaman conforme aumenta su nivel educativo y disminuye su deferencia.

En el contexto del diseño y ajuste de PBS, la participación implica la intervención sistemática de todos los actores de interés (profesionales de la salud, aseguradoras, prestadores, académicos, pacientes, la sociedad civil, la industria farmacéutica, etc.) en las diferentes etapas del proceso de toma de decisiones, desde la definición del alcance (es decir, la selección de enfermedades, grupos de pacientes y tipo de intervenciones) hasta las decisiones finales de inclusión y exclusión. Desafortunadamente, la participación de

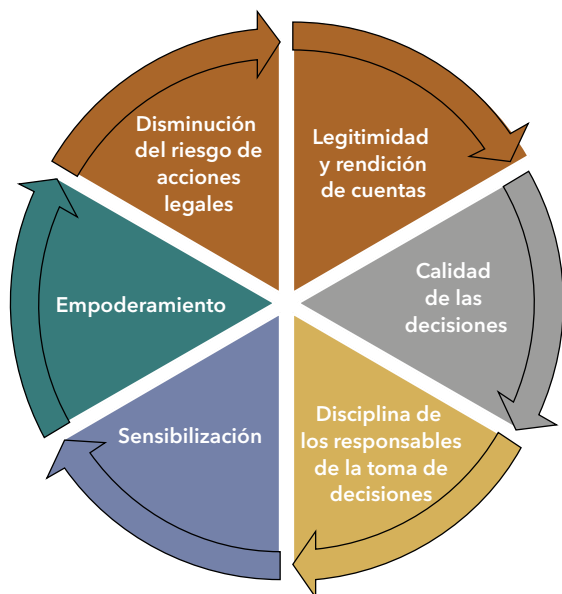
las partes interesadas en la formulación de muchas políticas de PBS ha sido limitada y, en algunos casos, inexistente. Para ilustrar, un estudio sobre los planes de beneficios en salud que ofrecen 33 programas de aseguramiento de Ghana, Kenia, Nigeria, Tanzania y Uganda demostró que solo 8 planes de beneficios (18%) tuvieron en cuenta las preferencias de los actores de interés en el proceso de diseño.⁴¹

Una política de PBS participativa es lo opuesto a un ejercicio llevado a cabo a puerta cerrada por funcionarios de gobierno, expertos o consultores. No obstante, cabe señalar que una política participativa no implica que todas las decisiones se tomen por consenso ni que todos los actores tengan el mismo grado y tipo de participación durante todo el proceso, sino que simplemente cada parte interesada posee espacios bien definidos en los que puede expresar sus preocupaciones, compartir distintos puntos de vista o participar de manera efectiva. Tal como Sir Michael Rawlins, ex Director del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) de Reino Unido, siempre recuerda: “Queremos que todos puedan expresar su opinión, pero es imposible complacerlos a todos”.⁴²

¿Por qué la participación es importante para una política de PBS?

Existen varias razones teóricas (véase el Gráfico 1) que explican por qué la participación es un elemento fundamental para las políticas de PBS. Se suele describir a la participación con términos como “información”, “asesoramiento”, “intervención”, “colaboración” y “empoderamiento”. Estas palabras hacen referencia a los diferentes niveles de participación y el grado de poder transferido a los participantes (véase el Gráfico 2). En las siguientes secciones se define el significado de cada término en el contexto de los procesos de diseño y ajuste de PBS.

GRÁFICO 1 Beneficios teóricos claves de la participación en el ciclo de políticas de PBS



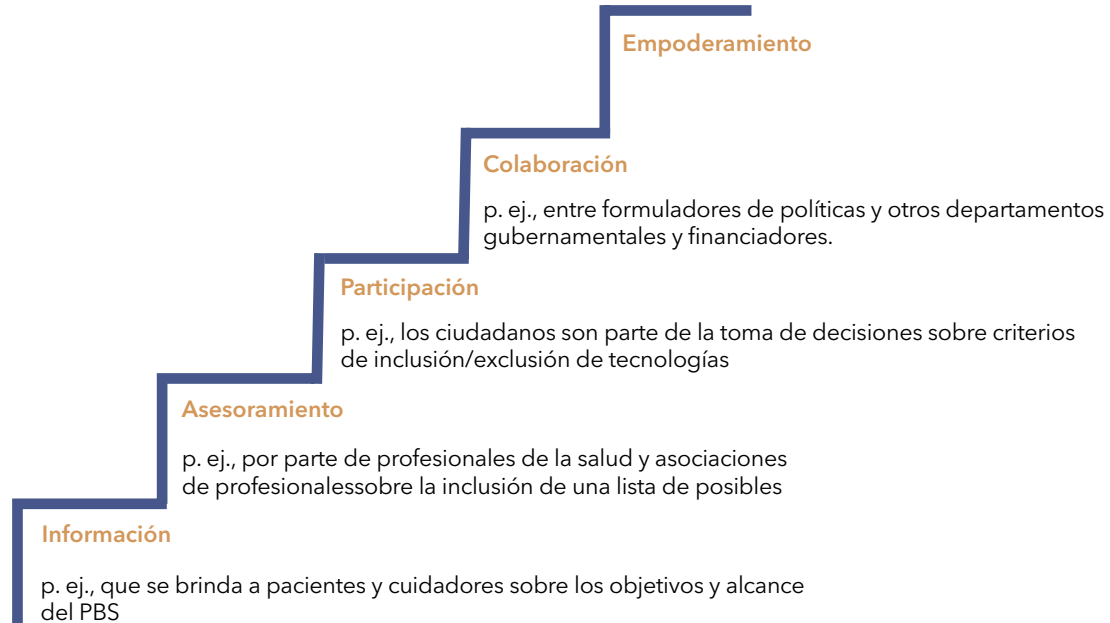
Legitimidad y rendición de cuentas. La participación es un principio que otorga legitimidad y responsabilidades a los procesos de toma de decisiones de PBS.⁴³ En Argentina, por ejemplo, las campañas públicas de difusión y el trabajo directo con los beneficiarios del Plan Nacer (en su mayoría mujeres y niños) para que conozcan sus derechos y los servicios disponibles como parte del plan empoderaron a los consumidores y contribuyó a crear un sentido de responsabilidad social que complementa las instancias formales de rendición de cuentas, tales como las auditorías oficiales.⁴⁴

Las experiencias de algunos países también demuestran que la falta de transparencia y participación menoscaban la legitimidad de los PBS y aumentan el riesgo de que fracasen. El caso de Colombia ilustra esta situación, debido a que la Corte Constitucional, organismo encargado de proteger los derechos consagrados en la constitución, ordenó en 2008 que se realicen actualizaciones integrales y la igualación de los PBS (Plan Obligatorio de Salud, POS) en respuesta a las miles de tutelas presentadas (recursos

constitucionales especiales mediante los cuales los ciudadanos pueden acudir al sistema judicial para proteger su derecho a la salud). Asimismo, este mandato obligó al gobierno a implementar una metodología explícita, clara y participativa en los procesos de ajuste del PBS futuros.

Calidad de las decisiones. La participación permite optimizar la calidad de las decisiones del PBS, en el sentido de que posibilita que las personas tomen decisiones basadas en información de mejor calidad, que incluye las preferencias y valores sociales. Por ejemplo, el Plan AUGE de Chile refleja las preferencias de muchos actores de interés, incluidos la sociedad civil, el ámbito académico, los prestadores de servicios de salud, las aseguradoras, las organizaciones de comercio y el público en general. Las consultas realizadas sugieren que un gran número de actores priorizaron dos grupos poblacionales (niños y adultos mayores) y varias enfermedades (diabetes, cáncer, problemas cardiovasculares y salud mental y bucodental) porque consideraban que estos grupos en particular debían recibir cobertura.⁴⁵ Por el contrario, el proceso de diseño y ajuste del PBS realizado en Israel despertó varias críticas porque no consideró las prioridades, valores, opiniones y preferencias del público en general.⁴⁶

GRÁFICO 2. Niveles de participación con ejemplos



Disciplina de los responsables de la toma de decisiones. La participación permite que los responsables de tomar decisiones sean más cuidadosos y disciplinados, y además favorece a que haya mayor consistencia entre las distintas decisiones.⁴⁷ Los responsables de formular políticas enfrentan cada vez más presiones por parte de los actores de interés, incluido el público, para que expliciten cómo se tomaron las decisiones, es decir, los mecanismos y fuentes de información empleados y los resultados obtenidos, así como también las distintas formas en que pueden participar activamente e influenciar estos procesos. De este modo, los formuladores de políticas comprenderán que la falta de disciplina o de consistencia podría originar críticas al sistema, así como también pérdida de legitimidad y confianza en el sistema.

Sensibilización. La participación cumple un rol educativo, debido a que refuerza los conocimientos y

capacidades de los grupos de interés y de la sociedad en su conjunto a través de un círculo virtuoso en el que los individuos, las organizaciones y la sociedad pueden crecer y desarrollarse.⁴⁸ Como resultado de este proceso, las partes comprenden la necesidad de fijar límites en el plan y tomar decisiones justas cuando los recursos son limitados. Asimismo, aprenden sobre conceptos tales como equidad, carga de la enfermedad, costo-efectividad e impacto presupuestario. En el Reino Unido, por ejemplo, gracias a los procesos participativos realizados por el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE), el público puede comprender mejor los motivos por los cuales este organismo no aprueba la inclusión de una tecnología en particular.⁴⁹

Empoderamiento y disminución del riesgo de acciones legales. La participación ayuda a que los actores comprendan qué decisiones podrían incrementar su empoderamiento, disminuir las

probabilidades de abusos e impugnaciones judiciales y facilitar la implementación. Por ejemplo, un informe del Banco Mundial sobre Uruguay pone de relieve la necesidad de desarrollar mecanismos de validación técnica y social para la redefinición periódica del PBS (PIAS), dado que estos mecanismos mejoran la gobernabilidad y disminuyen las probabilidades de que se inicien acciones legales en contra de los beneficios incluidos o no en el plan.⁵⁰ En este sentido, un informe de la OMS señala que “para que la implementación sea exitosa se debe llevar a cabo un proceso de diálogo que abarque los objetivos y el diseño, las modificaciones periódicas y decisiones sobre financiamiento y los procedimientos para la prestación de servicios. Es más, si no se asume esta responsabilidad a nivel nacional, es poco probable que se pueda implementar un PBS”.⁵¹

A pesar de los beneficios potenciales que se puedan alcanzar mediante la participación de los actores de interés, es posible que no siempre se logren los resultados esperados y que incluso se corran ciertos riesgos. Por ejemplo, es posible que miembros del público que no sean expertos tergiversen el proceso deliberativo con opiniones sesgadas o basadas en sus propios intereses, y esto puede ser contraproducente si no se atiende de manera apropiada.⁵² El caso de la República Dominicana ilustra esta situación. En 2006, se promulgaron leyes que autorizaban a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), un organismo público y autónomo, a tomar decisiones sobre los contenidos del plan de beneficios. Esta medida de urgencia surgió a raíz de un estancamiento que se produjo en el Consejo Nacional de Seguridad Social, un organismo en el que participan múltiples actores y que está compuesto por 17 miembros que representan a diferentes ministerios del gobierno, el banco central, profesionales de la salud, aseguradoras, prestadores y sindicatos, quienes por lo general son los responsables de definir el contenido del PBS. Se estableció como requisito indispensable que el proceso de toma

de decisiones de este organismo se basara en el consenso.⁵³ Otro caso que ejemplifica este tipo de situaciones es el de Israel. En este país, la participación de grupos de pacientes fue un arma de doble filo, puesto que se anularon varias decisiones debido a la presión ejercida por estos grupos. Por último, es importante mencionar que aquellos procesos participativos que no logran los resultados esperados podrían generar desconfianza, desperdiciar el tiempo y dinero de los individuos y socavar los intentos futuros de que los actores de interés se involucren seriamente en la formulación de políticas públicas.

Atributos de la participación

Se han sugerido algunos atributos de la participación efectiva en la formulación de políticas públicas.⁵⁴ Estas características también se aplican al diseño y ajuste de PBS y pueden utilizarse como guía de referencia para aquellos formuladores de políticas que desean fortalecer la gobernanza y la participación de los actores de interés en el proceso de ajuste de sus PBS o que están llevando a cabo un proceso de implementación de PBS por primera vez.

La participación debería marcar una diferencia.

La participación no debería considerarse como una casilla más que los funcionarios de gobierno deben marcar o como un obstáculo que los políticos deben superar. Tal y como se describe en las secciones anteriores de este capítulo, lograr que los actores de interés, incluido el público, articulen de manera explícita sus valores (la maximización de los resultados en salud de la población, la equidad, la regla de rescate, entre otros), sus preferencias (qué grupos poblacionales se deben priorizar y cuáles no, por ejemplo) y sus puntos de vista respecto de los criterios de inclusión y exclusión (tales como la costo-efectividad, equidad, severidad de la enfermedad o protección financiera) permitirá mejorar el empoderamiento, aceptabilidad, oportunidad y legitimidad del PBS.

Un aspecto fundamental para que la participación pueda marcar una diferencia es otorgar suficiente poder a los participantes y brindarles las herramientas necesarias. Asimismo, no basta con la participación de los actores adecuados, sino que es importante que sus contribuciones durante el proceso sean efectivas. El hecho de que la composición de las partes interesadas sea heterogénea dificulta esta tarea, dado que, cuando intervienen desde grandes organizaciones dirigidas por profesionales como grupos de la industria hasta grupos de voluntarios tales como las organizaciones de pacientes, los diferentes grupos presentan jerarquías de poder implícitas, competencias y poderes de persuasión asimétricos e incluso niveles de confianza diferentes. Por ejemplo, en un estudio cualitativo que se llevó a cabo con el fin de evaluar el modo en el que el Cardiac Care Network of Ontario (Red de Cuidados Cardíacos de Ontario), un comité de expertos canadiense, proporciona asesoramiento al Ministerio de Salud sobre el establecimiento de prioridades, los investigadores documentaron las diferentes percepciones de los miembros del comité sobre el poder que estos tenían durante el proceso. Un miembro no especializado del comité, por ejemplo, cuestionó la efectividad de su participación: “Soy un empresario y, al ingresar a un panel de expertos médicos en el que se habla sobre un gran número de temas de salud de los cuales tengo muy poco conocimiento, me resulta muy difícil tener la confianza para cuestionar lo que hacían. Lo intentas hasta cierto punto, pero si se presentaba algún conflicto, me resultaba más fácil confiar en los conocimientos y experiencia de los expertos”.⁵⁵ Incluso entre las personas no especializadas, los ciudadanos que participan activamente en política suelen tener un elevado nivel de ingresos y de educación.⁵⁶ Para subsanar esta situación, algunos organismos como el NICE poseen una Unidad de Participación Pública y de Pacientes (o similar) que selecciona miembros del público a través de organizaciones de pacientes para capacitarlos y generarles confianza a fin de que se sientan lo suficientemente aptos para participar. Como expresó

Sir Michael Rawlins: “Puede ser sumamente difícil para un paciente sentarse en una mesa con profesores muy distinguidos”.⁵⁷

La participación debe ser transparente, honesta y clara. Los participantes deben conocer el propósito, los objetivos y los límites de los procesos participativos a fin de que estos sean efectivos y cumplan con las expectativas de todos los actores. Por ejemplo, si se convoca a las partes interesadas a participar de reuniones para definir el alcance de un PBS, estas deberían conocer a los demás participantes, el papel que deberán desempeñar, los elementos que pueden modificarse y aquellos que no y los efectos que tendrán estas reuniones. El proceso de selección de temas para la ETS que llevó a cabo el Programa para la Evaluación de Tecnologías e Intervenciones en Salud (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) en Tailandia constituye un buen ejemplo de participación transparente, honesta y clara. Cada año, los representantes de todos los grupos de actores claves (cuatro miembros de cada grupo de formuladores de políticas, profesionales de la salud, académicos, asociaciones de pacientes, grupos civiles y ciudadanos no especializados, y tres integrantes del grupo de la industria de la salud) pueden proponer un máximo de seis temas para la ETS. Luego, un panel compuesto por representantes de cuatro grupos de actores (profesionales de la salud, académicos, pacientes y grupos civiles) selecciona un mínimo de diez temas por año para que sean evaluados de acuerdo con seis criterios de priorización (número de individuos afectados, severidad de la enfermedad, efectividad de la intervención de salud, modificaciones en la práctica, impacto económico en los gastos del hogar y consecuencias sociales, éticas y de equidad).⁵⁸

La participación debe planificarse y financiarse de manera apropiada. La participación implica un costo y es necesario asignar recursos suficientes para gestionar este proceso y alcanzar los resultados

propuestos. En muchas ocasiones, los responsables de formular políticas destinan recursos para cuantificar la carga de la enfermedad, estimar la costo-efectividad de intervenciones potenciales, costear el PBS, entre otras tareas, sin financiar de manera adecuada los procesos participativos. Esto se debe a que muchos actores creen implícitamente que los componentes “técnicos” son más valiosos que los componentes “políticos” o que la participación es una fase que se implementa una vez que se finaliza el proceso técnico. Por ejemplo, siete años después de la adopción del plan PIAS en Uruguay, los formuladores de políticas están considerando introducir procesos de validación social para ajustar el plan como mecanismo para prevenir impugnaciones judiciales por parte de beneficiarios que reclamen intervenciones no cubiertas.⁵⁹

Deben intervenir los participantes adecuados en las diferentes etapas del ciclo de PBS con el nivel de participación apropiado. Es difícil establecer pautas claras sobre quiénes deberían participar en cada fase del proceso del PBS. La combinación adecuada de actores de interés dependerá de varios elementos, entre los que se incluyen el contexto, el propósito de cada etapa del PBS, el tipo de decisión que debe tomarse y la capacidad de contribuir de cada sector. No obstante, al menos en la teoría, todas las partes relevantes (es decir, todos aquellos grupos que se verán o podrían verse afectados por la política de PBS y que tienen interés de participar o poseen la capacidad de influir en los procesos de diseño, implementación o ajuste)⁶⁰ deben participar en las diferentes etapas del proceso de formulación de políticas de un PBS. Cabe señalar que si este ejercicio no se realiza apropiadamente, existen riesgos de que solo participen aquellos con poder o los sectores afines al gobierno.

Por otra parte, el *nivel* de participación depende de los distintos actores de interés y de las circunstancias en las que se desempeñan. Por ejemplo, al momento de definir los objetivos y metas es fundamental

conocer los valores y preferencias de los ciudadanos y, por lo tanto, los aportes de la industria farmacéutica durante esta fase podrían considerarse innecesarios e incluso inapropiados. Los niveles de participación van desde informar (brindar información objetiva e imparcial que ayude a comprender el problema y las alternativas, oportunidades y soluciones, tal como se analiza en el apartado sobre transparencia) a empoderar (otorgar el poder de la toma de decisiones a los participantes).⁶¹ Otros autores sugieren que la participación comprende desde la capacidad de opinar (lo que implica la articulación de las opiniones de las partes interesadas a través de, por ejemplo, encuestas y jurados de ciudadanos) y de representación (como por ejemplo, la función de la gobernanza formal en consejos y otras estructuras) hasta la capacidad de decisión (mediante la cual los participantes poseen el poder de decidir a través de mecanismos como la coproducción).⁶² Independientemente del modo en el que se definan los niveles de participación, aquellos niveles más altos requieren una mayor capacidad y experiencia, y además diferentes niveles son apropiados para distintos actores de interés en diversas circunstancias. Por ejemplo, los pacientes y prestadores deberían intervenir en la etapa en la que se definen los resultados más relevantes para toda ETS y para ello quizás sea suficiente informarles solo los objetivos generales del PBS.

En síntesis, no existe una única fórmula correcta para que los formuladores de políticas decidan qué participantes deben intervenir en cada fase del proceso de diseño y ajuste del PBS o para determinar el nivel de participación de cada uno de ellos. Esto se debe a que la combinación adecuada de participantes depende de cada contexto y, por ende, posiblemente varíe cuando cambie el entorno. Asimismo, no se cuenta con suficiente evidencia para formular conclusiones, debido a que pocos países han implementado mecanismos participativos en general en el contexto de PBS y un número incluso menor documentó estos procesos. En la mayoría de los casos, los responsables

de formular políticas son los encargados de seleccionar los participantes adecuados y los niveles de participación para cada etapa del PBS. En Israel, por ejemplo, el Parlamento es el organismo responsable de la toma de decisiones, mientras que un comité público compuesto por múltiples actores de interés, entre ellos funcionarios del Ministerio de Salud y de Economía, médicos, expertos en políticas y en economía de la salud, un experto en ética y representantes de sistemas de cobertura en salud, desempeña una función consultiva. Por el contrario, el Comité Federal Conjunto del sistema alemán, integrado por médicos, odontólogos, pacientes y representantes de hospitales y fondos de enfermedad emite directivas de carácter obligatorio sobre la cobertura de tratamientos (aunque los pacientes no tienen derecho de voto). Dado que se ha realizado un mayor número de investigaciones sobre algunas etapas de participación tales como los procesos de ETS y sobre ciertos grupos como grupos de pacientes y el público en general, es más factible formular conclusiones o principios de buenas prácticas sobre estos aspectos. Por ejemplo, Drummond y colegas definieron la participación de los actores de interés como uno de los catorce principios de buenas prácticas para toda ETS.⁶³

Por último, hay tres elementos que deben considerarse a la hora de seleccionar participantes para todo proceso participativo: (1) la legitimidad, (2) posibles sesgos/conflictos de intereses y (3) la inclusión de grupos tradicionalmente excluidos. La legitimidad señala la medida en la que los grupos de individuos seleccionados pueden representar a ciertos sectores con precisión y validez. Por ejemplo, los funcionarios de gobierno deben definir los criterios de selección para los representantes del sector público, que pueden ser ciudadanos elegidos aleatoriamente, representantes electos, organizaciones no gubernamentales o activistas locales.⁶⁴ Es posible que algunos grupos sean susceptibles de sesgos derivados de intereses económicos, por ejemplo, cuando se aceptan fondos de la industria u otros grupos de interés. Por este

motivo, declarar conflictos de intereses puede ayudar a contrarrestar estos sesgos y fortalecer la integridad y transparencia del proceso participativo. En cuanto al último factor, se debería invitar a aquellos grupos que por lo general son excluidos de los debates sobre PBS, como por ejemplo los grupos de pacientes o ciudadanos comunes, y además brindarles apoyo e incentivos especiales a fin de que su participación sea efectiva. Las experiencias de algunos países demuestran que aún queda un largo camino por recorrer para lograr que el público participe en los procesos de diseño y ajuste de PBS. Solo en cuatro países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Australia, Dinamarca, Noruega y el Reino Unido) el público participa en la toma de decisiones sobre cobertura.⁶⁵

Los procesos participativos deben rendir cuentas.

La rendición de cuentas puede definirse como la obligación que tienen los individuos y organizaciones que participan en los procesos de diseño y ajuste de planes de beneficios de responder por sus acciones y responsabilizarse por ellas, y de difundir los resultados con transparencia.⁶⁶ Es una obligación que tienen con cada una de las partes, pero más importante aún, con la comunidad en general. Para llevarla a cabo es necesario contar con un buen sistema de registro y elaborar informes tanto sobre los procesos como sobre los resultados. La participación también implica la capacidad de revisar los resultados cuando los actores involucrados identifican errores en el proceso. Las limitaciones que presenta la participación podrían ser una de las razones por las que los países no logran manejar satisfactoriamente las presiones políticas.

Los procesos participativos deben ser instancias de desarrollo y aprendizaje mutuo.

Los procesos participativos deberían diseñarse de modo tal que todos los actores de interés puedan ser instruidos acerca de cómo fijar límites y tomar decisiones justas cuando los

recursos son limitados. También deberían articular la toma de decisiones en el sector salud con procesos deliberativos y democráticos más fundamentales y de mayor alcance. Si se cumplen estas condiciones, los aprendizajes no se limitarán únicamente al público en general o a ciertos grupos de interés, sino que podrían extenderse a funcionarios del gobierno que quizás no hayan participado anteriormente en el proceso de diseño de un PBS. En Vietnam, por ejemplo, en un seminario realizado en 2014, se observó que los formuladores de políticas concebían el diseño de PBS como un desafío y no contaban con experiencia práctica relevante.⁶⁷

La participación debe implementarse con medios adecuados. Los responsables de formular políticas pueden emplear iniciativas *ad hoc* para decidir quiénes deberían participar del diseño de PBS y con qué propósito para cada caso en particular. Asimismo, pueden institucionalizar la participación de actores de interés integrando los procesos participativos a las estructuras de toma de decisiones, o combinando estas dos estrategias. Las iniciativas *ad hoc* a menudo se utilizan en el diseño de PBS concebidos como un ejercicio excepcional sin procedimientos de actualización de contenido. Estas iniciativas no son muy costosas, pero tampoco son de mucha utilidad. Por el contrario, los enfoques institucionalizados han sido la vía más utilizada por aquellos sistemas interesados en establecer relaciones más duraderas. Si bien estos enfoques requieren recursos organizacionales, propician un diálogo claro y transparente sobre estas decisiones difíciles. Por ejemplo, en el Reino Unido, el NICE cuenta con un Consejo de Ciudadanos, un panel en el que estos pueden realizar aportes sobre las decisiones en torno a nuevos medicamentos. De igual manera, en Australia, el comité responsable de brindar recomendaciones para la selección de medicamentos que serán subsidiados mediante recursos públicos está conformado por representantes de grupos de pacientes, médicos, profesionales

y economistas de la salud, grupos de defensa del consumidor y del público en general. El Comité Público Israelí, organismo encargado de recomendar las tecnologías que el sistema de salud de ese país debe incluir, está conformado por representantes del Ministerio de Salud y de Hacienda, la Asociación Médica Israelí, aseguradoras, expertos en políticas y economía de la salud, como así también por figuras públicas que no pertenecen al sector de la salud.⁶⁸ A pesar de los beneficios que presentan, los enfoques institucionales han recibido algunas críticas por ser procesos simbólicos que no brindan el apoyo necesario a los miembros del comité, a quienes les resulta difícil sostener su opinión frente a distintos expertos cuando no poseen capacitación previa.⁶⁹

Participación de los actores de interés: Lista de verificación para los responsables de formular políticas

Qué hacer

- Garantice que el proceso de participación se lleve a cabo de manera apropiada y que no se realice solo porque es políticamente correcto contar con algún tipo de participación. Los resultados de las malas prácticas pueden ser peores que la ausencia de toda práctica.
- Comunique el objetivo del proceso participativo de manera clara y explícita.
- Garantice que los participantes puedan expresar sus necesidades y se las tenga en consideración, y que su nivel de influencia se estipule con claridad desde el comienzo.
- Incorpore la participación de los actores de interés desde la etapa inicial y no después del proceso de toma de decisiones.
- Minimice el desequilibrio de poder que existe entre el público y los pacientes por un lado, y los

profesionales de la salud y expertos en formulación de políticas por el otro.⁷⁰

- Destine la suficiente cantidad de tiempo para planificar y llevar a cabo un proceso participativo apropiado. Cuando no se otorga el tiempo necesario para obtener aportes genuinos de los distintos actores durante la etapa inicial, es posible que después se deba invertir una mayor cantidad de tiempo para dar respuestas a las objeciones con respecto al proceso y los resultados. Es importante señalar que en algunas ocasiones “se ahorra tiempo invirtiendo tiempo”.⁷¹
- Facilite una participación activa a aquellos sectores que tienen menos oportunidades de expresar su opinión.

Qué no hacer

- Intente legitimar una decisión que se ha tomado a puertas cerradas.
- Emplee instancias de participación para evitar la responsabilidad de tomar decisiones difíciles.
- Planifique la participación de manera deficiente: nadie sale beneficiado de situaciones en las que el enojo, el disgusto, la frustración y un sentimiento de absoluta impotencia alteran la participación de los actores de interés.
- Considere la participación como un obstáculo que los funcionarios y políticos deben superar, en lugar de una instancia que permite generar mejoras en las prácticas actuales.
- Permita que los grupos de defensa lideren las solicitudes de mayor participación pública.
- Incluya más de quince miembros cuando establezca un comité.⁷²

Conclusiones

La gobernanza hace referencia al modo sistemático y estructurado en que se toman e implementan las decisiones. La aplicación de principios de buena gobernanza en las políticas de PBS genera numerosos beneficios, entre los que se incluye un valor intrínseco, dado que gracias a estos los ciudadanos y los distintos actores pueden conocer cómo se toman las decisiones, cómo podrían participar y cómo responsabilizar a los formuladores de políticas por sus acciones; un valor constructivo, puesto que los ciudadanos y grupos de interés pueden aprender de los demás al participar en debates e intercambios de información, opiniones y análisis, y por último, un valor instrumental, dado que otorga mayor legitimidad, aceptabilidad y solidez a las políticas de PBS. La transparencia, la participación y las estructuras de toma de decisiones consistentes, estables y coherentes constituyen tres elementos claves de la buena gobernanza que tienen el potencial de optimizar el proceso de toma de decisiones del PBS. No obstante, cabe destacar que la buena gobernanza posiblemente suponga un costo, debido a que puede conllevar ciertos riesgos e incluso puede resultar contraproducente si no se trata adecuadamente.

Referencias

- Abelson, Julia, Yvonne Bombard, François-Pierre Gauvin, Dorina Simeonov, and Sarah Boesveld. 2013. "Assessing the Impacts of Citizen Deliberations on the Health Technology Process." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 29 (3): 282–89. doi:10.1017/S0266462313000299.
- Appleby, John. 2014. "The Cancer Drugs Fund: Inequitable and Inefficient?" *The King's Fund Blog*, September 23. www.kingsfund.org.uk/blog/2014/09/cancer-drugs-fund-inequitable-and-inefficient.
- Bergallo, Paola. 2005. "Justice and Experimentalism: Judicial Remedies in Public Law Litigation in Argentina." Presentation at Panel 4: The Lawyer's Role, SELA (Latin American Economic System), Brazil. Business Dictionary. n.d. "Accountability." www.businessdictionary.com/definition/accountability.html.
- Carapinha, João L., Dennis Ross-Degnan, Abayneh Tamer Desta, and Anita K. Wagner. 2005. "Health Insurance Systems in Five Sub-Saharan African Countries: Medicine Benefits and Data for Decision Making." *Health Policy* 99 (3): 193–202. doi:10.1016/j.healthpol.2010.11.009.
- Cercone, James A. 2016. "Transcripción Webinar: Ajuste de un plan de beneficios explícito: La experiencia de República Dominicana." PowerPoint presentation. Washington, DC: Inter-American Development Bank. www.redcriteria.org/wp-content/uploads/2016/10/CRITERIA-TW-REPDOM_041.pdf.
- Chapman, Audrey R., Lisa Forman, and Everaldo Lamprea. 2015. "Evaluating Essential Health Packages from a Human Rights Perspective." *Journal of Human Rights* (online, December): 1–18. doi:10.1080/14754835.2015.1107828.
- Coffey, Clare. 2005. "What Role for Public Participation in Fisheries Governance?" In *Participation in Fisheries Governance*, edited by Tim S. Gray (Amsterdam: Springer Netherlands), 27–44. doi:10.1007/1-4020-3778-3_2.
- "Coherence." 2014. *Merriam-Webster's Collegiate Dictionary*. New York: Merriam-Webster.
- "Con el costo de un trasplante de médula en EE. UU. se Hacen 'diez en Colombia': Oncóloga." 2014. *Semana*, July 11. www.semana.com/nacion/articulo/continua-la-controversia-por-el-transplante-para-camila-abuabara/408314-3.
- Cortez, Rafael, and Daniela Romero. 2013. *Argentina—Increasing Utilization of Health Care Services among the Uninsured Population: The Plan Nacer Program*. Universal Health Coverage Studies Series. Washington, DC: World Bank. http://documents.worldbank.org/curated/en/662701467997619961/Argentina-Increasing-utilization-of-health-care-services-among-the-uninsured-population-the-Plan-Nacer-program.
- Coulter, Angela, and Chris Ham, eds. 2000. *The Global Challenge of Health Care Rationing*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Daniels, Norman. 1996. *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1996.
- . 2004. "How to Achieve Fair Distribution of ARTs in 3 by 5: Fair Process and Legitimacy in Patient Selection." Background paper. Geneva: World Health Organization (WHO). www.who.int/ethics/en/background-daniels.pdf.
- Department of Health, Australia. 2017. "Public Summary Documents by Product." March 27. www.pbs.gov.au/info/industry/listing/elements/pbac-meetings/psd/public-summary-documents-by-product.
- Drummond, Michael F., J. Sanford Schwartz, Bengt Jönsson, Bryan R. Luce, Peter J. Neumann, Uwe Siebert, and Sean D. Sullivan. 2008. "Key Principles for the Improved Conduct of Health Technology Assessments for Resource Allocation Decisions." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 24 (3): 244–58. doi:10.1017/S0266462308080343.
- Franko, William Walter. 2012. "The Policy Consequences of Unequal Participation." Doctoral thesis, University of Iowa. http://ir.uiowa.edu/etd/3295.
- Gibson, Jennifer L., Douglas K. Martin, and Peter A. Singer. 2005. "Priority Setting in Hospitals: Fairness, Inclusiveness, and the Problem of Institutional Power Differences." *Social Science & Medicine* 61 (11): 2355–62. doi:10.1016/j.socscimed.2005.04.037.
- Giedion, Ursula, Ricardo Bitrán, and Ignez Tristao, eds. 2014. *Health Benefit Plans in Latin America: A Regional Comparison*. Washington, DC: Inter-American Development Bank. https://publications.iadb.org/handle/11319/6484?locale-attribute=en.
- Giedion, Ursula, and Oscar Cañón. 2014. Colombia. The Compulsory Health Plan." In Giedion, Bitrán, and Tristao, *Health Benefit Plans in Latin America*, 81–113.
- Giedion, Ursula, Giota Panopoulou, and Sandra Gómez-Fraga. 2009. "Diseño y Ajuste de Los Planes Explícitos de Beneficios: El Caso de Colombia y México." Santiago: United Nations. www.cepal.org/es/

- publicaciones/5201-diseño-ajuste-planos-explicitos-beneficios-caso-colombia-mexico.
- Giedion, Ursula, and A. Pulido. n.d. "Experiencia Internacional en Diseño y Ajuste de Un Plan de Beneficios: Criterios, Procesos e Instituciones." Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud.
- Glassman, Amanda, and Kalipso Chalkidou. 2012. *Priority-Setting in Health: Building Institutions for Smarter Public Spending*. Washington, DC: Center for Global Development. www.cgdev.org/sites/default/files/1426240_file_priority_setting_global_health_FINAL_0.pdf.
- Greenberg, Stephen, and Malachia Mathoho. 2010. *Conceptual Framework on Public Participation and Development*. Johannesburg: Planact. www.planact.org.za/wp-content/uploads/2014/11/2.-Conceptual-framework-final-3.pdf.
- Greer, Scott L., Tamara K. Hervey, Johan P. Mackenbach, and Martin McKee. 2013. "Health Law and Policy in the European Union." *The Lancet* 381 (9872): 1135–44. doi:10.1016/S0140-6736(12)62083-2.
- Greer, Scott L., Matthias Wismar, and Josep Figueras. 2016. *Strengthening Health System Governance: Better Policies, Stronger Performance*. New York: Open University Press.
- Grimmelikhuijsen, Stephan G. 2010. "Transparency of Public Decision-Making: Towards Trust in Local Government?" *Policy & Internet* 2 (1): 5–35. doi:10.2202/1944-2866.1024.
- Hailey, David. 2003. "Toward Transparency in Health Technology Assessment: A Checklist for HTA Reports." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 19 (1): 1–7. doi:10.1017/S0266462303000011.
- Ham, Chris. 1999. "Tragic Choices in Health Care: Lessons from the Child B Case." *BMJ* 319 (7219): 1258–61. doi:10.1136/bmj.319.7219.1258.
- Infante, Antonio. 2013. *El Proceso de Participación En El Establecimiento de Las Prioridades Explícitas En Salud: La Experiencia Chilena*. Washington, DC: Inter-American Development Bank. <https://publications.iadb.org/handle/11319/7063>.
- Institute on Governance. n.d. "Institute on Governance – Leading Expertise." Ottawa: Institute on Governance. <http://iog.ca>.
- Inter-American Development Bank. 2012. "Proyecto BID de Apoyo al Fortalecimiento de Los Procesos de Priorización de Salud en Colombia. Componente 1: Una Primera Mirada a Las Experiencias Internacionales de Los Procesos de Priorización de Medicamentos en Salud." Unpublished project report (Bogotá: Banco Interamericano de Desarrollo).
- International Association for Public Participation (IAP2). 2004. "Public Participation Toolbox." Louisville, CO: IAP2. www.iap2.org/.
- Involve. 2005. *People & Participation: How to Put Citizens at the Heart of Decision-Making*. Londres: Involve. www.involve.org.uk/wp-content/uploads/2011/03/People-and-Participation.pdf.
- Jakubowski, Susan L. 2014. "Public Participation in Urban Development: Case Studies from Cincinnati, Ohio." Cincinnati: University of Cincinnati. https://etd.ohiolink.edu/pg_10?210054272748289::NO:10:P10_ETD_SUBID:94227.
- Justice Manuel José Cepeda Espinosa. 2008. Justice Sentence T-760. Constitutional Court of Colombia. www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia%20T-760/SENTENCIA%20T760%20-2008.pdf
- Khayatzadeh-Mahani, Akram, Marianna Fotaki, and Gillian Harvey. 2013. "Priority Setting and Implementation in a Centralized Health System: A Case Study of Kerman Province in Iran." *Health Policy and Planning* 28 (5): 480–94. doi:10.1093/heapol/czs082.
- Lai, Taavi, Triin Habicht, Kristiina Kahur, Marge Reinap, Raul Kiivet, and Ewout van Ginneken. 2013. "Estonia: Health System Review." *Health Systems in Transition* 15 (6): 1-196.
- Lakin, Jason, and Norman Daniels. 2007. "The Quest for Fairness: A Case Study of the Evolution of Mexico's Catastrophic Insurance Fund." Draft paper, Harvard University. www.hsph.harvard.edu/benchmark/ndaniels/pdf/Case_Study_Mexico_041407.pdf.
- Lê Thành Công. 2014. "Basic Benefit Package (BHCP): Some Fundamental Issues from Management Perspective." Presentation at the Ministry of Health, Vietnam, October.
- Lopert, Ruth. 2009. "Evidence-Based Decision-Making Within Australia's Pharmaceutical Benefits Scheme." Issue Brief. The Commonwealth Fund. www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/issue-brief/2009/jul/chalkidou/1297_lopert_cer_australia_issue_brief_724.pdf.
- "Magistrados no entendieron ley estatutaria que aprobaron: Minsalud." 2014. *El Tiempo*, November 5. www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/ministro-de-salud-critica-texto-de-la-ley-estatutaria-de-salud/14793359.
- Maluka, Stephen Oswald. 2011. "Strengthening Fairness, Transparency and Accountability in Health

- Care Priority Setting at District Level in Tanzania.” *Global Health Action* 4. doi:10.3402/gha.v4i0.7829.
- Melsether, Silje Øygard. 2014. “The National Council for Priority Setting: A Transparent Decision-Making?” DUO Research Archive, University of Oslo. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/39955>.
- Milewa, Timothy. 2004. “Local Participatory Democracy in Britain’s Health Service: Innovation or Fragmentation of a Universal Citizenship?” *Social Policy & Administration* 38 (3): 240–52. doi:10.1111/j.1467-9515.2004.00388.x.
- Ministerio de Salud, Colombia. 2017. “POS Pópuli.” Bogotá: Ministerio de Salud. <http://pospopuli.min-salud.gov.co/paginas/home.aspx>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2012. “Decreto Número 2562 (2012).” <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2012/Documents/DICIEMBRE/10/DECRETO%202562%20DEL%2010%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202012.pdf>.
- Molins, Silvia, Lucía Alonso, and Jorge Fernández. 2014. “Uruguay: The Comprehensive Health Care Plan (PIAS).” In Giedion, Bitrán, and Tristao, *Health Benefit Plans in Latin America*, 114–42.
- Morris, Kelly. 2009. “Michael Rawlins: Doing the NICE Thing.” *The Lancet* 373 (9672): 1331. doi:10.1016/S0140-6736(09)60760-1.
- Naurin, Daniel. 2006. “Transparency, Publicity, Accountability – The Missing Links.” *Swiss Political Science Review* 12 (3): 90–98. doi:10.1002/j.1662-6370.2006.tb00056.x.
- O’Hara, Kathy. 1998. “Citizen Engagement in the Social Union.” In *Securing the Social Union*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.
- Paris, Valérie, Marion Devaux, and Lihan Wei. 2010. “Health Systems Institutional Characteristics.” OECD Health Working Papers (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development). www.oecd-ilibrary.org/content/workingpaper/Skmfxq9qbnr-en.
- Pharmafield. 2007. “An Interview with Professor Sir Michael Rawlins.” Letchworth Garden City, UK: Pharmafield. www.pharmafield.co.uk/features/2007/02/An-interview-with-Professor-Sir-Michael-Rawlins.
- Pimentel, Vladimir. 2013. “PDSS, Más Que Simples Procedimientos.” *Hoy Digital*, July 10, 2013. <http://hoy.com.do/pdss-mas-que-simples-procedimientos/>.
- Prieto, Lorena, Camilo Cid, and Vilma Montañez. 2014. “Peru: The Essential Health Insurance Plan (PEAS).” In Giedion, Bitrán, and Tristao, *Health Benefit Plans in Latin America*, 171–98.
- Rosen, Bruce, Ruth Waitzberg, and Sherry Merkur. 2015. “Israel: Health System Review.” *Health Systems in Transition* 17 (6). www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/302967/Israel-HiT.pdf?ua=1.
- Rydin, Yvonne, and Mark Pennington. 2000. “Public Participation and Local Environmental Planning: The Collective Action Problem and the Potential of Social Capital.” *Local Environment* 5 (2): 153–69. doi:10.1080/13549830050009328.
- Saleh, Karima. 2013. *The Health Sector in Ghana: A Comprehensive Assessment*. Directions in Development: Human Development. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/12297>.
- Savedoff, William D., and Pablo Gottret. 2008. *Governing Mandatory Health Insurance: Learning from Experience*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6526>.
- Schreyögg, Jonas, Tom Stargardt, Marcial Velasco-Garrido, and Reinhard Busse. 2005. “Defining the ‘Health Benefit Basket’ in Nine European Countries.” *The European Journal of Health Economics* 6 (1): 2–10. doi:10.1007/s10198-005-0312-3.
- Simonstein, Frida. 2013. “Priorities in the Israeli Health Care System.” *Medicine, Health Care and Philosophy* 16 (3): 341–47. doi:10.1007/s11019-012-9421-9.
- Singer, Peter A., Douglas K. Martin, Mita Giacomini, and Laura Purdy. 2000. “Priority Setting for New Technologies in Medicine: Qualitative Case Study.” *BMJ* 321 (7272): 1316–18. doi:10.1136/bmj.321.7272.1316.
- Somanathan, Aparnaa, Ajay Tandon, Huong Lan Dao, Kari L. Hurt, and Hernan L. Fuenzalida-Puelma. 2014. *Moving toward Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam: Assessment and Options*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/18885>.
- Ssenooba, Freddie. 2004. *Uganda’s Minimum Health Care Package: Rationing within the Minimum?* Brighton, UK: ELDIS. www.eldis.org/go/home&id=17075&type=Document#WI0aVn-1Qpo.
- Stahl, Eva Marie. 2012. “Essential Health Benefits: Transparency Is Top Priority.” Boston: Community Catalyst. www.communitycatalyst.org/doc-store/publications/Transparency_EHB_final_July_2012.pdf.
- Transparency Accountability Initiative. n.d. “How Do We Define Key Terms? Transparency and Accountability Glossary.” Washington, DC: Transparency

- Accountability Initiative. <http://www.transparency-initiative.org/uncategorized/1179/tai-definitions/>.
- UNDESA, UNDP, and UNESCO. 2012. "UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda: Governance and Development." Thematic Think Piece, May. www.un.org/en/development/desa/policy/untaskteam_undf/thinkpieces/7_governance.pdf.
- UNESCAP (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific). n.d. "United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific." Bangkok: UNESCAP. <http://www.unescap.org/>.
- World Bank. 2008. *Islamic Republic of Iran – Health Sector Review*, Vol. 2, *Background Sections*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7969>.
- . 2012. *Republic of Uruguay Integrated National Health System: Analysis of the Governability of the SNIS Benefit Plan*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16794>.
- . 2013. "LJD Week 2013 Post – Event Summary." Washington, DC: World Bank. http://siteresources.worldbank.org/INTLAWJUSTICE/Resources/LJDWeek2013_PostEventSummary.pdf.
- World Health Organization (WHO). 2008. "Essential Health Packages: What Are They For? What Do They Change?" Draft technical brief. WHO Service Delivery Seminar Series. Geneva: WHO, July 3. www.who.int/healthsystems/topics/delivery/technical_brief_ehp.pdf.
- . 2014. *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage*. Final Report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage (Geneva: WHO). <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js21442en/>. ———. n.d. "WHO | Global Health Governance." Geneva: WHO. www.who.int/trade/GHG/en/.
- Xu, Weiwei, Igor Sheiman, Wynand P. M. M. Van De Ven, and Wei Zhang. 2011. "Prospects for Regulated Competition in the Health Care System: What Can China Learn from Russia's Experience?" *Health Policy and Planning* 26 (3): 199–209. doi:10.1093/heapol/czq044.
- Youngkong, Sitaporn, Rob Baltussen, Sripem Tantivess, Adun Mohara, and Yot Teerawattananon. 2012. "Multicriteria Decision Analysis for Including Health Interventions in the Universal Health Coverage Benefit Package in Thailand." *Value in Health* 15 (6): 961–70. doi:10.1016/j.jval.2012.06.006.

Notas finales

1. See for example, the Organisation for Economic Co-operation and Development wellbeing index at www.oecdbetterlifeindex.org/topics/health/.
2. UNESCAP (n.d.); and Institute on Governance (n.d.).
3. Greer, Wismar, and Figueras (2016).
4. WHO (n.d.).
5. UNDESA, UNDP, and UNESCO (2012).
6. Giedion, Bitrán, and Tristao (2014).
7. Greer and Mckee (2014), and Greer and others (2013).
8. Savedoff and Gottret (2008).
9. Grimmelikhuijsen (2010).
10. Ibid.
11. Transparency Accountability Initiative (n.d.).
12. Naurin (2006).
13. Giedion, Bitrán, and Tristao (2014).
14. Grimmelikhuijsen (2010).
15. Maluka (2011).
16. Naurin (2006).
17. Daniels (2004).
18. WHO (2014).
19. Hailey (2003).
20. "Coherence" (2014).
21. Savedoff and Gottret (2008).
22. Melsether (2014).
23. Giedion, Panopoulou y Gómez-Fraga (2009).
24. Giedion, Bitrán, and Tristao (2014).
25. Schreyögg y otros (2005).
26. Coulter and Ham (2000).
27. Based on conversations with ACEMI, the body representing the interests of health insurers in the country; Anac Santos, February 2015.
28. WHO (2014).
29. Khayatzadeh-Mahani, Fotaki, and Harvey (2013).
30. Prieto, Cid y Montañez (2014).
31. Youngkong and others (2012).
32. Giedion and Cañón (2014, p. 85).
33. Ibid., p. 84 (table 5).
34. Ssenooba (2004).
35. Savedoff and Gottret (2008).
36. Giedion, Panopoulou y Gómez-Fraga (2009).
37. Glassman and Chalkidou (2012).
38. Cercone (2016).
39. Involve (2005).
40. Coffey (2005).
41. Carapinha y otros (2005).
42. Morris (2009).
43. Abelson and others (2013).
44. Cortez and Romero (2013).
45. Infante (2013).
46. Rosen, Waitzberg, and Merkur (2015).
47. WHO (2014).
48. Abelson and others (2013).
49. Morris (2009).

72 GOBERNANZA Y PROCESOS

50. World Bank (2012).
51. WHO (2008, p. 1).
52. Rydin and Pennington (2000).
53. Giedion y Cañón (2014).
54. Involve (2005).
55. Singer and others (2000).
56. See Franko (2012, p. vi).
57. Pharmafield (2007).

CAPÍTULO 2

Seguimiento del plan de beneficios desde su formulación hasta su puesta en práctica:

Monitoreo y evaluación

Ricardo Bitrán

En pocas palabras: Llevar a cabo instancias de monitoreo y evaluación tanto durante el diseño del plan de beneficios como durante su implementación ayuda a garantizar que este cumpla con los objetivos de las políticas de salud.

Un número cada vez mayor de países de ingresos bajos y medios adoptan planes de beneficios en salud (PBS) como elementos esenciales de sus políticas nacionales con el objetivo de alcanzar la cobertura universal en salud (CUS). Por ejemplo, el programa Seguro Popular de México, que ofrece cobertura a ciudadanos de bajos recursos que no cuentan con seguridad social, consta de dos PBS: uno para servicios ambulatorios y hospitalarios de uso frecuente y otro para servicios de alto costo menos utilizados.¹ Por su parte, Vietnam implementó un PBS obligatorio para todos los ciudadanos, que incluye servicios ambulatorios, hospitalarios y pruebas diagnósticas, así como también la cobertura de medicamentos;² mientras que en Ghana, el seguro nacional de salud

ofrece un PBS amplio que cubre intervenciones que abordan el 95 por ciento de las causas asociadas a la carga de la enfermedad de ese país.³

A fin de que los PBS sean relevantes en el marco de las estrategias que los países implementan para alcanzar la CUS, se debe adoptar un proceso de monitoreo y evaluación (MyE) para el diseño, implementación, puesta en marcha y revisión del plan, así como también para las consecuencias que este tenga en el desempeño del sistema de salud. No obstante, pocos países en desarrollo han adoptado sistemas de MyE específicos para los planes de beneficios.⁴ Por esta razón, este capítulo se propone aportar nuevos conocimientos sobre este tema. Aquí se analizan las áreas que deberían ser objeto de esfuerzos de los

procesos de MyE, los tipos de MyE que deberían realizarse en cada etapa del ciclo de políticas y las necesidades de información en relación con este sistema. También se brindan ejemplos actuales de los esfuerzos de MyE relacionados con los PBS en países de ingresos bajos, medios y altos.

En las primeras secciones del capítulo se definen los conceptos de monitoreo y evaluación. Luego se describe la diferencia entre los procesos de MyE de la CUS a nivel global y los procesos de MyE de las políticas relacionadas con los PBS a nivel nacional. Por último, se analiza la función que desempeñan los procesos de MyE en el diseño, revisión e implementación de un PBS, y en la evaluación de los efectos que el plan de beneficios ha tenido sobre el desempeño del sistema de salud (o los *resultados*).

Monitoreo y evaluación

El *monitoreo* consiste en un conjunto de metodologías interrelacionadas que se aplican para la recolección y análisis de datos. Es un procedimiento sistemático que se realiza durante la implementación y la puesta en marcha de un proyecto o política con la finalidad de mejorar los procesos de diseño y adopción y cumplir con el objetivo principal de optimizar el desempeño del sistema de salud. El monitoreo proporciona los primeros datos respecto de los avances realizados como consecuencia del desarrollo de las actividades de un proyecto o política, los resultados obtenidos y el cumplimiento de los objetivos generales del proyecto o política. Estos procesos se llevan a cabo con mayor frecuencia que las evaluaciones.

El objeto de la *evaluación* es el resultado de un proyecto o política, y se lleva a cabo con el fin de ajustar el diseño o brindar información para futuros proyectos o políticas. La evaluación analiza los resultados a largo plazo e identifica cómo llegaron a ser exitosas algunas actividades y otras no, y por qué se obtuvieron esos resultados. Debido a que se requiere una gran cantidad de recursos para realizar una

evaluación en términos de necesidades de recolección y análisis de datos, este proceso se lleva a cabo de manera esporádica, generalmente cada unos pocos años y, en algunas ocasiones, de forma periódica. Además, por lo general, las evaluaciones se centran en fenómenos que cambian lentamente con el tiempo. Esto significa que los cambios solo podrán detectarse estadísticamente en un horizonte de tiempo más prolongado, lo que explica el hecho de que no se implemente con tanta frecuencia.⁵

MyE de la CUS frente al MyE de los PBS

El interés que ha suscitado la CUS en los últimos años ha llevado a formuladores de políticas, directores de proyectos, financiadores y académicos a desarrollar métodos de MyE para registrar los avances en cuanto al cumplimiento de esta meta. No obstante, en este capítulo, se establece una distinción importante entre el MyE de la CUS y el MyE del diseño, implementación y actualización del PBS de un país en particular.

Existe una gran cantidad de literatura sobre el primer tema mencionado: MyE de la CUS. Por ejemplo, en una serie de artículos publicados en 2014 por la revista *PLOS Medicine*, se analizan distintos métodos que miden el progreso alcanzado en las tres dimensiones del cubo de la CUS (véase el Capítulo 6) y se incluyen estudios de caso de varios países. Del mismo modo, un informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial en 2013 ofrece asesoramiento para medir el avance hacia la CUS⁶ y, por su parte, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) difundió distintos métodos para que utilicen sus países miembros.⁷

Sin embargo, estos esfuerzos no prestan la suficiente atención a las diferencias importantes que existen entre los distintos países con respecto al contenido, costo per cápita, políticas y modalidades de implementación específicas de los PBS de cada país,

un aspecto que destacan Amanda Glassman y María Luisa Escobar.⁸ Asimismo, ignoran en gran medida las diferencias entre los objetivos de cobertura de la CUS que fijan los distintos países. Por ejemplo, la OMS y el Banco Mundial parecen suponer que dos países han logrado los mismos avances hacia la CUS si presentan los mismos resultados en términos de estado de salud y protección financiera, o si ambos alcanzan igual nivel de cobertura o prestación de una intervención en particular. El objetivo de estos organismos es identificar indicadores únicos y comparables a nivel mundial que puedan determinar los progresos alcanzados en cada país en relación con un objetivo universal de la CUS. Señalaron que “para facilitar el seguimiento global de la cobertura universal, se recomienda que los países se centren en un conjunto de indicadores trazadores comunes y comparables que incluya la promoción de la salud, prevención de enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos”.⁹ No obstante, los objetivos establecidos para el PBS y las políticas varían según el país. En este sentido, además de objetivos universales, la medición de los avances en materia de CUS debería incluir políticas y objetivos específicos de cada país.

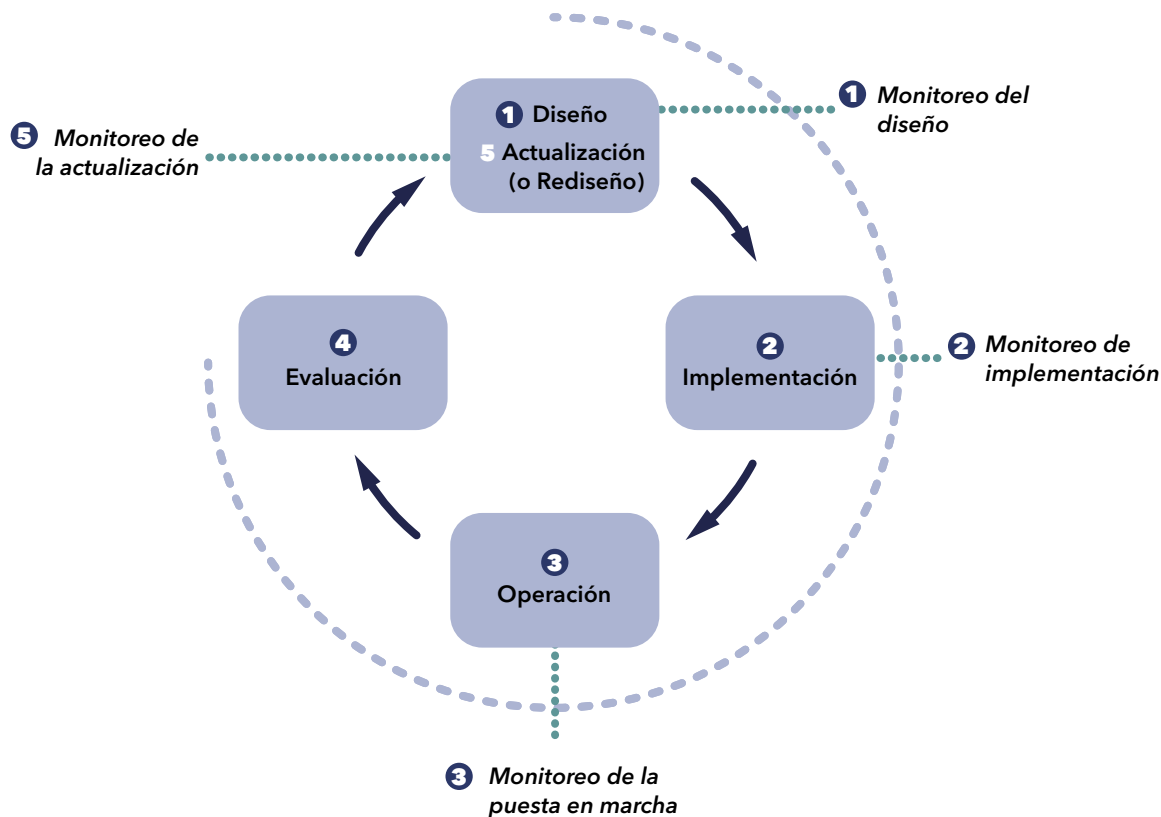
¿Qué aspectos deberían monitorearse y evaluarse?

Elaborar una nueva política de PBS comprende cuatro fases diferentes que deben ser objeto de monitoreo o evaluación, o de ambos procesos. El Gráfico 1 muestra estas fases en un diagrama circular que simboliza la naturaleza cíclica del proceso de políticas de salud. Sin embargo, las actividades representadas en este gráfico evolucionan en el tiempo y en las distintas etapas del proceso. El número que se le asigna a cada elemento del gráfico indica la secuencia temporal en la que se realiza cada actividad.¹⁰

La primera fase es el *diseño* del PBS, en la que los responsables de formular políticas y distintos expertos técnicos crean un plan de beneficios y determinan

las condiciones necesarias para la prestación de los servicios incluidos. Estas condiciones pueden incluir la recaudación de financiación adicional para pagar la prestación de servicios; criterios y métodos para identificar beneficiarios y afiliarlos al PBS; fortalecimiento de la infraestructura física a fin de que los prestadores puedan brindar los servicios del PBS; contratación y capacitación de personal de salud clínico y administrativo; adopción de contratos y métodos de pago para compensar a los prestadores; instrumentos para garantizar servicios de calidad aceptable, y sistemas de MyE para evaluar el desempeño de la política de PBS. La fase de diseño finaliza cuando se adoptan las primeras medidas necesarias para poner en práctica la nueva política.

GRÁFICO 1. Ciclo de monitoreo y evaluación de PBS



Entonces, una vez concluida la etapa de diseño, continúa la *implementación*, período en el que se disponen las condiciones vinculadas al PBS mencionadas anteriormente. Durante esta etapa, la entidad de financiamiento comienza a recaudar los fondos necesarios, inicia el proceso de identificación de beneficiarios y afiliación, se ofrecen los distintos servicios a los beneficiarios, etc.

La implementación da paso a la *puesta en marcha*, período en el que la nueva política, junto con los acuerdos necesarios para que esta pueda implementarse, está plenamente operativa. Es posible argumentar que la implementación es un proceso que nunca termina y que, por lo tanto, no se puede identificar un momento específico en el que todas las medidas políticas sean funcionales y estables. Desde esta perspectiva, se puede concebir a la implementación y a la

puesta en marcha como una única fase continua. Sin embargo, para fines operativos, la implementación concluye cuando se ponen en práctica nuevos mecanismos, tales como la identificación y afiliación de beneficiarios, la garantía de la calidad y la resolución de reclamos de los beneficiarios, aun cuando estos mecanismos no pudieron abarcar a todos los individuos a quienes están dirigidos. Por ejemplo, si un sistema de acreditación de prestadores se encuentra en pleno funcionamiento, se considera que el proceso de implementación de la acreditación ha concluido, incluso si aún no se han acreditado a todos los prestadores. De igual manera, la implementación de un sistema de identificación y afiliación de beneficiarios concluye cuando dicho sistema entra en funcionamiento, aun cuando no se identificó y afilió a todos los beneficiarios a los que estaba destinado.

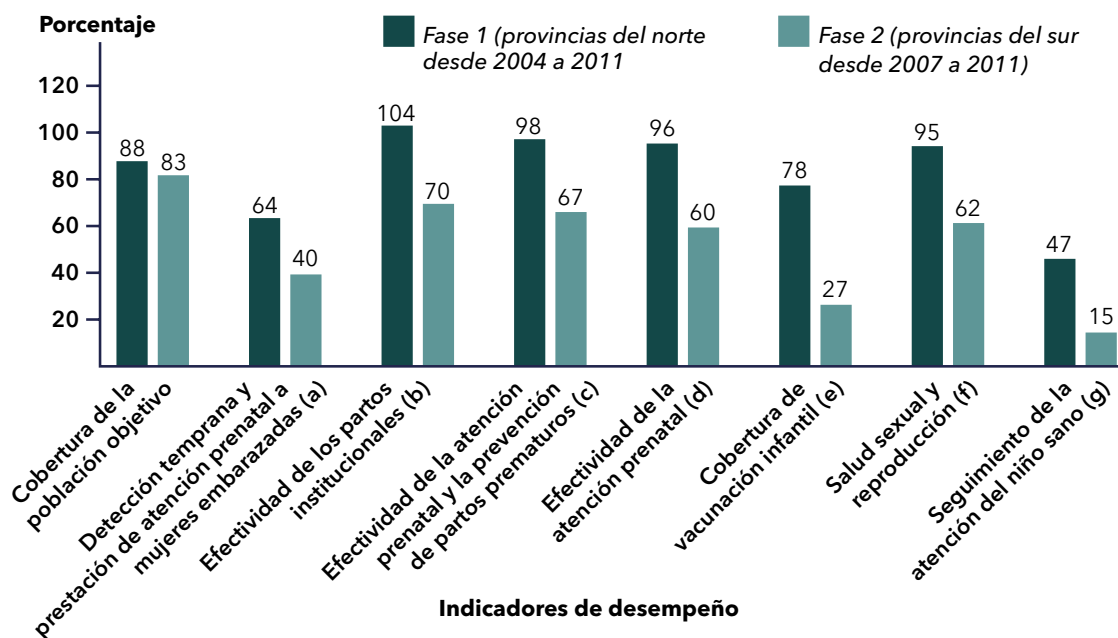
Durante la fase de puesta en marcha, el sistema de acreditación amplía su alcance geográfico para abarcar un número cada vez mayor de prestadores y, por ende, el sistema de identificación y afiliación debe incluir nuevos beneficiarios.

La cuarta fase es la *evaluación*, proceso en el que se recopila y analiza información para valorar el desempeño de las políticas de PBS. Para que la evaluación sea útil debe llevarse a cabo solo si ha transcurrido un tiempo considerable desde el inicio del proceso de implementación a fin de que el sistema evaluado represente con precisión el estado de funcionamiento actual. Por lo general, la implementación puede requerir desde uno hasta dos años. Además, algunos de los fenómenos que se evalúan, tales como los indicadores de morbilidad y mortalidad, el gasto de bolsillo y los patrones de consumo de servicios de salud de los beneficiarios, tardan varios años en experimentar cambios que puedan ser estadísticamente significativos. En consecuencia, la evaluación de una nueva

reforma del PBS solo puede efectuarse después de tres a cinco años de su implementación.

Los esfuerzos de monitoreo que realizaron los responsables del Plan Nacer en Argentina durante la implementación del proyecto contribuyeron a la detección de problemas y la búsqueda de posibles causas y soluciones. El Plan Nacer se implementó inicialmente en las provincias pobres del norte del país (fase 1) en 2004 y se extendió al resto de las provincias (fase 2) en 2007. Los resultados del monitoreo realizado en 2011, por ejemplo, mostraron que el alcance de la cobertura para la población objetivo en las provincias de la fase 2 era casi igual de elevado que el de las provincias de la fase 1; sin embargo, los indicadores de desempeño restantes presentaban valores inferiores, como se puede observar en el Gráfico 2. La unidad de implementación del Plan Nacer concluyó que si bien se contó con la cantidad de personal necesaria durante la fase 1 (fase con menor alcance), los recursos humanos no fueron suficientes durante la ampliación que se

GRÁFICO 2 . Plan Nacer de Argentina: Monitoreo de indicadores de desempeño seleccionados en las provincias del norte y del sur, 2011



Fuente: Silva (2011).

llevó a cabo en la fase 2. Por lo tanto, fue necesario contratar personal adicional para fortalecer los esfuerzos de implementación en las provincias restantes.

Los resultados de la evaluación ayudan a determinar si una política nueva está alcanzando los resultados esperados. Por ejemplo, una evaluación del Plan Nacer indicó que la tasa de mortalidad infantil (TMI) disminuyó en un 15,4 por ciento a nivel nacional entre 2004 y 2009; mientras que en las provincias del norte (fase 1) hubo una reducción importante de un 23 por ciento. Por consiguiente, tal como lo indica el Gráfico 3, se redujo la brecha de la TMI entre las provincias del norte y el resto del país, efecto que se atribuye al Plan Nacer.¹¹

La elección del momento oportuno para realizar esfuerzos de MyE depende de la duración de cada una de las fases que se mencionaron anteriormente, desde el diseño hasta la puesta en marcha. Asimismo, esta decisión varía según el país, dado que depende de las circunstancias nacionales. En general, la fase de diseño requiere entre uno o dos años, período durante el cual se deben monitorear los esfuerzos de diseño a fin de asegurar que avanza conforme a lo estipulado (véase el Gráfico 4). En cuanto a la implementación, esta puede tardar entre uno o dos años, seguida de un período de funcionamiento estable. Al igual que en la fase de diseño, deberían llevarse a cabo esfuerzos

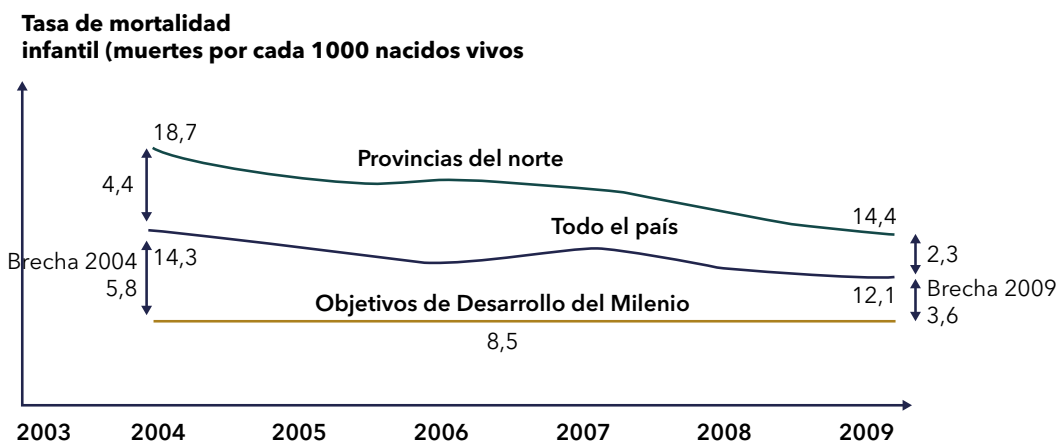
de monitoreo durante las etapas de implementación y puesta en marcha. La evaluación de un proyecto puede efectuarse entre tres y cinco años después de que se haya puesto en funcionamiento. Asimismo, este proceso puede durar entre uno y dos años, debido a que el diseño e implementación de métodos e instrumentos de evaluación, incluyendo la recolección de datos en terreno, demandan mucho tiempo. Por último, los resultados obtenidos mediante la evaluación pueden dar lugar a que se revise la política de PBS, proceso que puede demorar hasta un año.

Diseño y revisión del PBS

El diseño de un PBS es un evento único que generalmente ocurre cuando se producen cambios estructurales en las políticas. En contraste, la revisión de un plan es una actividad que debería realizarse de manera periódica. Por este motivo, existe una diferencia entre los esfuerzos de MyE relacionados con el diseño y aquellos asociados a la revisión

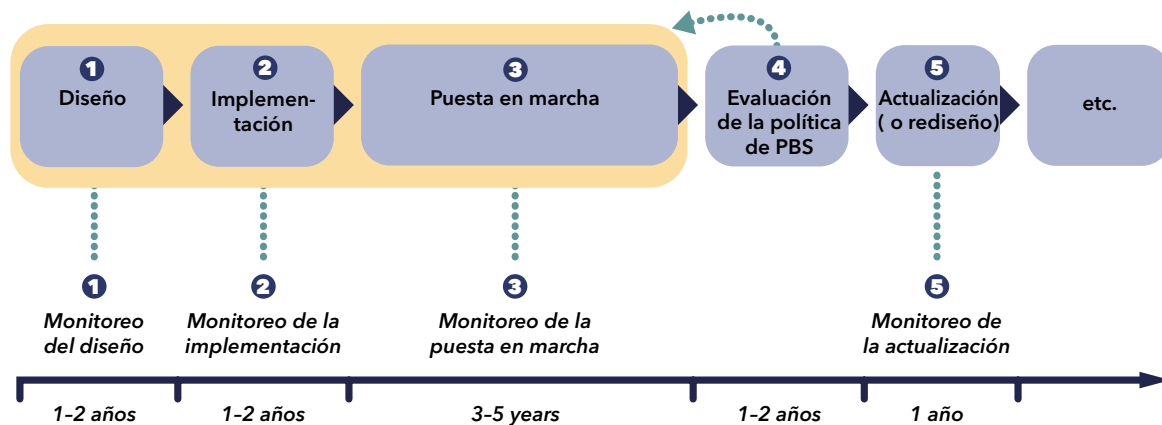
El diseño de políticas constituye un proceso cuyas actividades y productos intermedios incluyen asesoramiento, debates, estudios y planes de acción, y cuyo resultado final es la formulación de leyes y normativas. En este apartado se propone un marco normativo para el monitoreo del diseño del PBS.

GRÁFICO 3. Plan Nacer de Argentina: Evolución de la tasa de mortalidad infantil en las provincias del norte y en el país, 2004-09



Fuente: Sabignoso (2011).

GRÁFICO 4. Marco cronológico hipotético: Desde el diseño hasta la evaluación de una política de PBS



Este marco describe los elementos claves relacionados con la lógica, los procesos y los productos que intervienen en el diseño. Está dirigido a los técnicos que intervienen en la formulación de políticas, así como también a las agencias de desarrollo que brindan asistencia técnica para políticas del PBS y la CUS.

Diseño

En todos los países, el diseño de un PBS está regido por los objetivos específicos que establecen ciertas políticas. Por lo tanto, los servicios de salud incluidos en el plan y las condiciones de prestación de dichos servicios se basan en las contribuciones previstas que estos aporten al cumplimiento de esos objetivos.

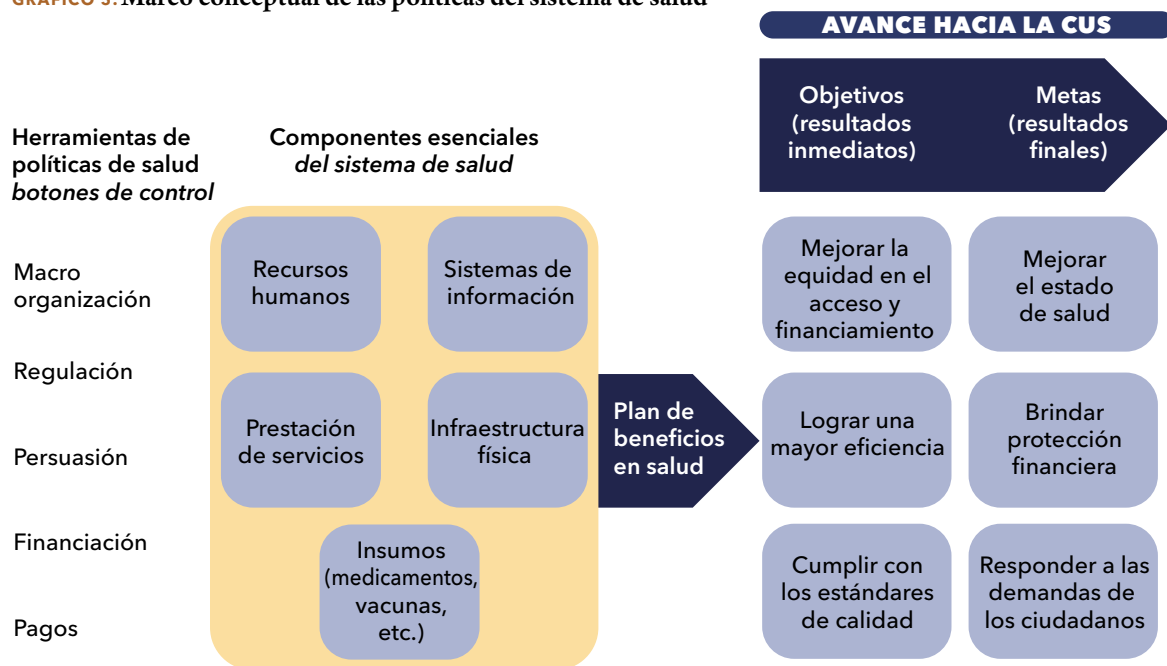
Los países establecen una amplia variedad de objetivos para sus políticas. Antes de analizar un marco teórico para evaluar el desempeño del proceso de diseño de un PBS es importante definir el significado de “buen” desempeño en este contexto. Un gran número de autores y agencias de desarrollo adhieren a un modelo conceptual normativo que establece que los objetivos fundamentales de todo sistema de salud deberían ser los que se mencionan en la columna derecha del Gráfico 5: mejorar el estado de salud, ofrecer protección financiera a los hogares contra gastos catastróficos y empobrecedores, y responder

a las expectativas de salud de los ciudadanos.¹² Este marco conceptual también considera objetivos intermedios, tales como mayor equidad en el acceso a los servicios de salud, sistemas de salud más eficientes y mejoras en la calidad de los servicios.

El MyE del proceso de diseño de un PBS debería indagar por lo menos si se consideraron los tres objetivos de las políticas: mejoramiento de la salud, protección financiera y capacidad de respuesta y, en caso de que se los omitiera, se deberían revisar los fundamentos que justifican esta exclusión. Al fin y al cabo, el PBS es el núcleo fundamental de los sistemas de aseguramiento en salud y, como tal, se espera que incluya entre sus objetivos la protección financiera contra crisis de salud.

No obstante, no hay un consenso generalizado respecto de si mejorar el estado de salud debería ser o no el objetivo de todo plan de beneficios. Por ejemplo, el Seguro Popular de México consiste en dos planes, uno de los cuales está exclusivamente diseñado para ofrecer protección financiera a los beneficiarios. Como resultado, la definición del contenido del plan se basó en los costos de tratamiento previstos y no en las mejoras en el estado de salud. Por lo tanto, en este caso sería incorrecto evaluar el diseño del PBS en función del impacto que este genera en el estado de salud.

GRÁFICO 5. Marco conceptual de las políticas del sistema de salud



Fuente: Adaptado de Hsiao and Sparkes (2012).

Lo mismo ocurre cuando se pretende evaluar la inclusión de las preferencias de los ciudadanos como un objetivo fundamental del diseño, puesto que este también varía. Por razones políticas o de otra índole, no todos los responsables de formular políticas llevan a cabo un proceso de consulta ciudadana para evaluar las preferencias de la población que luego podrían considerarse para crear el contenido de un PBS.

Esta decisión dependerá del tipo de gobierno y del valor que se le otorgue a la participación popular en la formulación de políticas. Es más, algunos gobiernos pueden elegir (y han elegido) adoptar un enfoque meramente tecnocrático para formular sus PBS, sin realizar ningún tipo de consulta pública. En el Capítulo 1 se analizan las ventajas y desventajas de este enfoque en mayor profundidad.

El eje central de la evaluación es la coherencia entre el diseño y los objetivos, no los beneficios que

puedan aportar estos últimos. Más específicamente, se proponen seis principios claves que conforman un modelo de evaluación para el diseño de PBS: (1) correcta evaluación del desempeño del sistema de salud, (2) existencia de objetivos explícitos que guíen el diseño, (3) coherencia entre los objetivos y el diseño, (4) claridad en la enunciación de los beneficios incluidos en el PBS, (5) viabilidad financiera del PBS y (6) suficiencia de insumos para satisfacer la demanda de servicios del plan (véase el Gráfico 6).

Correcto diagnóstico o evaluación. Una evaluación sólida del desempeño del sistema de salud debería ser el punto de partida de todo esfuerzo de políticas en este ámbito. Un proceso de evaluación es correcto cuando se identifican las variables de desempeño más importantes (o resultados deseados) en consonancia con los valores locales; se miden dichas variables y se formula un marco conceptual adecuado en el que

se vinculan las políticas con el desempeño. Un diagnóstico adecuado es indispensable para lograr buenos resultados en el sistema de salud; sin embargo, este solo conducirá a mejores resultados si posteriormente se realiza una buena implementación. Asimismo, una política bien implementada, pero mal diseñada no es recomendable.

Analizar los componentes de una evaluación de políticas de salud sólida trasciende el alcance del presente capítulo.¹³ Aun así, la evaluación de un PBS debería analizar los objetivos de las políticas y la teoría causal antes de aceptarlos, a fin de verificar que el diseño se haya basado en un diagnóstico acertado y una teoría causal apropiada sobre los determinantes del desempeño del sistema de salud.

GRÁFICO 6. Posibles principios para monitorear el diseño de un PBS



Objetivos explícitos. Sin objeciones, el primer principio de evaluación que todo proceso de formulación de PBS debería aplicar es verificar que el diseño se basa en un conjunto de objetivos explícitos. Si bien estos objetivos suelen variar en función de los distintos países, como parte de la evaluación del diseño de PBS, resulta útil verificar que el diseño se haya basado en los objetivos fundamentales mencionados más arriba (Gráfico 5). En algunos casos, es posible que durante el diseño de un PBS se omitan ciertos objetivos de políticas deseables. Por ejemplo, aquellos casos en los que la población de un país o región presenta un alto nivel de insatisfacción respecto de los servicios que ofrece su sistema de salud. Algunos formuladores de políticas podrían desestimar este descontento por error durante el diseño de un nuevo plan de beneficios, desaprovechando de esta manera la oportunidad de abordar un importante problema social.

Los ejemplos de Medicaid en el estado de Oregón (Estados Unidos), Noruega e Israel ilustran la diversidad de objetivos que puede presentar el diseño de un PBS. En Oregón, la aseguradora pública (Medicaid) se propuso formular un plan de beneficios que cumpliera dos objetivos: brindar cobertura a todos los individuos que estuvieran por debajo de la línea de pobreza que establece el gobierno federal y mejorar el estado de salud de la población. Para lograr que el PBS se pudiera financiar mediante recursos públicos, era necesario que se lograra un equilibrio entre el acceso y los beneficios. En este sentido, el alcance del plan vigente debía reducirse a fin de crear un plan menos costoso (y de menor alcance), pero que estuviera a disposición de toda la población objetivo.¹⁴ Inicialmente, el estado de Oregón diseñó un PBS que mejoraría el estado de salud mediante la identificación de patologías prioritarias e intervenciones disponibles y la posterior clasificación de estas según el impacto que generan en la salud. Por lo tanto, desde la perspectiva del sistema de MyE, el estado de Oregón cumplió el primer principio del diseño de

PBS: explicitar los objetivos y utilizar un método que estuviera en consonancia con estos.

En el caso de Noruega, la comisión creada en 1987 para definir prioridades en las políticas de salud estableció la gravedad de la enfermedad como criterio exclusivo de priorización y creó cinco grupos con niveles descendentes de prioridad: atención de emergencia para enfermedades con riesgo de muerte; tratamientos que previenen consecuencias catastróficas o graves a largo plazo, tales como los tratamientos contra el cáncer; tratamientos que previenen consecuencias a largo plazo de menor gravedad, como por ejemplo los medicamentos para la hipertensión; tratamientos que tienen algunos efectos favorables, tales como los medicamentos para resfríos comunes; y por último, tratamientos que no poseen efectos registrados.¹⁵ Israel sancionó la ley de Seguro Nacional de Salud (National Health Insurance, NHI) en 1995, la cual garantizaba la cobertura de salud a todos los ciudadanos y requería la formulación del PBS correspondiente. Cuando se aprobó esta ley, el gobierno decidió que el fondo de enfermedad más grande que existía en ese momento de acuerdo con el plan vigente estaría incluido en el nuevo PBS, es decir, que se incluiría al “abuelo” de los planes de beneficios preexistentes bajo el nuevo esquema de aseguramiento tomando como base la asignación histórica. Si bien en ese momento no se realizó un proceso explícito para tomar decisiones sobre el plan de beneficios, se reconoció la necesidad de contar con un proceso similar para actualizar el plan en el futuro.¹⁶

¿Cómo puede un país reconciliar los objetivos fijados en su PBS con las metas generales formuladas en los modelos mencionados anteriormente? ¿Deberían todos los países intentar mejorar el estado de salud, la protección financiera y la capacidad de respuesta, además de otros objetivos específicos que puedan tener? ¿Se debería evaluar el diseño de PBS en función de estos objetivos generales, incluso cuando no estén incluidos en los objetivos específicos de las políticas de un país en particular?

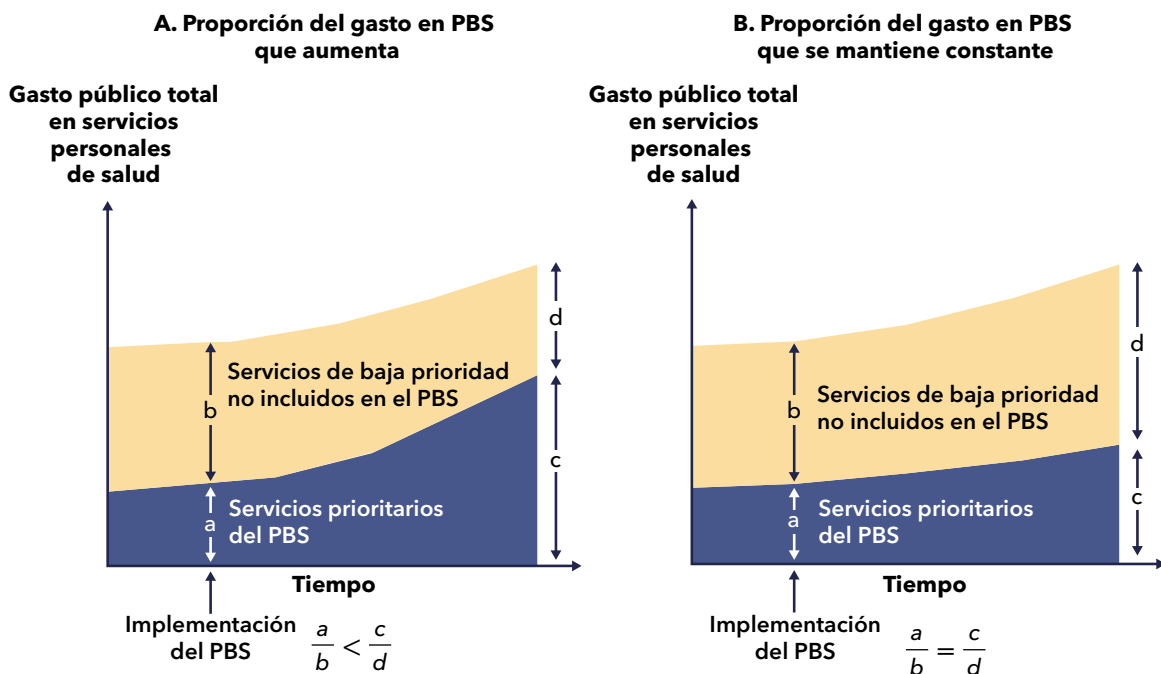
Coherencia. Un segundo principio de la formulación de todo PBS, y por lo tanto también de su monitoreo, es la coherencia entre los objetivos del plan de beneficios y los criterios que se utilizaron para diseñarlo. En Oregón, el rediseño del PBS Medicaid (véase más arriba), por ejemplo, presenta esta coherencia, puesto que como resultado de este proceso se formuló un plan cuyo costo total estimado (costo per cápita × número de beneficiarios objetivo) se mantuvo dentro de los límites del presupuesto disponible y además se adoptaron criterios de costo-efectividad a fin de que el plan lograra maximizar el estado de salud.¹⁷

Por lo general, la necesidad de llevar a cabo una reforma en salud se origina en objetivos de políticas generales, que pueden pasar por alto el hecho de que exista o no coherencia entre estos objetivos y el PBS resultante y, por lo tanto, será objeto de evaluación. Por ejemplo, Perú impulsó la adopción de un nuevo plan de beneficios, Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) estableciendo que esta nueva política debía garantizar un rápido acceso a servicios

de salud de calidad, proteger a las familias contra los efectos empobrecedores de una enfermedad y mejorar el estado de salud general para incrementar la productividad económica. Teniendo esto en cuenta, una evaluación del PEAS debería incluir una estimación de cuánto contribuye al cumplimiento de estos tres objetivos de políticas.

Claridad. El tercer principio relacionado con la formulación de un PBS, y por lo tanto con su monitoreo, es la claridad, esto es, especificar qué servicios están incluidos en el plan de beneficios y cuáles están excluidos, y el significado de inclusión y exclusión. Cabe destacar que de los cinco principios que se sugieren en este libro, es probable que el de la claridad sea el que se ignora con mayor frecuencia. En la mayoría de los países de ingresos bajos y medios, la implementación de un PBS explícito financiado con recursos públicos no implica la interrupción del financiamiento público de los servicios excluidos, sino que, en general, se le otorga una mayor prioridad a los servicios incluidos en

GRÁFICO 7. Evolución hipotética del gasto público en servicios incluidos y excluidos del PBS



el plan de beneficios que a aquellos que han sido excluidos. Por ejemplo, si los beneficios del PBS incluyen el tratamiento de emergencia de infarto al miocardio, pero no la cirugía de bypass coronario, no implica necesariamente que esta última dejará de realizarse en establecimientos gubernamentales o que se suspenderá el financiamiento público para su realización. Por el contrario, es posible que se ofrezca la cirugía de bypass coronario pero con mecanismos de racionamiento, como filas o deficiencias en la calidad, lo cual.

El Gráfico 7 presenta dos trayectorias posibles pero hipotéticas de la evolución del financiamiento público de los servicios de salud prioritarios y no prioritarios. El diagrama A (lado izquierdo) representa una situación en la que el porcentaje de gastos públicos que se asigna a los servicios incluidos en el PBS aumenta con el tiempo, lo cual concuerda con el objetivo de fomentar el uso de estos servicios. En cambio, el diagrama B (lado derecho) describe un escenario en el que el financiamiento público de los servicios del PBS incrementa en términos absolutos, pero el porcentaje asignado se mantiene constante. El caso A representa de forma inequívoca una situación en donde el patrón de gasto público es coherente con las prioridades, mientras que en el caso B no lo es. Esto es así incluso si el financiamiento público de los servicios del plan de beneficios, en términos absolutos, aumenta en ambas situaciones. Por supuesto que se pueden prever otros patrones de gasto, incluyendo aquel en el que la tasa de crecimiento del gasto relacionado con el PBS es menor que el gasto en servicios de salud no prioritarios.

Es importante tener en cuenta estos escenarios con anticipación cuando se diseña una política de PBS, dado que ayuda a los formuladores de políticas a generar mayor claridad en torno a las prioridades y también a negociar con los responsables del presupuesto en el Ministerio de Finanzas. Un estudio realizado por el Ministerio de Salud de Chile pretendía evaluar cómo el gobierno había distribuido el gasto en salud entre los servicios prioritarios cubiertos

por el plan de beneficios de ese país, el Plan AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas), y otros servicios no prioritarios. Los métodos y resultados de este estudio se encuentran resumidos en el Recuadro 1.

Viabilidad financiera. Un cuarto principio es la viabilidad financiera o asequibilidad fiscal. La cuestión general que se plantea en relación con este principio es si en el futuro estarán disponibles los fondos necesarios para afrontar los costos del conjunto de servicios consignados en el PBS a través de recursos públicos.

En el ejemplo de Oregón que se mencionó anteriormente, la asequibilidad conformaba un principio explícito que guiaba el proceso de diseño, pero no siempre sucede de este modo. Por ejemplo, el Ministerio de Salud de Perú diseñó el PEAS como parte de la reforma del sistema sanitario que se realizó en 2009 bajo la ley de aseguramiento universal en salud. El PEAS se concibió como un PBS universal para todos los peruanos; sin embargo, el plan era tan generoso que el financiamiento público ha demostrado ser insuficiente para cubrir su costo. Los recursos públicos disponibles asignados al Seguro Integral de Salud (SIS) del país representan solo alrededor de la cuarta parte del financiamiento total que se requiere para costear el PEAS y para que este llegue a toda la población objetivo.¹⁸

En Chile, los responsables de formular políticas que diseñaron el Plan AUGE tuvieron en cuenta el principio de viabilidad financiera de la siguiente manera. Primero, realizaron un estudio actuarial para estimar el costo anual futuro por beneficiario de los servicios de salud incluidos en este plan. En segundo lugar, determinaron que en el futuro habría algunas brechas en el financiamiento público para cubrir esos servicios. Luego, llevaron a cabo un análisis de espacio fiscal para evaluar cómo se podría abordar el déficit de financiación previsto. El cuarto paso fue la selección de un mecanismo políticamente

viable que permitiera generar recursos públicos adicionales: un incremento de un punto porcentual en el impuesto al valor agregado (IVA). Luego, se aprobó la ley que establecía el aumento del IVA. Adicionalmente, con el objetivo de minimizar el riesgo de que en el futuro se observen de forma repentina grandes desequilibrios en el financiamiento público, dividieron la implementación del Plan AUGE en distintas etapas que se llevarían a cabo en un lapso de tres años; en el primer año (2005), se comenzó garantizando tratamiento para 25 patologías prioritarias definidas en el plan, luego se añadió la cobertura de otros 15 problemas de salud en el segundo año y otros 16 en el tercero. Otras medidas políticas que se adoptaron para prevenir desequilibrios presupuestales incluyeron realizar estudios actuariales de forma obligatoria cada vez que el Ministerio de Salud considere ampliar el Plan AUGE más allá de las 56 enfermedades iniciales y establecer un límite

en el costo anual per cápita con un crecimiento anual ajustado de acuerdo con el índice real de remuneraciones del país. Debido a que el costo del Plan AUGE se financiaría, en parte, mediante contribuciones obligatorias al seguro social de salud que realizarían los trabajadores (porcentaje fijo de sus salarios) y a través de un incremento del 1 por ciento en el IVA del país, resultó apropiado definir que el costo del AUGE no debe aumentar a un ritmo más rápido que los ingresos de los trabajadores. En 2013, se amplió el alcance del plan de beneficios AUGE y se incluyó tratamiento garantizado para 80 patologías prioritarias. Un nuevo estudio actuarial llevado a cabo en 2016 concluyó que no habría recursos públicos disponibles adicionales para ampliar la cobertura del plan más allá de las 80 enfermedades prioritarias existentes y, por lo tanto, el Ministerio de Salud decidió posponer la ampliación del plan para el 2019, año en el que se realizaría un nuevo estudio actuarial.

RECUADRO 1. Chile: Asignación del financiamiento público para servicios de salud personales antes y después de la adopción de la política del AUGE

El proceso de implementación del plan de beneficios en salud de Chile (Plan AUGE) comenzó en 2005. Inicialmente, este plan ofrecía cobertura para 25 problemas de salud priorizados; pero luego se amplió la cobertura a 40 patologías en 2006 y a 56 patologías en 2007. En julio de 2016, el Plan AUGE cubría 80 problemas de salud priorizados que se añadieron de forma progresiva, cada tres años aproximadamente, sobre la base de un estudio actuarial legalmente obligatorio y la posterior confirmación del Ministerio de Hacienda de que los recursos públicos serían suficientes para respaldar la ampliación. Cada vez que se modifica el plan, el Ministerio de Salud firma un decreto que determina explícitamente qué incluye la nueva cobertura.

Para monitorear el patrón de gasto de FONASA, la aseguradora pública más grande que cubre al 80 por ciento de la población del país, el Ministerio de Salud llevó a cabo un estudio para estimar el gasto efectuado en los servicios incluidos en el Plan AUGE y en aquellos servicios que no se encuentran cubiertos por este plan, antes y después de que se promulgara la Ley del AUGE en 2005. El estudio evaluó el impacto que tuvo esta ley en los patrones de gasto de FONASA destinado a los servicios priorizados del AUGE y a todos los otros servicios.

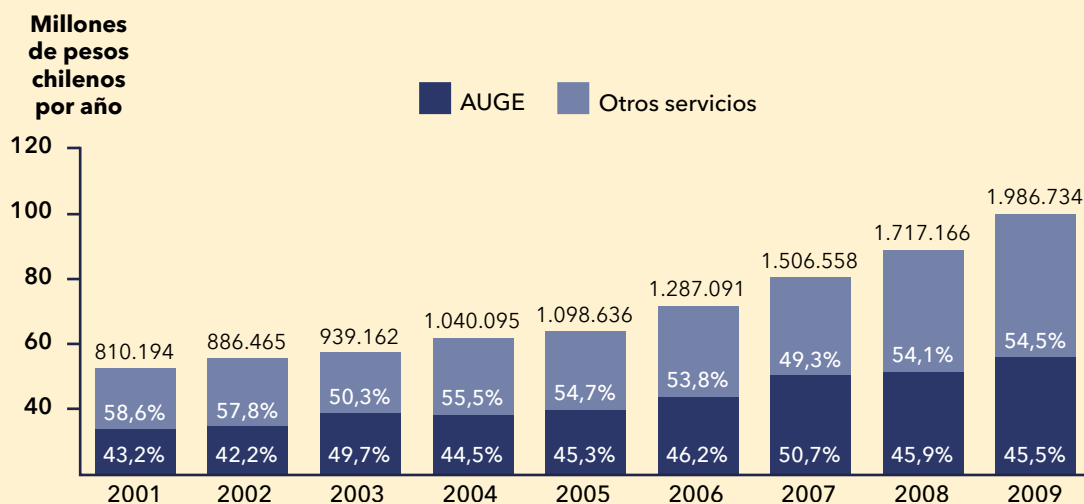
FONASA ya ofrecía muchos de los tratamientos incluidos en el Plan AUGE antes de que se promulgara la ley y, por lo tanto, fue posible calcular cuánto invertía la aseguradora pública en los servicios cubiertos por el AUGE, incluso antes de que este se convirtiera en una política. Empleando la misma metodología, también fue posible estimar el gasto en el Plan AUGE y en los servicios no incluidos en este luego de que se sancionara la ley (véase el Gráfico 8).

(continuación)

RECUADRO 1. Chile: Asignación del financiamiento público para servicios de salud personales antes y después de la adopción de la política del AUGE (continuación)

Tal como se puede observar en el Gráfico 8, la proporción de gasto destinada a los servicios del AUGE comenzó a aumentar mucho antes de que se sancionara la ley que lleva el mismo nombre. La implementación de pruebas piloto del Plan AUGE anterior a la promulgación de la ley puede ser uno de los motivos por los que se produjo este crecimiento. Asimismo, a medida que los chilenos se iban familiarizando con el concepto de garantías explícitas para los servicios de salud priorizados, el eje central de la reforma del AUGE, comenzaron a exigirle a FONASA el mismo grado de oportunidad para la prestación de servicios no AUGE. Como resultado, no aumentó la proporción de gasto destinada al paquete de servicios priorizados del AUGE luego de que se implementara la reforma, debido a que los servicios no AUGE mantuvieron de forma más o menos constante la proporción de presupuesto total, tal como lo muestra el panel b del Gráfico 7.

GRÁFICO 8. Chile: Desglose de gasto en servicios del AUGE y otros servicios prestados por FONASA, 2001-09



A raíz de la reforma en salud llevada a cabo en 1994 en Colombia, se crearon dos PBS separados: un plan amplio autofinanciado que se conoce como Plan Obligatorio de Salud (POS) y que está dirigido a los miembros que realizan aportes al sistema de seguro social, y un plan de menor magnitud subsidiado mediante recursos públicos conocido como Plan Obligatorio de Salud–Subsidiado (POS-S) que garantiza aseguramiento social para la población de bajos ingresos. Durante la etapa de diseño, los

encargados de formular políticas analizaron la viabilidad financiera de la reforma propuesta. De acuerdo con este análisis, estimaron que el crecimiento futuro de los ingresos públicos permitiría expandir progresivamente el alcance del POS-S, de tal modo que para el 2000 sería igual al del plan POS. Desafortunadamente, debido a una recesión económica que tuvo lugar a mediados de los noventa y un menor crecimiento en los ingresos públicos en comparación con el que los formuladores de políticas habían

previsto, no fue posible llevar a cabo la ampliación del POS-S planteada originalmente. Además, luego de la reforma de 1994, hubo una evasión imprevista en los aportes al seguro social de salud que limitó el crecimiento de la base de financiación, lo que a su vez redujo la magnitud del subsidio cruzado que los miembros del régimen contributivo otorgan a los miembros del régimen subsidiado. Por otra parte, algunas demandas legales presentadas por beneficiarios del seguro social obligaron a las aseguradoras a pagar por servicios que no estaban incluidos en uno u otro PBS, lo cual también limitó la ampliación de las prestaciones ofrecidas en el POS-S. En resumen, a pesar de que los responsables de formular políticas habían efectuado un análisis del impacto fiscal de la reforma y habían desarrollado un plan de financiación, algunas de las proyecciones financieras no tuvieron lugar y además ocurrieron eventos inesperados que socavaron la viabilidad del plan. En 2010, la nueva administración de Colombia se propuso revisar el Sistema Nacional de Salud como parte de un importante proceso de reforma.

Suficiencia de insumos. Un quinto y último principio es la disponibilidad de recursos humanos y físicos suficientes que debe poseer el país y cada una de las regiones que lo componen para prestar los servicios incluidos en el plan. Esto significa que los responsables de diseñar el plan de beneficios deben corroborar que el país contará con los recursos humanos, el equipamiento, los medicamentos y la infraestructura suficientes para responder a la demanda de servicios esperada.

Este principio se observó primeramente en el caso del Plan AUGE de Chile.¹⁹ En su formulación inicial, el AUGE incluía tratamiento de emergencia del infarto al miocardio, pero no cubría la colocación de un *stent*, dado que los encargados del diseño sabían que Chile no contaba con la cantidad de cirujanos cardiovasculares suficiente para prestar este servicio en todo el país. No obstante, en otras

revisiones realizadas a este plan no se observó el principio de disponibilidad de suministros. A mediados de 2015, diez años después de la reforma del Plan AUGE, miles de beneficiarios afiliados a la aseguradora pública FONASA (Fondo Nacional de Salud) se encontraban en listas de espera debido a la capacidad limitada de los prestadores públicos (Cuadro 1). Las preferencias políticas y restricciones fiscales impidieron que FONASA comprara servicios a las aseguradoras privadas, cuyos precios para algunas de las prestaciones garantizadas por el AUGE tienden a ser más elevados que aquellos que la aseguradora pública debe pagar a los establecimientos públicos.

Revisión de un PBS

A medida que surgen nuevas tecnologías y surgen nuevos problemas de salud, las autoridades de la salud pública deben determinar si resulta conveniente o no para la sociedad actualizar su PBS, ya sea incorporando nuevas intervenciones o eliminando aquellas que se consideren obsoletas. En términos más generales, la revisión del PBS es un proceso que debe realizarse periódicamente, de forma anual o cada una cierta cantidad de años, en función de las limitaciones en los recursos, las preferencias, los avances tecnológicos, las condiciones epidemiológicas, entre otros factores cambiantes. Idealmente, para la revisión del PBS deberían aplicarse los mismos cinco principios que se propusieron para la evaluación del proceso de diseño.

Es muy importante monitorear y evaluar la revisión del PBS, ya que es posible que algunos países no logren llevarla a cabo de forma exitosa o que su actualización no sea coherente con los objetivos de la política o las limitaciones en los recursos.

El Plan Nacer de Argentina, que luego cambió su nombre por SUMAR, es un ejemplo de esto último. El Plan Nacer surgió como una iniciativa de política de salud federal luego de una fuerte crisis económica y política que tuvo lugar en 2001. El proceso de

GRÁFICO 1. Chile: Número de individuos que han experimentado garantías no cumplidas para alguno de los tratamientos de salud incluidos en el plan de beneficios AUGE a partir de junio de 2015 (cantidad de pacientes en lista de espera)

Problemas de salud con cobertura garantizada por el AUGE	Menos de 30 días	Entre 31 y 60 días	Entre 61 y 90 días	Más de 90 días	Total de garantías de oportunidad no cumplidas
Catarata	401	804	482	416	2103
Retinopatía diabética	249	323	234	525	1331
Salud bucal para mujeres embarazadas	154	106	89134	439	788
Prevención secundaria de la insuficiencia renal crónica terminal	108	133	351	6	726
Cáncer de cuello uterino	236	136	968	165	596
Cáncer de mama	173	140	110	491	491
Colecistectomía preventiva para cáncer de vejiga	135	104	6957	121	429
(36) Órtesis	163	110	57	79	409
Discapacidad visual	222	139	28	10	399
Uso de audífonos para adultos con pérdida de audición en ambos oídos	98	11	3	107	219
Hiperplasia prostática	38	41	2627	90	195
Artrosis de cadera	27	30	189	105	189
Depresión	30	37	29	87	183
Displasia de cadera con luxación	66	40	18	149	149
Hernia de núcleo pulposo	32	32	20	64	148
Marcapasos	43	38	16	2248	119
Linfoma adulto	28	29	11	116	116
Estrabismo	68	24	11	9	112
Tumor primario del sistema nervioso central	23	22	21	41	107
Insuficiencia renal crónica terminal	49	17	9	25	100

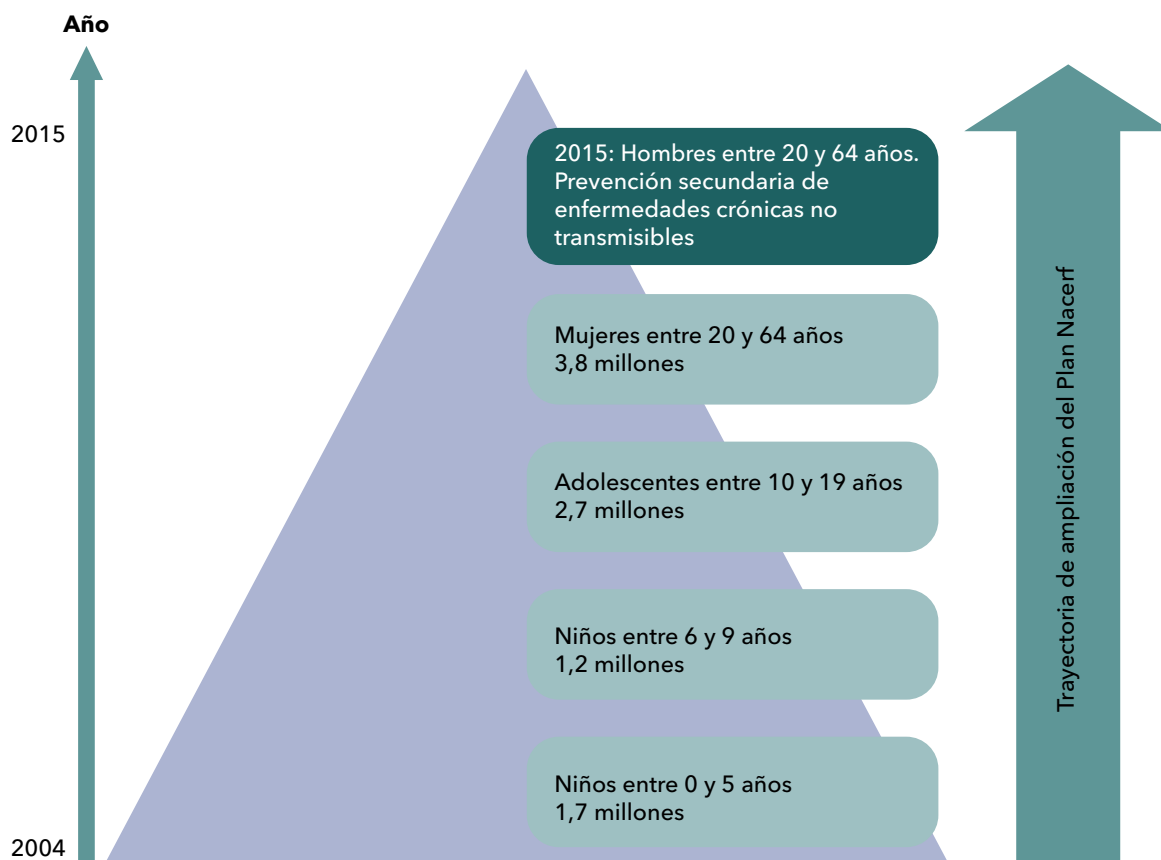
Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (2015).

Nota: Solo se informan aquellas garantías no cumplidas para 100 o más beneficiarios.

priorización para definir el contenido inicial del PBS se basó en la evidencia aportada por los indicadores del deterioro de la salud en niños y niñas de bajos recursos de las nueve provincias que se encuentran en el noreste y noroeste del país. En consecuencia, el contenido inicial del Plan Nacer comprendía un conjunto limitado de intervenciones de salud dirigidas a tratar y prevenir la morbilidad y la mortalidad infantil. A raíz de la evidencia concreta que constataba el éxito del plan en estas regiones, se decidió ampliarlo para incorporar las 15 provincias restantes (Gráfico 9). A pesar de que no se habían observado

mejoras en el estado de salud materno-infantil de las 15 provincias restantes y pese a las limitaciones presupuestarias considerables a nivel nacional y a las escasas contribuciones financieras que realizaban las provincias, los formuladores de políticas continuaron extendiendo el conjunto de intervenciones del PBS y su grupo de beneficiarios. En 2015, el Plan Nacer contaba con varios cientos de intervenciones, en comparación con su diseño original.²⁰ Esto sugiere que la revisión no responde a criterios racionales de políticas tales como la viabilidad financiera y la suficiencia de insumos.

GRÁFICO 9. Argentina: Población beneficiaria y trayectoria de ampliación de los servicios incluidos en el Plan Nacer



Fuente: Giedion, Bitrán, and Tristao (2014).

Algunos países de Europa llevan a cabo estudios de costo-efectividad incremental de forma sistemática para comparar las mejoras en salud que se podrían producir al incorporar un nuevo servicio con los costos que conllevaría esa nueva intervención. En otras palabras, buscan responder al interrogante de si la intervención es costo-efectiva o no. Algunos países poseen un umbral de costo-efectividad, ya sea implícito o explícito, que permite determinar si se debe incluir una nueva intervención en el PBS financiado mediante recursos públicos. Por ejemplo, el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido utiliza un valor umbral de £20.000 a £30.000 (alrededor de €24.000 a €36.000) por cada año de vida ajustado por calidad (AVAC) ganado. En los Países Bajos, un valor umbral frecuentemente utilizado es €20.000 por cada AVAC.²¹

Sin embargo, rara vez existen criterios claros y explícitos para actualizar el PBS en los países en desarrollo. En Honduras, por ejemplo, el organismo responsable de contratar médicos generales para la prestación de los servicios del PBS parece no contar con criterios explícitos que ayuden a definir cuándo y cómo actualizar su plan de beneficios. En los últimos cinco años, se añadieron la distribución de micronutrientes en polvo, el asesoramiento sobre salud nutricional (atención integral a la niñez en la comunidad) y el uso de zinc para el tratamiento de la diarrea, pero no se documentaron de forma clara los motivos que impulsaron estas actualizaciones.²²

En Chile, se examina y revisa el Plan AUGE cada tres años. Una institución especial que opera dentro del Ministerio de Salud de Chile, conocida como el Consejo Consultivo AUGE, se encarga de tomar las decisiones relativas a la revisión del PBS. Además de utilizar la información contenida en el estudio actuarial más reciente sobre los costos anuales por beneficiario previstos para cada intervención potencial, este consejo también aplica otros criterios que aumentan la complejidad y la ambigüedad de este

proceso, al menos en comparación con los procesos más sencillos que se adoptan en algunos países europeos (véase más arriba) en los cuales los análisis de costo-efectividad ofrecen una herramienta más precisa para la toma de decisiones.

En resumen, este apartado presentó los motivos por los cuales es necesario evaluar el diseño y la revisión de los PBS en los países en desarrollo. Asimismo, se propusieron cinco principios claves para la evaluación del proceso de diseño y revisión de un PBS. Los principios expuestos corresponden a la existencia de objetivos explícitos, la coherencia entre los objetivos del PBS y su diseño o revisión, la claridad en la enunciación de los beneficios incluidos, la viabilidad financiera y la suficiencia de insumos para cumplir con las demandas de los servicios del PBS.

Implementación y puesta en funcionamiento del PBS

A pesar de que tanto la formulación como la implementación de políticas representan un desafío importante, son muy diferentes entre sí. La implementación constituye el proceso mediante el cual las políticas se llevan a la práctica. Generalmente, la implementación de un PBS presenta un enfoque *top-down* que establece una distinción entre los procesos de formulación y de ejecución de una política. El diseño de un plan de beneficios en salud y las políticas vinculadas a este se definen en los niveles más altos de un proceso político y luego se informa a los niveles inferiores encargados de las labores técnicas, administrativas y de gestión, a través de las cuales se llevan las políticas a la práctica.

Algunos politólogos han propuesto que para que el enfoque *topdown* sea exitoso es necesario que se cumplan ciertas condiciones para la implementación de políticas, entre las que se incluyen las siguientes:

- Objetivos claros y coherentes desde un punto de vista lógico.

- Una teoría causal adecuada (de cómo ciertas acciones podrían conducir a los resultados deseados).
- Un proceso de implementación estructurado que permita reforzar el cumplimiento de normas por parte de los responsables de ejecutar este proceso (incentivos y sanciones).
- Implementadores comprometidos y capacitados.
- Apoyo por parte de los grupos de interés y del poder legislativo.
- Inexistencia de cambios en las condiciones socioeconómicas que comprometan el apoyo político o la teoría causal que subyace a la política.
- Plazos apropiados y recursos disponibles suficientes.
- Buena coordinación y comunicación.

Los puntos expuestos anteriormente son relevantes en el contexto de PBS. Las dos primeras condiciones resaltan la importancia de realizar un buen diagnóstico del desempeño del sistema de salud. Asimismo, es necesario identificar los problemas que presenta un sistema de salud y conocer las causas que dan origen a estos. La elaboración e implementación de un PBS podrían encontrarse dentro de las medidas políticas necesarias para fomentar la equidad y la eficiencia. La relación causal que existe entre la prestación de los servicios priorizados y las mejoras en el desempeño debe definirse de forma clara a fin de garantizar que la política sea realmente necesaria y que a través de esta se alcanzarán mejores resultados. Estos puntos también destacan la importancia de contar con implementadores y grupos de interés

comprometidos, plazos considerables para la implementación, recursos adicionales y una buena coordinación y comunicación.

A continuación se exponen algunos problemas frecuentes que presenta el enfoque *topdown* en cuanto a la implementación:

- Es poco probable que todas las condiciones previas se den al mismo tiempo.
- Solo se adoptan los puntos de vista de aquellos que se encuentran en los niveles más altos del gobierno y se ignoran las funciones que desempeñan otros actores.
- Se corre el riesgo de sobrestimar el impacto de las medidas gubernamentales (se pasan por alto otros factores).
- Su aplicación resulta difícil cuando no existe una única política u organismo dominante.
- Las políticas cambian a medida que se van implementando.²³

Las condiciones generales o factores habilitantes relacionados con la implementación de políticas de salud que se mencionaron anteriormente, al igual que los problemas que pueden surgir durante la implementación, se ajustan perfectamente al contexto de PBS. Sin embargo, es importante enumerar todos los factores habilitantes que son específicos de una implementación exitosa de PBS (véase también el Gráfico 10). La implementación puede y debe ser objeto de MyE, puesto que si hay deficiencias en esta etapa la iniciativa basada en PBS se verá perjudicada y su impacto será limitado. Al final de esta sección, se propone una herramienta en formato de lista de verificación que puede utilizarse para monitorear y evaluar la implementación del PBS.

Demanda de los servicios del PBS. En algunas ocasiones, la baja utilización de una intervención de salud específica no se deriva de una falta de oferta sino de una demanda insuficiente. En este sentido, incluir en el plan de beneficios aquellos servicios que la población no desea no cambiará la raíz del problema y como resultado no se producirán cambios en la demanda ni tampoco en la utilización. Existen otras medidas políticas, tales como la educación pública y la educación a pacientes, que pueden ser efectivas para promover la demanda de aquellos servicios que tienen un bajo valor percibido para los individuos, pero que resultan costo-efectivos o aportan grandes beneficios sociales, entre los que se incluyen algunos servicios preventivos y prestaciones institucionales. Solo una vez que se hayan adoptado esas políticas complementarias destinadas a fomentar la demanda, cobra sentido el destinar recursos públicos para prestar los servicios del PBS. En Chile, por ejemplo, los responsables de formular políticas exigieron que se incluyeran intervenciones de salud preventivas para los adultos en el Plan AUGE. Sin embargo, la demanda de estos servicios siempre ha sido bastante baja, dado que los beneficiarios no los consideran lo suficientemente beneficiosos, incluso cuando se ofrecen sin costo directo.

Beneficiarios informados. La población beneficiaria de un PBS debe estar bien informada acerca de su contenido, las condiciones bajo las cuales puede acceder a las prestaciones y las responsabilidades que debe cumplir con respecto al plan. La evidencia empírica sugiere que a menudo la población no posee información suficiente sobre los servicios que se ofrecen mediante el plan de beneficios y el derecho que tiene a exigir y obtener los servicios incluidos en este. Por esto, para hacer llegar esta información al público las autoridades de salud deben realizar esfuerzos constantes, por ejemplo, mediante campañas de difusión masivas con la ayuda de los prestadores o a través de otros medios.

Un ejemplo que refleja la importancia de brindar información a los beneficiarios es el Plan AUGE de Chile. En este país, los individuos que están afiliados a una aseguradora de salud privada pueden elegir el proveedor de salud que deseen, pero en función del copago que puedan realizar. Para poder tomar una decisión informada deben saber que tienen la posibilidad de recibir cobertura para cualquiera de las 80 patologías priorizadas en el Plan AUGE y que el copago que deberán realizar para estas será menor; sin embargo, deberán elegir el proveedor de acuerdo con la red de proveedores disponibles para esa patología en particular (p. ej., la red de oncólogos). Si, en cambio, el paciente decide renunciar a la cobertura AUGE, podrá dirigirse a cualquier médico que elija bajo el plan de salud regular, pero el copago en este caso será más elevado.

Información del prestador. Las instituciones y profesionales de la salud también deben estar informados acerca de la nueva política y de las funciones que deberán desempeñar en virtud de esta. En especial, los gerentes y el personal de salud deben conocer muy bien los servicios que se espera que brinden, incluyendo la calidad que estos deben tener, y además, deben familiarizarse con las tareas administrativas y las iniciativas de educación destinadas a los pacientes, imprescindibles para brindar correctamente los servicios priorizados.

En Uruguay, por ejemplo, durante la adopción del paquete de beneficios del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) fue necesario establecer normas de manejo clínico descritas en manuales, junto con guías técnicas y protocolos correspondientes para ayudar en la selección de procedimientos priorizados. Esto condujo a que se estandarizara la práctica médica para aquellas intervenciones incluidas en el PIAS e implicó que los médicos debían familiarizarse con estas disposiciones y adaptar sus prácticas a fin de cumplir con los protocolos oficiales.

Otro país en el que fue necesario introducir cambios en la conducta de los prestadores de servicios de salud fue Chile. De acuerdo con lo estipulado en la ley AUGE, los médicos deben informar a los pacientes, cuando corresponda, que su problema de salud se encuentra dentro de la cobertura AUGE y deben entregarles un certificado firmado que contenga esta información. De este modo, los pacientes afiliados a una aseguradora privada pueden optar por buscar tratamiento y cobertura financiera mediante el AUGE u obtener atención médica a través de sus planes de salud regulares.

Incentivos para los prestadores. Cuando se definen ciertos servicios como prioridades sociales o se los incluye en un PBS no siempre se obtiene como resultado un aumento en la prestación de estas intervenciones. Por lo general, es necesario ofrecer incentivos económicos o de otro tipo a fin de promover la participación adecuada del proveedor en la prestación de los servicios consignados en el plan de beneficios. Estos incentivos se otorgan en reconocimiento al esfuerzo adicional que a menudo deben realizar los proveedores, ya sea para inducir la demanda de aquellos servicios que la población desestima o para adquirir recursos adicionales necesarios para su prestación.

Ejemplo de esto es el Seguro Integral de Salud de Perú que decidió implementar un pago por servicio prestado para incentivar a los proveedores de salud del gobierno a que brinden los servicios priorizados. Los proveedores del gobierno reciben la mayor parte de su financiamiento a partir de un presupuesto; sin embargo, debido a que muchos de ellos operan casi a plena capacidad, precisan de más recursos que permitan solventar los insumos adicionales necesarios para brindar los servicios del PEAS, entre los que se incluyen el tiempo de los médicos, los medicamentos e insumos médicos.

El Seguro Popular de México también constituye un ejemplo de en qué casos podría ser necesario

ofrecer incentivos financieros a los proveedores para fomentar su compromiso con la prestación de intervenciones priorizadas. En el estado de Hidalgo se implementó un sistema de recompensas financieras con el objeto de promover la prestación de servicios preventivos subutilizados para fomentar la atención de la diabetes, la salud cardiovascular, los cuidados prenatales, la detección del cáncer de mama, la salud bucal, la planificación familiar, la prevención de enfermedades crónicas y la reducción de cirugías prevenibles y de reingresos hospitalarios. Se formularon indicadores relacionados con la prestación o la cobertura y se efectuaron mediciones iniciales para establecer una línea de base. Se puso en funcionamiento un sistema de monitoreo para medir el progreso de los indicadores y se estableció un sistema de recompensas a partir del cual los proveedores recibían un bono equivalente al 10 por ciento de su presupuesto si alcanzaban los indicadores de cobertura fijados.²⁴

Por otro lado, los diseñadores del Plan Nacer de Argentina sabían que era necesario conceder incentivos monetarios y financieros si se pretendía promover la prestación de los servicios priorizados en los centros de salud públicos de todo el país. En este sentido, crearon un sistema de financiación basado en el desempeño mediante el cual las provincias recibirían financiamiento federal adicional si cumplían ciertos objetivos de prestación establecidos (Gráfico 11). A su vez, se alentaba a las provincias a que establezcan una lista de tarifas y abonen a los proveedores un pago por servicio prestado. Las evaluaciones realizadas al Plan Nacer mostraron que en general se cumplieron los objetivos de cobertura y, en consecuencia, también mejoró el estado de salud materno-infantil.

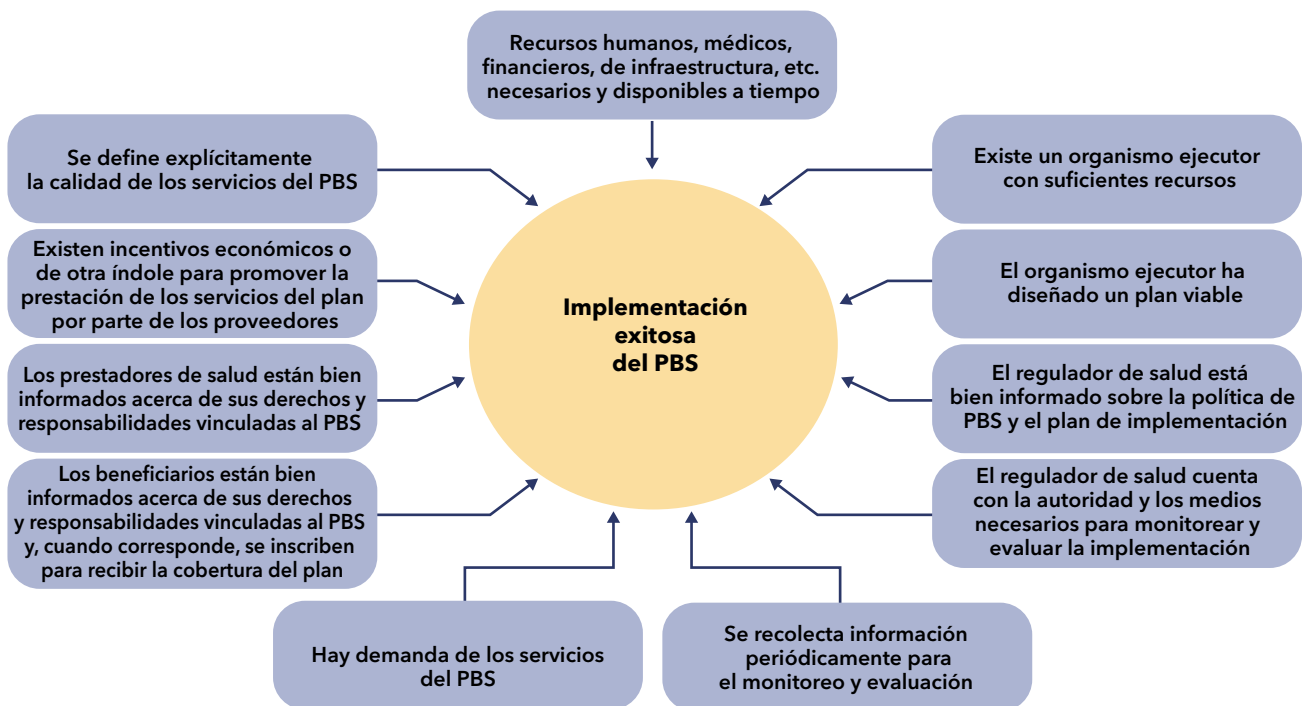
Calidad explícita. Brindar atención de calidad es uno de los principales objetivos de las reformas basadas en PBS. Al garantizar una calidad del servicio apropiada y uniforme se aumenta la eficiencia del

sistema de salud (una prestación de servicios eficiente mejora el estado de salud) y la equidad (todos los beneficiarios del PBS tienen acceso a servicios de calidad homogénea). Por este motivo, la construcción de un PBS y las políticas de prestación incluyen, por lo general, mecanismos que permiten garantizar la calidad en la atención. Estos mecanismos pueden consistir en el desarrollo y uso de protocolos de tratamiento explícitos, la capacitación del personal de salud basada en estos protocolos, la adopción de sistemas de monitoreo que permiten evaluar la calidad, la habilitación y acreditación de profesionales e instituciones de salud y la puesta en funcionamiento de un organismo que controla y garantiza la calidad.

En México, el control de calidad constituyó uno de los pilares de la iniciativa política del Seguro Popular, con una importante reforma de gestión en el

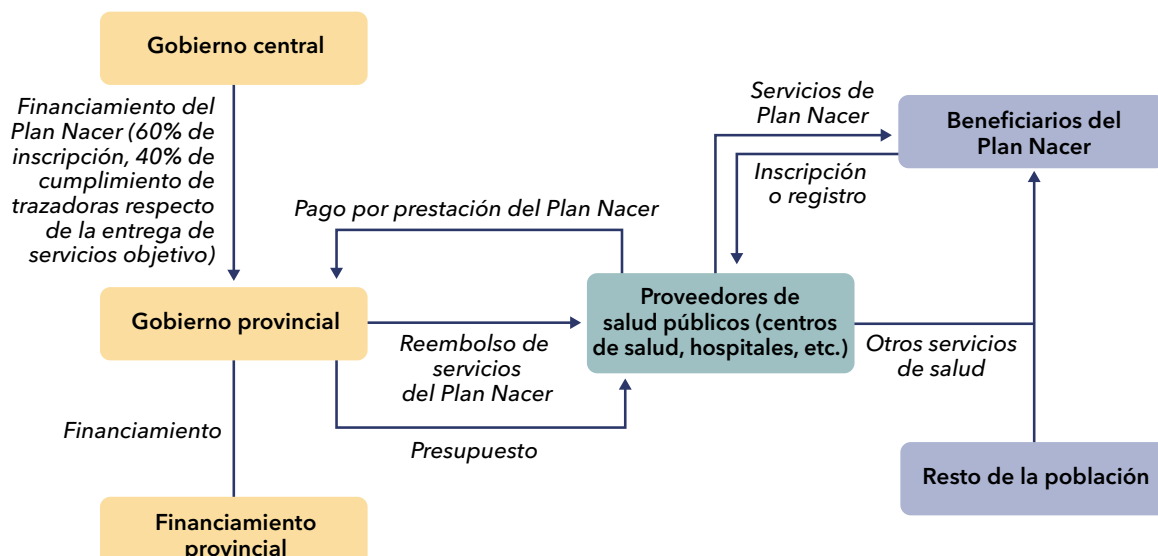
marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Esta reforma pretendía aumentar la seguridad del paciente, mejorar la capacidad de respuesta, gestionar la acreditación de centros de salud y la certificación de proveedores, implementar iniciativas de mejora de la calidad, medir la calidad técnica e interpersonal y llevar a cabo estudios comparativos de desempeño entre países y otras organizaciones.²⁵ A raíz de un aumento considerable en los recursos públicos destinados al Seguro Popular, se observaron mejoras significativas en el acceso a la atención en salud y en la protección financiera para la población beneficiaria. No obstante, el gasto de bolsillo de los hogares no disminuyó de forma significativa entre los beneficiarios como parte del financiamiento total en salud.

GRÁFICO 10. Factores habilitantes para una implementación exitosa de la política de PBS



Fuente: Autores.

GRÁFICA 11. Flujos de financiamiento y servicios del Plan Nacer, Argentina



La importancia de lograr avances efectivos y duraderos en la calidad de los servicios de salud resultó evidente en el contexto de la reforma de México. Felicia Knaul y colegas llegaron a la conclusión de que, si bien para mejorar el acceso, la protección financiera y el estado de salud para los más pobres se suele requerir financiamiento adicional, esto puede no ser una condición suficiente para mejorar todas las dimensiones que comprende el desempeño del sistema de salud. Señalaron que “hasta que el acceso universal no incluya un nivel de calidad aceptable y garantizado, el ejercicio igualitario del derecho a la protección de salud continuará siendo una meta difícil de alcanzar y el gasto de bolsillo ineficiente irá en aumento. Además, si no se realiza un uso eficiente de los recursos disponibles, es políticamente inviable generar el espacio fiscal adicional necesario para afrontar la carga de enfermedades crónicas”.²⁶

El ente regulador de salud de Chile se demoró alrededor de una década luego de la reforma AUGE en implementar un sistema de acreditación para los proveedores. Asimismo, la mayoría de los hospitales públicos no estaban preparados para ser acreditados

y hubo que otorgarles un plazo extendido para que pudieran realizar las inversiones en infraestructura correspondientes y los cambios operativos necesarios para recibir la acreditación.

Insumos disponibles. En la mayoría de los casos, para llevar a cabo una prestación efectiva de los servicios consignados en el PBS, se requieren recursos adicionales en términos de personal administrativo y de salud, infraestructura, vehículos y equipos, tecnología de la información relativa a los productos farmacéuticos y nuevos sistemas de gestión. Por lo tanto, se precisa financiamiento adicional para que las reformas basadas en PBS alcancen sus objetivos. Si no se realizan estas inversiones, la implementación de un PBS puede resultar ineficaz, puesto que la presencia de deficiencias en la prestación de servicios constituye una de las causas principales que conducen al bajo desempeño de los sistemas de salud.

En Honduras, la evaluación de la viabilidad del PBS en zonas rurales remotas llevó a que se realizaran ajustes en la prestación en algunas situaciones. Sin embargo, en muchos casos, los responsables de formular políticas no logran establecer una conexión

entre el plan que diseñaron para entregar los servicios a una población beneficiaria determinada y la correspondiente necesidad de reforzar el lado de la oferta de los sistemas de salud para que estos puedan cumplir con la demanda de los servicios priorizados.²⁷

En Chile, por ejemplo, los formuladores de políticas responsables del diseño e implementación de la reforma AUGE previeron la necesidad de fortalecer la prestación de servicios de salud del gobierno y llevaron a cabo una evaluación a nivel nacional, a partir de la cual se implementó un plan de inversión y se entregó a los proveedores los recursos necesarios. Aun así, los proveedores públicos continuaron padeciendo déficits en los recursos y deficiencias en la gestión, lo cual les impidió cumplir con la demanda del AUGE. Esta situación se agravó debido a que muchos especialistas médicos se fueron retirando del sistema público para trasladarse al sector privado, atraídos por salarios más elevados. Como resultado, surgieron listas de espera para aquellos servicios que no se encontraban dentro del Plan AUGE y también para los servicios priorizados incluidos en este (véase el Cuadro 1).

Organismo ejecutor. Para implementar un PBS, varios actores de distintas áreas del sistema de salud deben adoptar numerosas medidas diferentes entre sí. Por lo tanto, garantizar que todos estos cambios ocurran según lo planeado representa un gran desafío logístico y requiere de una agencia ejecutora y un plan de implementación adecuado. Este organismo debe conocer muy bien el proyecto de reforma basado en PBS y contar con los recursos humanos, financieros y físicos suficientes para llevar a cabo el proceso de implementación. Cuando esta figura institucional no está presente, es posible que no haya cambios, que estos no coincidan con lo planeado o que no ocurran en el momento oportuno.

Regulador de salud competente que cuenta con los medios adecuados. Regular la política de PBS es tan necesario para el éxito de esta como lo es su

adecuada implementación. Sin embargo, para evitar conflictos de intereses, esta función regulatoria debe estar en manos de un organismo diferente de aquel que lleva a cabo el proceso de implementación.

Autoridad para monitorear y evaluar. El organismo regulador de salud debe contar con la autoridad y los medios necesarios para monitorear y evaluar la implementación.

Evaluación de los resultados del PBS

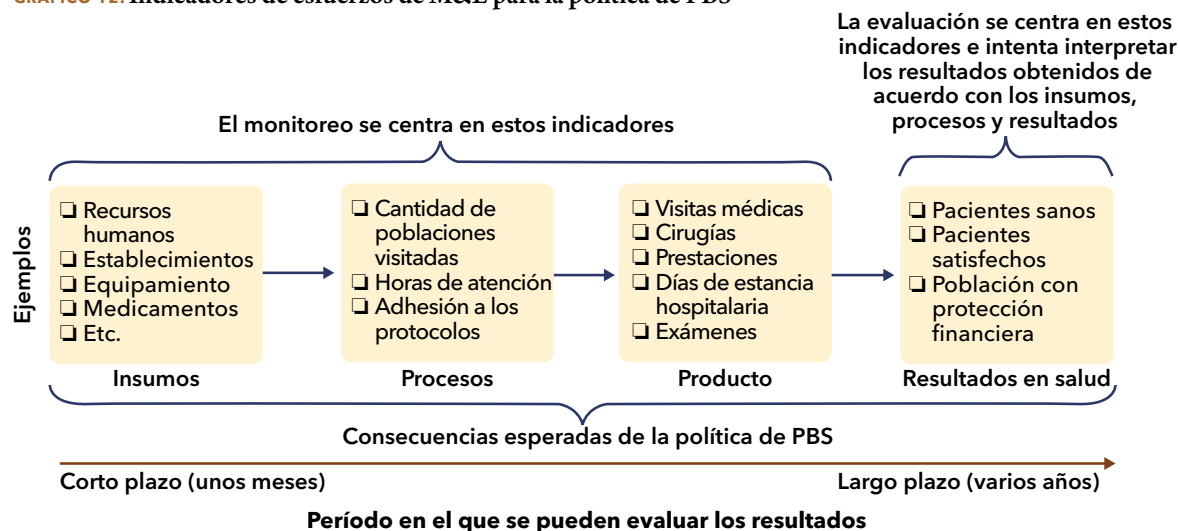
En los apartados anteriores, se argumentó que para lograr las mejoras deseadas en el desempeño del sistema de salud resulta indispensable diseñar una política de forma adecuada y llevar a cabo una implementación exitosa. Asimismo, monitorear estas dos etapas permite detectar posibles problemas y ofrece a los diseñadores e implementadores la oportunidad de tomar medidas correctivas. No obstante, un buen diseño y una correcta implementación no garantizarán el éxito de la reforma. La reforma solo será exitosa si se obtienen los resultados deseados en términos de mejoras esperadas en el desempeño del sistema de salud. Por lo tanto, el conjunto de objetivos que motivaron la reforma deben actuar como guía para su evaluación. Por ejemplo, si uno de los principales objetivos de la reforma asociados a la creación y entrega de un PBS es reducir la mortalidad materno-infantil en zonas rurales, como fue el caso del Plan Nacer en Argentina, la evaluación para determinar los progresos alcanzados debería centrarse en esos indicadores del estado de salud. En cambio, si el objetivo principal de la reforma es reducir los gastos empobrecedores y catastróficos para ciertos servicios priorizados, la evaluación debería enfocarse en evaluar la carga financiera de los gastos en salud de los hogares.

En general, los objetivos de la reforma de salud que se pretenden alcanzar mediante el diseño e implementación del PBS pueden formularse sobre la base

de variables de desempeño que pertenezcan a distintos dominios conceptuales, como se muestra en el Gráfico 12 y el Cuadro 2. Por consiguiente, algunas reformas pueden buscar mejorar la disponibilidad de

ciertos *insumos* de producción, tales como recursos humanos, a través de la contratación y capacitación, o de medicamentos esenciales introduciendo mejoras en los sistemas de compra y distribución.

GRÁFICO 12. Indicadores de esfuerzos de M&E para la política de PBS



CUADRO 2. Dominios y ejemplos de indicadores que deben medirse y métodos utilizados para monitorear y evaluar la política de PBS

Dominios	Indicadores	Cómo medir
Insumos	Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de la dotación de personal utilizando información de nóminas nacionales o regionales. Visitas de campo a una muestra de centros de salud para evaluar la dotación de personal actual y las horas trabajadas. Entrevistas o grupos focales de una muestra del personal de centros de salud en la que se incluye personal administrativo y trabajadores de la salud y cuyo objetivo es evaluar la percepción de estos con respecto al pago y los incentivos otorgados para promover su compromiso con la prestación de servicios del PBS.
	Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Análisis del presupuesto de inversión ejecutado a nivel nacional o regional. Visitas de campo a una muestra de establecimientos de salud nuevos o renovados para determinar la calidad de la construcción, el grado de terminación, entre otros aspectos. Revisión de los procesos de licitación para los contratos de construcción y renovación. Entrevistas al personal responsable de ejecutar los contratos y personal de las empresas constructoras.
	Equipamiento	<ul style="list-style-type: none"> Visitas de campo a una muestra de establecimientos de salud nuevos o renovados para revisar la existencia de equipos, las instalaciones, la disponibilidad para comenzar a funcionar y el estado de los equipos nuevos y refaccionados. Revisión de los procesos de licitación para los contratos de construcción y renovación. Entrevistas al personal responsable de ejecutar los contratos y personal de las empresas constructoras.
	Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de las políticas de medicamentos y leyes existentes, si corresponde. Evaluación de los procesos de compra y distribución a nivel nacional y regional. Visitas de campo a los centros de distribución nacionales y regionales. Visitas de campo a una muestra de establecimientos de salud en los distintos niveles del sistema de prestación (farmacias, puestos de salud rurales, centros de atención en salud, hospitales, etc.) para evaluar la existencia, almacenaje, desabastecimiento, marcas, envases, conservación y calidad de los medicamentos disponibles.

(continuación)

CUADRO 2. Dominios y ejemplos de indicadores que deben medirse y métodos utilizados para monitorear y evaluar la política de PBS
(continuación)

Dominios	Indicadores	Cómo medir
Procesos	Cantidad de poblaciones visitadas	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas al personal de una muestra de establecimientos de salud y equipos móviles de atención médica para evaluar la frecuencia de las visitas, los avances realizados, los desafíos, las soluciones propuestas, entre otros factores. Entrevistas a representantes de las poblaciones y otros informantes locales para determinar el cumplimiento del personal de salud con el calendario de visitas para las poblaciones.
	Horas de atención	<ul style="list-style-type: none"> Visitas de campo a una muestra de establecimientos de salud para determinar las horas efectivas de atención. Entrevistas al personal de salud para determinar si existen problemas de cumplimiento con respecto al cronograma de trabajo. Encuestas a nivel nacional o regional a una muestra de hogares seleccionada de forma aleatoria (y posiblemente estratificada) para indagar acerca de las experiencias reales que hayan tenido las familias en cuanto al acceso a los servicios de salud.
	Adhesión a los protocolos de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de la existencia de protocolos de tratamiento como política nacional o regional. Revisión de las iniciativas de capacitación llevadas a cabo por el ministerio de salud con el objetivo de difundir los protocolos y fomentar su uso adecuado. Encuestas a una muestra de establecimientos de salud para determinar si el personal de salud conoce y emplea los protocolos de tratamiento del PBS y para identificar posibles problemas que el personal haya detectado en el contenido o uso de estos protocolos. Encuestas de salida a una muestra de pacientes incluidos en una muestra de establecimientos de salud para obtener información acerca de los servicios recibidos.
Productos	Visitas	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de los registros electrónicos administrativos de la información referente a la prestación de servicios. Encuestas a nivel nacional o regional a una muestra de hogares seleccionada de forma aleatoria (y posiblemente estratificada) para obtener información acerca del uso efectivo de varios servicios de salud.
	Cirugías	
	Prestaciones	
	Días de estancia hospitalaria	
	Exámenes	
	Otros indicadores	
Resultados en salud	Pacientes sanos	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta nacional de hogares sobre estado de salud, que incluya autopercepción y mediciones antropométricas (estatura y peso, presión arterial, muestras de sangre para exámenes de laboratorio, etc.). La Encuesta Demográfica y de Salud es un buen ejemplo.
	Pacientes satisfechos	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas a pie de urna a una muestra de pacientes aleatoria incluidos en una muestra de establecimientos de salud para recolectar información acerca de su nivel de satisfacción sobre las prestaciones recibidas. Encuesta nacional o regional a una muestra de hogares seleccionada de forma aleatoria (y posiblemente estratificada) para obtener información acerca del estado de salud percibido y las necesidades de atención médica, las experiencias respecto al acceso a servicios de salud, incluyendo el nivel de satisfacción con las prestaciones recibidas, patrones de búsqueda de atención médica y gastos de bolsillo para atención en salud, medicamentos, traslados, entre otros.
	Población con protección financiera	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta nacional o regional a una muestra de hogares seleccionada de forma aleatoria (y posiblemente estratificada) para obtener información acerca del estado de salud percibido y las necesidades de atención médica, las experiencias respecto al acceso a servicios de salud, incluyendo el nivel de satisfacción con las prestaciones recibidas, patrones de búsqueda de atención médica y gastos de bolsillo para atención en salud, medicamentos, traslados, entre otros.

Es posible que quienes promuevan estas reformas no hagan referencia explícita a los productos o resultados esperados para el sistema de salud, a pesar de que probablemente esperen que ambos mejoren o aumenten al incrementar la disponibilidad de los principales insumos de producción. Otros formuladores de políticas pueden intentar mejorar los procesos, como por ejemplo la calidad técnica de los servicios a través del cumplimiento de protocolos de tratamiento estándar. En estos casos, la expectativa subyacente es que al fortalecer los procesos de prestación de servicios de salud se obtengan eventualmente más y mejores productos y resultados. El objetivo de otras reformas puede ser expandir la producción de servicios de salud o la cantidad de servicios que se proporcionan a la población en su conjunto o a ciertos grupos objetivo, como por ejemplo la proporción de prestaciones que ocurren en establecimientos de salud acreditados o el porcentaje de niños y niñas que cuenta con inmunización completa. A través de esto, se espera que al aumentar el volumen de prestaciones se produzcan mejoras en el estado de salud. Por último, en algunas reformas se puede pretender mejorar los resultados, como el estado de salud o la satisfacción del paciente, o la protección financiera.

Teniendo como referencia el Gráfico 12, mientras más uno se acerque al lado derecho del diagrama que ilustra los dominios de la política de PBS, más tiempo se requerirá para poder detectar mejoras en el desempeño a través de una evaluación. Por ejemplo, si el objetivo de la reforma es mejorar la disponibilidad de ciertos recursos, algunas semanas o meses serán suficientes para evaluar si la política fue exitosa o no. Sin embargo, si se formulan los objetivos de la política centrándose en la mejora en los resultados, es necesario que transcurran varios años para determinar si la reforma fue exitosa. Por otra parte, podrían requerirse plazos intermedios que van desde algunos meses hasta un año o dos para evaluar aquellas reformas que pretenden mejorar procesos o productos.

Las reformas que tienen como base un PBS suelen tener múltiples objetivos políticos, que a su vez pueden pertenecer a diferentes dominios. Por lo tanto, las evaluaciones que se lleven a cabo deberían abarcar indicadores de éxito que estén relacionados con todos esos objetivos o al menos con los más relevantes. Asimismo, por lo general, las reformas basadas en planes de beneficios buscan mejorar los resultados en salud, como la mortalidad y morbilidad, y los responsables de formular políticas pueden considerar a los indicadores alcanzados en otros dominios solo como resultados intermedios que no garantizan el éxito general de la reforma. En Colombia, por ejemplo, los formuladores de políticas consideraron como objetivos intermedios al establecimiento de aseguradoras de salud y a la afiliación de individuos; mientras que mejorar el acceso a la atención médica, disminuir la dependencia con respecto a los gastos de bolsillo y mejorar el estado de salud se propusieron como los principales objetivos.

En el Cuadro 3 se enumeran los objetivos de un conjunto seleccionado de países desarrollados y en desarrollo que emprendieron una reforma que consistía en la prestación de una serie de servicios de salud priorizados.

Idealmente, a partir del momento en el que se considera llevar a cabo la reforma se deberían definir de manera explícita las variables de desempeño y los logros esperados asociados a esta, en términos de productos y resultados.

Un punto a tener en cuenta es que muchas veces las reformas en el área de la salud pueden tener consecuencias imprevistas dentro del mismo sistema. Si las evaluaciones se centran solo en las consecuencias esperadas, pueden pasar por alto aquellas no previstas, subestimando o sobrestimando el impacto de la reforma. Por ejemplo, la reforma AUGE en Chile fue exitosa en el sentido de que pudo fomentar una mayor conciencia en los ciudadanos acerca de la existencia de derechos explícitos relacionados con el acceso a la atención en salud. Diez años después de que la

reforma tuviera lugar, los chilenos saben que si sufren de alguno de los ochenta problemas de salud priorizados que cuentan con la cobertura del AUGE, pueden exigir tratamiento inmediato y de calidad realizando un modesto copago. Sin embargo, una de las consecuencias no previstas en esta reforma fue que los ciudadanos se familiarizaran tanto con el derecho a exigir y obtener los tratamientos incluidos en el Plan AUGE que comenzaran a exigir tratamiento inmediato para aquellas patologías no incluidas en este plan. Las aseguradoras y prestadores de salud públicos no han logrado responder a este pedido, debido a que intentaban hacer frente a la creciente demanda de servicios priorizados en el AUGE. En los últimos años, el Ministerio de Salud de Chile ha llevado un registro de las listas de espera para los tratamientos no AUGE a través de un sistema de información electrónico. Estos registros contienen miles de visitas a

especialistas y cientos de miles de cirugías, todas excluidas del plan. Las listas de espera son objeto de intensos debates políticos y ejercen una presión cada vez mayor al presupuesto público. Por lo tanto, llevar un registro de estas debe ser parte de los esfuerzos de evaluación de la reforma AUGE.

Para evitar que se pasen por alto aspectos importantes que deben considerarse en una evaluación, los responsables de redactar los términos de referencia de esta deben reflexionar acerca de los impactos que se produjeron a partir de la reforma. Asimismo, esta reflexión debe considerar las observaciones de campo que se realizaron sobre todo lo ocurrido durante la implementación del PBS y puede enriquecerse con las opiniones de varios actores de interés y expertos en el sistema de salud. Sus informes combinados pueden ayudar a que los encargados de delimitar el alcance de la evaluación profundicen y amplíen sus conocimientos.

CUADRO 3. Objetivos de la reforma y variables de evaluación de países seleccionados

País	Objetivos de la reforma	Variables que deberían ser el foco de evaluación
Argentina	Reducir la mortalidad materno-infantil en las poblaciones rurales de bajos recursos que no poseen seguro médico ya sea público o privado.	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Proceso</i>: Porcentaje de autoridades de salud provinciales que han establecido una lista de precios junto con los proveedores de salud privados para aquellos servicios priorizados mediante el Plan Nacer. ■ <i>Producto</i>: Población objetivo que cuenta con cobertura para los servicios preventivos priorizados; porcentaje de la población que recibe estos servicios. ■ <i>Resultados</i>: Reducción de la mortalidad materno-infantil.
Chile	Garantizar el acceso a tratamiento para las enfermedades priorizadas, incluidas en el Plan AUGE para todos los chilenos amparados por el seguro social del país.	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Proceso</i>: Aseguradoras públicas y privadas que han establecido redes de proveedores de salud que están familiarizados con los protocolos de tratamiento del AUGE. ■ <i>Producto</i>: Incremento en el porcentaje de mujeres en edad fértil a quienes se les ha realizado un examen de Papanicolaou y en el tiempo que les toma realizarse más exámenes a las mujeres que presentaron resultados anormales en este estudio. ■ <i>Resultados</i>: Reducción de la mortalidad en hospitales de niños y niñas con epilepsia y VIH/SIDA.^a

(continuación)

CUADRO 3. Objetivos de la reforma y variables de evaluación de países seleccionados (continuación)

País	Objetivos de la reforma	Variables que deberían ser el foco de evaluación
Colombia	Ofrecer un PBS amplio y explícito, y de calidad estandarizada a todos los colombianos a través de un sistema competitivo de seguros sociales de salud públicos y privados en el que los trabajadores formales confieren subsidio cruzado a los ciudadanos más pobres y los proveedores de atención médica públicos y privados compiten por el negocio de aseguradoras.	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Proceso:</i> Se han establecido aseguradoras públicas y privadas que han comenzado a afiliar a la población cubierta. Proveedores públicos y privados celebran contratos de prestación con las aseguradoras. Se pone en funcionamiento un sistema de identificación del beneficiario para llevar a cabo evaluaciones de recursos con el objetivo de identificar a los ciudadanos de bajos ingresos que se encuentran dentro del régimen subsidiado. Se crea un fondo de equidad y se recolectan y distribuyen los subsidios públicos y cruzados para la población con menores recursos. ■ <i>Producto:</i> Aumenta el acceso a los servicios consignados en el PBS para todos aquellos que cuentan con cobertura. Se reducen las brechas relacionadas con el acceso a los servicios del PBS entre los beneficiarios subsidiados y aquellos que pertenecen al régimen contributivo. ■ <i>Resultados:</i> Mejora el estado de salud de todos los colombianos y se reducen las inequidades en términos de estado de salud entre los distintos grupos socioeconómicos. Mejora la protección financiera para disminuir la cantidad de colombianos que experimentan gastos de salud catastróficos y empobrecedores.

a. Bitrán, Escobar y Gassibe (2010).

Referencias

- Bitrán, Ricardo, Liliana Escobar, and Patricia Gassibe. 2010. "After Chile's Health Reform: Increase in Coverage and Access, Decline in Hospitalization and Death Rates." *Health Affairs* 29 (12): 2161–70. doi:10.1377/hlthaff.2010.0972.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2010. "Partner Services Evaluation Field Guide (Draft)." Atlanta: CDC, U.S. Department of Health and Human Services. https://effectiveinterventions.cdc.gov/docs/default-source/partner-services-materials/Partner_Services_Evaluation_Field_Guide_041610.pdf?sfvrsn=0.
- Dinarte, Mauricio, and Luis Bolaño Prado. 2014. "Honduras: The Basic Health Package (PBS)." In Giedion, Bitrán, and Tristao, *Health Benefit Plans in Latin America*, 222–39.
- Durairaj, Varatharajan, Selassi D'Almeida, and Jose Kirigia. 2010. "Obstacles in the Process of Establishing Sustainable National Health Insurance Scheme: Insights from Ghana." Technical brief for policymakers. Geneva: World Health Organization (WHO). www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_10_1/en/.
- Gertler, Paul, Paula Giovagnoli, and Sebastian Martinez. 2014. *Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life: Evidence from Argentina's Plan Nacer*. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/910221468002421288/Rewarding-provider-performance-to-enable-a-healthy-start-to-life-evidence-from-ArgentinanPlan-Nacer>.
- Giedion, Ursula, Ricardo Bitrán, and Iñez Tristao, eds. 2014. *Health Benefit Plans in Latin America: A Regional Comparison*. Washington, DC: Inter-American

- Development Bank. <https://publications.iadb.org/handle/11319/6484?locale-attribute=en>.
- Glassman, Amanda, and María-Luisa Escobar. n.d. "Health Insurance Notes." Washington, DC: Brookings Institution. www.brookings.edu/wp-content/uploads/2012/04/1107_health_insurance_notes_wagstaff.pdf.
- Hsiao, William C., and Susan Powers Sparkes. 2012. "A Common Analytical Model for National Health Systems." Cambridge, MA: Harvard University. <http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic1418653.files/A%20Common%20Analytical%20Model%20for%20National%20Health%20System.pdf>.
- Knaul, Felicia Marie, Eduardo González-Pier, Octavio Gómez-Dantés, David García-Junco, Héctor Arreola-Ornelas, Mariana Barraza-Lloréns, Rosa Sandoval, et al. 2012. "The Quest for Universal Health Coverage: Achieving Social Protection for All in Mexico." *The Lancet* 380 (9849): 1259–79. doi:10.1016/S0140-6736(12)61068-X.
- Paris, Valérie. 2014. "Health Benefit Plans in OECD Countries." LAC webinar, May 15. Paris: OECD. www.oecd.org/els/health-systems/measuring-health-coverage.htm.
- Polinder, Suzanne, Hidde Toet, Martien Panneman, and Ed van Beeck. 2011. *Methodological Approaches for Cost-Effectiveness and Cost-Utility Analysis of Injury Prevention Measures*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/144196/e95096.pdf.
- Prieto, Lorena, Camilo Cid, and Vilma Montañez. 2014. "Peru: The Essential Health Insurance Plan (PEAS)." In Giedion, Bitrán, and Tristao, *Health Benefit Plans in Latin America*, 167-94.
- Roberts, Marc, William Hsiao, Peter Berman, and Michael Reich. 2008. *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*, 1st ed. Oxford: Oxford University Press.
- Sabignoso, Martin. 2011. "Plan Nacer: Una Política Federal de Salud." Presented at the Ministerio de Salud, Argentina, Buenos Aires, August.
- Sabik, Lindsay M., and Reidar K. Lie. 2008. "Priority Setting in Health Care: Lessons from the Experiences of Eight Countries." *International Journal for Equity in Health* 7: 4. doi:10.1186/1475-9276-7-4.
- Silva, Humberto. 2011. "El Plan Nacer: Principales Indicadores de Desempeño de Los SMIP." Buenos Aires, Argentina Ministry of Health, August.
- Srivastava, Divya, Michael Mueller, and Emily Hewlett. 2016. *Better Ways to Pay for Health Care*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. www.oecd.org/publications/better-ways-to-pay-forhealth-care-9789264258211-en.htm.
- Steinbach, Rebecca. 2010. "Problems of Policy Implementation." *HealthKnowledge*, July 2. www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4c-equality-equity-policy/problems-policy-implementation.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. 2015. "Ordenanza C2No 2471: Envía Información relativa a Lista de Espera No GES, Solicitada en Glosa 06 Ley de Presupuesto del año 2015, correspondiente al primer semestre." Santiago, Chile: Ministry of Health.
- Tien, Tran Van. 2012. "Case Study—Social Health Insurance Vietnam, Flagship Course for High Level Decision Makers in Vietnam." Hanoi: Ministry of Health of Vietnam and World Bank Institute.
- World Health Organization (WHO). 2007. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*. Geneva: WHO. www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.
- WHO and World Bank. 2013. "Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels: A Framework." Joint WHO/World Bank Group Discussion Paper, December. www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/UHC_WBG_DiscussionPaper_Dec2013.pdf?ua=1. ———. 2015. *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*. Geneva: WHO. www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/.
- Wong, H. 1998. "The Oregon State Approach to Prioritizing Health Services." Bitran y Asociados.

Notas finales

1. Knaul and others (2012).
2. Tien (2012).
3. Durairaj, D'Almeida, and Kirigia (2010).
4. Giedion, Bitrán, and Tristao (2014).
5. These definitions draw on CDC (2010).
6. WHO and World Bank (2013).
7. Paris (2014).
8. Glassman and Escobar (n.d.).
9. WHO and World Bank (2015, p. 18).
10. See a description of the health policy cycle in chapter 2 of Roberts and others (2008).

11. Sabignoso (2011); and Gertler, Giovagnoli, and Martinez (2014).

12. WHO (2007); Roberts and others (2008); and Hsiao and Sparkes (2012).

13. For more on policy formulation, see Roberts and others (2008).

14. Wong (1998).

15. Sabik and Lie (2008).

16. Ibid. A propos of the M&E framework, in these HBP cases, while explicit objectives are established for future iterations of HBP (the “update”), the initial version of the HBP (the “design”) does not follow these explicit objectives, and an evaluation of the design of the HBP would reflect that appreciation.

17. These criteria were measured through a metric known as Quality of Well Being.

18. Prieto, Cid, and Montañez (2014).

19. This package was subsequently renamed GES for the Spanish acronym for Explicit Health Guarantees.

20. Giedion, Bitrán, and Tristao (2014).

21. Polinder and others (2011).

22. Dinarte and Prado (2014).

23. The above paragraphs of this section draw on Steinbach (2010).

24. Srivastava, Mueller, and Hewlett (2016).

25. Knaul and others (2012).

26. Ibid., p. 13.

27. Giedion, Bitrán, and Tristao (2014).

CAPÍTULO 3

Gestión del dinero

Consideraciones fiscales y presupuestarias para el plan de beneficios

Amanda Glassman

En pocas palabras: No solo se trata de cuestiones monetarias; los planes de beneficios en salud que tienen éxito son aquellos que se ajustan a los recursos disponibles, vinculan los sistemas de pagos a los planes y rinden cuentas de los fondos asignados por financiadores.

Cuando se toma la decisión de adoptar un plan de beneficios en salud (PBS), se deben considerar y alinear cuatro desafíos financieros claves para que este sea un instrumento efectivo para el establecimiento y cumplimiento de prioridades de salud: espacio fiscal, estructuras presupuestarias, acuerdos de pago a prestadores y fuentes externas de financiación. Estas cuestiones financieras transversales abordan los pasos 7 (formular recomendaciones y tomar decisiones), 8 (traducir las decisiones en asignación y uso de recursos), 9 (administrar e implementar el PBS) y 10 (revisar, aprender y ajustar) de los elementos principales que intervienen en la adopción de un PBS descritos en la introducción, así como también los acuerdos generales institucionales (Capítulo 2)

y de gobernanza (Capítulo 1) del PBS. Se los seleccionó e incluyó en este capítulo debido a la centralidad de su efectividad para la iniciativa del PBS en su conjunto.

Cuatro desafíos comunes

En primer lugar, si el objetivo de un PBS es definir prioridades con eficacia, el espacio fiscal disponible determina de manera directa el tamaño del plan en el tiempo. En otras palabras, el presupuesto disponible para el plan en cada año fiscal es lo que determina el alcance, la cantidad o magnitud de los servicios incluidos y su cobertura financiera para la población.

Si bien esta es una cuestión evidente, los gobiernos o agencias de seguros en países de ingresos bajos y medios (PIBM) poseen leyes o regulaciones que consagran un gran número de PBS; sin embargo, estos no están conectados con la cantidad de recursos disponibles, lo que limita o invalida la utilidad y sostenibilidad del PBS como herramienta para el establecimiento de prioridades explícitas. En el caso del Fondo de Seguro Nacional de Salud de Ghana, la directora del seguro, Vivian Addo-Cobiah expresó que “La ley (de aseguramiento) establece una lista de beneficios; sin embargo, esa lista no tiene relación con los montos consignados en el presupuesto o las contribuciones anuales al fondo del seguro, lo que resulta en un desequilibrio financiero”.¹ Otro ejemplo que ilustra esta situación es Perú, donde el Plan Esencial de Aseguramiento de Salud (PEAS), obligatorio por ley, tuvo un costo anual promedio por beneficiario 2,5 veces mayor que el gasto total anual en salud por persona de ese país.² Otras dificultades comunes incluyen no calcular el impacto presupuestario de la adopción de nuevas tecnologías en períodos fiscales futuros o no adecuarse a los cambios en los costos de los insumos, la demanda de los servicios, el poder adquisitivo ni tampoco a los cambios demográficos. En la República Dominicana, por ejemplo, disminuyó el valor del PBS en el tiempo debido a que no se adaptó a los cambios en precios, utilización y costos.³ Este caso constituye otro ejemplo que ilustra el hilo conductor de este libro: los PBS son herramientas dinámicas de políticas que deben ajustarse y revisarse con regularidad.

Un desafío que se relaciona con este tema es cómo articular la asignación del plan “abuelo” (*grandfathering*) o la transferencia del gasto histórico per cápita con una capitación o prima asociada al PBS como parte de la reforma en salud. Israel, Alemania, los Países Bajos y Uruguay son casos que ilustran este fenómeno.⁴ A pesar de la practicidad de tomar como base la asignación histórica en el corto plazo, el uso de este enfoque como herramienta de establecimiento

de prioridades pierde efectividad rápidamente cuando hay grandes déficits en el financiamiento en relación con los beneficios que se brindan.⁵

Por último, se debe prestar atención a cómo ajustar los PBS cuando ocurren crisis externas que pueden afectar los presupuestos de salud. Las experiencias recientes de algunos países europeos ponen de relieve la falta de preparación de algunos países para ajustar los beneficios a las nuevas realidades económicas o ahorrar o reasignar anticíclicamente para cubrir déficits.⁶

En segundo lugar, la estructura presupuestaria de cada sistema de salud incide en la efectividad del plan de beneficios. Aun cuando el espacio fiscal asignado a un plan es adecuado, el modo en el que se presupuestan y transfieren recursos a gobiernos locales u organizaciones de prestadores de salud afecta el alcance que tiene la efectividad del PBS en la práctica. Muchas veces, los gobiernos de los PIBM integran un PBS a un presupuesto basado en insumos. Por ejemplo, durante la reforma del Seguro Popular de México se definió un PBS y el gobierno federal asignó un presupuesto fijo por persona a cada estado. No obstante, una vez que el presupuesto por persona del PBS llega al Tesoro Nacional, los fondos se asignan a los prestadores de salud a través de presupuestos tradicionales basados en insumos sin el seguimiento, rendición de cuentas y retroalimentación adecuados del uso de estos fondos que permitirían supervisar si se producen los servicios priorizados. En México, el subsecretario de salud Eduardo González-Pier expresó que “a veces las prioridades del PBS terminan en la frontera estatal”.⁷ Un ejemplo incluso más ilustrativo de esta situación es Perú, país en donde uno de los planes de beneficios (PEAS) se financia a través de diferentes fuentes de presupuesto basadas en insumos (recursos humanos, presupuesto basado en resultados, entre otros) sin prestarle demasiada atención a la coordinación y coherencia. El cambio a un presupuesto basado en costos y cápitas del PBS o a un presupuesto basado en resultados, en grupos

relacionados por el diagnóstico (GRD) o en guías también puede ser de utilidad para estructurar los sistemas de pagos y reclamos/facturación, e idealmente pueden utilizarse para estructurar el PBS.

En tercer lugar, los acuerdos de pago a prestadores tienen consecuencias importantes para la efectividad del PBS. En teoría, el PBS se utiliza para estructurar los procesos de pago o asignación, con el objetivo de crear incentivos financieros directos a fin de que los prestadores brinden los servicios de atención y prevención de mayor prioridad. Es posible que la prestación efectiva del PBS requiera una combinación de mecanismos de pago, y a su vez, la efectividad del plan dependerá de las características y prácticas actuales de distribución de riesgos del sistema de salud. Existe una gran cantidad de estudios que documentan las ventajas y limitaciones de los diferentes métodos de pago en salud tanto en entornos de ingresos altos como en PIBM. En general, estos debates han sido escépticos respecto de “qué” se debe pagar (el eje principal de este libro), pero brindan guías excelentes sobre “cómo” pagar, lo que incluye incentivos y otros mecanismos.⁸ No es necesario analizar este debate aquí, sino resaltar que los incentivos generados mediante contratos con prestadores y los pagos que se les hacen deberían favorecer la prestación efectiva, adecuada y de calidad de la atención consignada en el PBS.

Evidentemente existen herramientas de políticas no monetarias que pueden generar incentivos para que los prestadores implementen el PBS, tales como evaluación del rendimiento, monitoreo del desempeño, auditorías, supervisión y otras estrategias de rendición de cuentas optimizadas. Aunque no se analizarán estas herramientas en este capítulo, es importante tenerlas en cuenta. Asimismo, existen ciertos mecanismos que pueden empoderar a los beneficiarios de manera directa, lo que incrementa las probabilidades de una prestación efectiva de los servicios de salud. Las garantías que ofrece el Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas)

de Chile constituyen un ejemplo importante en este contexto, dado que los beneficiarios poseen un derecho explícito y legalmente exigible de no solo acceder a los beneficios consagrados en el plan, sino también de recibir servicios de alta calidad, disfrutar de tiempos de espera razonables y recibir protección financiera.

Por último y en cuarto lugar, en muchos de los países de ingresos más bajos, algunos servicios altamente costo-efectivos, tales como vacunas, tratamiento de enfermedades transmisibles (VIH/SIDA, tuberculosis, malaria, etc.) y planificación familiar se financian de manera parcial o total con la ayuda bilateral o multilateral destinada a estos fines. En teoría, el PBS prioriza los servicios basándose en la costo-efectividad y otros criterios relacionados, y se utilizan fondos de donantes así como también recursos públicos para asegurar el pago y la provisión del plan de atención en su totalidad. Sin embargo, en la práctica, varios países de ingresos bajos definieron PBS que no incluyen estos servicios precisamente porque su financiamiento depende de fuentes externas, lo que genera fragmentación y (quizás) falta de sostenibilidad. En Vietnam, por ejemplo, Phuong Nguyen Khanh afirmó que históricamente “los programas de VIH/SIDA se han financiado de manera diferenciada con aportes de donantes y no se han incluido en el plan básico de servicios de salud del seguro social de salud de Vietnam”.⁹

Las razones de la presencia generalizada de estos desafíos son claras: no existe una alineación entre los acuerdos institucionales implementados y la necesidad de considerar el sistema de salud en su totalidad. Además, en muchas ocasiones se observa una falta de coherencia entre las políticas implementadas por los ministerios de finanzas y los ministerios de salud o los institutos de seguridad social. Por ejemplo, algunos ministerios de finanzas no incluyen los ajustes necesarios para el PBS en los marcos de gasto de mediano plazo. Entre los motivos que también podrían explicar estos fenómenos se incluyen la falta

de alineación entre las políticas o intereses de los diferentes niveles de gobierno, o entre los pagadores y prestadores, y el uso de PBS como discursos políticos sin un contexto favorecedor ni la implementación de políticas económicas relacionadas. El abordaje de algunas de estas razones subyacentes, así como de los síntomas es una preocupación central de los formuladores de políticas que participan en el diseño y operacionalización de las políticas de PBS.

Es posible que también se deba a una cuestión simple relacionada con la capacidad y desarrollo económico de cada país. La mayoría de los sistemas de salud, por ejemplo, alcanzan en el tiempo mejoras en los sistemas de facturación e información.¹⁰ Este libro sugiere que el PBS puede utilizarse como punto de partida para establecer y mejorar estos sistemas rutinarios del sector salud, quizás sin tomar como referencia la experiencia de países más desarrollados que hicieron este proceso a la inversa. (Por ejemplo, en Estados Unidos, la introducción de GRD para pagos, reclamos y facturación, seguida por procesos de mejoras en la calidad, se realizó veinte años antes del establecimiento de beneficios mínimos esenciales).

En este capítulo analizaremos cómo algunos sistemas de salud respondieron a estos desafíos en la práctica: cómo ajustar los beneficios del PBS a los recursos disponibles en el tiempo, cómo lograr que la codificación del presupuesto y los convenios de asignación sean coherentes con los objetivos del PBS, y cómo gestionar los fondos de financiadores destinados a fines específicos dentro de las políticas de PBS. No se analiza el rol de los sistemas de pago, debido a la amplia cobertura que ha recibido este tema en otras publicaciones.

Estrategias para abordar desafíos

Debido a que la literatura específica sobre estos temas es escasa y procede de otras áreas, el material

de este capítulo se basa mayormente en literatura gris y en entrevistas realizadas a distintos expertos. Cabe destacar que las búsquedas de literatura se realizaron utilizando la biblioteca virtual de *Red Criteria*, la Colaboración Cochrane, la colaboración Campbell, EconLit, entre otros.

Desafío 1: Ajustar los beneficios del PBS a los recursos disponibles en el tiempo

Ajustar el PBS a la partida de recursos disponibles es un imperativo contable con el que están familiarizados todos los pagadores y comisionados del sistema de salud, en especial las aseguradoras de salud del sector privado. Es necesario que haya un equilibrio entre los ingresos y los gastos para que una iniciativa continúe vigente, y más importante aún, para asegurar que se poseen los recursos suficientes para prestar los servicios del PBS. Asimismo, las macroestrategias que se utilizan son comunes e intuitivas (véase el Cuadro 1). La principal diferencia con un PBS es la intención de realizar una transición de estrategias improvisadas para ampliar la cobertura, contener costos o racionalizar el gasto, hacia estrategias más sistemáticas de ampliación de la cobertura y de inclusión o exclusión de beneficios, para la disponibilidad de recursos en cada período fiscal, que se lleve a cabo con la colaboración y asesoramiento de las autoridades fiscales y financieras.

Si bien el imperativo principal es asegurar la coherencia entre los recursos disponibles y los beneficios, estas estrategias también pueden emplearse en la definición y planificación de necesidades de movilización del presupuesto y los recursos. Felicia Marie Knaul y otros autores escribieron que “La definición del contenido y el costo del plan Seguro Popular (de México) posibilitó que las necesidades de recursos fueran evidentes, lo que a su vez contribuyó a movilizar recursos adicionales”.¹¹

El eje principal de este capítulo es comprender cómo los administradores de PBS en diferentes tipos

de sistemas de salud logran detectar y garantizar (o detectan en cada período) que el PBS sea consistente con los recursos disponibles.

En este sentido, es importante señalar que solo en algunos sistemas de salud el imperativo de ajustar los beneficios a los presupuestos disponibles es un componente constitutivo de sus marcos legales. Por ejemplo, el plan Medicaid de Oregón estableció como límite presupuestario el tamaño total del PBS. Otro ejemplo que resulta de interés es la agencia PHARMAC de Nueva Zelanda, organización responsable de gestionar el gasto total en medicamentos del sistema de salud de ese país. Su mandato legislativo del año 2000 responsabiliza a la agencia de garantizar a “las personas que reúnen los requisitos y requieren medicamentos los mejores resultados en salud que se pueden alcanzar de manera razonable *con los fondos disponibles*” (énfasis añadido).¹² A la agencia PHARMAC se le asigna un presupuesto fijo para medicamentos, que en general representa un 7-8 por ciento del gasto público total en salud. Luego, prioriza los gastos y negocia los precios en función de esta restricción presupuestaria, utilizando su poder de mercado en el contexto del sistema de salud y la cobertura universal en Nueva Zelanda.¹³ De hecho, tanto el sistema Medicaid como la agencia PHARMAC “vivieron por sus propios medios” en el tiempo, puesto que ambos se basan en sistemas de salud en los que el control de costos es ampliamente reconocido como un imperativo de las políticas en materia de salud. Por el contrario, en los PIBM, la cuestión se centra más en la coherencia entre recursos disponibles y beneficios para garantizar el adecuado financiamiento de los servicios priorizados, que en el control de costos como objetivo de las políticas. No obstante, equilibrar los beneficios con los recursos disponibles sigue considerándose un imperativo en estos países. Estos tipos de análisis y ajustes poseen una multiplicidad de usos más allá de la coherencia presupuesto-beneficios, incluyendo la planificación, previsión, cálculo de primas y movilización de recursos.

Por tanto, el primer paso consiste en calcular los requisitos de financiamiento del PBS para luego estimar, en caso de que existiese, la disparidad de recursos. Con esta acción, los responsables de formular políticas intentan determinar la cantidad de dinero que probablemente se necesite para brindar un conjunto de servicios a una población en particular en cada área geográfica o entre el grupo de población que poseerá la cobertura. Para este fin, los países adoptan diferentes enfoques. En Chile, por ejemplo, se realizan microcosteos¹⁴ del plan en su totalidad de manera periódica y dentro de un marco normativo, mientras que en Colombia se realizan cálculos actuariales anuales para determinar y ajustar las primas que se pagan a las aseguradoras, quienes a su vez pagarán a los prestadores de salud para garantizar que la población cubierta acceda a los servicios incluidos en el PBS.¹⁵ Los resultados de estos ejercicios anuales de microcosteo se incorporan directamente en el proceso de negociación del presupuesto. Por otra parte, la primera versión del plan de México adoptó dos enfoques: un costeo de abajo arriba (microcosteo) utilizando funciones de producción para cada intervención y un costeo de arriba abajo (macrocosteo) a partir de un techo presupuestario. A través del macrocosteo se obtiene la partida total de recursos financieros a partir de la cual se lleva a cabo el microcosteo. Sin embargo, no está claro cómo funciona el mecanismo para realizar ajustes en el microcosteo como respuesta a la macro-partida, al menos desde la perspectiva del público, ni cómo se ejecutan los acuerdos implementados para revisar el costeo del plan en años posteriores.¹⁶ (En el Capítulo 8 se analiza el costeo y en la sección sobre métodos se brinda más información sobre cómo se llevaron a cabo estos procesos en distintos países).

CUADRO 1. Macro-estrategias de uso habitual para ajustar los beneficios a los recursos disponibles

Estrategia	Estrategias específicas	Ejemplos
	<p>Identificar nuevas fuentes de ingresos generales u oportunidades de reasignación en el presupuesto</p> <p>Aumentar una vez al año las primas de aseguramiento según los costos o la inflación</p> <p>Establecer mecanismos de reserva o estabilización para ampliar la cobertura o cubrir déficits</p> <p>Promoción</p>	<p>La reforma del Seguro Popular de México compara los planes de beneficios entre la seguridad social y el ministerio de salud, calcula los AVAD adicionales relacionados con la igualación del plan, persuade al Presidente/Ministerio de Finanzas para que financie dicha igualación^a</p> <p>El Plan AUGE de Chile consagra en su legislación la alineación del plan con los recursos disponibles^b</p> <p>La agencia de seguro de salud de Estonia posee un fondo de reserva que contempla el uso de recursos ante una caída en los ingresos asociados a las primas y contribuciones para poder cumplir con las obligaciones del plan de servicios^c</p> <p>El Fondo de Previsión Presupuestal de México fue creado para cubrir gastos imprevistos, incluyendo déficits presupuestarios relacionados con un exceso de demanda o dificultades presupuestarias de los estados^d</p>
Ajustar beneficios	<p>Evaluación de Tecnologías en Salud (ETS) para exclusión/inclusión</p> <p>ETS para la negociación del precio de los productos</p> <p>Implementación de políticas para medicamentos (genéricos, fijación de precios de reembolso basada en el análisis comparativo de costo-efectividad o el valor terapéutico, regulación de precios, entre otros)</p>	<p>La ETS informa las decisiones de la Oficina Nacional de Seguridad Sanitaria respecto del plan de cobertura universal de salud de Tailandia y también se utiliza para negociar los precios^e</p> <p>La Cámara de Regulación del Mercado de Medicamentos (CMED) de Brasil fija los precios de compra de medicamentos y reajusta estos precios una vez al año^f</p> <p>De los 38 países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) 17 utilizan la ETS de manera sistemática para tomar decisiones sobre cobertura o fijar precios de reembolso</p> <p>Rumania revisa la lista de medicamentos que compone el Plan Básico de Servicios y Tecnologías en Salud para omitir usos no autorizados, no aprobados y que no son costo-efectivos^g</p>
Adoptar estrategias de costo compartido para servicios o productos de baja prioridad; modificar los incentivos de pago	<p>Modificar las políticas de pago o reembolso</p> <p>Cargos al usuario y copagos</p>	<p>China planea reducir el precio de reembolso para ciertos medicamentos y procedimientos a fin de disminuir los incentivos para la utilización excesiva de aquellos medicamentos que no son terapéuticos^h</p> <p>La República Dominicana fijó valores tope para los servicios no preventivos en su plan de beneficios (PDSS)ⁱ</p> <p>Perú estableció valores tope para la mayoría de las enfermedades cubiertas en el plan PEAS^k</p>
Mejorar la eficiencia	<p>Utilizar información observada de manera empírica sobre la función de producción del conjunto de servicios para ajustar en el tiempo la captación u otros pagos relacionados con el PBS</p> <p>Emplear estrategias de contratación, pago o rendición de cuentas para crear incentivos que promuevan mayor eficiencia en la producción de servicios (riesgo compartido, pago por desempeño, etc.)</p>	

Nota del cuadro: esta lista no incluye el debate sobre la macro-estrategia de restringir la elegibilidad de la población para ciertos conjuntos de beneficios, debido a que se entiende que la finalidad del PBS es cumplir con los objetivos de la CUS. No obstante, de hecho, un gran número de países limitó los beneficios a ciertas poblaciones para "ajustar" los beneficios al presupuesto disponible. Se omiten también las mejoras en la eficiencia relacionadas con los beneficios consignados en el PBS, dado que estas acciones no están incluidas dentro del alcance de la actividad de gestión de los beneficios.

a. Frenk y otros (2006).

b. Bitrán (2013).

c. Lai y otros (2013).

d. Giedion, Panopoulou y Gómez-Fraga (2009).

e. Suchonwanich (2017).

f. Vianna (2013).

g. Auraen y otros (2016).

h. Ruiz, Lopert y Chalkidou (2012).

i. Zhao (2012).

j. Cañon y otros (2014).

k. Prieto, Cid y Montañez (2016).

GRÁFICO 2. Enfoques para ajustar planes de beneficios capitados para realizar cambios en los precios y utilización

País	Enfoque	Frecuencia	Problemas
Israel ^a	Índice de costos para la atención médica utilizado para ajustar los cambios en los precios de insumos, compuesto por otros índices (índice de precios al consumidor [IPC], salario promedio de los prestadores de salud, salario promedio de los funcionarios públicos), junto con la publicación de la metodología y evaluación	Anual	No refleja cambios en los costos hospitalarios (tales como la tarifa diaria) cuando la atención hospitalaria representaba un 40% del gasto total
México	Valoración financiera y actuarial, estipulada por ley, del CAUSES y de planes que comprenden intervenciones de alto costo (FPGC)	Anual	No se publica la metodología ni las evaluaciones
Uruguay ^b	Fórmula que refleja cambios en los precios de insumos y utiliza IPC, tipos de cambio y salarios	Semestral	La fórmula no incorpora cambios en la utilización y gastos actuales, no se publica la metodología ni las evaluaciones

a. Rosen, Waitzberg y Merkur (2015).

b. Giedion, Bitrán y Tristao (2014); yw World Bank (2012).

Los ajustes rutinarios para efectuar cambios en los costos y el poder adquisitivo también son esenciales para evitar la erosión de la utilidad y valor del PBS. Algunos países introdujeron normativas que establecen que los ajustes se deben realizar de acuerdo con la inflación o índices de costos para la atención médica (véase el Cuadro 2). Asimismo, es necesario realizar ajustes periódicos, o preferentemente proyecciones futuras, para reflejar cambios actuales y previstos en la composición demográfica o el envejecimiento poblacional que afectarán la utilización de los servicios y productos del PBS. En los países de ingresos altos estos procesos se llevan a cabo de manera sistemática, mientras que en los PIBM rara vez son considerados, y esta diferencia quizás se debe a que la versión actual de los sistemas de información en los PIBM es inadecuada para realizar estas tareas.¹⁷

Otra cuestión igualmente importante es comprender y reflejar el impacto presupuestario que tiene la

introducción continua de nuevas tecnologías o las decisiones de desinversión dentro de la capitación o prima asociada al PBS. El objetivo del análisis del impacto presupuestario (AIP) es “predecir el impacto que tiene un cambio en el conjunto de medicamentos y otras terapias utilizadas para tratar una enfermedad, en particular, en la trayectoria del gasto de esa enfermedad”.¹⁸ El AIP se utiliza como complemento del análisis de costo-efectividad (ACE), que se describe en la Parte II, y no como un sustituto. Mientras que el ACE evalúa los costos y resultados de tecnologías alternativas en un horizonte de tiempo específico a fin de calcular su eficiencia económica, el AIP aborda las consecuencias financieras relacionadas con la adopción y difusión de tecnologías para evaluar su asequibilidad. Es habitual que en distintos países europeos y Canadá los resultados del AIP se presenten junto con los del ACE para respaldar reembolsos o algún formulario de aprobación local o nacional; existen también guías específicas

de cada país.¹⁹ La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados (ISPOR, en inglés) también elaboró guías para el diseño general del estudio, perspectivas de los actores involucrados en la toma de decisiones, escenarios que deben compararse, poblaciones a tener en cuenta, horizontes de tiempo que deben utilizarse, metodologías de costeo, la necesidad de realizar análisis de sensibilidad y cuantificar la incertidumbre, uso de la tasa de descuento, validación empírica y principios estándares de presentación de informes.²⁰ Los capítulos sobre ACE y métodos en la Parte II también abordan algunas de las cuestiones mencionadas más arriba.

Las aseguradoras de salud privadas o sin fines de lucro representan una fuente importante, aunque no bien documentada, de experiencias y enfoques para el cálculo y ajuste de primas costo-eficientes (o capitaciones en el sector público), en particular cuando se debe reembolsar la atención brindada tanto a prestadores públicos como privados. Por ejemplo, Pharm-Access Foundation, una fundación neerlandesa sin fines de lucro que financia un seguro de salud subsidiado en cinco países de África subsahariana, describió brevemente cinco lecciones aprendidas en el cálculo de primas para un esquema de aseguramiento que reembolsa tanto a prestadores públicos como privados los servicios brindados a sus afiliados.²¹ Este trabajo resalta la importancia de reflejar con precisión todo el conjunto de costos en una prima con el fin de asegurar la sostenibilidad. En Tanzania, por ejemplo, el gobierno cubre los costos fijos de los prestadores del gobierno, mientras que las aseguradoras externas son responsables únicamente de los costos variables. Esta misma aseguradora externa es responsable de los costos totales cuando reembolsa a proveedores privados y, por lo tanto, es necesario ajustar el valor de la prima en función de la utilización en cada sector. Tal como se mencionó anteriormente, es importante utilizar la información disponible para calcular una prima; no obstante, la creación de sistemas continuos que permitan obtener información más precisa sobre costos,

utilización y tamaño del hogar es necesaria para garantizar la sostenibilidad de cualquier esquema de aseguramiento o cobertura en el tiempo.

Cabe destacar que una reducción de la partida de recursos en el tiempo plantea un nuevo desafío. En este sentido, se desprende un gran número de aprendizajes de las políticas que implementaron los gobiernos europeos después de la crisis económica mundial del 2007-2009.²² A pesar de los importantes esfuerzos que se llevaron a cabo para aumentar o reasignar recursos en el sector salud, fue necesario realizar recortes y, en consecuencia, se ajustaron los beneficios subsidiados y los precios que pagan los usuarios finales. Varios países se vieron obligados a llevar adelante una reforma integral de sus PBS (Grecia y Portugal) o establecer beneficios mínimos (Chipre y España). Otros países aplicaron criterios de costo-efectividad a medicamentos actuales o nuevos antes de su adopción para limitar el crecimiento del gasto. Es importante mencionar que estos países habían previsto la adopción de estas medidas antes del inicio de la crisis, lo que señala la importancia de establecer mecanismos con antelación. Por otra parte, también se adoptaron medidas improvisadas que tuvieron efectos adversos en la salud de la población. Rumania y Bulgaria, por ejemplo, limitaron las consultas de atención primaria o restringieron la cobertura de algunas intervenciones claves. Si bien la desinversión en medicamentos fue la opción “más fácil”, es posible que realizar ajustes solo en los medicamentos no sea la mejor decisión desde la perspectiva de la atención de los pacientes.²³ Una estrategia para abordar las reducciones presupuestarias que tiene incluso peores resultados consiste en simplemente ignorar que se están realizando recortes y asumir que los prestadores de servicios de salud de alguna manera se adaptarán a esta situación. A medida que disminuye el “poder adquisitivo” del PBS, aumenta el racionamiento implícito en forma de tiempos de espera, pagos informales u otras barreras. Sin embargo, la reducción del racionamiento implícito es una de las principales motivaciones que impulsan la adopción de un PBS en primer lugar.

Desafortunadamente, este es el camino que en muchas ocasiones eligen los PIBM que sufren presión fiscal.

Desafío 2: Introducir convenios de asignación y codificación presupuestaria consistentes con los objetivos del PBS

Entender a los PBS como un constructo presupuestario difiere de los enfoques tradicionales que se suelen aplicar en la mayoría de los PIBM. Los sistemas de muchos de estos países siguen dependiendo de presupuestos históricos, basados en insumos que poseen códigos presupuestarios genéricos para salarios, medicamentos y equipos. Otros sistemas —especialmente aquellos que separan la función de pago de la prestación, tales como el esquema de cobertura subsidiada de Perú (Seguro Integral de Salud; SIS)— utilizan pagos por evento o por día con una codificación de tipos de servicios. Por ejemplo, Brasil, China e Irán introdujeron en los hospitales un sistema de codificación del presupuesto y reformas en el pago mediante el enfoque GRD.²⁴ No obstante, existen otros sistemas, generalmente en países federales o altamente descentralizados como India o Nigeria, en los que simplemente se dividen los ingresos entre los distintos estados o provincias y se transfiere esta cantidad como una suma global, en general, sin ningún uso específico. En otros países federales, como Sudáfrica, se codifican los presupuestos provinciales de salud según el tipo de establecimiento sanitario.²⁵ Algunos países están experimentando con “presupuestos basados en resultados” en el sector salud, donde se reserva parte de los fondos que luego pueden utilizarse cuando se registran progresos en la cobertura o en los resultados en salud.²⁶ En algunas ocasiones, los países cuentan con partidas presupuestarias para intervenciones de prioridad, tales como la vacunación o planificación familiar; mientras que el resto de los componentes se financian con un presupuesto basado en insumos. Con frecuencia, todas estas convenciones presupuestarias coexisten dentro de un mismo sistema de salud.

En teoría, el PBS debería direccionar la mayoría de los recursos (no necesariamente todos) para prestar aquellos servicios priorizados identificados como los que más contribuyen al cumplimiento de los objetivos de la CUS.²⁷ Sin embargo, para poder llevar la priorización del PBS a la práctica, los presupuestos deben codificarse y asignarse de modo tal que guarden relación con el seguimiento y provisión de las intervenciones o productos incluidos en el plan. Resultará evidente que —con excepción del pago por evento, pago por caso (como el GRD) o los ejemplos de presupuestos basados en resultados que se describieron más arriba— un gran número de convenciones presupuestarias y de asignación actuales presenten lógicas diferentes y no resulten efectivas para brindar un nivel estándar de servicios o derechos tal como se describe en el PBS. Por ejemplo, es posible que una transferencia capitada del nivel federal al estatal basada en un porcentaje de los ingresos en cada año fiscal no guarde relación con los costos estipulados para la provisión de un conjunto estándar de servicios, incluso si el monto está ajustado por riesgo (a nivel familiar, grupal o del plan, como suelen hacer los actuarios utilizando promedios ocupacionales y demográficos) para un determinado indicador de necesidad como la pobreza o composición por edad. Si bien esta aparenta ser una cuestión evidente, es un desafío generalizado, dado que países tan distintos como España y los Estados Unidos definen algunos beneficios esenciales de salud (conocidos como “cartera común básica” en España) sin conocer o utilizar los costos iniciales para la provisión del plan en cada estado, o sin igualar los recursos financieros disponibles en cada estado, lo que genera desigualdades y diferencias en la prestación, la calidad y los resultados de los servicios. (Ahora bien, estas desigualdades pueden calificarse como legítimas en un sistema federal siempre que se respete en todas las jurisdicciones el PBS establecido a nivel nacional). Por lo tanto, la cuestión principal es garantizar que el presupuesto refleje con precisión las necesidades de gastos locales previstas asociadas al PBS. La definición de un conjunto estándar

de servicios en el PBS implica calcular cierto nivel de gastos previstos para una población o localidad en particular que depende de características demográficas, sociales y económicas específicas, así como también estimar cierto nivel de eficiencia productiva de los servicios de salud. Este nivel de gasto se define con base en la probabilidad de uso de los servicios consignados en el plan de beneficios y en la intensidad de ese uso (véase el Capítulo 8 para obtener mayor información).

En estas circunstancias, el objetivo es asignar fondos entre los organismos responsables de riesgos, indistintamente de los acuerdos de pago y del fondo común del sistema de salud, a fin de que cada entidad brinde el nivel estándar de servicios establecido en el PBS. (Dado que las localidades pueden diferir según el acceso inicial a los ingresos, es posible que las jurisdicciones locales tengan la libertad de cambiar algunos elementos del plan de servicios; no obstante, si se toma esta decisión, la localidad es responsable de la totalidad de la carga de cualquier gasto extra). Para llevar a cabo este proceso, se deben realizar dos reformas importantes.

En primer lugar, es posible que las reformas en la codificación del presupuesto deban realizarse antes de la reforma del PBS y de los pagos. Por ejemplo, los GRD conforman un sistema de clasificación que agrupa a los pacientes según su diagnóstico principal, tipo de tratamiento, edad, cirugía y condición del alta, y que se utiliza para facturar a los pagadores y reembolsar a los hospitales en la mayoría de los países desarrollados como Australia, Alemania y Estados Unidos.²⁸ Aunque, en general, se describe a los GRD como sistemas de pago o de medición de la calidad, también pueden emplearse para estructurar y codificar presupuestos y la facturación; e incluso algunas variantes de los GRD y su equivalente para la atención primaria son necesarias para planificar con efectividad la implementación y el monitoreo del PBS. Por lo general, es fácil incorporar presupuestos para medicamentos al PBS, debido a que ya están organizados por producto; sin embargo, es necesario vincular estos productos a indicaciones, guías

clínicas o GRD a fin de realizar un seguimiento del uso apropiado, la calidad de la atención, los resultados en salud y otros aspectos relacionados. La codificación del presupuesto del Plan AUGE de Chile constituye una referencia útil, puesto que se basa en guías clínicas con productos y procedimientos asociados.²⁹

En segundo lugar, es posible que sea necesario llevar a cabo una reforma de los convenios de asignación para garantizar la adecuación del gasto para la prestación del PBS: minimizar el riesgo presupuestario, evitar la selección de riesgos y maximizar la equidad en las distintas poblaciones que se encuentran cubiertas.³⁰ El riesgo presupuestario se define como la probabilidad de que haya variaciones entre los gastos actuales y los gastos previstos. Este riesgo es el resultado de deficiencias en las bases de datos subyacentes sobre costeo, la demanda/utilización y las enfermedades, que se utilizan para costear el PBS, así como de las variaciones de la práctica clínica entre diferentes prestadores y de la variación aleatoria entre la población cubierta. Respecto del PBS, el organismo responsable del riesgo presupuestario es el encargado de gestionar los recursos financieros y absorber los resultados de una utilización, o incidencia o prevalencia de enfermedades mayores o menores que las previstas durante el cálculo de la capitación del PBS.³¹ Cada sistema de salud designa la función de asignación y gestión del riesgo financiero a distintos tipos de contextos institucionales: algunos envían fondos a gobiernos subnacionales, otros a aseguradoras; mientras que algunos sistemas, a agencias de asignación de distintas clases, y otros incluso realizan pagos directos a grupos de prestadores (véase el Cuadro 3).

En consecuencia, el alcance del riesgo presupuestario que enfrentan los responsables del riesgo depende del tamaño del presupuesto (en igualdad de condiciones, brindar cobertura a grandes poblaciones reduce el riesgo), la calidad del costeo del PBS y los ajustes anuales de este (que se describieron en secciones anteriores), así como también de la fórmula que se utilice para ajustar la capitación del plan

de beneficios con base en las características de la localidad o población cubierta (que en la bibliografía se conoce como “ajuste de riesgo”; véase la cuarta columna del Cuadro 3).

La mayoría de los ajustes de las cápitas se basan en fórmulas que se generan a partir de información histórica que funciona como insumo para el análisis de regresión, lo que permite determinar un nivel de gasto previsto para personas con un conjunto de características específicas. Este mismo modelo puede emplearse para ajustar las cápitas vigentes para el año siguiente. Sin embargo, este enfoque presenta varios desafíos (como se analiza en Smith, [2008]), entre los que se incluyen la dificultad de considerar necesidades insatisfechas, dado que el uso de patrones empíricos de gastos para inferir necesidades perpetuará la desigualdad; la posibilidad de que una característica pueda influenciar empíricamente los gastos y, al mismo tiempo, cree un incentivo perverso que fomenta acciones que tienen resultados indeseados (por ejemplo, localidades con tasas de vacunación bajas que reciben más

fondos, generando así un incentivo perverso para que este índice continúe bajo); y por último, la dificultad de elegir indicadores que reflejen con precisión las necesidades. Asimismo, Smith (2008) destaca la dificultad de distinguir entre factores de riesgo presupuestario “legítimos” (pobreza inicial o estructura por edad, por ejemplo) e “ilegítimos” (tales como obesidad inicial o niveles de tabaquismo) que se relacionan con el accionar de los responsables del riesgo presupuestario en materia de gestión o políticas. Idealmente, las fórmulas deberían ajustarse con base en factores de riesgo presupuestario legítimos y no en los ilegítimos. En los PIBM que poseen políticas de PBS, los sistemas de ajuste de riesgo poseen el nivel más básico y se centran en la edad, el sexo y, a veces, en la pobreza o el número de beneficiarios de la asistencia social. Sin embargo, la necesidad de alcanzar un mayor poder de predicción de los gastos futuros en salud podría impulsar a los países a introducir métodos más precisos; Colombia, por ejemplo, muestra un creciente interés en mejorar los mecanismos de ajuste de riesgo.³²

GRÁFICO 3. Práctica de la responsabilidad del riesgo presupuestario y la asignación de recursos del PBS en distintos sistemas de salud

Países ejemplo	Organismo responsable de la asignación	Organismo responsable del riesgo presupuestario	Enfoque de asignación
México (Seguro Popular)	Ministerio de Finanzas	Gobiernos estatales	Capitación basada en fórmulas que se calcula a partir de un macrocosteo y con un ajuste de riesgo según la población del estado y la estructura por edad, que se transfiere como un presupuesto global al comienzo del año fiscal
Colombia, Israel, Países Bajos	Ministerio de Salud	Aseguradoras públicas o privadas	Capitación basada en fórmulas y en micro-costos promedio con un ajuste de riesgo según características seleccionadas de la población asegurada; con una proporción transferida prospectivamente y otra mediante pagos capitados retrospectivos
Chile, Estonia, Tailandia, México (Instituto Mexicano del Seguro Social)	Ingresos generales del gobierno, impuestos para fines específicos	Gobierno nacional o una única agencia pagadora de seguridad pública o social	Presupuesto global basado, hipotéticamente pero no de manera explícita, en estudios anuales de costos por región

(continuación)

GRÁFICO 3. Práctica de la responsabilidad del riesgo presupuestario y la asignación de recursos del PBS en distintos sistemas de salud (continuación)

Países ejemplo	Organismo responsable de la asignación	Organismo responsable del riesgo presupuestario	Enfoque de asignación
Medicare (Estados Unidos)	Ingresos generales del gobierno, incluyendo impuestos para fines específicos	Agencia pagadora pública federal (Centro de Servicios de Medicare y Medicaid)	Presupuestos globales divididos según el tipo de atención: hospitalización (Fondo fiduciario de seguro de hospital), atención médica y atención ambulatoria (Fondo fiduciario de seguro médico suplementario), medicamentos recetados (Parte D), que se transfieren de acuerdo con tarifas de pago por caso con beneficios establecidos en la legislación
Alemania ^a		Fondos de enfermedad (cuasi aseguradoras públicas)	Capitación basada en fórmulas y en gastos promedios previstos del plan estándar de beneficios con ajuste de riesgo por edad/sexo y la existencia de 80 morbilidades (Morbi-RSA) ^b en la población cubierta
Servicios no incluidos en Medicaid/Medicare de EE. UU.	Individuos, hogares	Aseguradoras privadas	Primas individuales calculadas actuarialmente con calificación de riesgo, en ocasiones reguladas, que se transfieren como una suma global

a. Buchner, Goepffarth y Wasem (2013).

b. Basado en el modelo Categorías Jerárquicas de Condiciones (Hierarchical Condition Categories) introducido al programa Medicare de EE. UU. en 2004.

Los diferentes métodos de asignación y de ajuste de riesgo pueden aumentar o reducir los incentivos para prestar los servicios del PBS con efectividad. Los responsables del riesgo presupuestario que reciben capitaciones basadas en el PBS y presentadas como un presupuesto global tendrán incentivos claros para controlar los gastos, pero una menor cantidad de incentivos para aumentar la producción, reducir las variaciones en la atención, o mejorar la calidad. Por ejemplo, en México los estados tenían un incentivo para aumentar la cantidad de afiliados a fin de incrementar el número de capitaciones recibidas a través del presupuesto global; sin embargo, no se brindaron incentivos del lado de la oferta para aumentar la productividad, eficiencia o efectividad, o incluso para

producir los servicios consignados en el PBS. Existen otros instrumentos tales como la medición/evaluación comparativa del desempeño o auditorías de la eficiencia que pueden utilizarse para generar estos incentivos, mientras que los pagos por desempeño podrían ser de utilidad para acompañar las transferencias por bloque.³³ Estas cuestiones son relevantes solo para aquellos sistemas en los que la asignación está separada del pago. En los casos en los que los responsables del riesgo presupuestario también funcionan como agencias pagadoras, se recomienda realizar este proceso a través de estrategias de pago.

Asimismo, algunos sistemas de salud cuentan con mecanismos de reaseguro para cubrir un número inesperadamente elevado de casos o individuos

con enfermedades de alto costo. Estos fondos de alto costo son cada vez más comunes; por ejemplo, varios países de América Latina crearon fondos que poseen criterios de selección de beneficios según su costo, entre los que se incluyen el fondo Ricarte Soto en Chile (cubre 11 enfermedades de alto costo), el FISSAL y el Plan Esperanza (que cubre atención oncológica) en Perú, el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos de México y el SIAP de la República Dominicana, un programa de medicamentos de alto costo. No obstante, es importante asegurarse de que este tipo de mecanismos no cree incentivos perversos al cubrir intervenciones adicionales y diferentes de aquellas especificadas en el PBS o genere incentivos para la sobreproducción o exceso de demanda (más allá de las necesidades médicas) de ciertos productos y servicios de alto costo del PBS.³⁴ Por el contrario, el mecanismo de reaseguro debería abordar específicamente el riesgo presupuestario “legítimo” cuando excede una cierta cantidad de dólares.

Una cuestión que se relaciona con este aspecto es la interacción de la asignación en el PBS con otros métodos existentes. Algunos financiadores cubrirán solo un porcentaje de los costos relacionados con el PBS y pagarán los costos restantes con otros métodos. Es el caso de Perú, donde los salarios se financian a través de transferencias de suma global a las provincias, los costos variables asociados con los beneficios de la atención primaria se pagan a través de cápitás, y la atención hospitalaria, mediante un enfoque de pago por evento.³⁵ Es posible que utilizar únicamente el sistema de pago por evento dificulte el acceso de algunos usuarios a los servicios de alta necesidad, pero este podría incrementarse mediante la distribución de costos entre pagador y localidad cuando se supera un cierto umbral de costo (preferentemente en lugar de fondos o planes “de alto costo” separados).³⁶

Desafío 4: Gestión de fondos financiados por donantes destinados a fines específicos en el contexto de políticas de PBS

El financiamiento de distintos organismos para la salud representa una porción decreciente del gasto total en este sector en la mayoría de los PIBM.³⁷ Sin embargo, en un gran número de países de más bajos ingresos, la financiación aportada por donantes todavía representa un porcentaje considerable del gasto total en los programas de salud pública de mayor prioridad. Por ejemplo, el financiamiento externo para programas de VIH/SIDA oscilaba entre un porcentaje mínimo del 40 por ciento del gasto total en VIH/SIDA en Mozambique y un porcentaje máximo del 80 por ciento en Ruanda y Tanzania.³⁸ En Etiopía, un 92 por ciento de la prevención y salud pública se financia con fondos de donantes.³⁹ Existen dinámicas similares en programas de malaria, planificación familiar y vacunación. Debido a que la mayoría de estos programas se financian por medio de fuentes externas, muchos países deciden excluir estas partidas de gastos de sus PBS. Por ejemplo, un documento de discusión de la organización Marie Stopes International reveló que “siete de diez (esquemas de aseguramiento en) los países estudiados decidieron excluir la anticoncepción del plan reembolsable... los esquemas de aseguramiento que se están desarrollando en otros siete países analizados no tenían planes explícitos para reformar la financiación de la anticoncepción debido a que estuvo excluida del plan de aseguramiento desde la primera etapa”.⁴⁰

Las razones que explican por qué los esquemas de CUS excluyen estas prioridades costo-efectivas del PBS son claras. En primer lugar, solo un pequeño porcentaje de la ayuda (2–5 por ciento, según el año) se canaliza a través del presupuesto de los gobiernos de países en desarrollo,⁴¹ y los PBS tienden a desarrollarse a partir del gasto nacional en salud. A pesar de que se han implementado múltiples iniciativas para aumentar las contribuciones a fondos comunes

de los financiadores y el uso de canales gubernamentales,⁴² en la práctica no se han registrado grandes avances. En segundo lugar, los fondos de los financiadores están destinados a fines específicos en el sector salud⁴³ e incluyen requisitos de contabilidad y seguimiento que se diferencian de los establecidos por el gobierno receptor.⁴⁴ Por último, también es posible que los responsables de formular políticas perciban que es más fácil “permitir que los financiadores hagan las cosas a su manera” y que “el resto” simplemente se financie por medio del PBS del país.⁴⁵ En Uganda, por ejemplo, los donantes que no participan en fondos comunes (lo que se conoce como enfoques sectoriales ampliados o ESA) deciden financiar intervenciones específicas que no son parte del PBS del gobierno, lo que se describe como “proceso simultáneo de establecimiento de prioridades”.⁴⁶

Sin embargo, a medida que los países alcanzan un mayor crecimiento económico y gran parte de la financiación de la salud se realiza con fondos nacionales, excluir beneficios costo-efectivos de los PBS financiados con recursos nacionales puede tener consecuencias negativas importantes, lo que puede generar negligencia y financiación insuficiente. Aun si se omite la improbable perspectiva de un incremento en la financiación de los donantes para fondos comunes y el apoyo presupuestario que podrían utilizarse para financiar el PBS, se pueden mencionar algunos ejemplos de buenas prácticas. Ruanda, país en el que el financiamiento de más de la mitad del gasto total en salud es externo⁴⁷, alcanzó un logro histórico al introducir un plan de atención y canalizar después los fondos de los donantes a través de una combinación de primas cofinanciadas y financiación basada en el desempeño, ambas estrategias asociadas con un paquete de intervenciones.⁴⁸ Bajo la premisa “Un plan, un presupuesto, un informe”, Etiopía creó las condiciones para que se destinen recursos a un fondo común destinado a la financiación y prestación de un plan de atención primaria.⁴⁹ Por otra parte, en el caso de países más desarrollados que

históricamente dependieron de financiadores externos, las experiencias son más diversas. El reconocido enfoque diagonal⁵⁰ de México básicamente integró programas verticales relevantes y comenzó a pagar a los estados y prestadores de acuerdo con el plan. Los ejemplos de Colombia y Perú son menos alentadores que el de México, dado que hubo una disminución en los recursos de los financiadores y de los programas verticales, lo que resultó en una década perdida en términos de programas de salud infantil hasta que se realizaron reformas y se diseñaron nuevos sistemas de rendición de cuentas y de pagos basados en el plan para las áreas que se encontraban en peores condiciones.⁵¹ Si bien es necesario realizar un estudio más sistemático de las experiencias de los distintos países, las lecciones aprendidas hasta la fecha sugieren que los países que dependen de la financiación por donantes y que registran una reducción de los fondos de ayuda para programas verticales deberían prestar atención en las etapas iniciales a fin de garantizar que estos programas estén incluidos en los PBS y los mecanismos de pago. Si cuentan con políticas y procesos de PBS bien diseñados, es posible que los gobiernos de bajos ingresos puedan emplear el PBS para coordinar los esfuerzos y contribuciones de los financiadores externos.

Conclusiones

En este capítulo se han descrito cuatro principales desafíos fiscales y presupuestarios que enfrentan las políticas de PBS y tres conjuntos de estrategias para abordar estos desafíos.

Tal como se mencionó en la introducción, una de las recomendaciones más importantes es garantizar la alineación de los contenidos y costos del PBS con los recursos disponibles en los ciclos presupuestarios actuales y futuros, desde el proceso de presupuestación y la asignación, hasta las transferencias y pagos, el seguimiento de los gastos, la presentación

de informes y la rendición de cuentas. Cada paso de este ciclo requiere la participación y el funcionamiento coherente de los distintos organismos con otros actores, incluidos el Ministerio de Finanzas, el Ministerio de Salud, pagadores nacionales y subnacionales, prestadores y aseguradoras (si es el caso). Para que estos actores tengan una participación coherente y activa, se deben establecer los roles y responsabilidades que desempeñarán en el tiempo y se debe proporcionar un presupuesto y personal especializado.

Los fondos aportados por donantes representan un desafío especial en los países de bajos ingresos que consideran adoptar PBS en el contexto de la CUS, puesto que muchos de estos países podrían estar omitiendo intervenciones costo-efectivas financiadas por donantes. Tanto los gobiernos receptores como los financiadores deben prestar atención en las etapas iniciales e integrar los programas verticales relevantes a las políticas de PBS y, con este fin, podrían aplicar las estrategias de algunas de las iniciativas más exitosas de los sistemas de salud de Etiopía, México y Ruanda.

En general, el entendimiento e investigación de la combinación de políticas fiscales, prácticas presupuestarias y políticas de PBS es superficial, y se lo puede considerar más un arte práctico que una ciencia. Por este motivo, se requiere mayor investigación para comprender con más profundidad estas cuestiones y brindar guías más completas a los sistemas de salud que llevan a cabo reformas para sus PBS.

Referencias

- Academy of Managed Care Pharmacy. 2012. "A Format for Submission of Clinical and Economic Evidence of Pharmaceuticals in Support of Formulary Consideration." The AMCP Format for Formulary Submissions. December. Alexandria, VA: Academy of Managed Care Pharmacy. www.amcp.org/practice-resources/amcp-format-formulary-submissions.pdf.
- Annemans, Lieven, Ralph Crott, Diana Degraeve, Dominique Dubois, Michel Huybrechts, Frank Peys, Hugo Robays, et al. 2002. "Recommended Structure for Reporting Economic Evaluation on Pharmaceuticals in Belgium." *Pharmacy World and Science* 24 (1): 5–7. doi:10.1023/A:1014896830042.
- Auraaen, Ane, Rie Fujisawa, Grégoire de Lagasnerie, and Valérie Paris. 2016. "How OECD Health Systems Define the Range of Good and Services to Be Financed Collectively." OECD Health Working Papers No. 90. Paris: OECD Publishing. doi:10.1787/5jlnb591180x-en.
- Bitrán, Ricardo. 2012. *Costeo de Planes de Beneficio En Salud*. October. Washington, DC: Inter-American Development Bank. https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7095/Breve2_Costeo_de_planes_de_beneficio_en_salud.pdf?sequence=1.
- Bitrán, Ricardo. 2013. *Explicit Health Guarantees for Chileans: The AUGÉ Benefits Package*. Universal Health Coverage (UNICO) Studies Series 21. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/308611468014981092/Explicit-health-guarantees-for-Chileans-the-AUGÉ-benefits-package>.
- Boseley, Sarah. 2016. "Government Has No Idea about Cancer Drugs Fund's Impact, MPs Say." *Guardian* (London), February 4. www.theguardian.com/society/2016/feb/05/government-has-no-idea-about-cancer-drugs-funds-impact-mps-say.
- Breyer, Friedrich, M. Kate Bundorf, and Mark V. Pauly. 2011. "Health Care Spending Risk, Health Insurance, and Payment to Health Plans." In *Handbook of Health Economics*, Vol. 2, edited by Mark V. Pauly, Thomas G. McGuire and Pedro P. Barros (Amsterdam: Elsevier), 691–762. doi:10.1016/B978-0-444-53592-4.00011-6.
- Buchner, Florian, Dirk Goepffarth, and Juergen Wasem. 2013. "The New Risk Adjustment Formula in Germany: Implementation and First Experiences." *Health Policy* 109 (3): 253–62. doi:10.1016/j.healthpol.2012.12.001.
- Busse, Reinhard, Jonas Schreyögg, and Peter C. Smith. 2006. "Hospital Case Payment Systems in Europe." *Health Care Management Science* 9 (3): 211–13. doi:10.1007/s10729-006-9039-7.
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. 1997. "Guidelines for Economic Evaluation of Pharmaceuticals: Canada." Ottawa: Canadian

- Coordinating Office for Health Technology Assessment. www.cadth.ca/media/pdf/peg_e.pdf.
- Cañón, Oscar, Magdalena Rathe, and Ursula Giedion. 2014. *Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de la República Dominicana*. Washington, DC: Inter-American Development Bank. <http://publications.iadb.org/handle/11319/6652>.
- Capri, Stefano, Adriana Ceci, Lorenzo Terranova, Franco Merlo, and Lorenzo Mantovani. 2001. "Guidelines for Economic Evaluations in Italy: Recommendations from the Italian Group of Pharmacoeconomic Studies." *Drug Information Journal* 35 (1): 189–201. doi:10.1177/009286150103500122.
- Chalkley, Martin, and James M. Malcomson. 2000. "Government Purchasing of Health Services." In *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, edited by Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse (Amsterdam: Elsevier), 847–90. doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80174-2.
- Christianson, Jon B., and Douglas Conrad. 2011. "Provider Payment and Incentives." In *The Oxford Handbook of Health Economics*, edited by Sherry Glied and Peter C. Smith (Oxford: Oxford University Press). doi:10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0026.
- Commonwealth Department of Health and Ageing. 2002. "Guidelines for the Pharmaceutical Industry on Preparation of Submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee." Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing. <https://pbac.pbs.gov.au/content/information/archived-versions/pbac-guidelines-2002.pdf>.
- Dieleman, Joseph, Christopher J. L. Murray, and Annie Haakenstad. 2016. *Financing Global Health 2015: Development Assistance Steady on the Path to New Global Goals*. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation. www.healthdata.org/policy-report/financing-global-health-2015-development-assistance-steady-path-new-global-goals.
- Frenk, Julio, Eduardo González-Pier, Octavio Gómez-Dantés, Miguel A. Lezana, and Felicia Marie Knaul. 2006. "Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico." *The Lancet* 368 (9546), 1524–34. doi:10.1016/S0140-6736(06)69564-0.
- Giedion, Ursula, Eduardo Andres Alfonso, and Yadira Diaz. 2013. "The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence." Working Paper, Universal Health Coverage Studies Series. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/349621468158382497/>
- The-impact-of-universal-coverage-schemes-in-the-developing-world-a-review-of-the-existing-evidence.
- Giedion, Ursula, Ricardo Bitrán, and Ignez Tristao, eds. 2014. *Health Benefit Plans in Latin America: A Regional Comparison*. Washington, DC: Inter-American Development Bank. <https://publications.iadb.org/handle/11319/6484?locale-attribute=en>.
- Giedion, Ursula, Giota Panopoulou, and Sandra Gómez-Fraga. 2009. *Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México*. Santiago, Chile: United Nations Economic Commission for Latin America (CEPAL). www.cepal.org/es/publicaciones/5201-diseno-ajuste-planes-explicitos-beneficios-caso-colombia-mexico.
- Glassman, Amanda, Antonio Giuffrida, Maria-Luisa Escobar, and Ursula Giedion, eds. 2009. *From Few to Many: Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia*. Washington, DC: Inter-American Development Bank and The Brookings Institution. <https://publications.iadb.org/handle/11319/426>.
- Glassman, Amanda, and William Savedoff. 2011. "The Health Systems Funding Platform: Resolving Tensions between the Aid and Development Effectiveness Agendas." Working Paper. Washington, DC: Center for Global Development. www.cgdev.org/publication/health-systems-funding-platform-resolving-tensions-between-aid-and-development.
- González-Pier, Eduardo. 2014. "Keynote Address." Presentation at the Toward Universal Health Care: Lessons from Latin America on Health Benefits Plans, Center for Global Development, Washington, DC, June 2. www.cgdev.org/event/toward-universal-health-care-lessons-latin-america-health-benefitsplans.
- Hassim, Adila, and Mark Heywood. 2007. "Budgeting for Health." In *Health & Democracy: A Guide to Human Rights, Health Law and Policy in Post-Apartheid South Africa*, edited by Adila Hassim, Mark Heywood, and Jonathan Berger (Cape Town: SiberInk), 70–93.
- Intergovernmental Fiscal Transfers for Health Working Group. 2015. *Power to the States: Making Fiscal Transfers Work for Better Health*. Washington, DC: Center for Global Development. www.cgdev.org/publication/power-states-making-fiscal-transfers-work-better-health.
- Kapiriri, Lydia. 2012. "Priority Setting in Low Income Countries: The Roles and Legitimacy of Development Assistance Partners." *Public Health Ethics* 5 (1): 67–80. doi:10.1093/phe/phs004.
- Kapiriri, Lydia, and Douglas K. Martin. 2010. "Suc-

- cessful Priority Setting in Low and Middle Income Countries: A Framework for Evaluation.” *Health Care Analysis* 18 (2): 129–47. doi:10.1007/s10728-009-0115-2.
- Knaul, Felicia Marie, Eduardo González-Pier, Octavio Gómez-Dantés, David García-Junco, Héctor Arreola-Ornelas, Mariana Barraza-Lloréns, Rosa Sandoval, et al. 2012. “The Quest for Universal Health Coverage: Achieving Social Protection for All in Mexico.” *The Lancet* 380 (9849): 1259–79. doi:10.1016/S0140-6736(12)61068-X.
- Lai, Taavi, Triin Habicht, Kristiina Kahur, Marge Reinap, Raul Kiivet, and Ewout van Ginneken. 2013. “Estonia: Health System Review.” *Health Systems in Transition* 15 (6): 1–196. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/231516/HiT-Estonia.pdf.
- Langenbrunner, John C., Cheryl Cashin, and Sheila O’Dougherty. 2009. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals*. Washington, DC: World Bank. https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13806.
- Mauskopf, Josephine A., Sean D. Sullivan, Lieven Annemans, Jaime Caro, C. Daniel Mullins, Mark Nuijten, Ewa Orlewska, et al. 2007. “Principles of Good Practice for Budget Impact Analysis: Report of the ISPOR Task Force on Good Research Practices-Budget Impact Analysis.” *Value in Health* 10 (5): 336–47. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00187.x.
- Mazzilli, Caitlin, Gabrielle Appleford, and Matt Boxshall. 2016. *MSI’s Health Financing Assessments 2012–2015: What Did We Learn about UHC Financing and Contraception? Four P’s Matter*. Washington, DC: Marie Stopes International. www.mariestopes-us.org/2016/msis-health-financing-assessments-20122015-learn-uhc-financing-contraception-four-psmatter/.
- Mcguire, Thomas G. 2000. “Physician Agency.” In Culyer and Newhouse, *Handbook of Health Economics*, 461–536. doi:10.1016/S1574-0064(00)80168-7.
- Ministry of Health, Israel. 2002. “Guidelines for the Submission of a Request to Include a Pharmaceutical Product in the National List of Health Services.” April. Lawrenceville, NJ: International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. www.ispor.org/PEguidelines/source/PE-GUIDELINES_Israel.pdf.
- Mukherjee, Anit. 2016. “Fiscal Devolution and Health Financing Reform: Lessons for India from Brazil, China, and Mexico.” Policy Paper. Washington, DC: Center for Global Development. www.cgdev.org/fiscal-devolution-health-financing-reform.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2004. *Guide to the Methods of Technology Appraisal*. London: NICE.
- OECD. n.d. “Should OECD Donors Deliver Aid through Poor Country Government Budgets?” Press Release. Paris: OECD. www.oecd.org/dac/evaluation/36644712.pdf.
- Orlewska, Ewa, and Piotr Mierzejewski. 2004. “Proposal of Polish Guidelines for Conducting Financial Analysis and Their Comparison to Existing Guidance on Budget Impact in Other Countries.” *Value in Health* 7 (1): 1–10. doi:10.1111/j.1524-4733.2004.71257.x.
- Panopoulou, Giota, Ursula Giedion, and Eduardo González-Pier. 2014. “Mexico: The Universal List of Essential Health Services and the Catastrophic Health Expenditure Fund.” In Giedion, Bitrán, and Tristao, *Health Benefit Plans in Latin America*, 149–65.
- PharmAccess Foundation. 2016. “Actuarial Lessons Learned from the ICHF: Calculating Fair and Cost-Efficient Health Insurance Premiums in Data-Limited Settings.” *Theme Health Plans and Administration 2*, August. Amsterdam: PharmAccess Foundation. www.pharmaccess.org/wp-content/uploads/2016/09/2016_08_lessons-learned-ichf-.pdf.
- Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC). 2017. “Factors for Consideration.” PHARMAC, January. www.pharmac.govt.nz/medicines/how-medicines-are-funded/factors-for-consideration/.
- Prieto, Lorena, Camilo Cid, and Vilma Montañez. 2014. “Peru: The Essential Health Insurance Plan (PEAS).” In Giedion, Bitrán, and Tristao, *Health Benefit Plans in Latin America*, 171–98.
- Priority-Setting Institutions for Global Health Working Group. 2011. “Meeting #2: Working on Priority-Setting Institutions in Health.” NICE, London, October 3–4. www.cgdev.org/working-group/priority-setting-institutions-global-health.
- Results for Development Institute. 2013. *Financing National AIDS Responses for Impact, Fairness, and Sustainability*. Washington, DC: Results for Development Institute. www.resultsfordevelopment.org/sites/resultsfordevelopment.org/files/Financing_National_AIDS_Responses.pdf.
- Riascos Villegas, Alvaro J., Eduardo Alfonso Quantil, and Mauricio Romero. 2013. “The Performance of Risk Adjustment Models in Colombian Competitive Health Insurance Market.” Draft report. July 4. www.alvaroriascos.com/research-Documents/health_Economics/DraftReportRA.pdf.
- Rosen, Bruce, Ruth Waitzberg, and Sherry Merkur. 2015. “Israel: Health System Review.” *Health Systems in Transition* 17 (6): 1–212. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/302967/Israel-HiT.pdf?ua=1.
- Ruiz, Francis, Ruth Lopert, and Kalipso Chalkidou. 2012. *Technical Assistance in Reviewing the Content and Listing Processes for the Romanian Basic Package*

- of *Health Services and Technologies*. London: NICE International.
- Rwirahira, Rodrigue. 2015. "Rwanda Health Sector Faces Tough Times Should Donors Exit." *The East African*.
May 30. www.theeastafrican.co.ke/Rwanda/News/Rwanda-health-sector-faces-tough-times-should-donors-exit-/1433218-2734158-4jysve/index.html.
- Sapuwa, Henry, and Rebecca Mbuya-Brown. 2015. "Health Budget Advocacy: A Guide for Civil Society in Malawi." Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project. www.healthpolicyproject.com/pubs/747_MalawiBudgetAdvocacybooklet.pdf.
- Savedoff, William, Amanda Glassman, and Janeen Madan. 2016. "Global Health, Aid and Corruption: Can We Escape the Scandal Cycle?" CGD Policy Paper. Washington, DC: Center for Global Development. www.cgdev.org/sites/default/files/SavedoffGlassman-Madan-Health-Aid-Scandal-Cycle.pdf.
- Sekabaraga, C., A. Soucat, F. Diop, and G. Martin. 2011. "Innovative Financing for Health in Rwanda: A Report of Successful Reforms." In *Yes Africa Can: Success Stories from a Dynamic Continent*, edited by Punam Chuhan-Pole and Manka Angwafo (Washington, DC: World Bank), 403–16. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2335>.
- Shaw, R. Paul, Hong Wang, Daniel Kress, and Dana Hovig. 2015. "Donor and Domestic Financing of Primary Health Care in Low-Income Countries." *Health Systems & Reform* 1 (1): 72–88. doi:10.1080/2328860.4.2014.996413.
- Smith, Peter C. 2008. "Resource Allocation and Purchasing in the Health Sector: The English Experience." *Bulletin of the World Health Organization* 86 (11): 817–908. www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049528/en/.
- Suchonwanich, Netnapi. 2017. "Role of HTA in Health Benefit Package Development in UHC." Presentation given at the International Seminar on Using Evidence for Decision-Making and Health Benefits Package Design, for the What's In, What's Out?
Designing and Adjusting Health Benefits Plans for Universal Health Coverage conference, Pretoria, South Africa, March 6.
- Szende, Ágota, Z. Mogyorósy, N. Muszbek, J. Nagy, G. Pallos, and C. Dózsa. 2002. "Methodological Guidelines for Conducting Economic Evaluation of Healthcare Interventions in Hungary: A Hungarian Proposal for Methodology Standards." *The European Journal of Health Economics* 3 (3): 196–206. doi:10.1007/s10198-002-0109-6.
- Thomson, Sarah, Josep Figueras, Tamás Evetovits, Matthew Jowett, Philipa Mladovsky, Anna Maresso, Jonathan Cylus, et al. 2014. "Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and Implications for Policy." Policy Summary. Washington, DC: World Health Organization.
- UNICEF. 2007. *The State of the World's Children 2008*. New York: United Nations Children's Fund. www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08.pdf.
- Vianna, Denizar. 2014. "Evaluación de Tecnologías En Salud: El Caso de Brasil." División de Protección Social y Salud, Inter-American Development Bank. https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7064/Evaluacion_de_tecnologias_en_salud_El_caso_de_Brasil.pdf?sequence=1.
- Wang, Zhaoxin, Rui Liu, Ping Li, and Chenghua Jiang. 2014. "Exploring the Transition to DRGs in Developing Countries: A Case Study in Shanghai, China." *Pakistan Journal of Medical Sciences* 30 (2): 250–55.
- Wilkinson, Tommy. 2014. *Explicit Priority Setting in New Zealand and the UK*. Washington, DC: Inter-American Development Bank. <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7227/Explicit-priority-setting-new-zealand-and-uk-7.pdf>.
- World Bank. 2012. *Republic of Uruguay Integrated National Health System: Analysis of the Governability of the SNIS Benefit Plan*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16794>.
- Zhao, Kun. 2012. "Supporting Priority Setting in China." Presentation at the Symposium on Health Systems Research, panel on Priority-Setting Institutions for Health. Beijing, China, October 31–November 3.

Notas finales

1. Comment from the "Strategic Purchasing: An Emerging Agenda for Africa" workshop, held by World Health Organization (WHO) Performance-Based Financing and Financial Access to Health Services Communities of Practice, Ecole Nationale de Santé Publique, Rabat, Morocco, September 30, 2016. (For a summary, see www.who.int/health_financing/events/summary-report-strategic-purchasing-workshop-rabat2016.pdf.)
2. Bitrán (2012).
3. Cañón, Rathe, and Giedion (2014).
4. World Bank (2012).
5. The grandfathering or historical approach is also problematic because it reflects the level of initial productive efficiency among insurers and/or providers, which may be undesirable.
6. Thomson and others (2014).
7. González-Pier (2014).

8. Langenbrunner, Cashin, and O'Dougherty (2009); Christianson and Conrad (2011); Chalkley and Malcolmson (2000); and Breyer, Bundorf, and Pauly (2011).

9. Comment from the "Strategic Purchasing: An Emerging Agenda for Africa" WHO workshop, September 30, 2016.

10. Giedion, Alfonso, and Diaz (2013).

11. Knaul and others (2012).

12. PHARMAC (2017).

13. Wilkinson (2014).

14. Micro-costing is the calculation of the costs associated with a HBP, starting from an actuarial economic study that estimates the resources that a coverage will require from all events involving that coverage, taking into account the burden of disease, the protocols or clinical guidelines attached to prevention or treatment, the technologies to be deployed, and the actual and potential utilization rates associated with the above.

15. Giedion, Bitrán, and Tristao (2014).

16. Panopoulou, Giedion, and González-Pier (2014).

17. See, for example, the discussion on information systems in World Bank (2012).

18. Mauskopf and others (2007).

19. Commonwealth Department of Health and Ageing (2002); Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (1997); Academy of Managed Care Pharmacy (2012); NICE (2004); Annemans and others (2002); Szende and others (2002); Capri and others (2001); Orlewska and Mierzejewski (2004); and Ministry of Health, Israel (2002).

20. Mauskopf and others (2007).

21. PharmAccess Foundation (2016).

22. Thomson and others (2014).

23. Ibid.

24. Wang and others (2014).

25. Hassim and Heywood (2007).

26. Sapuwa and Mbuya-Brown (2015).

27. A study of seven Latin American countries' HBPs found that the amount of public expenditure channeled through the HBP varied from less than 2 percent in Honduras to more than 70 percent in Colombia. See Giedion, Bitrán, and Tristao (2014). The rationale for maintaining a portion of spending outside the HBP framework varies— public goods such as vector spraying are not included, or salaries are managed separately, or contingency funds are set aside, or political pressures may play a role as the result of special pleading (see chapter 12 on political economy).

28. Busse, Schreyögg, and Smith (2006).

29. Giedion, Bitrán, and Tristao (2014).

30. Note that risk adjustment has been treated in the literature on health decentralization and insurance previously; this chapter provides an overview as it pertains to HBPs. Further, risk adjustment is important for fair competition in standard benefit-based competitive insurance markets such as those in Germany and Colombia.

31. Smith (2008).

32. Riascos Villegas, Quantil, and Romero (2013).

33. Intergovernmental Fiscal Transfers for Health Working Group (2015); and Mukherjee (2016).

34. An example of the problem of uncovered and different incentives is the United Kingdom's Cancer Drugs Fund; see Boseley (2016). For an example of physician-induced demand as in Medicare in the United States, see Mcguire (2000).

35. Dieleman, Murray, and Haakenstad (2016).

36. Smith (2008).

37. Dieleman, Murray, and Haakenstad (2016).

38. Results for Development Institute (2013).

39. Shaw and others (2015).

40. Mazzilli, Appleford, and Boxshall (2016).

41. OECD (n.d.).

42. Glassman and Savedoff (2011).

43. Dieleman, Murray, and Haakenstad (2016).

44. Savedoff, Glassman, and Madan (2016).

45. Comments from Priority-Setting Institutions for Global Health Working Group (2011).

46. Kapiriri (2012); and Kapiriri and Martin (2010).

47. Rwirahira (2015).

48. Sekabaraga and others (2011).

49. Shaw and others (2015).

50. UNICEF (2007).

51. Glassman and others (2009).

COMENTARIOS DEL FORMULADOR DE POLÍTICAS

En un esfuerzo por alcanzar un seguro nacional de salud, Sudáfrica evalúa su plan de beneficios

Mark Blecher

Yogan Pillay

En pocas palabras: En Sudáfrica, los responsables de formular políticas están tomando con precaución los primeros pasos para diseñar beneficios y servicios de salud basados en guías para establecer el seguro nacional de salud

La primera vez que Sudáfrica se comprometió a desarrollar un sistema de Seguro Nacional de Salud (SNS), el Departamento de Salud y el Tesoro Nacional tuvieron dificultades para llegar a un consenso respecto de qué enfoque utilizar para definir el plan de beneficios en salud. El Tesoro Nacional consideraba que una definición parcial de los beneficios conduciría a la inclusión de intervenciones de bajo valor pero de alto costo, lo que dificultaría el cálculo actuarial del sistema en general e incrementaría ampliamente su presupuesto. Ciertas categorías de servicios, como la salud materno-infantil o la oncología, son demasiado amplias para responder preguntas específicas sobre la cobertura de intervenciones costosas, tales como opciones farmacológicas

como el trastuzumab para el tratamiento de cáncer de mama o el sofosbuvir para la hepatitis C. En cambio, durante la fase inicial, el Departamento de Salud creía que los beneficios debían ser integrales y estar basados en los servicios que prestaba el sector de salud pública en ese momento. Asimismo, el Departamento de Salud se oponía firmemente al uso de listados de inclusión (listas positivas), alegando que sería prácticamente imposible incluir todas las enfermedades y tratamientos que los ciudadanos podrían requerir y que lo que se excluía podría ser necesario y, aún así, no estar financiado. Incluso consideraba inaceptable la adopción de listas negativas fuera de las restricciones más básicas, tales como cirugías estéticas y marcos de anteojos de diseño (en

comparación con los convencionales). Se veía a la priorización de beneficios como un intento de introducir listas de inclusión y exclusión de manera encubierta. Incluso se desaconsejó emplear el término “paquetes de beneficios” porque sugiere una lista definida de beneficios.

En parte, estas percepciones negativas son el legado histórico de una experiencia anterior de Sudáfrica con un plan de beneficios mínimos obligatorios para planes de atención médica (provistos por un seguro de salud privado). Hay varias razones por las que los actores involucrados en la toma de decisiones en el sector público consideraban que estos planes eran limitados, excluyentes y de difícil comprensión para los pacientes; ya que no incluían, por ejemplo, la atención primaria. A diferencia del sector privado, se consideraba que el sector público ofrecía una amplia gama de beneficios, aunque estaban clasificados por niveles de atención y existían variaciones en la calidad de la prestación; es más, algunos sostenían que sería inconstitucional eliminar beneficios que ya se prestaban en el sector público. No obstante, incluso aquellos que se oponían al proyecto reconocieron que era posible agrupar los beneficios por categorías según el nivel de atención.

Cuando se publicó el Informe Oficial sobre el Seguro Nacional de Salud en 2015, los responsables de formular políticas habían alcanzado algunos consensos para incorporar el principio que establece que los servicios financiados con recursos públicos deben ser evaluados en función de la costo-efectividad y la eficacia, y a través de la evaluación de tecnologías en salud (ETS). En el Informe Oficial se estipuló lo siguiente:

130. El Comité Consultivo de los Beneficios del SNS desarrollará los derechos a las prestaciones para todos los niveles de atención (primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria). Se realizará una revisión periódica del conjunto de servicios con la mejor evidencia

disponible sobre costo-efectividad, eficacia y evaluaciones de tecnologías en salud. Se especificarán los derechos a las prestaciones en función del tipo de servicios que brindarán las distintas clases de prestadores acreditados y contratados.¹

A pesar de que estos principios resultaron útiles, no se explicó cómo se alcanzarían estos objetivos ni se especificaron qué beneficios se incluirían en el SNS. En consecuencia, el ministro de salud creó una comisión de trabajo para abordar el tema de los beneficios; y después de varias reuniones, se lograron algunos avances tales como:

- Se reconoció que, al inicio de este proceso, el sector público ya contaba con una lista de medicamentos esenciales, un conjunto de guías de tratamientos estándar y protocolos de diagnóstico y tratamiento para un gran número de enfermedades. Sin embargo, algunos de estos protocolos y guías no estaban estandarizados ni completos, y distintos organismos, incluyendo programas verticales nacionales, habían elaborado diferentes protocolos para una misma intervención. Comprender estas diferencias contribuyó a generar la confianza necesaria para diseñar un enfoque nacional más estandarizado.
- Se reconoció que el sector público ya contaba con algunos procesos para tomar decisiones sobre la inclusión de un nuevo medicamento y que este sector no necesariamente adoptaba todos los medicamentos y equipos nuevos. Aunque estos procesos no eran consistentes ni estaban estandarizados, en general, incorporaban aspectos relacionados con la asequibilidad y efectividad; y se consideró la posibilidad de estandarizar, o bien, optimizar estos procesos. Se llegó a la conclusión de que las agencias internacionales de ETS, tales como el Programa para la Evaluación de Tecnologías e Intervenciones en Salud

(HITAP) de Tailandia y el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido podían brindar algunas experiencias positivas sobre la construcción de capacidades y sistemas de ETS. En este sentido, aún no se decidió qué organismo del país debería asumir estas capacidades.

- Se reconoció que algunas formas de análisis optimizado de decisiones nacionales, al igual que las evaluaciones económicas y el establecimiento de prioridades serían de gran utilidad.

Con base en los puntos mencionados más arriba, se tomaron las decisiones que se enumeran a continuación:

- Comenzar a elaborar una “enciclopedia” de los “beneficios” existentes por nivel de atención, basándose en protocolos de diagnóstico y tratamiento, guías de tratamiento estándar y listas de medicamentos esenciales existentes y aceptados a nivel local. En el futuro, este enfoque requerirá algún tipo de estandarización en el caso de que existan múltiples protocolos para la misma dolencia o enfermedad, un proceso más claro de aprobaciones oficiales, una mayor formalización del Comité y una ubicación institucional adecuada para la función que este organismo desempeña.
- Estimar el costo de la mayor cantidad posible de “beneficios” existentes. Cabe destacar que este proceso ya ha comenzado.
- Fomentar la construcción de capacidades en ETS como un mecanismo más estandarizado para evaluar nuevos beneficios (y reevaluar los antiguos cuando sea necesario).

Aún queda un largo camino por recorrer para adoptar un plan de beneficios en salud completo y formal, y se

debe prestar especial atención a qué organismo asumirá esta capacidad institucional y formal para realizar análisis de decisiones y brindar recomendaciones, así como también a la implementación de dicha capacidad. Determinar si un beneficio está “adentro” o “afuera” del plan implica más que una única decisión; en su lugar, se puede adoptar un enfoque basado en protocolos para explicitar el nivel de atención y las circunstancias en las que una intervención en particular sería o no apropiada. Asimismo, es probable que los mecanismos de reembolso que se utilicen en el sistema del SNS brinden información relevante para la especificación de los beneficios. Por ejemplo, el reembolso a hospitales basado en los grupos relacionados con el diagnóstico probablemente requiera un sistema de recolección de datos y de clasificación de diagnósticos y procedimientos más detallado que la capitación en la atención primaria.

Referencias

Department of Health South Africa. 2015. “National Health Insurance for South Africa: Towards Universal Health Coverage.” White Paper. Department of Health South Africa. December 11. www.health.gov.za/index.php/nhi/category/274-nhi-booklets?download=1149:white-paper-on-national-health-insurance.

Notas finales

1. Department of Health South Africa (2015, p. 26).



Una farmacéutica prepara recetas en un centro de salud en la provincia de Banteay Meanchey, Cambodia.
Créditos: Banco Asiático de desarrollo

PARTE II

LLEVAR LAS IDEAS AL PAPEL

Métodos para seleccionar un plan de beneficios que funcione

Introducción

Peter Smith

En el primer capítulo de este libro, Amanda Glassman, Ursula Giedion y Peter Smith describen algunas razones importantes para adoptar un plan de beneficios en salud (PBS), que constituye la base fundamental para avanzar hacia la cobertura universal. Esto plantea una cuestión clave: ¿cómo llevar a cabo este proceso? Es importante distinguir entre la claridad con la que se especifican los contenidos del plan de beneficios y la consistencia y rigor que se aplican durante su selección. Es posible que un plan sea explícito y que al mismo tiempo el proceso de selección de contenidos sea incoherente y poco claro. Algunas de las ventajas de introducir un plan de beneficios explícito son evidentes, independientemente del proceso de selección. Sin embargo, la mayoría de

los planes pueden llegar a ser plenamente efectivos solo si sus componentes se seleccionan mediante la aplicación sistemática de un conjunto explícito de criterios. Las alternativas de diseño para los PBS han demostrado ser un terreno fértil para el desarrollo de metodologías, como lo demostrarán los autores de esta sección del libro. En los capítulos subsiguientes se describen las diferentes metodologías que se han desarrollado para facilitar la implementación de PBS y que tienen como base una evaluación integral y consistente de la evidencia disponible.

Aunque la mayor parte de la metodología de los PBS se basa en distintos métodos de análisis de costo-efectividad (ACE), este análisis no es bajo ningún aspecto el único enfoque posible. El principio que

rige el ACE es que (sujeto a una serie de supuestos relevantes) permite clasificar a las intervenciones de salud según los costos incrementales en relación con los beneficios incrementales. Por lo general, los beneficios se miden en función de las ganancias esperadas en salud, aunque también se pueden considerar otras fórmulas alternativas. Este enfoque conduce a una propuesta de políticas que busca incluir tratamientos en el PBS en un orden decreciente según su costo-efectividad hasta agotar el presupuesto disponible. Una fórmula equivalente consiste en incluir solo aquellas intervenciones que se encuentran por debajo de un umbral de costo-efectividad determinado, cuyo valor depende del tamaño del presupuesto disponible. El principio del ACE tiene por objetivo maximizar el “valor” (generalmente expresado en términos de ganancias esperadas en salud) garantizado por el presupuesto disponible. Un tratamiento “marginal”, es decir, uno que se ha incluido recientemente en el plan, determina el umbral de costo-efectividad del sistema.¹

Esta simple teoría ha demostrado su solidez frente a desafíos metodológicos, y constituye la base de un gran número de evaluaciones de tecnologías en salud empleadas en todo el mundo. Si bien existen fórmulas alternativas, el objetivo del enfoque estándar de un PBS es maximizar el valor social que garantiza el presupuesto limitado disponible. El umbral del ACE ofrece un punto de referencia consistente para evaluar las demandas antagónicas de los pacientes en el marco de un sistema de salud con un presupuesto limitado y refleja un principio de equidad ampliamente aceptado, aquel que establece que debería darse prioridad a quienes más puedan verse beneficiados por el gasto en servicios de salud.

Además, utilizar un umbral permite soslayar la necesidad de considerar simultáneamente todos los tratamientos que podrían incluirse en el PBS. En la práctica, las decisiones sobre los planes se toman de manera incremental en la mayoría de los sistemas de salud. El conjunto de servicios existentes suele

aceptarse como punto de partida e inicialmente no se lo evalúa ni cuestiona de manera formal. Luego, se evalúa un número reducido de nuevos candidatos potenciales para su inclusión en la medida en la que la evidencia disponible y la capacidad analítica lo permitan. (Aunque con menor frecuencia, también se pueden evaluar candidatos para exclusión). El punto de referencia lógico para decidir si se debe incluir un nuevo tratamiento o no es el umbral de costo-efectividad que abarca la totalidad del sistema. Naturalmente, el nivel en el que se debería establecer el umbral se basa, por lo general, en conjeturas y puede estar sujeto a procesos de prueba y error, aunque ya comienza a aparecer evidencia internacional con respecto a los rangos probables del umbral para países con distintos niveles de ingresos.² En consecuencia, el enfoque pragmático generalizado de desarrollar un PBS llevando a cabo pruebas de análisis de costo-efectividad secuenciales a un número limitado de tratamientos no es necesariamente incompatible con la filosofía del ACE.

Mark Sculpher y otros colegas presentan el estado actual de desarrollo del ACE en el Capítulo 4. Estos investigadores demuestran que la teoría deriva del concepto de maximizar un objetivo (en general, mejorar la salud) sujeto a una restricción presupuestaria. Esto ha dado origen al concepto de razón de costo-efectividad incremental (RCEI) ampliamente utilizado como el principal parámetro para determinar la inclusión o exclusión de una intervención en el PBS. Asimismo, es posible comparar tratamientos pertenecientes a áreas terapéuticas muy diferentes entre sí en un marco analítico común. Los principios de la optimización con restricciones continúan siendo válidos aun cuando se amplía el alcance de los objetivos o aumenta el rango de las restricciones. No obstante, en estas circunstancias quizás sea necesario sacrificar la simplicidad de la clasificación de las RCEI.

La incertidumbre ineludible que presentan todas las estimaciones de costo-efectividad ha conducido

al uso generalizado de análisis de sensibilidad, tanto formales como informales, para orientar decisiones relacionadas con la cobertura. Además, los expertos en ACE destacaron la necesidad de que se incorpore la evidencia disponible sobre ACE en un proceso deliberativo más amplio que les permita a los actores legítimos involucrados en la toma de decisiones considerar factores que no se pudieron incluir en el análisis y dar cuenta de la incertidumbre ineludible que presentan los modelos y la evidencia utilizada. Por otra parte, los enfoques innovadores para la adopción de PBS, incluyendo la aceptación provisional de tratamientos en función de factores tales como los resultados en salud que se obtienen realmente en la práctica, son objeto de creciente atención.

Partiendo de humildes comienzos, los métodos de ACE se han convertido en un conjunto de herramientas de análisis muy valioso. Si bien la mayoría de los estudios de ACE se atienen a los principios establecidos por Sculpher y colegas, en la actualidad, la literatura presenta una gran variedad de enfoques para la implementación de ACE, que con frecuencia dificultan la evaluación sistemática de investigaciones. Por esto, a raíz de la necesidad de contar con una mejor estandarización, se ha desarrollado un Caso de Referencia Internacional (International Reference Case) que establece principios de buenas prácticas para los estudios de ACE. Asimismo, el Proyecto de Prioridades para el Control de Enfermedades ha intentado resumir la evidencia disponible más relevante de todas las áreas terapéuticas, prestando especial atención a las necesidades de los países de ingresos bajos y medios (PIBM). A pesar de que aún quedan por resolver numerosos desafíos tanto prácticos como metodológicos, el ACE se ha consolidado como el principio más aceptado sobre el que se puede basar el proceso de selección de un PBS.^{3,4}

Una cuestión fundamental con respecto a la implementación convencional del ACE es que este asume que el único objetivo del PBS es maximizar los resultados de mejoras alcanzadas en la salud. Este

supuesto refleja, sin duda alguna, un propósito esencial que comparten todos los sistemas de salud; sin embargo, no considera otros objetivos que también son relevantes. Precisamente, en los esfuerzos por alcanzar la cobertura universal en salud se resalta la importancia de proteger a los individuos de las consecuencias financieras que pueden acarrear los problemas de salud. En concreto, las tarifas que deben pagar los usuarios para acceder a los servicios de salud pueden tener dos efectos adversos: desalentar a los pacientes y que estos no utilicen los servicios que necesitan, o asegurar el acceso pero con riesgo de empobrecimiento, ya sea para los mismos usuarios o para sus familias. Un tema relacionado con este aspecto es hasta qué punto los ACE deberían dar más peso a las ganancias en salud para los grupos más vulnerables en comparación con aquellas que están dirigidos a la población en general. En su fórmula básica, el ACE no establece distinciones entre las ganancias en salud para ricos o pobres, viejos o jóvenes ni tampoco para sanos o enfermos. No obstante, existen argumentos contundentes que destacan la importancia de dar mayor peso a las ganancias que se centran en los grupos más vulnerables. Esta ponderación de equidad es, en principio, bastante sencilla, pero en la práctica supone grandes exigencias con respecto a los datos que se necesitan sobre diferentes grupos poblacionales y requiere que los responsables de formular políticas determinen qué peso otorgar a las ganancias destinadas a los grupos en situación de vulnerabilidad.

Dadas estas consideraciones adicionales, se desarrollaron análisis extendidos de costo-efectividad (AECE) como una extensión metodológica del modelo de ACE. Utilizando un análisis de costo-efectividad extendido es posible incorporar las nociones de protección financiera y equidad a los métodos de ACE convencionales. Stéphane Verguet y Dean Jamison (Capítulo 5) establecen los principios del AECE, haciendo hincapié en el hecho de que estos constituyen un complemento en lugar de

una alternativa a los ACE convencionales. También muestran cómo se implementó el AECE en Etiopía. Este enfoque aporta una gran cantidad de evidencia que ayuda a complementar la austera simplicidad de la razón de costo-efectividad normalmente utilizada, aunque no es muy preciso respecto a cómo se debería medir el valor relativo que se les otorga a los diferentes objetivos. Los autores presentan los resultados desagregados del análisis, pero dejan la decisión de prioridad en manos de los formuladores de políticas. Este estudio de caso también revela que debido a limitaciones en los datos disponibles pueden presentarse restricciones al intentar extender el ACE convencional.

El modelo de análisis extendido de costo-efectividad demuestra que la necesidad de información adicional y de decisiones políticas se expande rápidamente cuando se busca flexibilizar alguno de los supuestos simplificadores que se realizan en un ACE convencional. Esto llevó a que se desarrollara una serie de formulaciones alternativas para el problema de decisión del PBS que intentan disminuir las exigencias que se depositan sobre el mecanismo de toma de decisiones. Cabe mencionar que estas alternativas no siempre presentan la consistencia interna y la coherencia intelectual que ofrece el ACE, pero proporcionan soluciones prácticas para aquellos que se encuentran ante una situación compleja y tienen la responsabilidad de adoptar decisiones. De otro modo, estos problemas complejos resultarían casi imposibles de resolver. Para resumir, debido a que a menudo los recursos analíticos son limitados, posiblemente sea necesario que los analistas sacrifiquen en cierta medida la precisión y la exhaustividad cuando formulan una problemática a fin de que puedan elaborar recomendaciones prácticas y oportunas.

Un ejemplo de un enfoque menos formal para la priorización (que no se analiza en este libro) es el conjunto de enfoques conocido como programa

presupuestal y análisis marginal. El programa presupuestal y el análisis marginal se centran en el compromiso de los actores de interés y la formulación del problema en lugar de en un análisis riguroso y exhaustivo. Sin embargo, los principios que se siguen en la mayoría de sus aplicaciones están en consonancia con el tipo de ACE incremental que se describió más arriba. Otros ejemplos incluyen enfoques relacionados con el análisis de decisión multicriterio (MCDA, en inglés) que busca incorporar los objetivos fijados en el PBS en un marco analítico de toma de decisiones. Por lo general, en un MCDA, los responsables de tomar decisiones y otros actores de interés deben evaluar los valores otorgados a los diferentes objetivos.

En el Capítulo 6, Alec Morton y Jeremy Lauer proporcionan un resumen de los conocimientos que se tienen hasta el momento sobre la incorporación de valores sociales distintos de la salud al PBS, destacando la necesidad de tomar decisiones basadas en valores sociales explícitos. Tal como lo demuestra el análisis extendido de costo-efectividad, entre los desafíos que se presentan se incluye la selección de las dimensiones de desempeño, la medición de los logros obtenidos y la combinación de las decisiones a fin de crear un único índice. También se presentan algunos interrogantes fundamentales respecto de quiénes deberían estar involucrados en estos procesos de toma de decisiones y cómo lograr obtener los valores de estas. Morton y Lauer sostienen que, independientemente de las alternativas que se elijan, los métodos deberían ser técnicamente robustos y fáciles de entender, y además, los costos de su implementación deberían ser bajos. En el contexto de MCDA se ilustran los principios de selección, medición y ponderación de las diversas dimensiones sociales. A diferencia del análisis extendido de costo-efectividad, este enfoque otorga valoraciones sociales a los criterios —una tarea importante considerando la variedad de posibles actores interesados y la heterogeneidad de preferencias—.

Si bien se pueden incorporar múltiples objetivos en la evaluación de aquellas alternativas que podrían incluirse en el PBS, siempre habrá algunas intervenciones que no puedan incorporarse fácilmente en toda comparación sistemática. En el Capítulo 7, Rachel Silverman analiza tres ejemplos importantes de esta categoría: los servicios de anticoncepción, los cuidados paliativos y los servicios de reconstrucción o de estética. Una característica en común que comparten estos servicios es que, a pesar de que cada uno aporta algunos beneficios que pueden registrarse mediante mediciones de resultados rutinarias, su principal beneficio no responde al concepto habitual de calidad de vida relacionado con la salud. Es probable que toda medida de costo-efectividad convencional subestime de forma considerable su grado de prioridad y, por lo tanto, es de suma importancia que durante el proceso de evaluación de la evidencia del PBS se consideren estos casos particulares. Silverman sostiene que si se llevan a cabo procesos de toma de decisiones transparentes y participativos es posible asegurar que las decisiones que se adopten con respecto a estos servicios sean aceptables para la población y apropiadas para el contexto local.

Por otra parte, la información relativa a los costos de la prestación de servicios de salud es fundamental para todos los tipos de ACE. En términos generales, una buena información de costos es un aspecto esencial para tomar decisiones de inclusión en el PBS, comprar los servicios cubiertos de forma estratégica e informar políticas para promover una prestación eficiente y fomentar el uso de servicios costo-efectivos. Tal como lo explican Cheryl Cashin y Annette Özaltın en el Capítulo 8, los costos brindan información necesaria para adoptar tres decisiones fundamentales vinculadas a la política de PBS:

1. Estimaciones del gasto total necesarias para que el PBS esté alineado con los recursos disponibles (más precisamente, definir cuán generoso puede ser el

plan de beneficios de acuerdo con la capacidad financiera de un país en particular).

2. Estimaciones de los costos de los servicios individuales para poder determinar qué otros beneficios podrían incluirse en el PBS (específicamente, conocer qué repercusiones financieras tendría añadir ciertos servicios o medicamentos al plan).

3. Estimaciones de los servicios de salud individuales o de conjuntos de servicios a fin de establecer o negociar un sistema de pago a proveedores y sus tarifas.

No obstante, las metodologías para el cálculo de costos, en general, no están bien desarrolladas o estandarizadas; por lo tanto, hay importantes variaciones tanto en la calidad como en la disponibilidad de la información relativa a la determinación de costos. Esta limitación resulta especialmente problemática debido a que las estructuras de costos pueden depender en gran medida de la disponibilidad de recursos y restricciones que presentan determinados contextos. En consecuencia, es probable que no se puedan transferir las estimaciones de costos de un país a otro sin antes realizar ciertas modificaciones. Cashin y Özaltın describen la situación actual en materia de avances metodológicos y analizan qué prioridades se deben tener en cuenta para el desarrollo futuro, entre las que se incluyen una mejor estandarización de los métodos y un mayor uso de modelos matemáticos y simulaciones.

Más allá de su uso generalizado, las recomendaciones que resultan del ACE muchas veces no se implementan según lo esperado. Esto se debe principalmente a que el ACE convencional supone una única limitación en forma de restricción presupuestaria. En la práctica, sin embargo, quienes deben tomar las decisiones pueden enfrentar otras limitaciones, ya sean reales o ilusorias. En el Capítulo 9, Katharina Hauck, Ranjeeta Thomas y Peter Smith

desarrollan una tipología de limitaciones que pueden constituir un obstáculo a la hora de implementar las recomendaciones de los estudios de costo-efectividad. Estos autores consideran seis categorías de limitaciones: (1) el diseño del sistema de salud, (2) los costos de la implementación de cambios, (3) las interdependencias entre las intervenciones del sistema, (4) la incertidumbre en la estimación de costos y beneficios, (5) una gobernanza deficiente y (6) limitaciones políticas. En la medida de lo posible, los autores analizaron las distintas formas en las que los responsables de tomar decisiones que desean aplicar los principios de costo-efectividad podrían considerar cada una de estas limitaciones.

En principio, muchas de las limitaciones descritas en el Capítulo 9 se pueden resolver aplicando técnicas de modelación matemática. En el Capítulo 10, Marelize Görgens y colegas describen algunos avances recientes con respecto a la combinación de enfoques económicos y epidemiológicos a fin de brindar modelos más realistas sobre el modo en el que se podrían optimizar los objetivos de la política. A diferencia de los ACE tradicionales, estos modelos permiten abordar múltiples objetivos, contemplar economías de escala o alcance en la prestación de servicios, registrar el desarrollo dinámico de una enfermedad y de la prestación de servicios en el tiempo, y mostrar la no linealidad en los costos y beneficios a medida que se aumenta (o disminuye) la cobertura de las intervenciones. A pesar de que implementar estos enfoques de optimización es sin duda viable, los métodos se encuentran en la primera fase de su desarrollo y la información y capacidad analítica que se requiere para estos pueden ser difíciles de alcanzar. Aun así, ofrecen un gran potencial para generalizar los principios de optimización sistemática y transparente del PBS.

La evidencia científica constituye un elemento fundamental de los enfoques metodológicos que se deben aplicar para la adopción de un PBS. Por lo

tanto, es posible que los objetivos del ACE y de otros enfoques sistemáticos se vean socavados cuando la evidencia es inexistente, se la ignora, se utiliza de forma selectiva o incluso cuando se tergiversa al momento de evaluar el valor relativo de aquellas alternativas consideradas para incluir en el PBS. Sin embargo, muy pocas veces resulta viable llevar a cabo una recolección de datos primarios para el PBS. En su lugar, los analistas deben buscar evidencia existente de una gran variedad de fuentes para informar el proceso de priorización. En principio, los responsables de la toma de decisiones deben asegurarse de que toda la evidencia relevante para el PBS haya sido debidamente analizada y utilizada.

A medida que va aumentando la proporción de evidencia científica disponible, la búsqueda de datos y los métodos de agregación tales como las revisiones sistemáticas y los metaanálisis van adquiriendo mayor importancia. Un interrogante fundamental, en especial en los PIBM, es hasta qué punto es válido comprometer la calidad de los datos, como lo reflejan factores tales como la edad, el contexto institucional o el rigor científico con el que fueron recolectados en esos entornos. Además, lo que se considera como evidencia “relevante” suele ser una cuestión que puede variar dependiendo de factores como la geografía, el desarrollo social y económico y la naturaleza del sistema de salud. Hace poco tiempo que los investigadores comenzaron a implementar métodos científicos para evaluar la selección y la calidad de la base empírica disponible.

En el Capítulo 11, Neil Hawkins, Robert Heggie y Olivia Wu describen la nueva ciencia de la evaluación y selección de la evidencia, haciendo hincapié en el equilibrio que debe alcanzarse entre la necesidad de establecer estándares sólidos de calidad para la evidencia basada en principios y la necesidad práctica de tomar decisiones con rapidez contando con datos y capacidad analítica limitados. Estos autores ponen de relieve la distinción entre la validez interna

(¿el estudio responde a las preguntas formuladas?) y la validez externa (¿el estudio responde al problema real que se investiga?). Además, plantean que la selección del PBS debe considerar toda evidencia disponible y relevante. Naturalmente, esto plantea algunos interrogantes sobre cómo evaluar la evidencia y cómo ponderarla cuando la relevancia es deficiente (por ejemplo, cuando proviene de diferentes entornos sociales, geográficos, institucionales o económicos, o de estudios desactualizados).

Independientemente del modo en el que se seleccione la evidencia más relevante, esta luego debe ser sintetizada en un único modelo de costo-efectividad, que en cierta forma intenta, de la mejor manera posible, imitar la prueba clínica y económica “ideal” para la intervención que se implementaría en el país si los recursos para el análisis fueran infinitos. En este sentido, la modelación podría incluir una evaluación de las consecuencias más relevantes a futuro, tanto en términos de salud como de costos, de implementar una determinada intervención en el sistema de salud, incluyendo su impacto en los diferentes subgrupos poblacionales. Por tanto, los análisis de incertidumbre deberían reflejar las imperfecciones en la evidencia, entre las que se incluye el posible sesgo al igual que el grado de precisión de las estimaciones. Los resultados que se obtienen de estos modelos también pueden ayudar a establecer prioridades para la búsqueda de nueva evidencia, ya que permiten identificar aquellos datos faltantes que son de particular importancia a la hora de tomar decisiones de inclusión y exclusión.

Esta sección no pretende ser un tutorial sobre métodos de ACE ni de sus métodos extendidos; existen numerosos documentos que proporcionan esta información y se encuentran a disposición.⁵ Por el contrario, los capítulos subsiguientes intentan mostrar cómo un análisis sistemático e intelectualmente coherente puede ayudar a los sistemas de salud que buscan basar sus planes de beneficios

en principios metodológicos sólidos. Los autores presentan numerosos avances realizados en cuanto a métodos de evaluación económica, cálculo de costos y evaluación de la evidencia. Sin embargo, aún quedan lagunas importantes por cubrir tanto respecto de los métodos como de la información de base necesaria para la implementación. Asimismo, el uso de evidencia tales como el ACE constituye solo una parte de todo lo que implica el proceso de diseño de un PBS. Por consiguiente, aquellos que promuevan un enfoque basado en evidencia con el objetivo de maximizar el uso de datos relevantes deberán también reconocer las limitaciones que conlleva esta tarea e incorporar la evidencia en un proceso más amplio para la adopción de un PBS.

Referencias

- Claxton, Karl, Steve Martin, Marta Soares, Nigel Rice, Eldon Spackman, Sebastian Hinde, Nancy Devlin, et al. 2015. “Methods for the Estimation of the National Institute for Health and Care Excellence Cost- Effectiveness Threshold.” *Health Technology Assessment* 19 (14): 1–504. doi:10.3310/hta19140.
- Drummond, Michael F., Mark J. Sculpher, Karl Claxton, Greg L. Stoddart, and George W. Torrance. 2015. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 4th ed. Oxford: Oxford University Press.
- Jamison, Dean T., Joel G. Breman, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, et al. 2006. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development/ World Bank.
- Neumann, Peter J., Gillian D. Sanders, Louise B. Russell, Joanna E. Siegel, and Theodore G. Ganiats, eds. 2016. *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Wilkinson, Thomas, Mark J. Sculpher, Karl Claxton, Paul Revill, Andrew Briggs, John A. Cairns, Yot Teerawattananon, et al. 2016. “The International Decision Support Initiative Reference Case for Economic Evaluation: An Aid to Thought.” *Value in Health* 19 (8): 921–28. doi:10.1016/j.jval.2016.04.015.

Notas finales

1. Claxton and others (2015).
2. Ibid.
3. Wilkinson and others (2016).
4. Jamison and others (2006).
5. See, for instance, Drummond and others (2015) and Neumann and others (2016).

CAPÍTULO 4

¿Cuánta salud por el dinero disponible?

El uso de análisis de costo-efectividad para respaldar decisiones sobre el plan de beneficios

Mark Sculpher

Paul Revill

Jessica M. Ochalek

Karl Claxton

En pocas palabras: El análisis de costo-efectividad puede ayudar a identificar las “mejores inversiones” en salud –es decir, aquellos servicios que producirán las mayores ganancias en salud con los recursos disponibles–.

En todo acuerdo económico colectivo destinado a la atención en salud se debe determinar qué intervenciones y programas de asistencia médica se financiarán con los recursos disponibles, que inevitablemente son limitados. Algunos países de ingresos bajos y medios (PIBM) han realizado avances en definir a qué intervenciones y programas financiados de forma colectiva tendrán acceso determinadas personas. Ya sea en contextos de altos ingresos o PIBM, los planes de beneficios en salud (PBS) ofrecen un mecanismo a través del cual se puede identificar a aquellos servicios que resultan más adecuados para

atraer fondos colectivos de este tipo, lo que constituye un requisito para todo proceso de transición hacia la cobertura universal en salud.

Para definir y mantener un PBS, los responsables de formular políticas deberán tomar un gran número de decisiones. Además de determinar qué intervenciones y programas se incluirán, deberán decidir qué individuos tendrán acceso a estos y bajo qué circunstancias (véanse los capítulos de la Parte III). Al momento de tomar estas decisiones, tendrán una serie de objetivos sociales que procurarán cumplir, como por ejemplo mejorar la salud de la población.

En los esfuerzos que realicen por alcanzar esos objetivos deberán enfrentar numerosos obstáculos. La restricción más obvia está en que los recursos disponibles para financiar el PBS son finitos; en otras palabras, es probable que el presupuesto sea limitado. Este podría definirse como un presupuesto administrativo, pero incluso en los casos en los que no se especifiquen los presupuestos explícitos habrá limitaciones en el crecimiento del gasto en salud.

El análisis de costo-efectividad (ACE) es un conjunto de herramientas que se utiliza para proporcionar información de base para la toma de decisiones cuando se desea mejorar alguna medida de beneficio en salud sujeta a restricciones. Este instrumento es útil cuando los formuladores de políticas quieren conocer qué servicios producirán un incremento en su función objetivo considerando limitaciones específicas. Por lo general, el ACE se ha utilizado en el sector de la salud para determinar la relación de costo-efectividad de ciertas intervenciones, con el objetivo de evaluar si una intervención podría contribuir en mayor medida a alcanzar los objetivos del sistema en función de los fondos que se necesitan para llevarla a cabo (por ejemplo, ganancias en la salud de la población), en comparación con otras actividades que podrían financiarse con esos mismos recursos. Por lo tanto, el concepto de costo de oportunidad es crucial para los principios y la práctica del ACE — más concretamente, ¿a qué beneficios se está renunciando cuando los recursos se utilizan de cierta forma y no se invierte en otra alternativa?—. Esta pregunta resalta la importancia de tener una base ética sólida que permita asegurar que las intervenciones que se incluyan en el PBS sean costo-efectivas.¹ Si el PBS no contiene intervenciones costo-efectivas, los individuos que hagan uso de ellas podrían percibir menos beneficios en salud que aquellos a quienes se les niega el acceso a tratamientos más costo-efectivos. El propósito de este capítulo es describir algunos aspectos del ACE definido como una herramienta para guiar decisiones

relacionadas con la asignación de recursos, tanto para la atención en salud en general como para el desarrollo de un PBS en particular.

Maximización restringida

Los principios del ACE aplicados al diseño de un PBS atraen la atención de forma intuitiva y hacen referencia al modo en el que se toman decisiones cotidianas sobre gastos en todos los aspectos de la vida. Sobre la base de los recursos financieros que se tengan a disposición, el ACE plantea cuál sería la mejor forma de asignar dichos recursos a fin de maximizar los beneficios que resulten de su uso. En el contexto de un PBS, el foco de este análisis es maximizar los beneficios que se obtengan a partir de toda la gama de intervenciones que se financian como parte del plan, intentando minimizar al mismo tiempo los costos de oportunidad —es decir, aquellos servicios que no pueden ser financiados debido a limitaciones financieras—. Todas las decisiones sobre asignación de recursos, ya sean tomadas por individuos, familias o por el sector público o privado, reflejan estos principios, a pesar de que la mayoría de estas se adoptan de manera informal.

En el sector salud, cada vez se utiliza más el ACE como una herramienta de investigación formal con la intención de guiar la toma de decisiones relacionadas con el sistema de salud. En síntesis, a través del ACE es posible estimar los beneficios que se obtendrán de un nuevo servicio (como por ejemplo, un tratamiento o examen de diagnóstico) al igual que los costos adicionales que este implicaría, en comparación con otros enfoques de gestión por grupos de pacientes. Un aspecto fundamental es cuantificar los costos de oportunidad a fin de determinar si se justifica el costo de adquirir el beneficio adicional, es decir, definir si los beneficios adicionales son mayores que el costo de oportunidad. En el diseño de un PBS, el ACE debe llevarse a cabo para todas

las poblaciones y subpoblaciones de pacientes que podrían acceder a la atención en salud. Por lo tanto, el principio del ACE es proporcionar información para la toma de decisiones sobre asignación de recursos indicando qué alternativas tienen la capacidad de maximizar una función objetivo sujeto a una serie de restricciones, es decir, que el ACE constituye un método de maximización restringida. De este modo, se implementa un enfoque sistemático y consistente que contribuye al establecimiento de prioridades. Si bien este capítulo aborda principalmente la limitación de recursos financieros, puede haber otras limitaciones relevantes que pueden ser incorporadas (véase el Capítulo 9). A continuación se consideran los componentes elementales de este análisis con el objetivo de comprender plenamente el valor que aportan estos métodos y algunos de los problemas prácticos que surgen de su implementación.

Objetivos y limitaciones

Uno de los desafíos prácticos que presenta el uso del ACE es responder al interrogante inevitable que se relaciona con la definición de los objetivos de los responsables de políticas: ¿qué desean maximizar teniendo en cuenta las limitaciones financieras, entre otras? En la mayoría de los ACE que se han realizado con respecto a la atención médica se asume que el objetivo de la política es mejorar la salud de la población.

Es razonable suponer que este objetivo es una de las principales preocupaciones de los sistemas de salud a nivel internacional, sobre todo cuando se adopta una definición más amplia del concepto de “salud” que incluye tanto las ganancias en la duración de la supervivencia como en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). No obstante, hay otros objetivos políticos que inevitablemente desempeñan un papel importante en la toma de decisiones sobre el PBS. Por ejemplo, se puede dar mayor importancia a mejorar la salud de determinados grupos

de individuos, como por ejemplo aquellas personas activas en el mercado laboral formal o informal o a quienes presentan enfermedades más graves. A menudo ocurre que durante el proceso de toma de decisiones se consideran otros objetivos de manera informal, además de las ganancias en la salud de la población. Aunque por lo general los ACE se centran en los resultados en salud es posible incorporar medidas de beneficios más amplias. En el Capítulo 6 se abordan otros métodos que intentan reflejar estas consideraciones más generales de forma cuantitativa, tales como el análisis de decisión multicriterio (MCDA, en inglés).

Generalmente, en el ACE se considera de manera formal la restricción en los recursos financieros disponibles. Esto se debe a que las limitaciones financieras del sistema de salud podrían impedir que la alternativa más efectiva (aquella que aporta los mejores resultados en salud al paciente promedio de un grupo determinado) esté disponible para todos los grupos. En este sentido, esta práctica se convierte en un ejercicio que intenta identificar aquellas alternativas que maximizan las mejoras en la salud de la población de forma agregada, comparando distintos grupos de pacientes y teniendo en consideración los recursos disponibles. Esto usualmente sugeriría que algunos grupos de pacientes accederán a la alternativa más efectiva; sin embargo, dados los recursos limitados, este no será el caso para otros grupos, puesto que las ganancias más grandes en la salud de la población se pueden obtener de otros sitios utilizando los recursos adicionales que sean necesarios.

A pesar de que muy pocas veces se consideran formalmente otros tipos de limitaciones en los ACE, estos deben verse reflejados en las decisiones (tal como se analiza en el Capítulo 9). Un factor importante que se debe tener en cuenta en PIBM son los recursos reales que difieren de los recursos financieros. Concretamente, puede haber limitaciones en cuanto a la disponibilidad de personal clínico capacitado. En consecuencia, la decisión de financiar un

nuevo dispositivo médico, por ejemplo, podría no ser factible en la práctica (al menos para la totalidad del grupo de beneficiarios potenciales) debido a la falta de personal suficiente para administrar o colocar dicho dispositivo. También puede haber limitaciones de recursos reales con respecto a los bienes de capital. Por ejemplo, para suministrar tratamientos antirretrovirales para el VIH y la prueba de carga viral en plasma que tienen como objetivo garantizar que el tratamiento continúa siendo efectivo, es necesario que los medicamentos estén refrigerados y que se pueda acceder a una infraestructura de laboratorio de forma oportuna, lo cual podría no ser posible en muchos lugares, en especial en zonas rurales. Algunas limitaciones de recursos reales son menos específicas y se aplican al sistema de salud de forma más general. Esto se conoce como disponibilidad del lado de la oferta o, en otras palabras, la capacidad del sistema de salud de implementar un servicio determinado para el cual se debe reunir una serie de recursos reales, como por ejemplo la capacitación a trabajadores de la salud cuando se introducen nuevas guías clínicas. A largo plazo podría ser posible atenuar algunas de estas limitaciones utilizando los recursos financieros disponibles para invertir en capital humano, equipamiento u otra infraestructura. Sin embargo, es imprescindible respetar estas limitaciones en el corto plazo, y algunas incluso pueden ser muy difíciles o extremadamente costosas de contrarrestar, en especial, en entornos de bajos ingresos. Asimismo, también podría haber limitaciones no relacionadas con lo económico como por ejemplo restricciones políticas en el tipo de medidas consideradas como viables.

Alternativas independientes y mutuamente excluyentes

Por lo general el ACE se emplea en el sector salud con el fin de identificar la mejor alternativa

(aquella más costo-efectiva) dentro de un conjunto de alternativas exhaustivas y mutuamente excluyentes para un grupo de individuos en particular. Si bien a menudo este grupo está constituido por pacientes, esto no siempre es así, como es el caso de programas de salud pública. Por ejemplo, considerando un grupo de pacientes con cáncer de próstata metastásico, la pregunta sería la siguiente: ¿cuál es el tratamiento más costo-efectivo de todos aquellos que podrían utilizarse? Las alternativas que se seleccionen para el ACE deben ser exhaustivas, es decir, deben representar un conjunto completo de intervenciones y estrategias que podrían ser utilizadas por este grupo. Asimismo, para pacientes con diagnósticos específicos, esta lista podría incluir tratamientos diferenciados, tales como medicamentos o procedimientos quirúrgicos; combinaciones de tratamientos; estrategias que incluyan diferentes secuencias de tratamientos o el uso de tratamientos con protocolos de inicio y discontinuidad; estrategias que incluyan pruebas de diagnóstico, como por ejemplo la conducta expectante, entre otras opciones que impliquen brindar atención pero sin tratamiento activo o la alternativa de “no hacer nada”. Puede suceder para ciertas alternativas que la escala de implementación en un grupo de pacientes no guarde una relación lineal con los costos o beneficios estimados. Por ejemplo, ciertos niveles de implementación podrían requerir nuevas inversiones. En estos casos, las escalas de implementación alternativas se convierten en opciones adicionales en sí mismas. El punto clave es que ninguna alternativa posible, incluso aquella que implica no hacer nada, quede excluida de este conjunto. Si no se logra conformar una lista completa de todas las posibles alternativas, se corre el riesgo de asesorar erróneamente a quienes deben tomar las decisiones, puesto que la opción identificada como costo-efectiva sería solo un artefacto de aquella alternativa mejor que no ha sido incluida en el análisis. Por otra parte, las alternativas que se incluyan en la

lista también deben ser mutuamente excluyentes; esto quiere decir que un paciente determinado solo podrá obtener una de estas (por esto, la combinación de tratamientos, por ejemplo, se define como una estrategia que conforma una única alternativa).

Necesariamente las decisiones sobre asignación de recursos deben abarcar a todo una gama de grupos de pacientes. Incluso para una misma enfermedad, puede haber distintos grupos (como cáncer de próstata en estadio inicial, localmente avanzado y metastásico). Para cada grupo de pacientes existirá un conjunto exhaustivo de alternativas mutuamente excluyentes. Cuando se analizan las distintas alternativas disponibles para tomar una decisión respecto de cuál de estas constituye el tratamiento más costo-efectivo para pacientes con cáncer de próstata metastásico, por ejemplo, se pueden definir como independientes a todas las opciones que se encuentren a disposición para todos los otros grupos. Estas alternativas independientes no tienen relevancia clínica directa para los pacientes con cáncer de próstata metastásico, pero sí son relevantes en términos económicos. Esto se debe a que los recursos financieros disponibles que se utilicen para financiar las alternativas independientes dirigidas a otros grupos de pacientes dependerán en parte de la decisión de financiación de tratamiento que se adopte para el grupo de pacientes con cáncer de próstata metastásico. Por ejemplo, si el tratamiento más efectivo para el cáncer de próstata metastásico es también el más costoso disponible para estos pacientes, es posible que otros grupos (tales como pacientes con depresión leve a moderada) reciban tratamientos menos efectivos o incluso no reciban tratamiento, ya que se dispondrá de menos recursos financieros para brindar estos cuidados.

Esta distinción entre alternativas mutuamente excluyentes e independientes va en función, en parte, de cómo se defina al grupo de pacientes. Por ejemplo, si el grupo consiste en hombres con cáncer

de próstata metastásico, las intervenciones dirigidas a todos los otros grupos son independientes. No obstante, habrá algunos subgrupos de hombres con cáncer de próstata metastásico que presenten ciertas diferencias para los cuales la efectividad o los costos de las terapias alternativas podrían variar sistemáticamente. Puede suceder, por ejemplo, que algunos tratamientos sean más efectivos en hombres que tengan metástasis ósea en lugar de otro tipo de metástasis. Cuando se presenta este tipo de heterogeneidad, es necesario que el análisis permita identificar la intervención más costo-efectiva para cada subgrupo. Los responsables de tomar decisiones pueden decidir financiar tratamientos diferentes para subgrupos de pacientes que presentan una enfermedad o necesidad médica particular si se observa una diferencia sistemática entre ellos con respecto a la alternativa costo-efectiva.

Evidencia

Para poder cuantificar los costos y beneficios de cada intervención mutuamente excluyente dirigida a un grupo de pacientes determinado (o subgrupo) se necesita evidencia (véase el Capítulo 11). En términos generales, para cada alternativa que se analiza, la evidencia debe indicar los recursos utilizados para prestar dicho servicio (las acciones que implican un costo financiero asociado al grupo de pacientes determinado), los precios y los costos unitarios necesarios para evaluar el costo financiero de un recurso y los cambios en los riesgos de mortalidad y en la CVRS. Para el ACE, se requiere estimar el costo esperado (promedio) de una alternativa, que representa el costo de todo el conjunto de recursos que se espera que se utilice para cada alternativa que está siendo evaluada (véase el Capítulo 8 escrito por Cashin y Özaltın). Esto no implica únicamente el costo de adquirir la intervención específica (como

por ejemplo, un medicamento o dispositivo médico) que se encuentra bajo evaluación, sino que abarca todos los recursos que podrían utilizarse de manera diferenciada para las alternativas que se están comparando. Esto podría incluir las visitas al personal clínico y aquellas que este realice, los días de estancia hospitalaria, los procedimientos terapéuticos y de diagnóstico y los medicamentos.

La lista de recursos que podrían utilizarse de forma diferenciada para las alternativas mutuamente excluyentes dependerá de la naturaleza de la enfermedad y de aquellas alternativas que estén bajo evaluación, pero también dependerá de los recursos que se financien mediante el presupuesto asignado a partir de las decisiones de asignación de recursos. Por ejemplo, si los pacientes deben trasladarse a un centro de salud, y al hacerlo, les resta tiempo de sus actividades cotidianas, esto puede significarles un costo de tiempo y de desplazamiento. Sin embargo, en un ACE llevado a cabo desde la perspectiva del sistema de salud/del presupuesto del pagador se ignorarán estos costos. Es posible realizar un ACE desde una perspectiva más amplia, como aquella que se conoce a veces con el nombre de perspectiva social y que representa la más extensa de todas, pero es importante que estos análisis reflejen el hecho de que diferentes recursos suponen costos de oportunidad de distinta manera.² Por ejemplo, el costo de oportunidad de todo costo de desplazamiento que deban enfrentar los pacientes probablemente recaiga sobre el consumo de otros bienes o servicios no relacionados con el sector de la salud. Identificar las distintas fuentes de los costos de oportunidad puede representar un desafío analítico muy importante y es uno de los motivos por los que generalmente el ACE se realiza desde la perspectiva del presupuesto de un único pagador.

La medida de efectividad, beneficio o resultado utilizada en el ACE se determinará de acuerdo con los objetivos del sistema de salud (la “función objetivo”). Si el foco es la salud de la población, esta

medida debe ser relevante para la gama de grupos de pacientes que se encuentran cubiertos mediante el presupuesto. Esto se debe a que es necesario poder comparar la salud esperada obtenida por un grupo de pacientes a partir de una intervención más efectiva y costosa con las intervenciones en salud que no recibirán otros grupos debido a una menor cantidad de recursos disponibles para prestar atención médica. Por este motivo, una medida de resultado específica de un grupo de pacientes o de una enfermedad en particular (como evitar una infección por VIH) no resulta útil si las decisiones sobre asignación de recursos deben ampliarse a fin de incluir otras áreas de enfermedades para las cuales esta medida no tiene validez, como sería el caso del cáncer de próstata metastásico. Por lo tanto, usualmente se toma como foco del ACE a una medida de salud de carácter general —esto es, una medida que incluye todo impacto generado por una alternativa en la supervivencia y en la CVRS—. Dos medidas de ACE que se utilizan comúnmente y que cumplen con este criterio son los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (véase el Capítulo 6).

La naturaleza exacta de la evidencia dependerá en parte de cómo se lleve a cabo el estudio; en concreto, dependerá de si se realiza el ACE junto con un estudio primario donde los datos de la muestra están disponibles (como por ejemplo, un ensayo clínico aleatorizado) o si se utiliza evidencia sintetizada de varias fuentes en un modelo de análisis de decisiones. Sin embargo, independientemente del modo en el que se efectúe el estudio, siempre rige un principio importante: se debe incorporar toda evidencia relevante al análisis. No es apropiado seleccionar la evidencia en función de cuán conveniente sea o de los resultados que esta produce. Se puede afirmar entonces que un paso importante en todo análisis es identificar la evidencia de manera sistemática, revisar la calidad de los estudios a partir de los cuales se obtiene y sintetizarla con el objetivo de proporcionar

la mejor estimación general de una cantidad determinada relevante para el análisis. Estos son los procedimientos de la revisión sistemática,³ la cual cumple una función fundamental al igual que la evaluación económica. A pesar de que puede ser muy útil recoger datos sobre resultados económicos y de salud como parte de un estudio primario, es arriesgado basar una evaluación económica solo en estudios primarios.⁴ Más específicamente, un ACE debe sintetizar toda evidencia relevante, no solo aquella recogida en el estudio primario, y se deben comparar todas las alternativas incluso si no han sido incluidas en este estudio. Por consiguiente, la modelación y la síntesis de evidencia desempeñan un papel importante en el ACE aun cuando se cuenta con datos recogidos de un estudio primario.⁵

Es importante profundizar en lo que significa el término *relevante* en cuanto a la evidencia. Este se refiere al grado de pertinencia de las pruebas con respecto a la decisión que se pretende respaldar mediante el análisis. Esto dependerá en parte del grupo de pacientes para el cual se intenta identificar la alternativa costo-efectiva —idealmente, se debería extraer la evidencia de estudios que incluyan este tipo de pacientes—. A veces puede resultar complicado llevar a cabo esta tarea por la heterogeneidad mencionada anteriormente, en el sentido de que ciertos parámetros o medidas variarán según las características de los diferentes tipos de pacientes en un mismo grupo. Además, los estudios que proporcionen la evidencia pueden presentar distintas combinaciones de pacientes en estas variaciones de subgrupos.

La relevancia también está sujeta a la jurisdicción en donde se toman las decisiones. Esto se debe a que la cantidad de evidencia varía sistemáticamente entre distintas jurisdicciones o incluso entre distintas regiones dentro de un mismo territorio. Parte de esta variación podría deberse a la heterogeneidad en los subgrupos. Por ejemplo, en una jurisdicción podría haber una proporción más grande de pacientes con

cáncer de próstata metastásico con metástasis ósea que con otro tipo de metástasis. Sin embargo, esta variación también puede estar relacionada con otros factores que varían de un país a otro. Entre estos se pueden mencionar los precios relativos de los recursos destinados a la salud (por ejemplo, un país puede no contar con suficientes enfermeros especializados en VIH); la prevalencia de una enfermedad, que puede afectar las opciones de detección o diagnóstico costo-efectivas; o las prácticas clínicas que se encuentran a disposición para algunos tipos de pacientes, que pueden afectar el costo de ciertas actividades. Se han sugerido distintas herramientas que tienen como objetivo proporcionar una estimación más generalizada de la costo-efectividad: Un ejemplo es el proyecto WHO-CHOICE, que se centra principalmente en países de bajos ingresos (véase el Capítulo 6).⁶

Cuando se busca evidencia para realizar un ACE que pretende fundamentar una decisión sobre un grupo de pacientes específico en una jurisdicción determinada, puede ser importante la fuente geográfica de donde provenga la evidencia.⁷ Para algunos tipos de evidencia tal vez no resulte relevante el lugar de origen, es decir, que la estimación se puede generalizar y aplicar en varias jurisdicciones. Este podría ser el caso de una intervención que presenta una efectividad relativa. Por ejemplo, una razón de riesgo que representa el impacto de un tratamiento (en comparación con otro) sobre la tasa de mortalidad puede mostrar el mismo efecto proporcional sobre este índice en todos los contextos. Una razón de riesgo de 1,5 indica que la tasa del evento es un 50 por ciento más alta con un tratamiento determinado en comparación con la tasa correspondiente a otro tratamiento (línea de base); esto puede tenerse en cuenta para establecer generalizaciones entre jurisdicciones, incluso cuando la tasa de referencia de ese evento varía sistemáticamente de una jurisdicción a otra.

Para otros tipos de evidencia la fuente geográfica podría ser más importante. Por ejemplo, al igual

que lo que ocurre con la tasa de referencia del evento mencionada anteriormente, la probabilidad de hospitalización y la duración promedio de la estancia hospitalaria para el tratamiento de una enfermedad particular dirigido a un tipo de pacientes determinado puede variar de forma sistemática según la ubicación, tal vez debido a diferencias en los protocolos de práctica clínica. En este caso, el desafío es identificar los datos que son relevantes para el territorio en donde se está evaluando la decisión en cuestión. Esta tarea podría implicar la implementación de ajustes, ya sean formales o informales, basados en los datos recopilados en otros contextos.

La evidencia relevante no es solo aquella que se requiere para estimar el costo y el beneficio de cada alternativa mutuamente excluyente para el grupo de pacientes de interés determinado. Tal como se describe en el Capítulo 9, las alternativas independientes que se aplican (o podrían aplicarse) para todos los otros grupos de pacientes considerando las limitaciones en los recursos también son relevantes a la hora de tomar cualquier decisión. Por lo tanto, para estimar los costos y beneficios, o las alternativas disponibles para cada uno de los grupos de pacientes (y subgrupos) es necesario, en principio, llevar a cabo un análisis exhaustivo de maximización restringida. Como se verá más adelante en este capítulo, esto representa un gran desafío y constituye uno de los principales motivos por los que generalmente se utiliza una versión simplificada del ACE en la práctica.

Enfoque analítico

En principio, el ACE puede llevarse a cabo mediante el uso de modelos matemáticos especificando una función objetivo (p. ej., la maximización de las ganancias en salud) y aquellas restricciones que se consideren relevantes (p. ej., el presupuesto asignado). Aplicando esta metodología, se incluyen en el

modelo los costos y beneficios de todas las alternativas (tanto aquellas mutuamente excluyentes como aquellas independientes). Este análisis determina la alternativa costo-efectiva para cada grupo de pacientes, de manera tal que, en conjunto, se logre maximizar la función objetivo considerando las restricciones existentes. La modelación matemática es una herramienta que se encuentra disponible desde hace años⁸ y ha habido un creciente interés en estos métodos, dado que permiten respaldar decisiones sobre la asignación de recursos en el sector salud.⁹

Uno de los ejemplos en los que se ha implementado esta metodología para fundamentar una decisión determinada tuvo lugar en Sudáfrica en el contexto de tratamientos para el VIH.¹⁰

RECUADRO 1. Modelo matemático para el ACE

- 1
$$\max_{x_1, \dots, x_n} \sum_{i=1}^n x_i E_i$$
- Maximiza los resultados en salud donde:**
- i es un índice relativo a las alternativas consideradas (donde $i = 1, \dots, n$)
 - x_i es el porcentaje de personas que reciben la alternativa i
 - E_i es el valor presente de los resultados de la intervención i durante el período de interés
- 2
$$\sum_{i=1}^n x_i C_i \leq c$$
- Sujeto a la restricción presupuestaria donde adicionalmente:**
- c_i es el valor presente del costo de la alternativa i durante el período de interés
 - C es el valor presente del presupuesto durante el período de interés
- 3a $0 \leq x_i \leq 1$
- Restricciones para implementar la maximización de los resultados en salud:**
- La primera expresión indica que el nivel de implementación de cada intervención oscila entre 0 y 1; las intervenciones son divisibles y pueden otorgarse a algunos pacientes que requieren atención, pero no a todos. La segunda expresión garantiza que la suma de las proporciones de las alternativas no puede ser mayor a 1.
- 3b
$$\sum_{i=1}^n x_i \leq 1$$
- 3c $x_i = 0 \dots \text{or} \dots x_i = 1$
- Restricciones para implementar el "trato igualitario":**
- Reemplaza la restricción 3a por la maximización de la salud demostrando que cada alternativa puede implementarse en todos los pacientes o en ninguno.
- 3d
$$\sum_{i=1}^n x_i = 1$$
- Restricciones para implementar el "mínimo decente":**
- Se maximizan los resultados en salud sujetos a la suma de proporciones de necesidades satisfechas mediante alternativas individuales que equivalen a 1, por lo que todos los pacientes reciben tratamiento, pero no necesariamente mediante la misma alternativa..

Fuente: Cleary, Mooney, and McIntyre (2010)..

El estudio se llevó a cabo con el objetivo de establecer niveles adecuados para la adopción de tratamientos alternativos. Se consideraron tres alternativas mutuamente excluyentes: (1) tratamiento y profilaxis de infecciones oportunistas y relacionadas con el VIH sin tratamiento antirretroviral (TAR); (2) tratamiento y profilaxis de infecciones oportunistas y

relacionadas con el VIH con TAR de primera línea únicamente, y (3) tratamiento y profilaxis de infecciones oportunistas y relacionadas con el VIH con TAR de primera y segunda línea. El Recuadro 1 muestra cómo se definió el modelo matemático con el objetivo de maximizar los resultados en salud teniendo en cuenta la restricción presupuestaria.

Esto implica que no necesariamente todos los pacientes que presenten las mismas necesidades clínicas recibirán la misma intervención (o tal vez ninguna) según la disponibilidad de recursos. Por lo tanto, para abordar los posibles problemas de equidad asociados a esta implicación, los autores replantearon el modelo para incorporar una nueva restricción: que todos aquellos pacientes con las mismas necesidades clínicas deben recibir el mismo tratamiento, lo cual puede significar que no reciban tratamiento si los recursos disponibles son insuficientes para tratarlos a todos (“trato igualitario”). También se incluyó en el modelo una tercera especificación: el “mínimo decente”, con la cual se garantiza que todos los pacientes reciban tratamiento incluso si existieran variaciones en el tipo de tratamiento que reciben.

Los autores estimaron los costos de por vida y los efectos en la salud (en términos de AVAC) de cada alternativa a partir de la evidencia disponible. Luego, emplearon un modelo matemático para cuantificar, para una serie de presupuestos, el porcentaje de la población afectada que se vería cubierta por las tres alternativas y el impacto total en la salud de la población (AVAC). Posteriormente, compararon los costos de oportunidad, en términos de AVAC perdidos, de las restricciones relacionadas con la equidad: “trato igualitario” y “mínimo decente”, con los resultados obtenidos mediante el enfoque de maximización de los resultados en salud. En el Cuadro 1 se muestran los resultados del análisis. Este indica que, para cinco de los siete niveles de presupuesto considerados, la maximización de los resultados en salud generó el mayor impacto sobre la salud de la población. Bajo los criterios de “trato igualitario” y “mínimo decente”, no se ofrecen tratamientos para presupuestos de \$2000, \$4000 y \$6000 millones. En el caso del “trato igualitario”, se asigna el cien por ciento de los recursos a una de las tres alternativas a partir de presupuestos superiores a \$8000 millones, y en el caso del “mínimo decente”, se utilizan los recursos para asignar a los pacientes en alguno

de los tres grupos de tratamiento. Bajo el criterio de maximización de los resultados en la salud, un porcentaje de los pacientes recibe una alternativa de tratamiento en todos los niveles de presupuesto; sin embargo, este solo representa un 18 por ciento en el caso del presupuesto más bajo (\$2000 millones).

Este ejemplo de tratamiento de VIH revela algunas ventajas importantes del uso de modelos matemáticos como base analítica para la implementación de ACE. Una de ellas es la necesidad de hacer explícitas las alternativas que se especifican (incluyendo variantes tales como la escala en la que se implementan), el objetivo de maximizar y las restricciones relevantes. Un valor importante que surge de este análisis es la medida de costo-efectividad de la última alternativa que se financiará antes de agotar el presupuesto o de la siguiente alternativa que se podrá financiar si el presupuesto aumenta. Lo anterior se conoce como el “precio sombra” de la restricción presupuestaria y puede interpretarse como eficiencia marginal del sistema, compuesta por el total de alternativas financiadas en todos los grupos de pacientes. Esto proporciona una estimación del beneficio adicional (o de una reducción en el beneficio) que supondría un aumento (o disminución) marginal en el presupuesto. Si bien esta estimación parte de un modelo matemático, como el que se expone en el Recuadro 1 y en el Cuadro 1, este valor desempeña una función importante en el ACE como una herramienta que permite calcular un umbral de costo-efectividad, que se analizará en detalle más adelante.

El interés del estudio en la inclusión de consideraciones sobre equidad en los modelos matemáticos de ACE es importante y está basado en investigaciones previas.¹¹ No obstante, este estudio sobre tratamientos de VIH en Sudáfrica presenta algunas limitaciones. Una de estas es que no logra reflejar el grado de incertidumbre de la evidencia en el análisis, ni tampoco plantea estrategias sobre cómo este aspecto podría influenciar la toma de

decisiones en un sistema de salud con restricciones presupuestarias. Los métodos apropiados para este fin son abordados en otros estudios.¹² Una segunda deficiencia es el número limitado de alternativas que se consideran en el análisis. En la mayoría de los sistemas de salud, los presupuestos deben cubrir una cierta cantidad de enfermedades y varios grupos de pacientes para los cuales existen numerosas alternativas potencialmente disponibles. En principio, este también sería el caso de un sistema que busca

definir un PBS. Sin embargo, el uso de un enfoque matemático formal para cubrir la totalidad de la lista de alternativas posibles para todos los grupos de pacientes requeriría evidencia de los costos y beneficios de cada alternativa analizada, y es poco probable que esta se encuentre disponible. El rol de estos métodos en la orientación de políticas ha tenido lugar en un contexto más limitado en el que el presupuesto se asigna para una única enfermedad o para una cantidad reducida de grupos de pacientes.

CUADRO 1. Resultados del ACE basado en modelación matemática para el tratamiento de VIH en Sudáfrica

	USD 2000 millones	USD 4000 millones	USD 6000 millones	USD 8000 millones	USD 10000 millones	USD 12000 millones	USD 14000 millones
<i>Trato igualitario</i>							
% necesidades satisfechas sin TAR				100%	100%		
% necesidades satisfechas con TAR de primera línea						100%	
% necesidades satisfechas con TAR de primera y segunda línea							100%
AVAC totales (millones)				5,2	5,2	10,5	11,7
AVAC perdidos versus maximización de resultados en salud	-1,9	-3,9	-5,8	-2,5	-4,5	-0,8	0
<i>Mínimo decente</i>							
% necesidades satisfechas sin TAR				88%	27%		
% necesidades satisfechas con TAR de primera línea				12%	73%	31%	
% necesidades satisfechas con TAR de primera y segunda línea						69%	100%
Total QALYs (millions)				5,8	9,1	11,3	11,7
AVAC perdidos versus maximización de resultados en salud	-1,9	-3,9	-5,8	-1,9	-0,6	0	0
<i>Maximización de resultados en salud</i>							
% necesidades satisfechas sin TAR							
% necesidades satisfechas con TAR de primera línea	18%	37%	55%	74%	92%	31%	
% necesidades satisfechas con TAR de primera y segunda línea						69%	100%
Total QALYs (millions)	1,9	3,9	5,8	7,8	9,7	11,3	11,7
Necesidades insatisfechas (%)	82%	63%	45%	26%	8%	0%	0%

Fuente: Cleary, Mooney y McIntyre (2010). Reproducido con autorización.

Puesta en práctica del ACE

Las dificultades en torno a la evidencia que se presentan cuando se utilizan modelos matemáticos de manera formal son la principal razón por la que el objetivo del ACE ha sido en la mayoría de los casos determinar si una intervención específica dirigida a una serie de pacientes en particular debe incluirse en el plan. Este enfoque se centra en identificar la alternativa más costo-efectiva para un grupo de pacientes determinado a partir de una variedad de alternativas exhaustivas y mutuamente excluyentes. En algunas ocasiones, también se consideran alternativas costo-efectivas para subgrupos a fin de reflejar la heterogeneidad que existe en los grupos de pacientes; sin embargo, por lo general, se considera el mismo conjunto de alternativas. A diferencia de los modelos matemáticos formales, no se considera de manera explícita la provisión de recursos para las alternativas independientes dirigidas a otros grupos de pacientes, tampoco se incorpora formalmente la restricción presupuestaria. En cambio, se utiliza una medida global del costo de oportunidad para representar las consecuencias de financiar una alternativa determinada para el grupo de pacientes objetivo en función de los beneficios que otros grupos de pacientes no obtendrán a causa de las restricciones presupuestarias. A esta medida se la suele denominar umbral de costo-efectividad. Una posibilidad es que adopte la forma de precio sombra de la restricción presupuestaria; sin embargo, en lugar de cuantificarse como parte de un análisis de modelación matemática, se debe estimar de otro modo.

ACE con dos alternativas mutuamente excluyentes

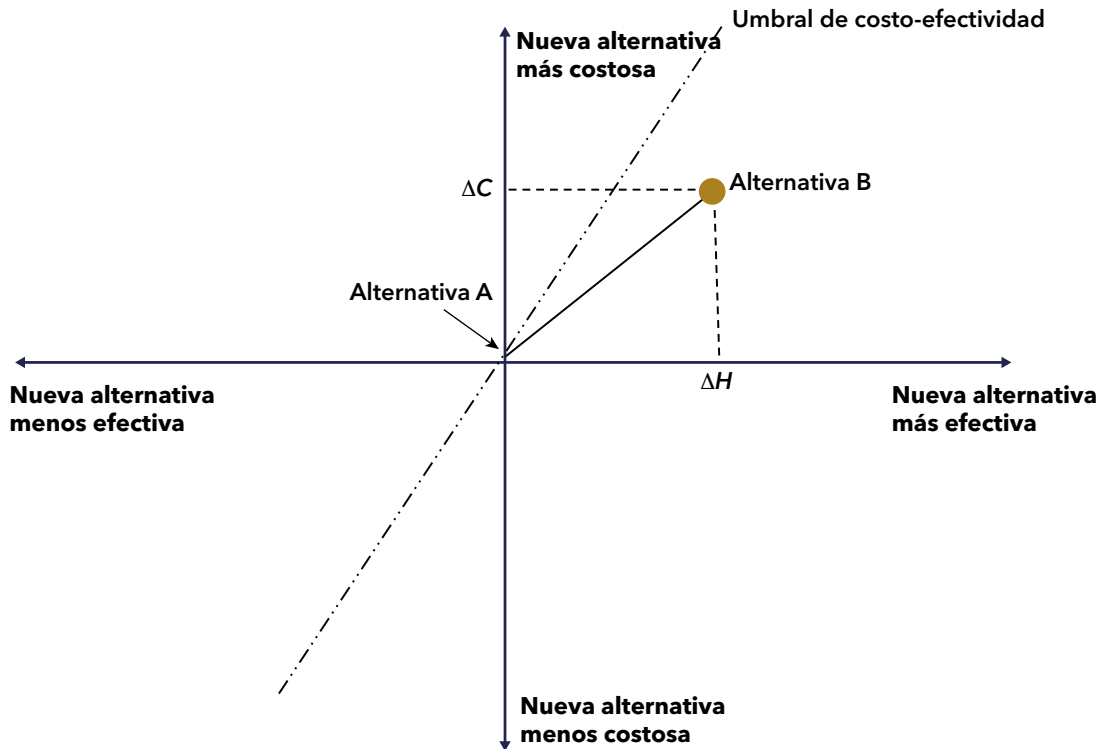
Para explicar cómo se emplea generalmente el ACE es necesario partir del supuesto de que para un grupo de pacientes específico existen solo dos alternativas mutuamente excluyentes para su tratamiento:

la práctica actual que no incluye una intervención activa (Alternativa A) y la alternativa que consiste en financiar un tratamiento con medicamentos (Alternativa B). Posteriormente, basándose en la evidencia relevante disponible, se estiman los costos y los resultados en salud esperados para cada una de estas dos alternativas. Más adelante en este capítulo se abordan las principales consideraciones en relación con la pertinencia de la evidencia en este contexto. Estas estimaciones se pueden denominar de la siguiente forma:

Costo esperado de la Alternativa A:	C_A
Costo esperado de la Alternativa B:	C_B
Resultados en salud esperados de la Alternativa A:	H_A
Resultados en salud esperados de la Alternativa B:	H_B
Diferencia en los costos esperados (Alternativa B – Alternativa A)	ΔC
Diferencia en los resultados en salud esperados (Alternativa B – Alternativa A)	ΔH

Por lo tanto, la decisión recae en si los beneficios adicionales en salud que aportaría la Alternativa B justifican los costos adicionales en que se debería incurrir para obtenerlos. Esto se ve ilustrado en la comparación que se presenta en el Gráfico 1. Aquí se muestra un plano de costo-efectividad en donde una de las alternativas —aquella que representa el tratamiento actual (Alternativa A)— está ubicada en el punto de origen y la segunda alternativa —la nueva opción (Alternativa B)— se encuentra en un punto relativo al de origen de acuerdo con los costos y resultados en salud adicionales esperados. El eje horizontal muestra la efectividad adicional esperada para la Alternativa B en comparación con la Alternativa A, y el eje vertical representa el costo adicional esperado para la Alternativa B en comparación con la Alternativa

GRÁFICO 1. Plano de costo-efectividad



A. En principio, la Alternativa B podría encontrarse en cualquier parte del plano. Si se encuentra en el cuadrante inferior derecho, se espera (a partir de las medias estimadas) que esta sea más efectiva y menos costosa que la Alternativa A, es decir, que es la alternativa “dominante”. Esto indica que la Alternativa B es sin duda costo-efectiva según la evidencia disponible y que no supone ningún costo de oportunidad para las alternativas independientes. Contrariamente, si se encuentra en el cuadrante superior izquierdo, se espera que sea más costosa y menos efectiva que la Alternativa A. Esto significa que la Alternativa A es la dominante y, por lo tanto, el ACE sugiere que la práctica actual es indudablemente costo-efectiva y no supone costos de oportunidad.

El desafío más grande en la toma de decisiones se presenta cuando la Alternativa B supone costos esperados adicionales, pero al mismo tiempo aumenta los

resultados en salud esperados para el grupo de pacientes objetivo. Esto se puede observar en un punto del cuadrante superior derecho del Gráfico 1. Lo que se puede ver en este cuadrante es que la Alternativa B ofrece resultados en salud adicionales que tienen un costo incremental. Esto muchas veces se presenta mediante una razón de costo-efectividad incremental (RCEI) — $\frac{\Delta HC}{\Delta H}$ —, el costo incremental por unidad de beneficios en salud adicional. La RCEI también equivale a la gradiente de la línea que va desde la base de la Alternativa A hasta la ubicación de la Alternativa B. Esta última continúa siendo una inversión más costosa para el sistema de salud que la práctica estándar y, dadas las limitaciones en el presupuesto, para financiarla se deberían utilizar recursos destinados para costear alternativas independientes. Esto supone costos de oportunidad en relación con los resultados en salud que otros pacientes, que

probablemente tengan una enfermedad completamente diferente, podrían haber disfrutado si se hubieran asignado los mismos recursos financieros para la atención médica que estos necesitan. Estos costos de oportunidad se ven reflejados en el umbral de costo-efectividad, que indica el valor máximo asequible de la RCEI. El umbral es una estimación del costo adicional de una nueva intervención que lleva a que otros pacientes pierdan una unidad de beneficio en salud porque no se financian las intervenciones que precisan. En el Gráfico 1, el umbral corresponde a la gradiente marcada por una línea de puntos que atraviesa el origen y se extiende por los cuadrantes superior derecho e inferior izquierdo. De acuerdo con los costos y resultados en salud esperados, la Alternativa B queda por debajo del umbral y por lo tanto se considera costo-efectiva. Si se representa al umbral de costo-efectividad mediante k , se puede considerar como costo-efectiva a una de las dos alternativas mutuamente excluyentes cuando:

$$\Delta^A H^C < K.$$

Se debiera aplicar la misma lógica si la Alternativa B se encontrara dentro del cuadrante inferior izquierdo. La diferencia sería que la Alternativa A (tratamiento estándar) tendría costos y resultados esperados más altos y se calcularía una RCEI para esta alternativa en comparación con la nueva intervención; más precisamente, se estimaría el costo incremental por unidad de beneficio adicional para continuar con la Alternativa A, en lugar de adoptar la Alternativa B que es menos costosa. Para evaluar si la Alternativa A es más costo-efectiva en este contexto y resulta conveniente continuar con este tratamiento, se debería comparar nuevamente la RCEI de esta con un umbral de costo-efectividad estimado de forma correcta. Mediante esta comparación es posible conocer los beneficios en salud adicionales que otros grupos de pacientes con otro tipo de enfermedades podrían recibir si, en lugar de continuar con la práctica actual, se adoptara la

Alternativa B y se dispusiera de los recursos que esta permite ahorrar. En otras palabras, la costo-efectividad de la Alternativa B depende de los resultados que se obtengan al comparar los beneficios en salud esperados que los pacientes perderían si se continuara con la Alternativa A y los beneficios esperados que adquirirían otros pacientes a partir de los recursos que se ganarían si se adoptara la Alternativa B.

Entonces, se puede decir que el ACE es una comparación entre los beneficios que ganarían o perderían los diferentes grupos de pacientes. Esto se ilustra en el Gráfico 2 que se centra en la naturaleza de esta comparación cuando una nueva alternativa se encuentra ubicada en el cuadrante superior derecho (más costosa y más efectiva que un comparador relevante) y muestra las implicancias que esta tendrá según los diferentes precios. Cuando el precio de la nueva alternativa es P_1 , el costo adicional total es de \$2000 y se generan dos unidades de beneficios en salud adicionales (en este caso AVAC), por lo que la RCEI es $\$2000/2 = \1000 por AVAC ganado. Si se estima que el umbral de costo-efectividad es de \$2000 por AVAC, significa que la nueva intervención generó dos AVAC adicionales; sin embargo, dado que añade \$2000 de costos adicionales por paciente al presupuesto, no será posible financiar alternativas independientes para otras enfermedades y habrá pacientes que perderán beneficios en salud. El umbral de costo-efectividad señala que el costo de oportunidad será ${}^A k^C = \$2000/2000 = 1$ AVAC. Puesto que los AVAC adicionales generados por la nueva intervención son mayores que el costo de oportunidad (2 versus 1 AVAC), la nueva alternativa resulta costo-efectiva para el precio P_1 , que se encuentra por debajo del umbral en el Gráfico 2. Las ganancias que produce la nueva alternativa también pueden expresarse a través de una medida alternativa de costo-efectividad: el beneficio neto en salud (BNS), que se expresa de la siguiente forma:

$$\text{BNS:} \quad \Delta H - \Delta_k \frac{C}{k}$$

Si el BNS es positivo, la nueva alternativa es costo-efectiva comparada con una alternativa mutuamente excluyente.

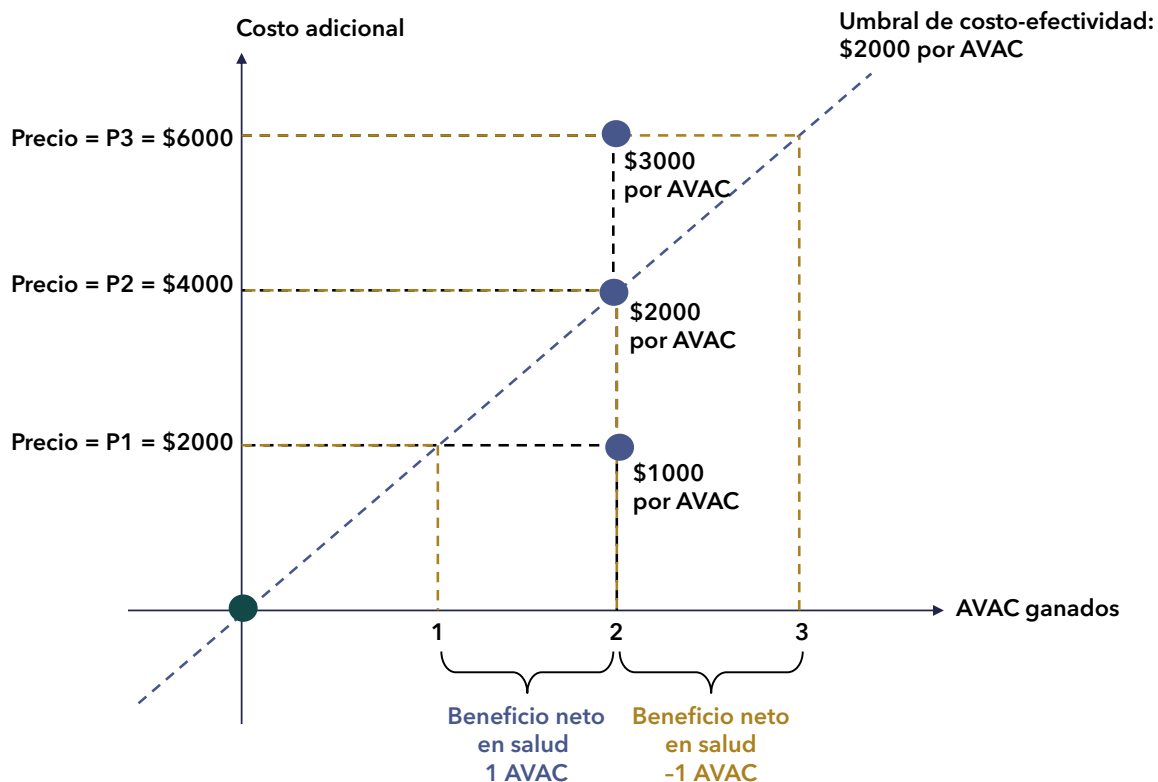
En el Gráfico 2 también se puede observar cómo cambia el BNS a medida que aumenta el precio de la nueva intervención. Para el P2, el costo adicional por paciente aumenta a \$4000, por lo que la RCEI es $\$4000/2 = \2000 , lo que es equivalente al valor del umbral de costo-efectividad. Esto significa que el BNS es igual a $\{2 - \frac{\$4,000}{\$2,000} = 0\}$. Por ende, P2 es el precio máximo que el sistema de salud puede permitirse pagar por la nueva intervención sin incurrir en pérdidas con respecto a la salud de la población; este precio se ha denominado *precio basado en el valor*.¹³ Para el P3, el costo adicional por paciente es de \$6000, lo que significa que la RCEI es de \$3000. Con un umbral de \$2000 por AVAC, el BNS resulta negativo $\{2 - \frac{\$6,000}{\$2,000} = -1\}$, y, por lo tanto, si se financiara la nueva alternativa se producirían pérdidas netas en la salud poblacional. El Gráfico 2 muestra cómo los sistemas de salud podrían considerar los precios máximos de las intervenciones que pueden afrontar. Esto es importante al momento de negociar precios razonables con los fabricantes y también porque permite conocer las implicancias (para la salud neta de la población) que tendría financiar intervenciones con un costo de adquisición muy elevado.

Ejemplo de un ACE con dos alternativas

En países de ingresos bajos y medios se han llevado a cabo numerosos ACE. Un ejemplo de estos es un estudio que se desarrolló para evaluar la costo-efectividad del uso de profilaxis con cotrimoxazol en niños infectados por HIV en Zambia.¹⁴ En este análisis se utilizó un modelo de Markov para calcular los beneficios y costos futuros. El modelo

caracterizó a la progresión de la enfermedad del VIH en función del porcentaje de células CD4-T (CD4%) y tomó las estimaciones de efectividad de un ensayo aleatorizado que mostró una reducción de un 43 por ciento en la mortalidad como resultado del uso de profilaxis con cotrimoxazol. Entre los costos que se tuvieron en cuenta, se incluyeron aquellos relativos al valor del cotrimoxazol y otros medicamentos, las pruebas de diagnóstico y monitoreo, las hospitalizaciones y las visitas ambulatorias. Los resultados en salud se expresaron en términos de AVAC y AVAD, para lo cual se estimaron las ganancias en la duración de la supervivencia esperada en el modelo de Markov y se recopilaron las ponderaciones de la CVRS de otras fuentes publicadas. En el Cuadro 2 se muestran los resultados del caso base del estudio. Estos resultados demuestran que el uso de profilaxis con cotrimoxazol incrementa los costos, pero también mejora los resultados esperados. Los autores de este estudio presentaron RCEI tanto para los AVAC como para los AVAD: \$94 y \$53 por unidad de beneficio adicional, respectivamente.

GRÁFICO 2. La noción del beneficio neto en salud (cuadrante superior derecho del plano de costo-efectividad)



Fuente: Claxton y otros (2008).

CUADRO 2. Resultados del caso base de un ACE realizado para evaluar el uso de profilaxis con cotrimoxazol en niños infectados por VIH en Zambia

	Sin profilaxis	Cotrimoxazol
Costos esperados por paciente (USD 2006)	2032	2158
Resultados esperados por paciente		
AVAC	2,49	3,83
AVAD	-22,74	-20,39
Razón de costo-efectividad incremental (USD 2006)		
AVAC ganados		94
AVAD evitados		53

Fuente: Ryan y otros (2008).

ACE con más de dos alternativas mutuamente excluyentes

En la práctica, generalmente ocurre que existen más de dos alternativas disponibles para un grupo de pacientes determinado. De hecho, en algunas ocasiones hay a disposición un gran número de alternativas, como por ejemplo cuando se evalúan posibles estrategias de diagnóstico en donde se pueden utilizar pruebas individuales o múltiples de muchas maneras, en particular, cuando las opciones de estrategias de diagnóstico ofrecen distintas alternativas de tratamiento. A continuación haremos referencia a los pasos necesarios para determinar la alternativa más costo-efectiva entre más de dos alternativas mutuamente excluyentes utilizando a modo de ejemplo un estudio que tuvo lugar en África subsahariana. Este estudio se llevó a cabo con el objetivo de analizar la costo-efectividad de una prueba de resistencia a medicamentos para evaluar la necesidad de pasar de TAR de primera línea a TAR de segunda línea en pacientes con VIH en este contexto de bajos ingresos.¹⁵ El análisis se basó en un modelo de enfermedades infecciosas que realizó una simulación de la epidemia de VIH en Zimbabue. De las 10 alternativas mutuamente excluyentes que se presentan en el Cuadro 3 había que elegir solo una opción costo-efectiva. Los costos adicionales (en millones de dólares estadounidenses) y los AVAD evitados se calcularon en un período de 10 años y en relación con la práctica estándar que consistía en no realizar seguimiento o administrar TAR de segunda línea (Alternativa A en el cuadro). Los pasos para poder identificar el tratamiento más costo-efectivo son los siguientes:

1. Defina la lista completa de alternativas mutuamente excluyentes de las cuales se debe elegir una única intervención costo-efectiva.

2. Clasifique las alternativas en función de los costos y resultados esperados que estas presentan (en este caso, se utilizó la medida de AVAD evitados).

3. Elimine aquellas intervenciones que supongan costos adicionales y aporten menos resultados en comparación con al menos una de las alternativas (estas son alternativas dominadas y no pueden ser costo-efectivas). En este paso, se eliminaron las alternativas C e I, es decir, ya no se consideraron una opción.

4. En la quinta columna del cuadro se muestran las RCEI para todas las alternativas que no son dominadas. Como se muestra para dos de las alternativas del Cuadro 3, esto implica calcular la razón de los costos adicionales y los AVAD evitados adicionales entre cada alternativa y la siguiente alternativa más costo-efectiva.

5. Identifique las alternativas que no alcanzan a ser costo-efectivas debido a que ofrecen una menor efectividad y tienen RCEI más altas comparadas con otras intervenciones. Por ejemplo, la Alternativa D presenta una RCEI de \$1958 en comparación con la Alternativa B, pero la Alternativa F es más efectiva y tiene una RCEI más baja. Independientemente del valor del umbral de costo-efectividad, no se podría dar preferencia a la Alternativa D en lugar de a la F. Por este motivo, las alternativas D, E y G fueron eliminadas y se las definió como sujetas a dominancia extendida.

6. Determine cuál de las alternativas restantes es la más costo-efectiva. En este caso particular, quedan cinco alternativas: Estas son la A, B, F, H y J. Calcule las RCEI entre estas alternativas en orden ascendente de acuerdo con su efectividad. Por ejemplo, en este estudio se comparó la RCEI de la Alternativa J con la siguiente alternativa restante menos efectiva (Alternativa H):

$$\frac{\$270,600,000 - \$190,400,000}{178,537 - 140,713} = \$2,120.$$

7. Al igual que en los casos en los que se evalúan dos alternativas, la alternativa costo-efectiva depende del umbral de costo-efectividad. Esta sería la alternativa más costo-efectiva con una RCEI que se encuentre por debajo del umbral. Para cualquier umbral menor que \$552 por AVAD evitado, la Alternativa A sería costo-efectiva. Para los umbrales con valores entre \$552 y \$1414 por AVAD evitado, la alternativa B sería costo-efectiva. Para los umbrales con valores entre

\$1415 y \$2103, la Alternativa F sería costo-efectiva. Para los umbrales con valores entre \$2104 y \$2119, la Alternativa H sería costo-efectiva. Para cualquier umbral de \$2120 en adelante, la Alternativa J sería costo-efectiva.

En el Gráfico 3, que corresponde al cuadrante superior derecho del plano de costo-efectividad del primer gráfico, se ilustran estos pasos.

CUADRO 3. Resultados de un análisis de costo-efectividad incremental de más de dos alternativas

Alternativa	Descripción	AVAD	Costos (millones)	RCEI(1)	RCEI(2)	BNS (\$500)	BNS (\$1000)	BNS (\$1500)	BNS (\$2500)
A	Sin segunda línea ni seguimiento	0	\$0,00	—	—	—	—	—	—
B	Seguimiento clínico con confirmación de carga viral	37.673	\$20,80	\$552,12	\$552,12	-3927	16.873	23.806	29.353
C	Seguimiento clínico con confirmación de carga viral y prueba de resistencia	26.983	\$21,30	Dom		-15.617	5683	12.783	18.463
D	Solo seguimiento clínico	45.435	\$36,00	\$1958,26 (ED)	ED	-26.565	9435	21.435	31.035
E	Seguimiento del recuento de CD4 con confirmación de carga viral	91.857	\$116,20	\$1760,67 (ED)	ED	-140.543	-24.343	14.390	45.377
F	Seguimiento del recuento de CD4 con confirmación de carga viral y prueba de resistencial	106.212	\$117,80	\$1415,25	\$1415,25	-129.388	-11.588	27.679	59.092
G	Solo seguimiento del recuento de CD4	111.424	\$159,40	\$7981,58 (ED)	ED	-207.376	-47.976	5157	47.664
H	Seguimiento y confirmación de la carga viral	140.713	\$190,40	\$2104,29	\$2104,29	-240.087	-49.687	13.780	64.553
I	Seguimiento de la carga viral con confirmación de carga viral y prueba de resistencia	139.589	\$191,10	Dom		-242.611	-51.511	12.189	63.149
J	Solo seguimiento de la carga viral	178.537	\$270,60	\$2120,35	\$2120,35	-362.663	-92.063	-1863	70.297

RCEI (1): razón de costo-efectividad incremental (RCEI) incluye aquellas alternativas sujetas a dominancia extendida.

RCEI (2): RCEI tras haber eliminado las alternativas sujetas a dominancia extendida.

BNS: Beneficio neto en salud definido en el apartado 3.1; el número que se encuentra entre paréntesis en el encabezado de la columna indica el umbral de costo-efectividad utilizado para calcular el BNS.

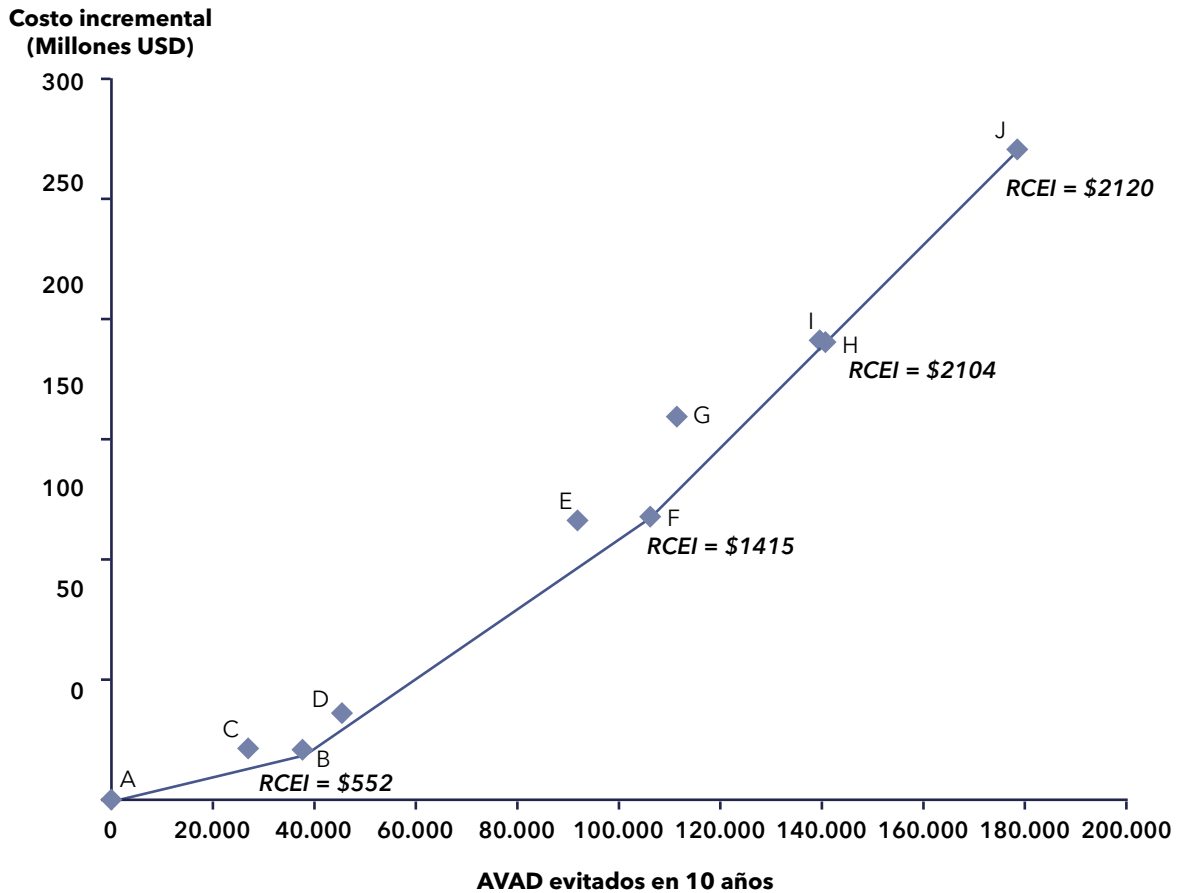
Análisis de pruebas de resistencia a medicamentos para evaluar la necesidad de pasar de TAR de primera línea a segunda línea

En el gráfico se marcan los costos esperados y los AVAD evitados para cada una de las 10 alternativas. Las líneas unen a aquellas alternativas que no están sujetas a dominio o dominio extendido, lo que se conoce como frontera de eficiencia. Como se puede observar en el gráfico, las gradientes que unen las líneas de estas alternativas no dominadas son las RCEI entre ellas.

Al igual que en un análisis de dos intervenciones, estas alternativas se pueden comparar en función de los BNS esperados.

Esto se puede ver en las últimas cuatro columnas del Cuadro 3, en donde se calculó el BNS para los umbrales de costo-efectividad que oscilaban entre \$500 y \$2500 por AVAD evitado. La alternativa costo-efectiva siempre es aquella que presenta el BNS esperado más alto. Por lo tanto, la Alternativa A es costo-efectiva para el umbral de \$500 por AVAD evitado; la Alternativa B, para \$1000 por AVAD evitado; la Alternativa F, para \$1500 por AVAD evitado, y la Alternativa J, para \$2500 por AVAD evitado. Cuando se deben comparar varias alternativas, el BNS (medida que depende del valor del umbral)

GRÁFICO 3. Identificación de la alternativa más costo-efectiva



Nota: Cuadrante superior derecho del plano de costo-efectividad que muestra 10 alternativas para pruebas de resistencia analizadas con el objetivo de proporcionar información para TAR de segunda línea en pacientes con VIH (basado en Philips y otros, 2014). Las referencias alfabéticas de las alternativas se encuentran en el Cuadro 3.

resulta particularmente útil en lugar de calcular las RCEI.

El umbral de costo-efectividad

Es importante destacar que el umbral de costo-efectividad desempeña una función clave en el ACE, dado que, basado en una estimación de la productividad marginal del sistema de salud, evita tener que cuantificar los costos y beneficios de cada intervención viable para cada grupo (o subgrupo) de pacientes y para las distintas escalas de implementación. Cuando se establecen límites en los gastos, a partir de los cuales se deben financiar intervenciones para una variedad de grupos y subgrupos de pacientes, el umbral de costo-efectividad representa un concepto claro: la atención médica a la que deben renunciar otros pacientes cuando se financian otras alternativas en lugar de aquellas que los beneficiarían. Esto se ha descrito como un umbral de costo-efectividad con una perspectiva "del lado de la oferta",¹⁶ puesto que hace referencia a los servicios que el sistema de salud proporciona en la actualidad. Este difiere del enfoque "del lado de la demanda" que ofrece un panorama de cuánto está dispuesta a pagar la sociedad por mejorar la salud (a menudo basado en estimaciones sobre la disposición que tienen los individuos para renunciar al consumo personal con el objetivo de mejorar su salud).¹⁷ Un ejemplo son las directrices de la OMS que sugieren definir al umbral de costo-efectividad, para un país determinado, sobre la base de un múltiplo del producto interno bruto per cápita de ese país (proponiendo múltiplos de entre 1 y 3).¹⁸ Los umbrales con enfoque en la demanda pueden proporcionar información útil para definir presupuestos agregados para la atención en salud financiada mediante recursos públicos (aunque este enfoque puede ser criticado);¹⁹ sin embargo, estas métricas no ofrecen información que ayude a orientar decisiones relacionadas con la asignación de

recursos financieros limitados para respaldar intervenciones que abarquen todos los grupos de pacientes de acuerdo con los fondos disponibles.

Los umbrales de costo-efectividad centrados en la oferta son especialmente importantes porque permiten que los países puedan evaluar los tratamientos de forma individual sin la necesidad de reconsiderar la totalidad del contenido del PBS. No obstante, el desafío para los analistas radica en la escasa disponibilidad de estimaciones empíricas del valor del umbral que reflejen los costos de oportunidad de financiar tratamientos para diferentes niveles de ingresos en distintos países. Este ha sido el caso en países de altos ingresos en donde por muchos años la evidencia sobre la cual se basan los umbrales ha sido muy limitada. Uno de los primeros ejemplos de estimaciones empíricas basadas en costos de oportunidad proviene de un estudio de investigación llevado a cabo en el Reino Unido que buscaba establecer un valor umbral para financiar nuevas intervenciones en el sistema nacional de salud (National Health Service, NHS) en Inglaterra y Gales.²⁰ Utilizando datos rutinarios del NHS, este estudio estimó la relación entre los cambios en los gastos (en general y por área clínica) en los comisionados de salud locales y los cambios en la mortalidad en aquellas áreas clínicas para las cuales se puede cuantificar este resultado. Se obtuvo una estimación del umbral a partir de la evidencia disponible y de hipótesis alternativas sobre cómo se espera que se relacionen los cambios en la mortalidad con los años de vida y los AVAC ganados y cómo esto puede considerarse un sustituto para los AVAC ganados en las áreas clínicas en las que los cambios en los gastos no generan efectos cuantificables en la mortalidad. Esto puede interpretarse como el impacto en la salud asociado a los cambios marginales en el total de los gastos —información necesaria para garantizar una estimación empírica del umbral de costo-efectividad—.

En aquellos países en donde hay un interés por asegurar que los PBS sean consecuentes con el uso

efectivo de los recursos que provienen de los fondos disponibles es una prioridad llevar a cabo investigaciones que permitan estimar los umbrales de costo-efectividad más relevantes. Sobre la base del estudio realizado en el Reino Unido, se propuso una fase preliminar del proceso de estimación para distintas jurisdicciones.²¹ En esta fase se utilizaron las estimaciones del umbral del NHS²² y se ajustaron para poder incorporar las proyecciones de los efectos que producen los cambios en el ingreso nacional sobre la disposición que tienen los individuos de renunciar al consumo de bienes y servicios no relacionados con la atención médica con el objetivo de mejorar su salud. En otras investigaciones se utilizaron estimaciones publicadas de los efectos que tiene la mortalidad sobre el gasto en salud en PIBM, con la finalidad de estimar los umbrales de costo por AVAD en 57 países de ingresos bajos y 64 países de ingresos medios, considerando las características demográficas de cada uno, entre otros aspectos.²³ Los resultados sugieren que probablemente el valor del umbral que representa los costos de oportunidad en salud se encuentra por debajo de 1 PIB per cápita.

Por lo general, las decisiones respecto de si se deben financiar nuevas intervenciones o no se toman por separado (y por diferentes organismos) de aquellas decisiones que corresponden a la desinversión de algún tratamiento —es decir, aquellas decisiones sobre qué intervenciones se deben eliminar o reducir en escala a fin de que se puedan incorporar otras inversiones—. El umbral de costo-efectividad estimado puede ayudar a unificar la toma de ambas de decisiones, puesto que les brinda información a los responsables de decidir si se deben incorporar nuevas intervenciones o no, acerca de las repercusiones que esto podría tener en aquellos pacientes a quienes ya no se les financiarán los tratamientos o servicios que necesitan. En el contexto de la toma de decisiones de un PBS, podría caracterizarse al proceso de lograr un equilibrio entre las inversiones y desinversiones como “una alternativa sí, otra no”. El principio sería

el mismo que se describió de modo más general anteriormente: identificar uno o más candidatos a los que se les podría retirar o reducir fondos para luego invertirlos en una nueva alternativa y, consecuentemente, obtener un incremento general en el BNS. Sin embargo, con este enfoque se corre el riesgo de retirar fondos de intervenciones que son más costo-efectivas que las opciones financiadas actualmente, incluso si estas generan menos ganancias en la salud de la población que las que ofrece la nueva alternativa.²² Por lo tanto, una estimación del umbral de costo-efectividad debería tomarse como una medida del impacto marginal del presupuesto sanitario en la salud de la población para orientar tanto inversiones como desinversiones.

Otras cuestiones analíticas sobre la toma de decisiones

La intención de este capítulo es presentar una introducción a los ACE para orientar la toma de decisiones sobre la asignación de recursos de salud en general y particularmente para aquellas decisiones vinculadas a los PBS. Cuando se lleva a cabo un ACE para respaldar decisiones concretas sobre la asignación de recursos, este debe reflejar las complejidades inevitables y la evidencia disponible de manera que sea consecuente con las características de las decisiones. Estos métodos se han adoptado en varias jurisdicciones; sin embargo, aún existen algunos desafíos para lograr que estas metodologías sean lo más útiles posible para el proceso de toma de decisiones. Los siguientes apartados ofrecen una breve descripción de algunos de estos desafíos y de cómo han evolucionado los ACE en respuesta a estos.

Objetivos y limitaciones más extensos.

En los apartados anteriores se describió al ACE con el objetivo puesto en las ganancias en la salud de la

población y sujeto a una única restricción, aquella relativa a las limitaciones en el presupuesto. La mayoría de los estudios aplicados siguieron este enfoque. En la práctica, existen muchos otros aspectos que resultan relevantes en el contexto de la toma de decisiones, además de los resultados en salud. En principio, es posible incorporar en el ACE una función objetivo más compleja a través de dos pasos de análisis. El primer paso consiste en especificar las compensaciones o “*trade-offs*” que se deben realizar entre los objetivos más relevantes. Por ejemplo, si se considera importante disminuir las desigualdades en salud e incrementar las ganancias en los resultados, sería necesario definir la cantidad de beneficios que se está dispuesto a renunciar a fin de reducir las desigualdades existentes y viceversa. Estas compensaciones se podrían cuantificar de acuerdo con las preferencias del público en general o de los responsables de la toma de decisiones. El segundo paso sería estimar el umbral de costo-efectividad incluyendo esta gama más amplia de objetivos. Al incorporar una intervención más costosa se generan costos de oportunidad con respecto a los beneficios que algunos pacientes (probablemente de otras áreas clínicas) no podrán percibir, es decir, que estos deberán aceptar alternativas menos efectivas, pero menos costosas para que sea posible financiar la nueva intervención. Un punto importante sería caracterizar los beneficios que se perderían al igual que aquellos que se obtendrían con la nueva intervención; por ejemplo, los costos de oportunidad que se presenten podrían acentuar las desigualdades en el sector salud.

El ACE se ha continuado desarrollando con el objetivo de incluir un conjunto más amplio de objetivos, entre los que se pueden mencionar la gravedad,²⁵ la protección financiera,²⁶ y las desigualdades en la salud.²⁷ (En los capítulos 5 y 6 de este libro se analizan estas metodologías más detalladamente). Sin embargo, estos estudios son mayormente conceptuales y hasta el momento existen tan solo unos pocos ejemplos de estudios empíricos que han sido

utilizados para respaldar decisiones reales. Dado el número limitado de umbrales de costo-efectividad estimados de forma correcta, no es de extrañar que sean pocas las ocasiones en las que se ha intentado incorporar una gama de objetivos más amplia en esas estimaciones. En un trabajo empírico sobre umbrales de costo-efectividad llevado a cabo recientemente en el Reino Unido, se estudió la posibilidad de ampliar el alcance para incorporar las nociones de carga de la enfermedad y productividad.²⁸

Por otra parte, existen otros métodos que se han propuesto para introducir un conjunto de objetivos más completo al proceso de toma de decisiones. Una de las metodologías que ha despertado especial interés en los últimos años son los análisis de decisión multicriterio (MCDA, en inglés).²⁹ Estos métodos (que se abordan de forma más detallada en el Capítulo 6) buscan definir una lista completa de los “criterios” que se consideran relevantes para tomar una decisión específica con respecto a la asignación de recursos, establecer un sistema que permita asignar puntuaciones a todas las alternativas posibles para cada criterio e identificar el peso de los criterios para determinar la importancia relativa de cada uno de ellos. Si bien existen distintos enfoques para abordar estos pasos de análisis, en general, los responsables de la toma de decisiones desempeñan un papel importante al momento de definir qué criterios son relevantes, qué sistema de puntuaciones se debería adoptar y qué ponderaciones se deberían utilizar a fin de obtener una puntuación ponderada promedio para cada una de las alternativas que se estén analizando.

Hay muchos ejemplos en donde se han aplicado estos métodos para orientar procesos de toma de decisiones y estos muestran cómo varían las especificaciones establecidas en cada caso. Por ejemplo, en un trabajo realizado por EVIDEM en Canadá, se identificó una serie de atributos que podrían incorporarse al conjunto de beneficios potenciales de las intervenciones; estos son la efectividad, la

tolerabilidad, la conveniencia, el interés de la salud pública, la gravedad de la enfermedad y el tamaño de la población afectada.³⁰ Sin embargo, estas aplicaciones no reflejan de manera explícita las restricciones que podrían dificultar la toma de decisiones, en particular aquellas relacionadas con las limitaciones en los recursos y, por consiguiente, tampoco se consideran explícitamente los costos de oportunidad (que deberían expresarse en función de todos los criterios relevantes para las decisiones). En este caso, estos atributos podrían considerarse como un complemento del ACE en lugar de alternativas a esta.

Mayormente los organismos encargados de tomar decisiones que utilizan ACE lo hacen como parte de un proceso de deliberación. Buscan mejorar los resultados de los análisis con información adicional, incluyendo consideraciones particulares sobre los grupos de pacientes, tales como la rareza de la enfermedad, y considerando los retos que conlleva generar nueva evidencia, como por ejemplo lograr que la medida de beneficio refleje todos los aspectos que se estiman relevantes.³¹ Idealmente, los responsables de tomar decisiones deberían hacer explícitos sus juicios con respecto a estas consideraciones más generales y sobre cómo estas se corresponden con los resultados del ACE. Un aspecto de este proceso podría ser presentar las consecuencias de incorporar criterios adicionales en las estimaciones del ACE relativas a los cambios en la salud de la población. Por ejemplo, si se está evaluando la posibilidad de financiar una alternativa que puede no ser costo-efectiva en términos de resultados en salud, pero que proporciona tratamiento a un grupo de pacientes que no cuenta con otra alternativa terapéutica, se podrían mostrar las implicancias que esto tendría en la salud general de un grupo reducido de la población. Al cuantificar los costos de oportunidad de este modo sería posible optimizar la toma de decisiones y, si la evidencia, los análisis y los debates que llevan a cabo los responsables de tomar estas decisiones son

transparentes, también se podría mejorar la rendición de cuentas.

Como se mencionó anteriormente, las restricciones que los responsables de la toma de decisiones deben tener en cuenta pueden comprender otros aspectos además de las limitaciones en los presupuestos. En algunos casos se pueden considerar restricciones en los recursos humanos, por ejemplo, cuando un sistema de salud no cuenta con personal especializado en campos relevantes, al menos en el corto plazo. Tal como se demostró, incorporar otras limitaciones al ACE a través de modelos matemáticos es un método sencillo, al menos en principio. Otros ejemplos de estos análisis incluyen casos en los que se establece a la equidad como una restricción. Sin embargo, hay pocos ejemplos en los que se haya utilizado la forma más común de ACE para considerar múltiples restricciones. Por lo que desarrollar y utilizar estos métodos constituye una prioridad de investigación.

Un método adecuado para abordar estas cuestiones relativas a las limitaciones es el análisis del “costo de la implementación”.³² Se puede considerar al ACE como una metodología efectiva para estimar el impacto potencial que tiene una alternativa determinada en la salud de la población, por ejemplo. Por otro lado, el impacto *real* dependerá, en parte, de cómo se implemente dicha alternativa en el sistema. Hay numerosos factores que pueden dar cuenta de la diferencia entre la implementación real de la intervención y su inicial potencialidad, como por ejemplo que el personal médico no logre recomendar o adoptar el tratamiento, que los pacientes se rehúsen a utilizarlo o que el sistema de salud no pueda proporcionarlo por problemas financieros o de recursos de capital humano. Estos factores que podrían explicar los bajos niveles de implementación que presenta una intervención costo-efectiva pueden considerarse ejemplos de restricciones que no han sido incluidas en el ACE, ya sea porque se desconocían o porque incorporarlos en el análisis de manera formal no se

consideraba factible. Esta diferencia entre el impacto *potencial* y real que tendría, y eventualmente tiene, una intervención en la salud de la población se conoce como el *costo de la implementación perfecta*. Este indica el gasto máximo que el sistema de salud puede pagar para incrementar la implementación de un tratamiento a fin de que esta sea costo-efectiva, es decir, que puede mostrar cuánto más habría que invertir en esta intervención para evitar que su implementación sea limitada y para que continúe siendo costo-efectiva una vez que se alcance este objetivo. Esta información puede orientar a los responsables de la toma de decisiones sobre cómo se podría proceder para incrementar la implementación de un tratamiento.

Una posibilidad es invertir en innovación para promover la implementación y que esto contribuya a solucionar problemas del lado de la oferta (p. ej., proporcionar fondos para contratar personal adicional que preste el servicio o para capacitar al personal ya existente), resolver problemas relacionados con la demanda (p. ej., brindar financiamiento para que los pacientes puedan dirigirse al establecimiento de salud y recibir el tratamiento) y fortalecer el sistema de salud en términos más generales. Esta estrategia también podría incluir un ACE de ciertas intervenciones de implementación (de forma individual o en conjunto). Por ejemplo, Paul Revill y colegas utilizaron un enfoque basado en el costo de implementación con el objetivo de informar el costo que supondría mejorar la cadena de suministro de medicamentos, específicamente la de profilaxis con cotrimoxazol para niños y niñas con VIH.³³ Este estudio mostró una forma de abordar el desafío de anticipar todas las restricciones que enfrentan los sistemas de salud al momento de iniciar un ACE. Asimismo, proporcionó un modo de conectar la evaluación económica de las intervenciones con la investigación de la estructura, financiación y organización de los sistemas de salud, que constituyen áreas de investigación que se desarrollaron de manera independiente.

Cuantificar la incertidumbre para orientar la toma de decisiones

Para orientar la toma de decisiones es indispensable que el ACE refleje la inevitable incertidumbre que se presenta al estimar el impacto que tendrá una alternativa en la salud de la población. Esta incertidumbre puede estar relacionada con la evidencia utilizada para el análisis: por ejemplo, los riesgos propios de ciertos eventos clínicos, el efecto que tienen distintas alternativas sobre estos riesgos, los costos de las intervenciones y del manejo de los eventos clínicos que se quieren prevenir, el impacto de estos eventos en la CVRS de los pacientes y las implicancias sobre el pronóstico a largo plazo de dichos eventos. Por lo general, esta información se obtiene a partir de estudios primarios, tales como ensayos aleatorizados y distintos tipos de investigaciones observacionales, y también de fuentes secundarias. No obstante, la evidencia es incierta por naturaleza, debido a factores tales como la incertidumbre en el muestreo y el riesgo de posibles sesgos; en su conjunto se puede denominar a estos factores como *incertidumbre en los parámetros*.³⁴ También existe incertidumbre al interpretar cómo encaja la evidencia. Esto recibe el nombre de *incertidumbre estructural*, que se ve reflejada en los supuestos inherentes a todo análisis, como por ejemplo cuando se estima por cuánto tiempo un tratamiento continúa siendo efectivo o qué sucede cuando un paciente termina su tratamiento.

Una herramienta que se utiliza comúnmente para evaluar las implicancias de la incertidumbre son los análisis de sensibilidad. Esto se ha realizado, a menudo, modificando el valor de un parámetro específico para determinar su incertidumbre y observar cómo varía la RCEI o el BNS. Por otra parte, un análisis de incertidumbre más minucioso consideraría las implicancias de todas las formas de incertidumbre en su conjunto. Utilizando un método conocido como análisis de sensibilidad probabilístico, se puede informar a los responsables de la toma de decisiones

acerca de las probabilidades que existen de que una alternativa mutuamente excluyente para un grupo de pacientes determinado sea costo-efectiva.³⁵ Este análisis puede emplearse para mostrar la incertidumbre en la decisión: las probabilidades de que una decisión determinada (p. ej., implementar la Alternativa B en lugar de continuar con la Alternativa A como en el Gráfico 2) sea la decisión equivocada. También se pueden presentar las implicancias de adoptar una decisión equivocada en función de los costos de los recursos desperdiciados o de la salud de la población a la que se ha renunciado. Si se decide financiar una alternativa que en realidad no es costo-efectiva o no financiar una que sí lo es, se vería una disminución en la salud global de la población, a diferencia de lo que ocurriría si las decisiones se basaran en información perfecta. Las probabilidades de que una decisión sea equivocada y las consecuencias que esta tendría pueden denominarse conjuntamente como el *costo esperado de la incertidumbre*, es decir, el costo que los responsables de las decisiones enfrentan como resultado de las limitaciones existentes en la evidencia disponible y su comprensión. Este costo ofrece un indicio del valor máximo que los responsables de la toma de decisiones deberían otorgar a reducir el nivel de incertidumbre (con el objetivo de mejorar la evidencia y la comprensión) mediante análisis adicionales.³⁶ Algunos métodos conocidos como el “análisis del valor de la información” amplían esto para asignar un valor (en función de los recursos financieros o de la salud de la población) a ciertos estudios de investigación.³⁷

Además de proporcionar información a los encargados de tomar decisiones sobre si conviene o no adoptar una alternativa según los estudios disponibles, un ACE acompañado de un análisis de incertidumbre adecuado permite orientar la toma de decisiones de modo tal que estas sean más específicas, como por ejemplo implementar una alternativa solo en el contexto de una investigación activa,

adoptar una alternativa para un grupo de pacientes pero llevando a cabo estudios adicionales, o cualquiera de estas opciones pero modificando el precio que el sistema paga por una tecnología registrada.³⁸ A pesar de haber descrito este marco de utilización de la incertidumbre para fundamentar una gama más amplia de opciones de decisión, su aplicación en procesos de toma de decisiones actuales aún es limitado. Comprender cómo interactúa el valor de una intervención con el valor de realizar nuevos estudios para reducir la incertidumbre, y a su vez plasmar esta comprensión en la toma de decisiones, son una fuente de información que aún no se ha explotado en los procesos de toma de decisiones sobre asignación de recursos.

Conclusiones

En muchos países de ingresos bajos y medios, el PBS constituye un componente central del plan estratégico general para el sector de la salud. Este plan estratégico normalmente se diseña para implementarse a mediano plazo, a menudo en un período de alrededor de cinco años y tiene por objetivo orientar las actividades de la autoridad pública en salud (usualmente el Ministerio de Salud) y las de sus socios más cercanos, entre ellos donantes bilaterales y multilaterales y proveedores de salud sin fines de lucro. El PBS determina qué intervenciones tienen prioridad de financiación. Malawi es un país que cuenta con un PBS —Plan Esencial de Beneficios en Salud (Essential Healthcare Package, EHP)— desde 2004. En el Recuadro 2 se describe en detalle su experiencia al respecto.

Uno de los desafíos que se presentan al utilizar ACE para apoyar decisiones en PIBM, como el caso de Malawi, es que en muchos países el número de analistas que se encuentran disponibles para llevar a cabo este tipo de tareas es limitado. Por esto mismo,

es una prioridad a nivel internacional intentar solucionar este problema a través de instancias de capacitación y educación. Se han realizado esfuerzos por desarrollar métodos que proporcionen estimaciones de costo-efectividad generalizables.³⁹ El proyecto Prioridades para el Control de Enfermedades ha intentado generar estimaciones de “buenas inversiones” en PIBM para varias intervenciones y áreas de enfermedades.⁴⁰ No obstante, un punto fundamental es cómo se podría ayudar a los países a que puedan aplicar, interpretar y adaptar este tipo de evidencia según las particularidades de cada contexto y así poder utilizarla en sus procesos de toma de decisiones. Es importante entender al ACE como un marco para la estructuración y orientación de estos procesos, trabajando estrechamente con los responsables de la toma de decisiones y políticas, en lugar de utilizar esta herramienta únicamente como un procedimiento técnico que determina qué decisiones adoptar. El Caso de Referencia Internacional (International Reference Case) desarrollado recientemente para la evaluación económica hace hincapié en la importancia de adherirse a los principios del ACE para orientar decisiones, incluso cuando los recursos analíticos y de tiempo sean escasos.⁴¹

En este capítulo se presentaron los elementos claves de los métodos de ACE y también se consideraron los avances futuros que podrían mejorar la utilidad de esta herramienta en los procesos de toma de decisiones. Entre estos avances se pueden mencionar la investigación empírica para cuantificar el umbral de costo-efectividad en representación de los costos de oportunidad, las estrategias para mejorar la salud de la población a través de la incorporación de otros objetivos al ACE, los análisis del costo de la implementación y los análisis de incertidumbre. Asimismo, otros avances en los ACE podrían ayudar a que los responsables de la toma de decisiones puedan utilizar este instrumento para orientar decisiones en torno al contenido de los PBS. Estos incluyen

métodos tales como sintetizar redes de evidencia complejas que provengan de varias fuentes diferentes,⁴² desarrollar modelos analíticos para la toma de decisiones como una herramienta del ACE que permita relacionar toda la información disponible con las características específicas de una decisión determinada⁴³ y desarrollar métodos mejorados para la medición y valoración de la CVRS de modo tal que sean compatibles con los ACE.⁴⁴

Hay ciertas consideraciones que deben tenerse en cuenta cuando se utilizan ACE para poblar PBS. Los métodos de ACE estándar se desarrollaron principalmente para fundamentar decisiones en los casos en los que ya existiese un conjunto establecido de intervenciones financiadas, generalmente para evaluar si resulta conveniente seguir invirtiendo en un tratamiento dado o retirar los fondos asignados a este y, de ser así, estimar cuáles serían los costos de oportunidad. Estas decisiones podrían significar realizar inversiones marginales en intervenciones adicionales para grupos de pacientes que no se encuentren bajo cobertura o evaluar la financiación de alternativas potencialmente más efectivas para aquellos grupos de pacientes que ya cuenten con otras intervenciones incluidas en la lista. Este contexto es similar a cuando se utilizan ACE para orientar decisiones sobre la adopción de nuevas tecnologías médicas (por lo general, de productos farmacéuticos comerciales) en países de altos ingresos.

RECUADRO 2. Diseño de un PBS en el mundo real: El Plan Esencial de Beneficios en Salud de Malawi

El objetivo inicial del plan de beneficios Essential Healthcare Package (EHP) que se impulsó en 2004 en Malawi fue identificar las intervenciones para financiación que fueran más costo-efectivas y que estuvieran orientadas a tratar las enfermedades con mayor carga global para luego brindar las intervenciones seleccionadas de forma gratuita a la población, sin imponer tarifas a los usuarios. El Ministerio de Salud de Malawi y sus socios para el desarrollo acordaron proporcionar este plan de beneficios mediante un Enfoque Sectorial Amplio colaborativo, que también comprendía la combinación de algunos de sus fondos para crear una cuenta común.

En 2011, se actualizó y extendió el plan con el objetivo de incluir nuevas intervenciones. Cameron Bowie y Takondwa Mwase hallaron que 33 de las 55 intervenciones incluidas en el plan se hallaban por debajo de un umbral de costo-efectividad recomendado a nivel internacional de \$150 por AVAD evitado (esto es, se considerarían “costo-efectivas” si este fuera el umbral de costo-efectividad apropiado).^a Sin embargo, varias intervenciones incluidas en el plan presentaban una RCEI por encima de este nivel y otras intervenciones excluidas tenían una RCEI por debajo de \$150. En general, la carga de la enfermedad pareció ser un factor al menos igual de importante que la costo-efectividad para la selección de las intervenciones que se incluirían en el plan.

La experiencia de Malawi expuso algunos de los tantos desafíos que implica desarrollar un PBS. En primer lugar, el plazo que se dispuso para el desarrollo del plan fue limitado. Este tenía que estar listo antes del HSSP, aunque de haber contado con más tiempo hubiese sido posible desarrollar el plan ideal. Por otra parte, la evidencia en la que se basó la costo-efectividad de las intervenciones fue bastante escasa. En este caso, se utilizó una fuente de estimaciones de RCEI^b y no se derivaron estimaciones específicamente para Malawi. Otro aspecto significativo fue el hecho de que no se establecieron de manera clara los criterios del EHP ni tampoco se definiera con precisión la validez de algunos factores relevantes para la asignación de recursos, tales como la carga de la enfermedad. Tampoco se consideró un plan explícito sobre cómo evolucionaría el EHP en función de los cambios que se produjeran en la evidencia sobre costo-efectividad y en los insumos más significativos, como por ejemplo los precios.

Desde su inicio en 2004 y en sus posteriores actualizaciones, surge el interrogante con respecto al rol que debería desempeñar el EHP en la producción de ingresos para el sector de la salud en lugar de solo cumplir la función de informar la asignación de recursos. Desde 2001, el EHP se expandió y su costo aumentó de \$17,53 por persona y por año (pp/pa) a \$44 pp/pa en 2011 –un crecimiento muy por encima de cualquier otro en los recursos disponibles, que pasaron de <\$5 a \$14,5 pp/pa para “todas” las funciones del sistema de salud, incluyendo la gestión y el fortalecimiento del sistema además de la financiación directa de las intervenciones—.^c Uno de los motivos que se contempla en la adopción de un plan de beneficios amplio es la posibilidad de que este genere recursos. Sin embargo, al intentar adoptar un PBS sin financiación total es muy probable que se contraigan altos costos de oportunidad si este factor conlleva a que no se implementen aquellas intervenciones de mayor valor terapéutico. Actualmente, el Ministerio de Salud de Malawi está revisando su plan de beneficios una vez más y debe enfrentarse al desafío de encontrar la mejor forma de asignar los escasos recursos que tiene a disposición y al mismo tiempo incrementarlos para poder obtener ganancias en la salud de la población.

a. Bowie y Mwase (2011).

b. Jamison y otros (2006).

c. Phoya y otros (2014).

Estos métodos también son útiles para analizar qué intervenciones ya no resultan costo-efectivas y determinar si es conveniente dejar de invertir en ellas y destinar ese margen financiero a nuevas actividades.

Asimismo, los ACE también pueden aplicarse para guiar decisiones en torno a la elaboración y desarrollo de PBS cuando ninguna de las alternativas existentes recibe financiación. El enfoque de modelación matemática para el ACE que se describió más arriba en este capítulo resulta muy apropiado cuando se deben tomar este tipo de decisiones, dado que permite identificar de manera simultánea a todas las alternativas mutuamente excluyentes para toda una gama de grupos de pacientes, siendo consecuentes con la intención de alcanzar el máximo de un objetivo determinado sujeto a una serie de restricciones específicas. Tal como se mencionó anteriormente, el desafío que supone el uso formal de estos métodos es contar con los datos necesarios sobre los costos y beneficios de todas las alternativas que podrían formar parte del plan. Por el contrario, la implementación simple del ACE implicaría estimar el umbral de costo-efectividad y financiar la alternativa más efectiva para cada grupo de pacientes relevante que tenga una RCEI por debajo del umbral estimado. El problema en este caso es que estas decisiones ya no son marginales, debido a que podrían comprometer una gran parte del presupuesto. Dado que las decisiones se toman en relación con lo que se debería incluir en el PBS, la estimación del umbral irá cambiando. En este sentido, a menos que las decisiones reflejen la naturaleza endógena del umbral, no será posible garantizar que se respete la restricción presupuestaria.

Estos desafíos plantean la necesidad de aplicar un enfoque más híbrido al utilizar ACE, que no genere simples listas, sino que contribuya al desarrollo de un proceso deliberativo para la toma de decisiones. Utilizar una estimación del umbral de costo-efectividad actual que refleje el PBS ya existente podría ser

un punto de partida para evaluar si ciertas alternativas son candidatas posibles para el nuevo plan. Esto no debe realizarse de manera determinista, pero sí se podrían considerar de poca prioridad a aquellos tratamientos que presenten una RCEI muy por encima del umbral existente. El análisis entonces se enfocaría en modelar distintos escenarios para identificar qué intervenciones generarían las mayores ganancias en la salud (en términos de AVAD evitados, por ejemplo) según el presupuesto establecido. En este caso, el foco de atención serían los costos absolutos y los resultados en salud de las intervenciones en lugar de las RCEI. Para esto, se debería crear una serie de escenarios a partir de supuestos simples, como por ejemplo que no hubiese restricciones para ofrecer intervenciones a los grupos de pacientes más importantes o para la utilización de los servicios, y que las ganancias en salud sean el único objetivo de interés relevante. Posteriormente, se podrían modificar estos escenarios de modo tal que reflejen las complejidades del sistema y abarquen otros objetivos políticos. Por ejemplo, se podrían modelar escenarios que consideren las ganancias en salud que no se percibirían a causa de distintas limitaciones del lado de la oferta o la demanda, como el caso hipotético en el que un conjunto de intervenciones determinado solo llega al 50 por ciento del grupo de pacientes objetivo. Estos modelos pueden brindar información acerca del valor de algunas iniciativas políticas para flexibilizar ciertas restricciones o reforzar el sistema. También podrían crearse escenarios para analizar la incorporación de otros objetivos políticos, tales como la protección financiera. Estos escenarios permitirían evaluar las pérdidas que se producirían en la salud si se incluyeran en el plan intervenciones que aportaran ganancias modestas, pero que a su vez ofrecieran una protección financiera significativa. Las respuestas que este tipo de análisis ofrece a los responsables de la toma de decisiones no son definitivas, aun así les proporcionan información valiosa

acerca de los beneficios esperados y los costos de oportunidad de distintas configuraciones del PBS, lo que les permitirá orientar y respaldar sus decisiones. Uno de los primeros casos en los que se aplicaron estos métodos para informar decisiones sobre un PBS tuvo lugar recientemente en Malawi.⁴⁵

En cuanto al desarrollo futuro de los métodos de ACE, es posible identificar algunas prioridades para su uso específico en el proceso de toma de decisiones de un PBS en PIBM. En primer lugar, más allá de si se utiliza o no un ACE, para toda decisión relacionada con la asignación de recursos limitados a intervenciones o programas de la salud es necesario estimar los costos de oportunidad, es decir, los beneficios que se perderían si se financiara una determinada alternativa en lugar de destinar esos fondos a otras intervenciones. En el ACE práctico que se describió en este capítulo, esta medida de costos de oportunidad está representada por el umbral de costo-efectividad: la RCEI máxima aceptable. Sin embargo, solo unos pocos países cuentan con estimaciones empíricas de este umbral. A pesar de que se están llevando a cabo algunos trabajos empíricos, es necesario desarrollar un programa de investigación significativo en esta área. Una segunda prioridad de investigación hace referencia a las limitaciones en los sistemas de salud de los PIBM, distintas de aquellas relacionadas con los recursos financieros. Esta prioridad se centra particularmente en el desarrollo de métodos que permitan incorporar estas limitaciones adicionales en el ACE de manera más formal. Asumiendo que es posible identificar y cuantificar estas limitaciones, pueden incorporarse a los modelos matemáticos fácilmente y luego también podrían integrarse al método de ACE más comúnmente utilizado. Un punto de partida para llevar a cabo este proceso podrían ser los métodos de análisis de implementación ya mencionados. La tercera y última prioridad hace referencia a la amplitud del área de la evidencia —las estimaciones de casos clínicos y

epidemiológicos, y de la utilización de recursos que inciden en los ACE—. No hay suficiente evidencia apropiada para llevar a cabo ACE en todas las jurisdicciones. Esta falta de datos se da especialmente en PIBM y es probable que continúe siendo así. Por esto, es necesario contar con mejores métodos para hacer un uso más eficiente de la evidencia disponible y para que sea posible generalizar la evidencia obtenida en algunos contextos con el fin de orientar procesos de toma de decisiones en otros países o entornos.

Referencias

- Asaria, Miqdad, Susan Griffin, and Richard Cookson. 2016. “Distributional Cost-Effectiveness Analysis: A Tutorial.” *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making* 36 (1): 8-19. doi:10.1177/0272989X15583266.
- Baker, R., I. Bateman, C. Donaldson, M. Jones-Lee, E. Lancsar, G. Loomes, H. Mason, et al. 2010. “Weighting and Valuing Quality-Adjusted Life-Years Using Stated Preference Methods: Preliminary Results from the Social Value of a QALY Project.” *Health Technology Assessment* 14 (27): 1–162. doi:10.3310/hta14270.
- Baltussen, Rob, and Louis Niessen. 2006. “Priority Setting of Health Interventions: The Need for Multi-Criteria Decision Analysis.” *Cost Effectiveness and Resource Allocation: C/E* 4: 14. doi:10.1186/1478-7547-4-14.
- Birch, Stephen, and Cam Donaldson. 1987. “Applications of Cost-Benefit Analysis to Health Care: Departures from Welfare Economic Theory.” *Journal of Health Economics* 6 (3): 211–25. doi:10.1016/0167-6296(87)90009-9.
- Bowie, Cameron, and Takondwa Mwase. 2011. “Assessing the Use of an Essential Health Package in a Sector Wide Approach in Malawi.” *Health Research Policy and Systems* 9: 4. doi:10.1186/1478-4505-9-4.
- Brazier, John, Julie Ratcliffe, Aki Tsuchiya, and Joshua Salomon. 2017. *Measuring and Valuing Health Benefits for Economic Evaluation*. Oxford: Oxford University Press.

- Briggs, Andrew H., Karl Claxton, and Mark J. Sculpher. 2006. *Decision Modelling for Health Economic Evaluation*. Oxford: Oxford University Press.
- Briggs, Andrew H., Milton C. Weinstein, Elisabeth A. Fenwick, Jonathan Karnon, Mark J. Sculpher, and David Paltiel. 2012. "Model Parameter Estimation and Uncertainty: A Report of the ISPOR-SMDM Modeling Good Research Practices Task Force-6." *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 15 (6): 835–42. doi:10.1016/j.jval.2012.04.014.
- Centre for Reviews and Dissemination, ed. 2009. *CRD's Guidance for Undertaking Reviews in Healthcare*, 3rd ed. York, UK: University of York NHS Centre for Reviews and Dissemination.
- Claxton, Karl, Andrew Briggs, Martin J. Buxton, Anthony J. Culyer, Christopher McCabe, Simon Walker, and Mark J. Sculpher. 2008. "Value Based Pricing for NHS Drugs: An Opportunity Not to Be Missed?" *BMJ* 336:251–54. doi:10.1136/bmj.39434.500185.25.
- Claxton, K., S. Palmer, L. Longworth, L. Bojke, S. Griffin, C. McKenna, M. Soares, E. Spackman, and J. Youn. 2012. "Informing a Decision Framework for When NICE Should Recommend the Use of Health Technologies Only in the Context of an Appropriately Designed Programme of Evidence Development." *Health Technology Assessment* 16 (46): 1–323. doi:10.3310/hta16460.
- Claxton, Karl, Steve Martin, Marta Soares, Nigel Rice, Eldon Spackman, Sebastian Hinde, Nancy Devlin, et al. 2015. "Methods for the Estimation of the National Institute for Health and Care Excellence Cost-Effectiveness Threshold." *Health Technology Assessment* 19 (14): 1–504. doi:10.3310/hta19140.
- Claxton, Karl, Mark Sculpher, Stephen Palmer, and Anthony J. Culyer. 2015. "Causes for Concern: Is NICE Failing to Uphold Its Responsibilities to All NHS Patients?" *Health Economics* 24 (1): 1-7. doi:10.1002/hec.3130.
- Cleary, Susan, Gavin Mooney, and Di McIntyre. 2010. "Equity and Efficiency in HIV-Treatment in South Africa: The Contribution of Mathematical Programming to Priority Setting." *Health Economics* 19 (10): 1166–80. doi:10.1002/hec.1542.
- Culyer, Anthony J., and Jonathan Lomas. 2012. "Deliberative Processes and Evidence-Informed Decision Making in Healthcare: Do They Work and How Might We Know?" In *The Humble Economist: Tony Culyer on Health, Health Care and Social Decision Making*, edited by Richard Cookson and Karl Claxton (London and York: University of York Centre for Health Economics), 283–300.
- Drummond, Michael F., Mark J. Sculpher, Karl Claxton, Greg L. Stoddart, and George W. Torrence. 2015. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 4th ed. Oxford: Oxford University Press.
- Epstein, David M., Zaid Chalabi, Karl Claxton, and Markz Sculpher. 2007. "Efficiency, Equity, and Budgetary Policies: Informing Decisions Using Mathematical Programming." *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making* 27 (2): 128–37. doi:10.1177/0272989X06297396.
- Evans, David B., Tessa Tan-Torres Edejer, Taghreed Adam, and Stephen S. Lim. 2005. "Methods to Assess the Costs and Health Effects of Interventions for Improving Health in Developing Countries." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 331 (7525): 1137-40. doi:10.1136/bmj.331.7525.1137.
- Feldstein, M. S., M. A. Piot, and T. K. Sundaresan. 1973. "Resource Allocation Model for Public Health Planning: A Case Study of Tuberculosis Control." *Bulletin of the World Health Organization* 48 Suppl: 5-110.
- Fenwick, Elisabeth, Karl Claxton, and Mark Sculpher. 2008. "The Value of Implementation and the Value of Information: Combined and Uneven Development." *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making* 28 (1): 21–32. doi:10.1177/0272989X07308751.
- Goetghebeur, Mireille M., Monika Wagner, Hanane Khoury, Randy J. Levitt, Lonny J. Erickson, and Donna Rindress. 2008. "Evidence and Value: Impact on DEcisionMaking—The EVIDEM Framework and Potential Applications." *BMC Health Services Research* 8: 270. doi:10.1186/1472-6963-8-270.
- Goetghebeur, Mireille M., Monika Wagner, Hanane Khoury, Donna Rindress, Jean-Pierre Grégoire, and Cheri Deal. 2010. "Combining Multicriteria Decision Analysis, Ethics and Health Technology Assessment: Applying the EVIDEM Decisionmaking Framework to Growth Hormone for Turner Syndrome Patients." *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 8 (1): 4. doi:10.1186/1478-7547-8-4.
- Jamison, Dean T., Joel G. Breman, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, et al. 2006. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed.

- Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development/ World Bank.
- Jamison, Dean T., Lawrence H. Summers, George Alleyne, Kenneth J. Arrow, Seth Berkley, Agnes Binagwaho, Flavia Bustreo, et al. 2013. "Supplement to: Global Health 2035: A World Converging within a Generation." *The Lancet* 382 (9908): 1898-1955. doi:10.1016/S0140-6736(13)62105-4.
- McKenna, Claire, Zaid Chalabi, David Epstein, and Karl Claxton. 2010. "Budgetary Policies and Available Actions: A Generalisation of Decision Rules for Allocation and Research Decisions." *Journal of Health Economics* 29 (1): 170-81. doi:10.1016/j.jhealeco.2009.11.005.
- Ochalek, Jessica, Karl Claxton, Paul Revill, Mark Sculpher, and Alex Rollinger. 2016. "Supporting the Development of an Essential Health Package: Principles and Initial Assessment for Malawi." Research Paper 136. York, UK: Centre for Health Economics, University of York. https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP136_EHP_Malawi_interventions.pdf.
- Ochalek, Jessica, James Lomas, and Karl Claxton. 2015. "Cost per DALY Averted Thresholds for Low- and Middle-Income Countries: Evidence from Cross Country Data." Working Paper. York, UK: Centre for Health Economics, University of York. <http://econpapers.repec.org/paper/chyrespap/122cherp.htm>.
- Phillips, Andrew, Valentina Cambiano, Fumiyo Nakagawa, Trevor Magubu, Alec Miners, Debbie Ford, Deenan Pillay, et al. 2014. "Cost-Effectiveness of HIV Drug Resistance Testing to Inform Switching to Second Line Antiretroviral Therapy in Low Income Settings." *PLOS ONE* 9 (10): e109148. doi:10.1371/journal.pone.0109148.
- Phoya, Ann, Trish Araru, Rabson Kachala, John Chizonga, and Cameron Bowie. 2014. "Setting Strategic Health Sector Priorities in Malawi." *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 3rd Edition, Working Paper #9, August 29. Seattle: Department of Global Health, University of Washington.
- Revill, Paul A., Simon Walker, Trevor Mabugu, Kusum J. Nathoo, Peter Mugenyi, Adeodata Kekitinwa, Paula Munderi, et al. 2015. "Opportunities for Improving the Efficiency of Paediatric HIV Treatment Programmes." *AIDS* 29 (2): 201-10. doi:10.1097/QAD.0000000000000518.
- Ryan, Máirín, Susan Griffin, Bona Chitah, A. Sarah Walker, Veronica Mulenga, Donald Kalolo, Neil Hawkins, et al. 2008. "The Cost-Effectiveness of Cotrimoxazole Prophylaxis in HIV-Infected Children in Zambia." *AIDS* 22 (6): 749-57. doi:10.1097/QAD.0b013e3282f43519.
- Sachs, Jeffrey, and World Health Organization (WHO), eds. 2001. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development; Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva: WHO.
- Sculpher, Mark J., F. S. Pang, Andrea Manca, M. F. Drummond, Su Golder, H. Urdahl, Linda M. Davies, and Alison J. Eastwood. 2004. "Generalisability in Economic Evaluation Studies in Healthcare: A Review and Case Studies." *Health Technology Assessment* 8 (49): iii-iv, 1-192. doi:10.3310/hta8490.
- Sculpher, Mark J., Karl Claxton, Mike Drummond, and Chris McCabe. 2006. "Whither Trial-Based Economic Evaluation for Health Care Decision Making?" *Health Economics* 15 (7): 677-87. doi:10.1002/hec.1093.
- Stinnett, Aaron A., and David Paltiel. 1996. "Mathematical Programming for the Efficient Allocation of Health Care Resources." *Journal of Health Economics* 15 (5): 641-53. doi:10.1016/s0167-6296(96)00493-6.
- Verguet, Stéphane, Ramanan Laxminarayan, and Dean T. Jamison. 2015. "Universal Public Finance of Tuberculosis Treatment in India: An Extended Cost- Effectiveness Analysis." *Health Economics* 24 (3): 318-32. doi:10.1002/hec.3019.
- Welton, Nicky J., Alexander J. Sutton, Nicola Cooper, Keith R. Abrams, and A.E. Ades, eds. 2012. *Evidence Synthesis for Decision Making in Healthcare*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Wilkinson, Thomas, Mark J. Sculpher, Karl Claxton, Paul Revill, Andrew Briggs, John A. Cairns, Yot Teerawattananon, et al. 2016. "The International Decision Support Initiative Reference Case for Economic Evaluation: An Aid to Thought." *Value in Health* 19 (8): 921-28. doi:10.1016/j.jval.2016.04.015.
- Williams, Alan. 1992. "Cost-Effectiveness Analysis: Is It Ethical?" *Journal of Medical Ethics* 18 (1): 7-11.
- Woods, Beth, Paul Revill, Mark Sculpher, and Karl Claxton. 2016. "Country-Level Cost-Effectiveness Thresholds: Initial Estimates and the Need for Further Research." *Value in Health* 19 (8): 929-35. doi:10.1016/j.jval.2016.02.017.

Notas finales

1. Williams (1992).
2. Drummond and others (2015).
3. Centre for Reviews and Dissemination (2009).
4. Sculpher and others (2006).
5. Briggs, Claxton, and Sculpher (2006).
6. Evans and others (2005).
7. Sculpher and others (2004).
8. Feldstein, Piot, and Sundaresan (1973).
9. Birch and Donaldson (1987); Stinnett and Paltiel (1996); and Epstein and others (2007).
10. Cleary, Mooney y McIntyre (2010).
11. Stinnett and Paltiel (1996), and Epstein and others (2007).
12. McKenna and others (2010).
13. Claxton y otros (2008).
14. Ryan y otros (2008).
15. Phillips and others (2014).
16. Woods and others (2016).
17. Ibid.
18. Jamison and others (2013); and Sachs and WHO (2001).
19. Drummond and others (2015).
20. Claxton, Martin, and others (2015).
21. Woods and others (2016).
22. Claxton, Martin, and others (2015).
23. Ochalek, Lomas, and Claxton (2015).
24. Drummond and others (2015).
25. Baker and others (2010).
26. Verguet, Laxminarayan, and Jamison (2015).
27. Asaria, Griffin, and Cookson (2016).
28. Claxton, Sculpher, and others (2015).
29. Baltussen and Niessen (2006).
30. Goetghebeur and others (2008, 2010).
31. Culyer and Lomas (2012).
32. Fenwick, Claxton, and Sculpher (2008).
33. Revill and others (2015).
34. Briggs and others (2012).
35. Briggs, Claxton, and Sculpher (2006).
36. Drummond and others (2015).
37. Briggs, Claxton, and Sculpher (2006).
38. Claxton y otros (2012).
39. Evans and others (2005).
40. Jamison and others (2006).
41. Wilkinson and others (2016).
42. Welton and others (2012).
43. Briggs, Claxton, and Sculpher (2006).
44. Brazier and others (2007).
45. Ochalek, Claxton, Revill, Sculpher and Rollinger (2016).

CAPÍTULO 5

Beneficios más allá de la salud

Evaluar la protección de riesgos financieros y la equidad a partir del análisis extendido de costo-efectividad

Stéphane Verguet

Dean T. Jamison

En pocas palabras: El análisis extendido de costo-efectividad permite medir la equidad y los impactos que tienen las políticas sanitarias en distintos aspectos no relacionados con la salud, tales como la protección de riesgos financieros.

En los procesos de toma de decisiones y en la priorización de las políticas de salud, se suelen considerar múltiples criterios.¹ Entre ellos, por ejemplo, se incluyen algunas compensaciones o “*trade-offs*” entre eficiencia y equidad que desde hace varios años constituyen aspectos importantes para el tratamiento y prevención del VIH/SIDA.² Cabe destacar que se han propuesto varios marcos matemáticos, incluida la modelación matemática, para incorporar

el criterio de equidad a la asignación de recursos en el sector público.³

La protección de riesgos financieros asociada a los gastos en salud se ha convertido en un elemento fundamental de las estrategias nacionales de salud en muchos países de ingresos bajos y medios (PIBM). En los *Informes sobre la salud en el mundo 1999 y 2000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)* se incorporó al acceso a la protección de riesgos financieros (PRF) como un criterio de buen desempeño para los sistemas de salud.⁴ Reducir estos riesgos financieros constituye uno de los objetivos de los instrumentos de políticas en salud, tales como la financiación pública universal (FPU), es decir, aquella que cubre la totalidad de los servicios de salud independientemente de que su prestación se realice en el sector público o privado. De hecho, en

Large parts of this chapter have been reproduced and adapted from: Verguet, Kim, and Jamison (2016) (licensed under Creative Commons Attribution (CC BY 4.0) available at: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) and Verguet and Jamison (2017) (licensed under Creative Commons Attribution (CC BY 3.0 IGO) available at: <https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/>)

un gran número de países el gasto de bolsillo en salud puede aumentar el riesgo de empobrecimiento, dado que muchos hogares adoptan estrategias de supervivencia, como por ejemplo préstamos de familiares y amigos o la venta de bienes para cubrir gastos relacionados con la atención médica.⁵ En ausencia de otros mecanismos de financiación, los gastos en salud de los hogares pueden volverse “catastróficos”, cuando superan cierto porcentaje del gasto total del hogar.

Las políticas de salud como la financiación pública universal de intervenciones relacionadas con la salud tienen consecuencias en varios dominios. Especialmente, la adopción de intervenciones, y por lo tanto, también de la FPU, proporciona mayores beneficios en salud, incluyendo la prevención de muertes y enfermedades. Asimismo, la FPU puede generar beneficios distributivos, tales como mejoras en la equidad (entendida como igualdad de acceso a los servicios de salud de todos los individuos de una comunidad en particular) y beneficios no relacionados con la salud, como por ejemplo prevenir el empobrecimiento por gastos médicos u ofrecer protección contra riesgos financieros.

Tradicionalmente, las evaluaciones económicas de las intervenciones de salud, que se conocen como análisis de costo-efectividad (ACE), se centraban en las mejoras en salud y calculaban el costo de una intervención por ganancia obtenida en materia de salud, en dólares, por muerte evitada o por año de vida ajustado por discapacidad (AVAD) evitado.⁷ Sin embargo, desde hace algunos años se sugiere que los ACE deberían empezar a considerar de manera explícita las múltiples dimensiones de los resultados. Por ejemplo, en el capítulo sobre ACE del *Oxford Textbook of Public Health* se establece que se debería incluir a la protección de riesgos financieros en los resultados y que se debería detallar la utilización de los escasos recursos del sistema de salud en los costos.⁸ El objetivo de este capítulo es explicar los métodos del análisis extendido de costo-efectividad (AECE),⁹ que combina la evaluación económica

tradicional con aspectos distributivos (p. ej., aspectos financieros y relacionados con la salud) y la evaluación de las consecuencias de las políticas para la protección de riesgos financieros. Por lo tanto, el AECE se utiliza para abordar objetivos más amplios que el ACE, puesto que brinda información para orientar el diseño de políticas de salud en general y de planes de beneficios (PBS) en particular.

Los conceptos y métodos básicos del AECE se expusieron por primera vez cuando se realizó un análisis de las políticas empleadas para ampliar el tratamiento de la tuberculosis en India, y desde entonces, se realizaron AECE en más de 20 contextos. El AECE se diseñó con el objetivo de incrementar la relevancia política de la tercera edición del libro *Prioridades para el Control de Enfermedades en los Países en Desarrollo* y, posteriormente, se realizaron un gran número de AECE con esta misma finalidad.¹⁰ En este sentido, este instrumento de evaluación se asemeja a los marcos actuales de análisis de costo-beneficio y análisis de costo-consecuencia que tabulan los resultados en forma desagregada¹¹ y cuentan con marcos analíticos que incluyen aspectos relacionados con la equidad y la protección de riesgos financieros en las evaluaciones económicas.¹² Asimismo, el AECE facilita el diseño de PBS que cuantifican beneficios relacionados con la distribución, la salud y aquellos beneficios no asociados a esta en función del costo determinado de ciertas políticas de salud, basándose en la inclusión de los cálculos de los beneficios en salud, la distribución y beneficios no relacionados con la salud que se obtienen a partir de una determinada inversión en una política. En este sentido, el AECE puede dar respuesta a algunas cuestiones políticas que se plantearon en los *Informes sobre la salud en el mundo 2010* y *2013* de la OMS¹³ sobre cómo orientar la selección y secuenciación de los servicios de salud incluidos en los planes de beneficios de los PIBM.

Enfoque

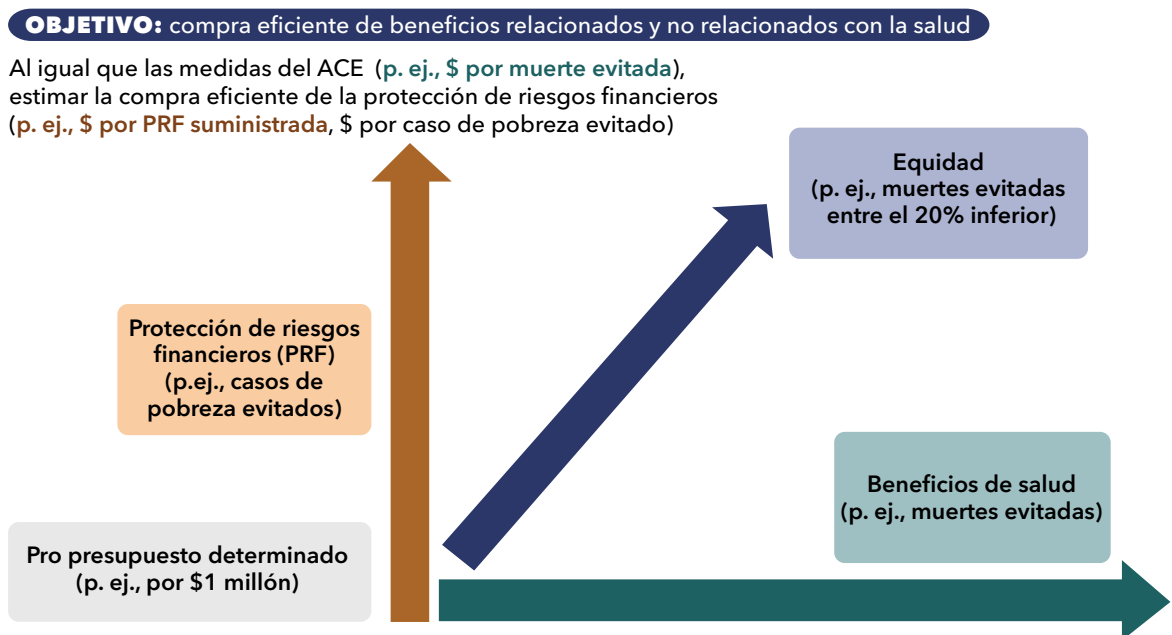
Consideremos la implementación de una política de salud específica, como por ejemplo el financiamiento público de un paquete de vacunas, los impuestos sobre el tabaco o las leyes que establecen el uso obligatorio de casco en una población en particular. La población puede dividirse en distintos subgrupos: por nivel socioeconómico según cinco quintiles de ingreso, por región de acuerdo con la ubicación geográfica (estado, región o distrito) o por género.

Esta política presenta una cobertura y efectividad determinadas para reducir la carga de enfermedad en la población al igual que un costo neto. La metodología del AECE permite evaluar una política de salud cuantificando no solo los beneficios en salud, sino también determinados beneficios que no se relacionan con la salud de la población, además de analizar la distribución de estos beneficios para un incremento específico en el gasto público (o privado) (véase el Gráfico 1 que ilustra el objetivo principal de los AECE).

Beneficios relacionados con la salud

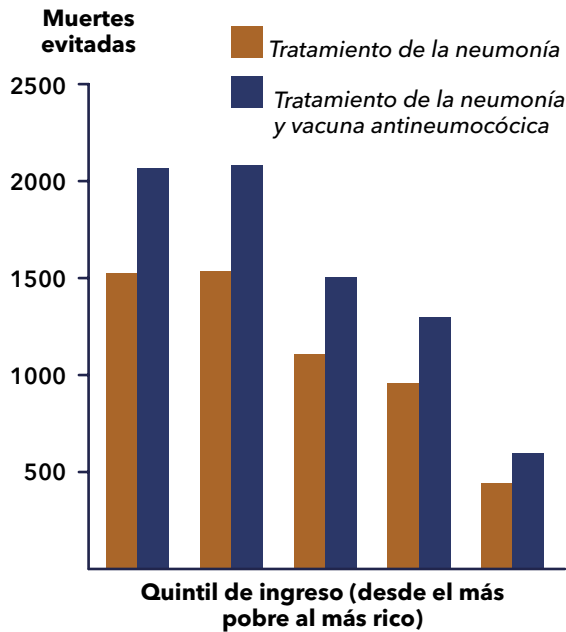
Con la implementación de una política, se adquieren beneficios en salud que se cuantifican, por ejemplo, de acuerdo con el total de la carga de enfermedad evitada en cada subgrupo de la población. Dicha política presenta una efectividad específica potencial que se presume constante para cada subgrupo de la población. En este sentido, el AECE estima las consecuencias distributivas para la salud, y en particular, los beneficios (como la mortalidad y morbilidad evitadas, los años de vida ajustados por discapacidad [AVAD] evitados y los años de vida ajustados por calidad [AVAC] ganados) para cada estrato de la población, ya sea por grupo socioeconómico o ubicación geográfica (véase el Gráfico 2 que muestra el número de muertes de niños menores de cinco años evitadas gracias a la FPU de vacunas contra la neumonía o su tratamiento por quintil de ingreso en Etiopía).

GRÁFICO 1. Objetivo principal del AECE



Fuente: Verguet, and Jamison (2017).

GRÁFICO 2. Muertes de niños menores de cinco años evitadas mediante la FPU de vacunas contra la neumonía o su tratamiento en Etiopía



Fuente: Verguet, Pecenka y otros (2016).

Beneficios no relacionados con la salud

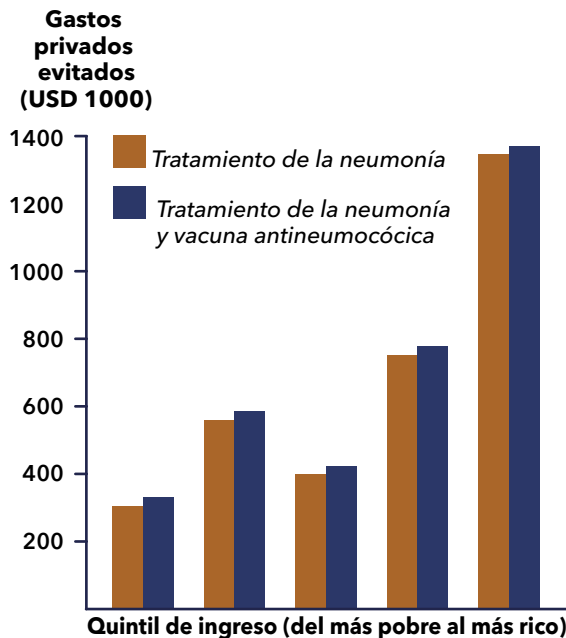
La implementación de una política también genera beneficios que no se relacionan con la salud (como la PRF o el número de días lectivos ganados). Por ejemplo, en relación con la PRF, para un determinado empobrecimiento preexistente por carga de enfermedad (incluidos gastos médicos y gastos directos no médicos, tales como costos de transporte y pérdida de salario), los beneficios no relacionados con la salud podrían expresarse, por ejemplo, en términos del empobrecimiento por carga de enfermedad evitado en cada subgrupo de la población. El empobrecimiento por enfermedad puede deberse a gastos médicos directos efectuados en el lugar de atención o gastos en transporte incurridos al dirigirse a un establecimiento de salud para obtener atención médica. También puede originarse por la pérdida de ingresos

y productividad que experimenten los individuos y sus familias cuando comienza a manifestarse la enfermedad. La información disponible sobre los gastos médicos de bolsillo que afrontan los pacientes de PIBM es limitada; los datos sobre los costos de transporte que pagan estos pacientes y sus familias son incluso más escasos, y la información sobre las pérdidas de ingresos y productividad resultantes es muy poca, a pesar de que algunas patologías como las enfermedades crónicas pueden tener efectos negativos significativos en la productividad y los ingresos.

Hasta aquí, el AECE se ha centrado principalmente en un tipo de beneficios no relacionados con la salud: los gastos privados evitados y la PRF. Asimismo, el AECE contempla mayormente los gastos de bolsillo originados por la atención médica y el transporte, pero pone poca atención a los costos indirectos, tales como las pérdidas de ingresos y productividad. El AECE no pretende brindar un panorama acotado de la PRF, sino que, simplemente, su aplicación se ve limitada tanto por la disponibilidad de datos como por la observación de que las políticas del sistema de salud influyen en los resultados en salud y en los resultados financieros relacionados con los gastos en esta área. Por consiguiente, el AECE comprende el rango habitual de los objetivos de las políticas de salud y, a la vez, reconoce la posible relevancia de otras dimensiones de la política social (como la licencia por enfermedad).

Más específicamente, el enfoque del AECE desagrega lo que en las evaluaciones económicas tradicionales se denomina perspectiva “social”¹⁴ para examinar la perspectiva de los hogares al calcular los gastos privados incurridos (incluyendo costos médicos y no médicos directos, así como también costos indirectos) que podrían evitarse con la implementación de una política específica (véase el Gráfico 3 que muestra los gastos privados evitados mediante la FPU de vacunas contra la neumonía y su tratamiento por quintil de ingreso en Etiopía).

GRÁFICO 3. Gastos privados evitados a través de la FPU de vacunas contra la neumonía y su tratamiento en Etiopía



Fuente: Verguet, Pecenká y otros (2016).

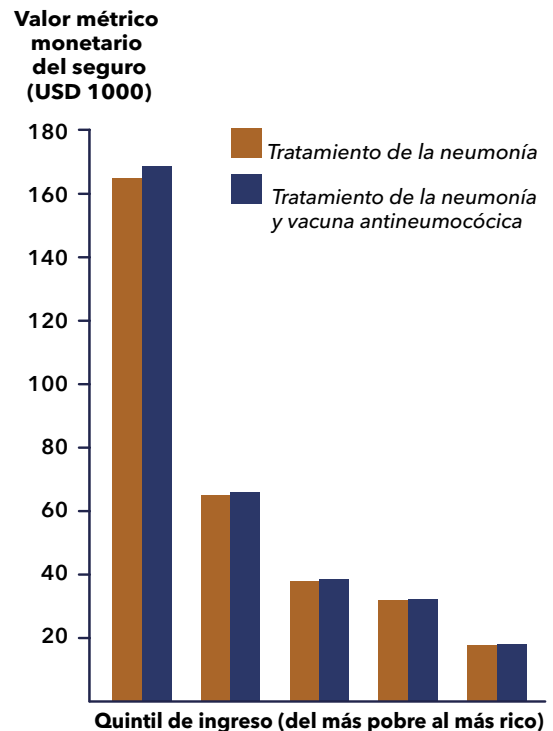
Luego de calcular los gastos privados de bolsillo que afrontan los hogares y que podrían “eliminarse”, el AECE intentará “llevar a escala” este monto de gastos de bolsillo según los ingresos disponibles en los hogares a fin de estimar la PRF. Por ejemplo, si se considera un gasto de bolsillo de \$10, el impacto será sustancialmente menor para un hogar con un ingreso anual de \$100.000 que para aquel con un ingreso anual de \$100.

Se pueden utilizar varios criterios de medición para calcular la PRF,¹⁵ entre los que se incluyen los siguientes:

- Número de gastos catastróficos en salud evitados: permite calcular la cantidad de hogares que dejaron de cruzar el umbral de “gastos catastróficos” (p. ej., el 10, 20 o 40 por ciento del ingreso o de la capacidad de pago) por incurrir en gastos de bolsillo.

- Número de casos de pobreza evitados: permite calcular la cantidad de hogares que ya no se encuentran por debajo de la “línea de pobreza” nacional (p. ej., se estima que alrededor del 30 por ciento de la población de Etiopía se encontraba por debajo de la línea de la pobreza en 2010) por incurrir en gastos de bolsillo.
- Número de ventas de bienes forzadas o préstamos forzados evitados.
- Valor monetario del seguro ofrecido, que permite cuantificar la disposición a pagar o la prima de riesgo asociada con la póliza (véase el Gráfico 4 que muestra el valor del seguro ofrecido mediante la FPU de vacunas contra la neumonía y su tratamiento por quintil de ingreso en Etiopía).

GRÁFICO 4. PRF mediante la FPU de vacunas contra la neumonía o su tratamiento



Fuente: Verguet, Pecenká y otros (2016).

Beneficios relacionados con la equidad

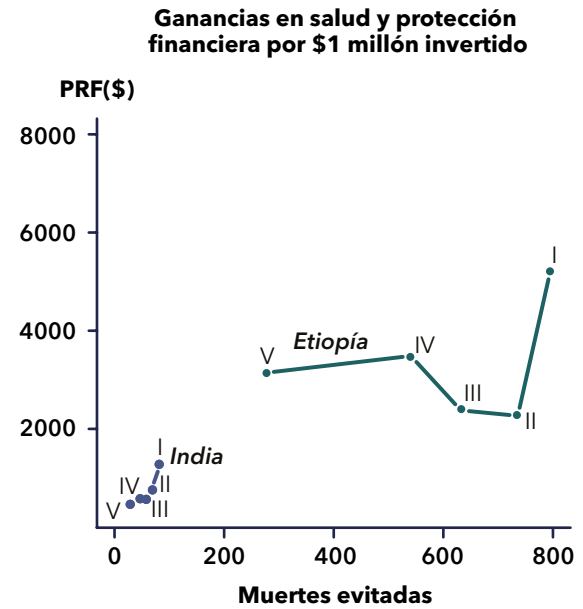
Con la introducción de una política se pueden obtener beneficios asociados con la equidad, estimada en este caso en términos de distribución de la salud. Por ejemplo, si la política proporciona más beneficios en salud para los sectores más pobres de la población que para aquellos sectores más ricos, se la podría considerar “una política que contribuye al aumento de la equidad” (véase el Gráfico 2). Existen muchas formas de cuantificar numéricamente los beneficios asociados con la equidad: un parámetro simple es la relación entre los beneficios en salud que genera cierta política en el grupo más pobre y la suma total de los beneficios en salud en todos los grupos.

“Compra eficiente” de beneficios relacionados y no relacionados con la salud

Si el costo neto de la política es C , entonces, por este costo neto la política adquiere “de manera eficiente” beneficios en materia de salud B_s , así como también beneficios no relacionados con esta B_{NS} (p ej., B_{PRF}) y beneficios asociados con la distribución (B_{EQ}). Al igual que en el ACE, esto muestra una razón de costo-efectividad incremental (RCEI) como por ejemplo $RCEI = C/B_s$, pero también puede presentar una RCEI para los beneficios no relacionados con la salud (para la PRF, con $RCEI_{PRF} = C/B_{PRF}$) y los beneficios asociados con la distribución (para el criterio de equidad, con $RCEI_{EQ} = C/B_{EQ}$). En este sentido, el AECE puede ser útil para cuantificar la compra eficiente de la equidad y la PRF, así como también la compra eficiente de ganancias en la salud agregadas. Para ilustrar este parámetro, el Gráfico 5 muestra el número de muertes infantiles evitadas y la PRF ofrecida (medida según el valor monetario del seguro) en distintos grupos de ingresos por \$1 millón invertido en la financiación pública de vacunas contra el rotavirus en India (precio de la vacuna de \$2,50 por dosis) y Etiopía (precio de la vacuna de \$0,20 por dosis).

Aplicaciones

FIGURE 5. Muertes evitadas y PRF mediante la FPU de la vacunación contra el rotavirus por \$1 millón en India y Etiopía



I = más pobre, II = pobre, III = medio, IV = rico, V = más rico.
Fuente: Basado en estimaciones de Verguet y otros (2013).

El AECE se creó gracias al auspicio de la Red de Prioridades para el Control de Enfermedades (Disease Control Priorities Network, DCPN), financiada por la Fundación Bill y Melinda Gates, y la tercera edición de las *Prioridades para el Control de Enfermedades en los Países en Desarrollo* (DCP3). La agenda de la DCPN y la DCP3 permitió el desarrollo de una gran variedad de evaluaciones de políticas de salud para diferentes políticas y entornos (Cuadro 1). Las políticas en cuestión incluían financiación pública, impuesto selectivo al consumo, legislación, regulaciones, transferencias monetarias condicionadas,

distribución de tareas, educación y mayor acceso al crédito.

Los AECE son específicos para cada contexto y dependen, en gran medida, de la epidemiología del entorno, incluyendo la endemidad y distribución de ciertas enfermedades; la infraestructura del sistema de salud local, incluidas la existencia y distribución de establecimientos de salud; la riqueza de la ubicación geográfica, y por último, los acuerdos financieros, como la existencia del seguro social de salud o seguro comunitario. Tal como sucedió con los ACE, es posible que surjan distintos patrones a medida que aumente el número de AECE realizados.

Ejemplo de utilización de un tablero de seguimiento

El ejemplo que se presenta a continuación (Cuadro 2) ilustra el uso de un AECE que considera la FPU del tratamiento de la tuberculosis (TB) para una población de un millón de personas compuesta por cinco quintiles de ingreso (con 200.000 personas por quintil de ingreso), utilizando como referencia el primer AECE completado.¹⁶ En este caso, se presupone una incidencia promedio de la TB de $p_0 = 100$ casos por 100.000 habitantes por año, con incidencias de 200, 150, 100, 50 y 0 respectivamente por 100.000 habitantes en los cinco subgrupos de población. Se asume que la efectividad del tratamiento de la TB es del 90 por ciento y que la cobertura actual es del 40 por ciento y es uniforme en cada quintil de ingreso. También, se asume un aumento del 10 por ciento en la cobertura para todos los subgrupos por igual a raíz de la FPU. Asimismo, se estima que la tasa de letalidad por TB es del 25 por ciento. Cabe mencionar además que, antes de la implementación de esta política, el 40 por ciento de los individuos infectados con TB pagó de su bolsillo el tratamiento de esta enfermedad a un $c = \$100$; mientras que después de la FPU del tratamiento, no se incurrió en gastos de bolsillo para tal fin. Por

último, se asume una distribución del ingreso de la población de acuerdo con una distribución gamma basada en un ingreso medio de \$1600 y una forma de 3,5, como se obtiene a través del algoritmo desarrollado por Salem y Mount,¹⁷ que da como resultado los siguientes ingresos promedio dentro de los cinco subgrupos de la población: $\{648; 1068; 1450; 1916; 2747\}$.

CUADRO 1. AECE realizados a partir de mayo de 2017 para la 3.ª ed. del compendio de Prioridades para el Control de Enfermedades

Política de salud/Intervención	Entorno	Fuente
Financiación pública universal; mayor acceso al crédito/Tratamiento de la tuberculosis	India	Verguet, Laxminarayan, and Jamison (2015)
Financiación pública universal/Vacuna contra el rotavirus	Etiopía/India/Malasia	Verguet, Murphy, and others (2013); Loganathan and others (2016)
Financiación pública universal/Inmunización	India	Megiddo and others (2014)
Financiación pública universal/Tratamiento de la diarrea	Etiopía	Pecenka and others (2015)
Financiación pública universal/Vacuna antineumocócica y tratamiento de la neumonía	Etiopía	Johansson and others (2015)
Financiación pública universal/Vacuna contra el VPH	China	Levin and others (2015)
Agua potable y mejores servicios de saneamiento/ Agua y saneamiento	India	Nandi, Megiddo, and others (2016)
Financiación pública universal/Plan de cuidados neonatales en el hogar	India (rural)	Ashok, Nandi, and Laxminarayan (2016); Nandi, Colson, and others (2016)
Financiación pública universal/Plan de salud mental	Etiopía/India	Chisholm and others (2016); Johansson and others (2017); Megiddo and others (2016); Raykar and others (2016)
Financiación pública universal/Conjunto de intervenciones	Etiopía	Verguet, Olson, and others (2015)
Impuesto selectivo al consumo/Tabaco	China/Líbano/Armenia	Verguet, Gauvreau, and others (2015); Salti, Brouwer, and Verguet (2016); Postolovska and others (2017)
Legislación/Contenido de sal en los alimentos	Sudrífica	Watkins and others (2016)
Regulación/Casco para motociclistas	Vietnam	Olson and others (2016)
Transferencia monetaria condicionada/Vacuna contra el sarampión	Etiopía	Driessen and others (2015)
Distribución de tareas/Parto quirúrgico	Etiopía	Shrime and others (2016)
Educación/Posponer la edad de gestación en mujeres jóvenes y adolescentes	África occidental/Asia Meridional	Verguet and others (2016)
Subsidios de materias primas/Uso de gas licuado del petróleo y otras fuentes de energía limpia en el hogar	India	Pillársete, Jamison, and Smith (2017)

Fuente: Verguet y Jamison (2017)

Por millón de habitantes, el número total de muertes evitadas sería de alrededor de 23 por año. Los beneficios en salud se concentrarían en el quintil de ingresos más bajos (40 por ciento), ya que la incidencia de la TB es mayor en este subgrupo. El número total de gastos

privados evitados con la FPU sería de \$40.000. El quintil de ingresos más bajos se beneficiaría con alrededor del 40 por ciento de gastos privados evitados. El total de los costos (incrementales) de tratamiento para la FPU sería de alrededor de \$50.000 (\$40.000 + \$10.000).

CUADRO 2. Resultados del AECE de la FPU para el tratamiento de la tuberculosis (TB) para el 40 +10 por ciento de la cobertura (por millón de habitantes)

Resultado	Total	Quintil de ingreso I	Quintil de ingreso II	Quintil de ingreso III	Quintil de ingreso IV	Quintil de ingreso V
Muertes evitadas por TB	23	9	7	5	2	0
Gastos privados evitados	40.000	16.000	12.000	8000	4000	0
Casos de pobreza evitados	160	160	0	0	0	0

La totalidad de la PRF proporcionada por la FPU, estimada en este análisis como el número de casos de pobreza evitados (cantidad de individuos que dejaron de vivir debajo de la línea de pobreza de, por ejemplo, un ingreso de \$600) sería de 160, lo cual se vería reflejado en el quintil de ingresos más bajos. Por último, los beneficios para la equidad que produciría la FPU serían, por ejemplo, 9 dividido 23, dividido 50.000 = aproximadamente 8 muertes evitadas por millón (Cuadro 2).

Al analizar la compra eficiente de beneficios relacionados y no relacionados con la salud, se observa lo siguiente: $RCEI = \$2222$ por muerte evitada y $RCEI_{FRP} = \$313$ por caso de pobreza evitado. Si se lo ajusta por millón invertido, este ejemplo muestra 450 muertes evitadas, 180 en el quintil de ingresos más bajos, y 3200 casos de pobreza evitados, todos en el quintil más pobre.

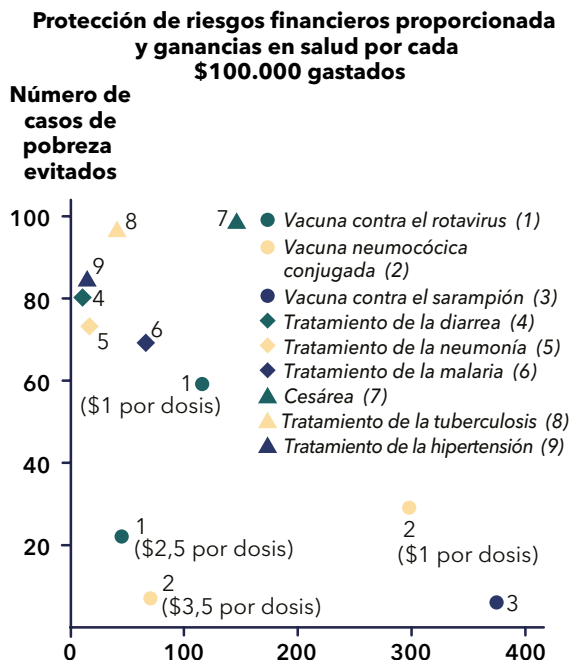
También se consideró la opción de mejorar el acceso al crédito a fin de facilitar préstamos para tratamientos. Sobre la base de supuestos razonables, los resultados en salud de esta política fueron casi igual de buenos que aquellos obtenidos mediante la FPU, mientras que los resultados financieros que se calcularon para los pobres fueron (lógicamente) más bajos.¹⁸

Discusión

Los ejemplos que se describieron más arriba presentan métodos detallados para llevar a cabo una evaluación económica más amplia de las políticas de salud, que se conoce como análisis extendido de costo-efectividad o AECE. Los AECE se basan en los ACE para evaluar las consecuencias de estas políticas no solo en el campo de la salud, sino también en otras áreas relacionadas con la distribución (equidad) y no asociadas al sector salud (comenzando por la PRF). Estas dos áreas abarcan los principales objetivos de los sistemas de salud.

El AECE hace hincapié en los beneficios de las políticas que podrían contribuir a reducir la pobreza. Concretamente, el AECE permite cuantificar de manera explícita los beneficios de la PRF de las distintas políticas, que podrían traducirse en beneficios para el alivio de la pobreza. En este sentido, esta herramienta cumple dos objetivos principales.

GRÁFICO 6. Casos de pobreza evitados frente a muertes evitadas mediante la FPU de nueve intervenciones en Etiopía



En primer lugar, brinda una herramienta cuantitativa que permite realizar una comparación intersectorial de las políticas de salud con otros sectores, como la educación y el transporte, lo cual resulta de especial interés para los ministerios de finanzas en los PIBM. En segundo lugar, ofrece información valiosa para el diseño de un PBS básico a los responsables de formular políticas, ya que les permite considerar cuánta salud así como cuánta equidad y PRF se pueden comprar por dólar invertido en determinadas intervenciones (véase gráficos 5 y 6).

El enfoque del AECE posibilita incluir múltiples criterios en el proceso de toma de decisiones, incluyendo las ganancias en materia de salud, la PRF y aspectos distributivos. Según las preferencias de los formuladores de políticas y los usuarios, los actores involucrados en la toma de decisiones pueden optimizar el proceso de elección y seleccionar de manera directa las intervenciones que se incluirán

en el PBS, en función de las “puntuaciones” o del rendimiento de la inversión para cada intervención respecto a tres criterios diferentes: salud, PRF y equidad. A modo de ejemplo, el Gráfico 6 muestra, para cada una de las nueve intervenciones proporcionadas por la FPU en Etiopía, las muertes evitadas (eje x) y los casos de pobreza evitados (eje y) por gastos públicos incrementales de \$100.000 en cada intervención. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos con respecto a estas dos dimensiones, sin dudas, lo que primero se eliminaría serían las intervenciones “dominadas” (aquellas que se encuentran en el cuadrante inferior izquierdo), ya que estas intervenciones obtienen puntuaciones bajas tanto en los beneficios en salud como en los beneficios de la PRF. Tradicionalmente, las inversiones en salud para los planes de beneficios se han centrado en el lado derecho del gráfico: la selección de intervenciones costo-efectivas que generan un costo bajo por AVAD evitado o un costo bajo por muerte evitada, tales como la vacuna contra el sarampión como se muestra en el Gráfico 6. Lo que el AECE incorpora al proceso de selección de intervenciones y políticas es el criterio de costo-efectividad en términos de PRF (que se puede observar en el extremo superior del Gráfico 6), como serían los casos de la cesárea y los tratamientos de la TB y de la hipertensión.

Conclusiones

Si bien el AECE no determina qué elementos se deberían incluir en el PBS, este tipo de análisis permite que los responsables de formular políticas puedan considerar aspectos relacionados con la salud y la PRF, al igual que el rendimiento de la inversión, en las últimas etapas del diseño del plan.¹⁹ Por ejemplo, de acuerdo con los hallazgos expuestos en el Gráfico 6, el tratamiento de la hipertensión podría permanecer en el PBS en función de su puntaje en la dimensión de la PRF, aunque si se considerara su

puntaje en la dimensión de beneficios en salud probablemente se lo excluya. Del mismo modo, pareciera que la financiación pública universal con un aumento del 10 por ciento para el tratamiento de la TB y de la malaria proporciona un número similar de muertes evitadas por cada dólar invertido. No obstante, el tratamiento de la TB parece ofrecer una PRF significativamente mayor que el tratamiento de la malaria y, por consiguiente, es probable que el primero represente la mejor inversión si se tuviera que elegir una de estas dos intervenciones para incorporar en el PBS.

El AECE permite que los responsables de formular políticas consideren resultados en salud, resultados relacionados con la distribución y aquellos que no se relacionan con la salud en la toma de decisiones. En consecuencia, sería posible destinar los escasos recursos en salud de manera más eficiente y respondiendo a los objetivos específicos de las políticas. Asimismo, el enfoque de AECE proporciona a los formuladores de políticas información sobre cómo se podría secuenciar en el tiempo el desarrollo de los PBS, teniendo en cuenta que las necesidades financieras y de salud de las poblaciones evolucionan y las partidas de recursos cambian, un aspecto fundamental en el contexto de desarrollo económico, transición epidemiológica y avance hacia la CUS.

Referencias

- Asaria, Miqdad, Susan Griffin, Richard Cookson, Sophie Whyte, and Paul Tappenden. 2015. "Distributional Cost-Effectiveness Analysis of Health Care Programmes – A Methodological Case Study of the UK Bowel Cancer Screening Programme." *Health Economics* 24 (6): 742–54. doi:10.1002/hec.3058.
- Ashok, Ashvin, Arindam Nandi, and Ramanan Laxminarayan. 2016. "Benefits of a Universal Home-Based Neonatal Care Package in Rural India: An Extended Cost-Effectiveness Analysis." In *Disease Control Priorities, Third Edition, Vol. 2, Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health*, edited by Robert E. Black, Ramanan Laxminarayan, Marleen Temmerman, and Neff Walker (Washington, DC: World Bank), 335–44.
- Baltussen, Rob, and Louis Niessen. 2006. "Priority Setting of Health Interventions: The Need for Multi-Criteria Decision Analysis." *Cost Effectiveness and Resource Allocation: C/E* 4: 14. doi:10.1186/1478-7547-4-14.
- Birch, Stephen, and Amiram Gafni. 1992. "Cost Effectiveness/Utility Analyses. Do Current Decision Rules Lead Us to Where We Want to Be?" *Journal of Health Economics* 11 (3): 279–96. doi:10.1016/0167-6296(92)90004-K.
- Bleichrodt, Han, Enrico Diecidue, and John Quiggin. 2004. "Equity Weights in the Allocation of Health Care: The Rank-Dependent QALY Model." *Journal of Health Economics* 23 (1): 157–71. doi:10.1016/j.jhealeco.2003.08.002.
- Brown, Jeffrey R., and Amy Finkelstein. 2008. "The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-Term Care Insurance Market." *American Economic Review* 98 (3): 1083–1102. doi:10.1257/aer.98.3.1083.
- Chisholm, Dan, Kjell Arne Johansson, Neha Raykar, Itamar Megiddo, Aditi Nigam, Kirsten Bjerkreim Strand, Abigail Colson, et al. 2016. "Universal Health Coverage for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: An Extended Cost-Effectiveness Analysis." *Disease Control Priorities, Third Edition, Vol. 4, Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*, edited by Vikram Patel, Dan Chisholm, Tarun Dua, Ramanan Laxminarayan, and María Elena Medina-Mora (Washington, DC: World Bank), 237–52.
- Cleary, Susan. 2010. "Equity and Efficiency in Scaling up Access to HIV-Related Interventions in Resource-Limited Settings." *Current Opinion in HIV and AIDS* 5 (3): 210–14. doi:10.1097/COH.0b013e3283384a6f.
- Cookson, Richard, Mike Drummond, and Helen Weatherly. 2009. "Explicit Incorporation of Equity Considerations into Economic Evaluation of Public Health Interventions." *Health Economics, Policy, and Law* 4 (2): 231–45. doi:10.1017/S1744133109004903.
- Doorslaer, Eddy van, Owen O'Donnell, Ravi P. Rannan-Eliya, Aparnaa Somanathan, Shiva Raj Adhikari, Charu C. Garg, Deni Harbianto, et al. 2006. "Effect of Payments for Health Care on Poverty Estimates in 11 Countries in Asia: An Analysis of Household Survey Data." *The Lancet* 368 (9544): 1357–64. doi:10.1016/S0140-6736(06)69560-3.

- Driessen, Julia R., Zachary D. Olson, Dean T. Jamison, and Stéphane Verguet. 2015. "Comparing the Health and Social Protection Effects of Measles Vaccination Strategies in Ethiopia: An Extended Cost-Effectiveness Analysis." *Social Science and Medicine* 139: 115–22. doi:10.1016/j.socscimed.2015.06.018.
- Drummond, Michael F., Mark J. Sculpher, Karl Claxton, Greg L. Stoddart, and George W. Torrance. 2015. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 4th ed. Oxford: Oxford University Press.
- Epstein, David M., Zaid Chalabi, Karl Claxton, and Mark Sculpher. 2007. "Efficiency, Equity, and Budgetary Policies: Informing Decisions Using Mathematical Programming." *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making* 27 (2): 128–37. doi:10.1177/0272989X06297396.
- Finkelstein, Amy, and Robin McKnight. 2008. "What Did Medicare Do? The Initial Impact of Medicare on Mortality and Out of Pocket Medical Spending." *Journal of Public Economics* 92 (7): 1644–68. doi:10.1016/j.jpubeo.2007.10.005.
- Fleurbaey, Marc, Stéphane Luchini, Christophe Muller, and Erik Schokkaert. 2013. "Equivalent Income and Fair Evaluation of Health Care." *Health Economics* 22 (6): 711–29. doi:10.1002/hec.2859.
- Flores, Gabriela, Jaya Krishnakumar, Owen O'Donnell, and Eddy van Doorslaer. 2008. "Coping with HealthCare Costs: Implications for the Measurement of Catastrophic Expenditures and Poverty." *Health Economics* 17 (12): 1393–1412. doi:10.1002/hec.1338.
- Jamison, Dean T. "Cost Effectiveness Analysis: Concepts and Applications." 2009. In *Oxford Textbook of Public Health*, Vol. 2, *The Methods of Public Health*, 5th ed., edited by Roger Detels, Robert Beaglehole, Mary Ann Lansang, and Martin Gulliford (Oxford: Oxford University Press), 767–82. doi:10.1093/med/9780199218707.003.0046.
- Jamison, Dean T., Joel G. Breman, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, et al. 2006. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed. (Washington, DC: World Bank).
- Johansson, Kjell Arne, Clint Pecenka, Solomon Tessema Memirie, Dean T. Jamison, and Stéphane Verguet. 2015. "Health Gains and Financial Protection from Pneumococcal Vaccination and Pneumonia Treatment in Ethiopia: Results from an Extended Cost- Effectiveness Analysis." *PLoS ONE* 10 (12): e0142691. doi:10.1371/journal.pone.0142691.
- Johansson, Kjell Arne, Kirsten Bjerkreim Strand, Abebaw Fekadu, and Dan Chisholm. 2017. "Health Gains and Financial Protection Provided by the Ethiopian Mental Health Strategy: An Extended Cost- Effectiveness Analysis." *Health Policy and Planning* 32 (3): 376–83. doi:10.1093/heapol/czw134.
- Kaplan, Edward H., and Michael H. Merson. 2002. "Allocating HIV-Prevention Resources: Balancing Efficiency and Equity." *American Journal of Public Health* 92 (12): 1905-7.
- Kemp-Benedict, Eric. 2001. "Income Distribution and Poverty. Methods for Using Available Data in Global Analysis." Polestar Technical Note. http://gdrs.sourceforge.net/docs/PoleStar_TechNote_4.pdf.
- Kruk, Margaret E., Emily Goldmann, and Sandro Galea. 2009. "Borrowing and Selling to Pay for Health Care in Low- and Middle-Income Countries." *Health Affairs (Project Hope)* 28 (4): 1056–66. doi:10.1377/hlthaff.28.4.1056.
- Levin, Carol E., Monisha Sharma, Zachary D. Olson, Stéphane Verguet, Ju-Fang Shi, Shao-Ming Wang, YouLin Qiao, et al. 2015. "An Extended Cost- Effectiveness Analysis of Publicly Financed HPV Vaccination to Prevent Cervical Cancer in China." *Vaccine* 33 (24): 2830–41. doi:10.1016/j.vaccine.2015.02.052.
- Loganathan, Tharani, Mark Jit, Raymond Hutubessy, Chiu-Wan Ng, Way-Seah Lee, and Stéphane Verguet. 2016. "Rotavirus Vaccines Contribute towards Universal Health Coverage in a Mixed Public- Private Healthcare System." *Tropical Medicine and International Health* 21 (11): 1458–67. doi:10.1111/tmi.12766.
- Mauskopf, Josephine A., John E. Paul, David M. Grant, and Andy Stergachis. 1998. "The Role of Cost-Consequence Analysis in Healthcare Decision-Making." *Pharmacoeconomics* 13 (3): 277–88. doi:10.2165/00019053-199813030-00002
- McClellan, Mark, and Jonathan Skinner. 2006. "The Incidence of Medicare." *Journal of Public Economics* 90 (1–2): 257–76. doi:10.1016/j.jpubeo.2005.05.008.
- Megiddo, Itamar, Abigail R. Colson, Arindam Nandi, Susmita Chatterjee, Shankar Prinja, Ajay Khera, and Ramanan Laxminarayan. 2014. "Analysis of the Universal Immunization Programme and Introduction of a Rotavirus Vaccine in India with IndiaSim." *Vaccine* 32 (S1): A151–61. doi:10.1016/j.vaccine.2014.04.080.

- Megiddo, Itamar, Abigail R. Colson, Dan Chisholm, Tarun Dua, Arindam Nandi, and Ramanan Laxminarayan. 2016. "Health and Economic Benefits of Public Financing of Epilepsy Treatment in India: An Agent-Based Simulation Model." *Epilepsia* 57 (3): 464–74. doi:10.1111/epi.13294.
- Nandi, Arindam, Abigail R. Colson, Amit Verma, Itamar Megiddo, Ashvin Ashok, and Ramanan Laxminarayan. 2016. "Health and Economic Benefits of Scaling Up a Home-Based Neonatal Care Package in Rural India: A Modeling Analysis." *Health Policy and Planning* 31 (5): 634–44. doi:10.1093/heapol/czv113.
- Nandi, Arindam, Itamar Megiddo, Ashvin Ashok, Amit Verma, and Ramanan Laxminarayan. 2016. "Reduced Burden of Childhood Diarrheal Diseases through Increased Access to Water and Sanitation in India: A Modeling Analysis." *Social Science and Medicine* 180: 181–92. doi:10.1016/j.socscimed.2016.08.049.
- Olson, Zachary D., John A. Staples, Charles Mock, Nam Phuong Nguyen, Abdulgafoor M. Bachani, Rachel Nugent, and Stéphane Verguet. 2016. "Helmet Regulation in Vietnam: Impact on Health, Equity and Medical Impoverishment." *Injury Prevention* 22: 233–38. doi:10.1136/injuryprev-2015-041650.
- Pecenka, Clinton J., Kjell Arne Johansson, Solomon Tessema Memirie, Dean T. Jamison, and Stéphane Verguet. 2015. "Health Gains and Financial Risk Protection: An Extended Cost-Effectiveness Analysis of Treatment and Prevention of Diarrhoea in Ethiopia." *BMJ Open* 5 (4): e006402. doi:10.1136/bmjopen-2014-006402.
- Pillariseti, Ajay, Dean T. Jamison, and Kirk R. Smith. 2017. "The Impact of Household Energy Interventions on Health and Finances in Haryana, India: An Extended Cost-Effectiveness Analysis." In *Disease Control Priorities, Third Edition, Vol. 7, Injury Prevention and Environmental Health*, edited by Charles N. Mock, Olive Kobusingye, Rachel Nugent, and Kirk R. Smith (Washington, DC: World Bank).
- Postolovska, Iryna, Rouselle F. Lavado, Gillian Tarr, and Stéphane Verguet. 2017. *Estimating the Distributional Impact of Increasing Tobacco Taxes in Armenia: Results from an Extended Cost-Effectiveness Analysis*. Washington, DC: World Bank.
- Raykar, Neha, Aditi Nigam, and Dan Chisholm. 2016. "An Extended Cost-Effectiveness Analysis of Schizophrenia Treatment in India under Universal Public Finance." *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 14: 9. doi:10.1186/s12962-016-0058-z.
- Salem, A. B. Z., and T. D. Mount. 1974. "A Convenient Descriptive Model of Income Distribution: The Gamma Density." *Econometrica* 42 (6): 1115–27. doi:10.2307/1914221.
- Salti, Nisreen, Elisabeth D. Brouwer, and Stéphane Verguet. 2016. "The Health, Financial and Distributional Consequences of Increases in the Tobacco Excise Tax among Smokers in Lebanon." *Social Science and Medicine* 170: 161–69. DOI:10.1016/j.socscimed.2016.10.020.
- Sassi, Franco, Luke Archard, and Julian Le Grand. 2001. "Equity and the Economic Evaluation of Healthcare." *Health Technology Assessment* 5 (3): 1–138.
- Segall, Richard S. 1989. "Some Nonlinear Optimization Modelling for Planning Objectives of Large Market-Oriented Systems: With an Application to Real Health Data." *Applied Mathematical Modelling* 13 (4): 203–14. doi:10.1016/0307-904X(89)90078-4.
- Shrime, Mark G., Stéphane Verguet, Kjell Arne Johansson, Dawit Desalegn, Dean T. Jamison, and Margaret E Kruk. 2016. "Task-Sharing or Public Finance for the Expansion of Surgical Access in Rural Ethiopia: An Extended Cost-Effectiveness Analysis." *Health Policy and Planning* 31 (6): 706–16. doi:10.1093/heapol/czv121.
- Smith, Peter C. 2013. "Incorporating Financial Protection into Decision Rules for Publicly Financed Healthcare Treatments." *Health Economics* 22 (2): 180–93. doi:10.1002/hec.2774.
- Smith, Peter C., Alexander S. Preker, Richard M. Scheffler, and Mark C. Bassett. 2007. "Provision of a Public Benefit Package alongside Private Voluntary Health Insurance." In *Private Voluntary Health Insurance in Development: Friend or Foe?*, edited by Alexander S.
- Preker, Richard M. Scheffler, and Mark C. Bassett (Washington, DC: World Bank), 147–68. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6641>.
- Stinnett, Aaron A., and A. David Paltiel. 1996. "Mathematical Programming for the Efficient Allocation of Health Care Resources." *Journal of Health Economics* 15 (5): 641–53. doi:10.1016/s0167-6296(96)00493-6.
- Verguet, Stéphane. 2013. "Efficient and Equitable HIV Prevention: A Case Study of Male Circumcision in South Africa." *Cost Effectiveness and Resource Allocation: C/E* 11 (1): 1. doi:10.1186/1478-7547-11-1.
- Verguet, Stéphane, Cindy L. Gauvreau, Sujata Mishra, Mary MacLennan, Shane M. Murphy, Elizabeth D. Brouwer, Rachel A. Nugent, et al. 2015. "The Consequences of Tobacco Tax on Household Health and Finances in Rich and Poor Smokers in China:

- An Extended Cost-Effectiveness Analysis.” *The Lancet Global Health* 3 (4): e206–16. doi:10.1016/S2214-109X(15)70095-1.
- Verguet, Stéphane, and Dean T. Jamison. 2017. “Health Policy Analysis: Applications of Extended Cost-Effectiveness Analysis Methodology in DCP3.” Forthcoming in *Disease Control Priorities, Third Edition*, Vol. 9, *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*, edited by Dean T. Jamison, Rachel A. Nugent, Hellen Gelband, Susan Horton, Prabhat Jha, Ramanan Laxminarayan, and Charles N. Mock (Washington, DC: World Bank).
- Verguet, Stéphane, Jane J. Kim, and Dean T. Jamison. 2016. “Extended Cost-Effectiveness Analysis for Health Policy Assessment: A Tutorial.” *PharmacoEconomics* 34 (9): 913–23. doi:10.1007/s40273-016-0414-z.
- Verguet, Stéphane, Ramanan Laxminarayan, and Dean T. Jamison. 2015. “Universal Public Finance of Tuberculosis Treatment in India: An Extended Cost-Effectiveness Analysis.” *Health Economics* 24 (3): 318–32. doi:10.1002/hec.3019.
- Verguet, Stéphane, Shane Murphy, Benjamin Anderson, Kjell Arne Johansson, Roger Glass, and Richard Rheingans. 2013. “Public Finance of Rotavirus Vaccination in India and Ethiopia: An Extended Cost-Effectiveness Analysis.” *Vaccine* 31 (42): 4902–10. doi:10.1016/j.vaccine.2013.07.014.
- Verguet, Stéphane, Arindam Nandi, Véronique Filippi, and Donald A. P. Bundy. 2016. “Maternal-Related Deaths and Impoverishment among Adolescent Girls in India and Niger: Findings from a Modelling Study.” *BMJ Open* 6: e011586. doi:10.1136/bmjopen-2016-011586.
- Verguet, Stéphane, Zachary D. Olson, Joseph B. Babi-gumira, Dawit Desalegn, Kjell Arne Johansson, Margaret E. Kruk, Carol E. Levin, et al. 2015. “Health Gains and Financial Risk Protection Afforded by Public Financing of Selected Interventions in Ethiopia: An Extended Cost-Effectiveness Analysis.” *The Lancet. Global Health* 3 (5): e288–296. doi:10.1016/S2214-109X(14)70346-8.
- Verguet, Stéphane, Clint Pecenka, Kjell Arne Johansson, Solomon Tessema Memirie, Ingrid K. Friberg, et al. 2016. “Health Gains and Financial Risk Protection Afforded by Treatment and Prevention of Diarrhea and Pneumonia in Ethiopia: An Extended Cost-Effectiveness Analysis.” In Black, Laxminarayan, Temmerman, and Walker, *Disease Control Priorities, Third Edition*, Vol. 2, *Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health*, 345–62 (Washington, DC: World Bank).
- Wagstaff, Adam. 2010. “Measuring Financial Protection in Health.” In *Performance Measurement for Health System Improvement*, edited by Peter C. Smith, Elias Mossialos, Irene Papanicolas, and Sheila Leatherman (Cambridge, UK: Cambridge University Press), 114–37.
- Watkins, David A., Zachary D. Olson, Stéphane Verguet, Rachel A. Nugent, and Dean T. Jamison. 2016. “Cardiovascular Disease and Impoverishment Averted Due to a Salt Reduction Policy in South Africa: An Extended Cost-Effectiveness Analysis.” *Health Policy and Planning* 31 (1): 75–82. doi:10.1093/heapol/czv023.
- World Health Organization (WHO). 1999. *World Health Report 1999: Making a Difference*. Geneva: WHO.
- . 2000. *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.
- . 2010. *World Health Report 2010: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: WHO.
- . 2013. *World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage*. Geneva: WHO.
- Xu, Ke, David B. Evans, Kei Kawabata, Riadh Zeramdini, Jan Klavus, and Christopher J. L. Murray. 2013. “Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis.” *The Lancet* 362 (9378): 111–17. doi:10.1016/S0140-6736(03)13861-5.

Notas finales

1. Baltussen and Niessen (2006).
2. Kaplan and Merson (2002); Cleary (2010); and Verguet (2013).
3. Segall (1989); Birch and Gafni (1992); Stinnett and Paltiel (1996); Bleichrodt, Diecidue, and Quiggin (2004); and Epstein and others (2007).
4. WHO (1999, 2000).
5. Xu and others (2013); Doorslaer and others (2006); and Kruk, Goldman, and Galea (2009).
6. Wagstaff (2010).
7. Jamison and others (2006).
8. Jamison (2009).
9. Verguet, Laxminarayan, and Jamison (2015).
10. Verguet and Jamison (forthcoming 2017).
11. Mauskopf and others (1998).
12. Sassi, Archard, and Le Grand (2001); Cookson, Drummond, and Weatherly (2009); Asaria and

others (2015); Fleurbaey and others (2013); McClellan and Skinner (2006); Finkelstein and McKnight (2008); Brown and Finkelstein (2008); Smith and others (2007); and Smith (2013).

13. WHO (2010, 2013).

14. Drummond and others (2015).

15. Kruk, Goldmann, and Galea (2009); Wagstaff (2010); Verguet, Laxminarayan, and Jamison (2015); and Flores and others (2008).

16. Verguet, Laxminarayan, and Jamison (2015).

17. Salem and Mount (1974); and Kemp-Benedict (2001).

18. Verguet, Laxminarayan, and Jamison (2015).

19. Also see Verguet, Olson, and others (2015).

CAPÍTULO 6

Comparar peras con manzanas: *Estrategias para sopesar la salud frente a otros valores sociales*

Alec Morton

Jeremy A. Lauer

En pocas palabras: ¿Cuáles son algunas de las estrategias que se podrían aplicar para lograr un equilibrio entre la salud y otras metas sociales? Considere el análisis de costo-efectividad, el análisis de decisión multicriterio o el análisis de costo-beneficio.

La gestión de servicios de salud presenta una dificultad única: si bien existen servicios altamente efectivos en cuanto a que permiten brindar un valor significativo a algunos pacientes, al menos en algunas ocasiones, identificar cuáles son los servicios que brindan ese valor representa una tarea difícil y

costosa. Debido a que, en general, los pacientes no pueden evaluar, tratamiento por tratamiento, qué servicios (si los hay) podrían beneficiarlos, en los países ricos los servicios de salud suelen estar financiados por el gobierno o muy regulados por planes de seguro privados. Estos planes, cuya función es la mancomunación de riesgos, permiten usar el conocimiento o experiencia para tomar decisiones bien fundadas respecto de qué se reembolsará.

Los autores desean agradecer a los editores, Peter Smith, Ursula Giedion y Amanda Glassman; a Sumitra Sribhashyam (de Evidera) y Patricia Vella-Bonnano (del Ministerio de Energía y Salud de la República de Malta) por los valiosos comentarios que aportaron sobre este artículo; a los participantes de una reunión en el Imperial College London realizada en junio, 2015, y a los asistentes de la Conferencia Internacional de Política Pública en Milán de ese mismo año. Reconocemos la contribución de Xiaoxiao Zhang por presentarnos el artículo sobre el ISaFE y la contribución de Itamar Megiddo por brindarnos los antecedentes de implementación del análisis de costo-efectividad en el caso de la India. Alec Morton quisiera agradecer a la Universidad de Ciencia y Tecnología de China por su hospitalidad durante el desarrollo de este artículo, además de al gobierno de Anhui por su apoyo dentro del 100 Talents scheme (Programa de los 100 Talentos).

Mientras los países de ingresos bajos y medios (PIBM) aumentan el porcentaje de población cubierta por estos planes de seguro (en el sentido más amplio), al igual que la variedad de servicios cubiertos y el grado en el que se sufragan los costos, deben enfrentar la dificultosa tarea de decidir qué y cuánto financiar. Al mismo tiempo, a medida que la ciencia médica avanza, muchos países ricos se encuentran ante la imposibilidad de costear todas las tecnologías médicas que se consideran beneficiosas con la dotación presupuestaria definida por el acuerdo de

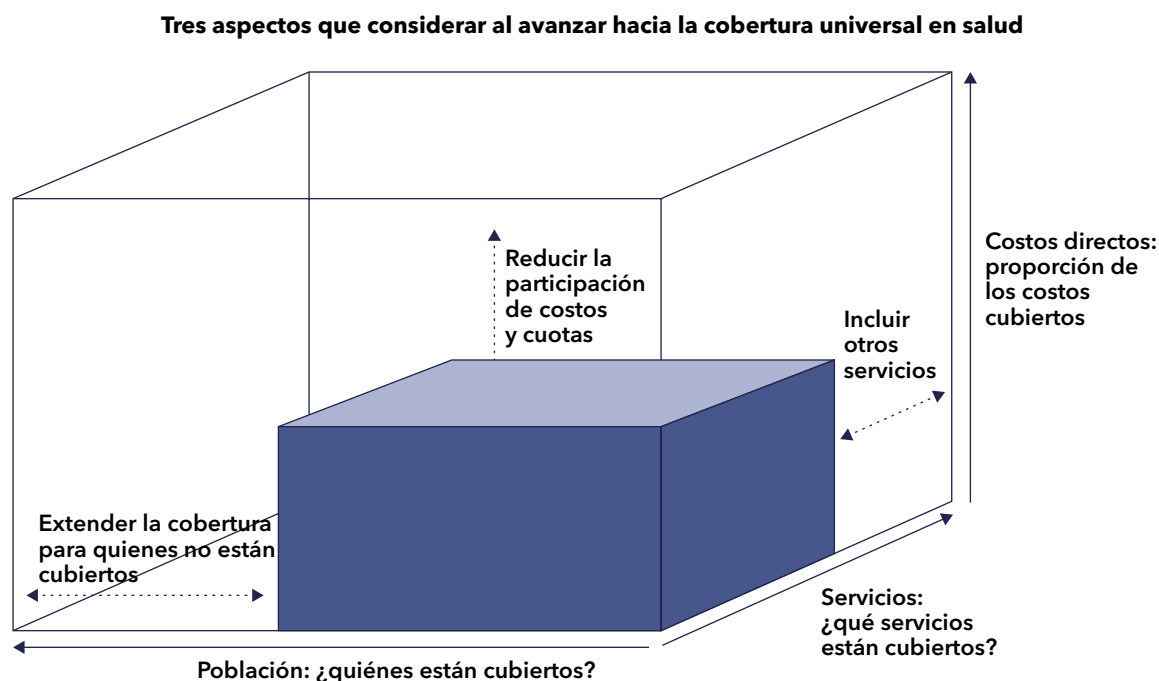
financiación pública. Esta presión que afecta a los países ricos se ha visto agravada por la crisis financiera y es probable que se intensifique a medida que su población envejezca. Por lo tanto, las cuestiones relativas a cómo decidir lo que se cubrirá, quiénes recibirán la cobertura y cuánto cobrar son cada vez más relevantes, tanto en los países más ricos como en los más pobres, tal como lo ilustra el famoso cubo de cobertura universal en salud (CUS) (Gráfico 1).¹

En este capítulo, se considera que la definición del PBS debería obedecer a valores sociales explícitos. Los valores sociales afectan la selección de metas y objetivos, además de la importancia que se les atribuye. Un posible enfoque para el proceso de toma de decisiones es el uso del “racionamiento implícito”, donde la tarea de decidir qué ofrecer se delega a un proveedor local con recursos limitados. Como resultado, se desalienta el exceso de demanda a través de,

por ejemplo, esperas prolongadas para recibir tratamientos o la imposición de límites clínicos locales para los servicios. Sin embargo, es probable que este enfoque dé lugar a que se tomen decisiones arbitrarias, inconsistentes e injustas. El uso de metas y valores explícitos para orientar el desarrollo de PBS promueve la transparencia en la toma de decisiones, la rendición de cuentas de quienes toman estas decisiones en respuesta a las exigencias de la buena gobernanza, el empoderamiento del resultado por parte de los actores interesados que tienen la posibilidad de participar y el acceso equitativo demostrable para los beneficiarios. (Véase el Capítulo 1 para consultar un análisis más detallado de estas cuestiones).

Sin dudas, una meta importante de los PBS es la maximización de los resultados en la salud de la población. Las listas de otras metas (objetivos, criterios, entre otros) suelen incluir elementos como la

GRÁFICO 1. Cubo de cobertura universal en salud



Fuente: Reimpresión del World Health Report 2010: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage, p. 12. Geneva: World Health Organization. Derechos de autor (2010). Reproducido con autorización.

asequibilidad, la protección financiera, la equidad, la productividad económica (en especial, la productividad laboral) y metas externas, como por ejemplo las de los donantes de ayuda. Entre otros aspectos importantes, se incluye la accesibilidad, la viabilidad de implementación y la solidez de la evidencia. El cubo de la CUS ofrece un medio útil para resumir y registrar todas estas metas y aspectos.

La *asequibilidad* es una de las ideas claves del cubo debido a que conceptualiza el desarrollo del PBS como un ejercicio mediante el cual se puede asignar una cantidad fija de fondos comunes. La *protección financiera* se representa a lo largo de un eje como la proporción de costos que se debe cubrir. La *equidad* y la *productividad económica* se registran en el eje que corresponde a “quienes deberían estar cubiertos” (¿deberían estar cubiertas las personas pobres y enfermas o aquellas que se encuentran en situación de desventaja en relación con algún otro aspecto? ¿O deberían ser las personas cuya salud es más valiosa para la sociedad por la labor que realizan, ya sea formalmente en el mercado laboral o informalmente como padres y cuidadores?). Las metas externas, como las *metas de donantes de ayuda*, se pueden expresar en referencia a los servicios brindados (muchos donantes tienen un mandato para atender un número individual o reducido de enfermedades) o las poblaciones atendidas (los donantes pueden enfocarse en determinados grupos o problemáticas, como los niños y niñas o las poblaciones excluidas). La *accesibilidad*, la *viabilidad de implementación* y la *solidez de la evidencia* se relacionan con cuestiones instrumentales orientadas a determinar si los servicios provistos realmente contribuyen a la meta general del PBS, es decir, a mejorar la salud de la población.

El valor social que probablemente haya suscitado la mayor discusión y controversia es el criterio de justicia o equidad (véase también el Capítulo 13).² Sin embargo, aún no hay consenso sobre si la equidad

debería tenerse en cuenta en el análisis formal y, en el caso de que sí se la incluyera, cómo hacerlo.³ Algunos autores han recomendado presentar información distributiva con respecto a los niveles referenciales de salud y la computación de índices de equidad de modo que se puedan conocer las implicancias que tendrían ciertas decisiones de inversión en la equidad.⁴ Otros han propuesto formas de análisis de sensibilidad que permitan a los encargados de tomar decisiones tener una idea de qué tipos de decisiones podrían ser compatibles con un rango de valores razonables, operacionalizados como distintos pesos para diferentes subpoblaciones.⁵ Las personas poseen criterios diferentes y opuestos sobre lo que se considera una asignación justa —por ejemplo, ¿deberían tener más acceso a la atención en salud las personas que son más productivas desde el punto de vista económico porque se considera que contribuyen más a la sociedad, o deberían tener prioridad las personas pobres debido a que han sufrido otras injusticias? Quizás aún más que otras consideraciones, la importancia central de la equidad es que nos recuerda que las decisiones sobre el contenido de un PBS no se pueden tomar siguiendo un algoritmo, sino que se debe llegar a ellas por medio de un proceso deliberativo y en estrecha consulta con los responsables de la toma de decisiones que cuenten con la legitimidad política para hacerlo.

Sin importar cuáles sean los objetivos, el problema informativo fundamental —saber cuál es la mejor tecnología para tratar ciertos problemas de salud y si esa tecnología médica funciona lo suficientemente bien como para justificar el gasto que representa— sigue siendo difícil de resolver. Además, los financiadores se enfrentan a la complejidad adicional de tener que decidir no solo qué financiar para un individuo, sino también cómo equilibrar la financiación entre toda la población asegurada y qué sistema de financiación o copago funcionará mejor

para la población afectada. Durante los últimos años, se han desarrollado y propuesto diversos métodos para ayudar a los responsables de políticas que deben afrontar estas difíciles decisiones.

En este capítulo, se presentan tres principios orientadores para abordar el análisis de los métodos disponibles. La premisa de este capítulo es que los métodos utilizados para respaldar las decisiones respecto al contenido de un PBS deberían reflejar la variedad de valores sociales que forman parte de los discursos de políticas de salud al igual que las mejoras en la salud de la población. Sin embargo, los métodos también deberían ser:

- **Técnicamente sólidos y justificables.** Deberían existir estándares acordados para las buenas prácticas, y debería ser posible justificar el análisis ante las comunidades relevantes tanto a nivel nacional como internacional.
- **Fáciles de entender.** Debería ser fácil para quienes no son expertos (pacientes, periodistas, políticos, entre otros) tener acceso a los análisis y comprender la lógica detrás de las decisiones. Aun si los modelos son complejos, debería ser posible comunicar conocimientos cualitativos fundamentales con claridad.
- **De bajo costo de implementación.** Todos los métodos suponen ciertos costos y requieren personal especializado para implementarse de manera apropiada. Sin embargo, los métodos no deberían imponer exigencias demasiado agobiantes en lo que respecta al personal analítico.

En este capítulo, se analizan en profundidad algunos de los métodos propuestos y utilizados para respaldar decisiones de inversión sobre los servicios y tecnologías médicas asociados a un PBS explícito. Se comienza con una descripción del paradigma de costo-efectividad estándar y luego se analiza el

análisis de decisión multicriterio (MCDA, en inglés), el análisis extendido de costo-efectividad (AECE) y el análisis de costo-beneficio (ACB). Los métodos se ilustran con estudios de casos llevados a cabo en México, Tailandia, Chile e India. Este capítulo concluye con un análisis crítico de los métodos presentados atendiendo a los principios expuestos anteriormente.

Análisis de costo-efectividad

En el Capítulo 4, Mark Sculpher y colegas resumen los principios subyacentes de la práctica habitual del análisis de costo-efectividad (ACE) en los sistemas de salud.⁶ El ACE se desarrolló y sintetizó en las décadas del 70 y del 80 y, actualmente, es el paradigma dominante de la evaluación económica de salud en los países ricos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sintetizó los ACE generalizados (ACEG) luego de los estudios de Carga Mundial de la Enfermedad y los diseñó para utilizarlos en PIBM. En su aplicación habitual, estos dos enfoques adoptan la postura de que, al decidir qué programas de atención en salud financiar, los principales elementos que se deben considerar son los costos de implementación de la intervención (*c*) y los beneficios en salud que se brindarán (*b*).

Estas dos medidas suelen sintetizarse en términos de una razón de costo-efectividad, c/b . El AECE al igual que el ACB puede interpretarse como una extensión de este paradigma básico en el que los analistas buscan registrar un rango más amplio de consecuencias beneficiosas. (Véase el Recuadro 1 para obtener información respecto a un caso práctico de ACE relacionado con una reforma en la atención en salud de México).

RECUADRO 1. Uso del ACE para respaldar el programa de reforma de atención en salud de México

En 2003, durante el mandato del ministro de salud Julio Frenk, México introdujo una serie de reformas en el sector que recibieron el nombre de Sistema de Protección Social en Salud.^a El SPSS incluyó la provisión de un conjunto definido de intervenciones poblacionales, además de un conjunto establecido de servicios personales de atención en salud para personas sin cobertura. La consideración explícita de la evidencia sobre los efectos, los costos y la costo-efectividad de las intervenciones fue una consideración integral destinada a determinar el conjunto de servicios que se ofrecerían.^b

A pesar de que con las reformas se aumentó la cobertura considerablemente (según estimaciones oficiales, en 2010, se cubrió al 88 por ciento de la población que antes carecía de cobertura), los costos también aumentaron, y el Ministerio de Salud continuó confiando en la evidencia sobre costo-efectividad para determinar la modificación de los planes de beneficios:

Después de la reforma, se sigue utilizando la evidencia de costo-efectividad para tomar decisiones sobre enmiendas a los paquetes de servicios cubiertos por el SPSS, formular políticas estatales con respecto a la cobertura de intervenciones que no se encuentran dentro de los paquetes mínimos establecidos y documentar debates más amplios sobre las ventajas y desventajas de la creación de paquetes explícitos basados parcialmente en evidencia económica –por ejemplo, entre las instituciones de seguridad social de México que, actualmente, no basan sus decisiones de cobertura en paquetes de intervenciones explícitos—.^c

a. Frenk and others (2006).

b. González-Pier and others (2006) y Salomon and others (2012).

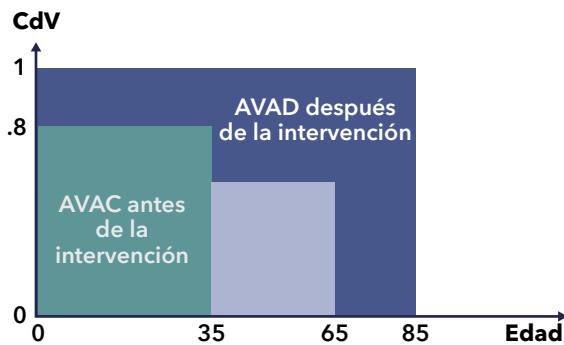
c. Salomon and others (2012).

¿AVAC o AVAD?

Para la implementación del ACE en entornos de altos ingresos, el parámetro más utilizado para determinar los resultados en salud han sido los AVAC (años de vida ajustados por calidad).⁷ En contraste, la herramienta más utilizada en los entornos de bajos ingresos y, en particular, utilizando el ACEG, han sido los AVAD (años de vida ajustados por discapacidad). Ambos conceptos representan intentos de integrar la supervivencia y el bienestar en un único parámetro de salud. No obstante, estos conceptos difieren en cuanto a que los AVAC son un parámetro de ganancia en salud, mientras que los AVAD representan las pérdidas. En concreto, con los AVAD se busca evidenciar hasta qué punto la salud que experimenta un individuo en el curso de su vida está por debajo de una vida plena con perfecta salud hasta una cierta edad de referencia, a veces, definida como la edad promedio alcanzada en el país con la mayor expectativa de vida.

La diferencia se ilustra en el Gráfico 2. Para comprender este gráfico, considere un hombre que vive hasta los 35 años con una condición de salud problemática. Esto quiere decir que su calidad de vida corresponde a una clasificación de 0,8 en una escala donde 0 significa estar muerto y 1 significa gozar de plena salud. El hombre recibe una intervención que le salva la vida y que se la extiende (en un estado de salud más bajo) hasta los 65 años; pasada esta edad el hombre muere. Antes de la intervención, la salud experimentada por este hombre tendría un valor de $35 \times 0,8 = 28$ AVAC (el área de la región sombreada en el Gráfico 2). Para calcular sus AVAD, la evaluación requiere una edad de referencia que, para los fines de este ejemplo, será 85 años. Los AVAD del hombre del ejemplo son $85 - 35 \times 0,8 = 57$ (el área de la región azul oscuro de la parte superior derecha sumada al área de la región celeste del medio en el Gráfico 2). Extender la vida de este hombre proporciona una ganancia en AVAC o una reducción equivalente en AVAD igual al área de la región celeste del medio del gráfico.

GRÁFICO 2. Diferencia entre AVAC y AVADs



Aunque los AVAC y los AVAD son similares en concepto (pese a la diferencia en el signo), difieren considerablemente en relación al modo en el que se estiman los pesos de la calidad de vida de determinados estados de salud. Por lo general, los pesos utilizados en los AVAC se basan en un instrumento descriptivo generalizado como el EQ-5D (cuestionario de cinco dimensiones de EuroQol),⁸ con el que se busca registrar las cinco dimensiones principales del bienestar relacionadas con la salud. En el caso del EQ-5D, estas dimensiones son la movilidad, el cuidado personal, la capacidad de realizar actividades cotidianas, el dolor o malestar y la ansiedad o depresión. En otras palabras, para calcular las ganancias en los AVAC, es necesario mapear en este esquema descriptivo generalizado los cambios de estado de la enfermedad. Por otro lado, los AVAD suelen usar las categorías de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS para la ponderación. Otra complicación del uso de los AVAD se da al decidir la edad de referencia —Mara Airoidi y Alec Morton, por ejemplo, señalan que utilizar tablas de vida de referencia (como se recomienda en la guía original de la OMS) puede conducir a la obtención de resultados contradictorios.⁹ Según la opinión actual sobre el ACEG, se le resta importancia al término “AVAD”, salvo en el contexto de carga de enfermedad original, donde lo natural es usar un parámetro de pérdida. En el

ACEG, actualmente se utiliza un parámetro de ganancia llamado “años de vida saludables”, que se diferencia de los AVAC solo en los pesos utilizados para los estados de salud.

Descripción del enfoque de ACE

En el Capítulo 4, se ofrece un análisis detallado de los principales aspectos relacionados con los usos habituales del ACE. En esta subsección, se analizarán dos enfoques específicos para el uso de ACE: tablas de clasificación y rutas de expansión. Para que los ejemplos continúen siendo relevantes, el análisis se centra en las tecnologías y servicios aplicados a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) —aunque no hay motivo para que los analistas restrinjan sus análisis a una sola enfermedad— con datos obtenidos de la *IMPRESS Guide to the Relative Value of COPD Interventions*¹⁰ (*Guía sobre el valor relativo de intervenciones para la EPOC* de IMPRESS) de 2012. En efecto, los métodos presentados aquí se han diseñado explícitamente para facilitar la priorización en programas de enfermedades y áreas clínicas.

Un primer paso importante para llevar a cabo un ACE es especificar el caso base de referencia para la cobertura. Los costos y beneficios son incrementales con respecto a este caso base. Cabe señalar que una interpretación del caso base es que representa la “atención actual”, es decir, se asume que se brindará esta cobertura si no se introducen cambios a partir del análisis. En la práctica, los países adhieren a este supuesto cuando desarrollan por primera vez un PBS. Sin embargo, se podrían tener perspectivas distintas con respecto al caso base. Por ejemplo, se podría definir un caso de referencia de “base cero” en el que no se brinda atención médica (esto es lo que suele recomendarse en un ACEG). Esta perspectiva puede resultar particularmente útil cuando se quiere definir si la atención actual representa la combinación de servicios más eficiente y puede ofrecer un

indicio del costo de oportunidad que supondría no diseñar el PBS según los principios del ACE.

El problema motivador para el enfoque de la tabla de clasificación radica en conocer si la inversión candidata proporcionará una mejora suficiente en las ganancias en salud en relación con el aumento en los costos que justifique su financiación, al compararlo con algún punto de referencia establecido, como por ejemplo la atención actual. Dentro de este marco de problema, una manera natural de informar resultados es utilizar las llamadas tablas de clasificación de costo-efectividad. Como ejemplo de una tabla de clasificación, considere el Cuadro 1, donde se muestran distintas intervenciones para la EPOC.¹¹ El caso base planteado en este ejemplo corresponde a la atención actual que se brinda en una localidad con las características de un barrio típico de Londres.

Un supuesto importante detrás de la tabla de clasificación de AVAC es que las distintas intervenciones consideradas son independientes. En el caso de las intervenciones del Cuadro 1, las intervenciones 1 y 4 están dirigidas a subgrupos poblacionales diferentes de los subgrupos de las intervenciones 2 y 3, por lo que 1 y 4 no pueden interactuar con 2 y 3. Además, es poco probable que las intervenciones 1 y 4 interactúen entre ellas, puesto que realizar ejercicio y dejar de fumar representarán un porcentaje relativamente bajo respecto de la población objetivo. En este sentido, las personas que experimenten los beneficios de dejar de fumar, en su mayoría, no serán las mismas personas que obtengan los beneficios de

realizar ejercicio físico. En un principio, es razonable suponer que las intervenciones 2 y 3 son independientes (el dejar de fumar tiene la intención de retrasar el avance de la enfermedad y el suministro de oxígeno está relacionado con el alivio de los síntomas), pero uno podría prever interacciones entre estas dos intervenciones —por ejemplo, el suministro de oxígeno podría ofrecer menos beneficios para los no fumadores puesto que sus síntomas serían más leves— y, por lo tanto, podrían plantearse otros modelos. Esto podría, por ejemplo, llevar a que se considere el dejar de fumar y el suministro de oxígeno como un conjunto, es decir, una intervención “combinada”, diferenciada e independiente.

Desde un punto de vista normativo, se puede demostrar que, sujeta a los supuestos relativos de la independencia, la mejor solución al problema de asignación de dinero que se presenta al contar con distintos tratamientos es la siguiente: invertir en todos aquellos tratamientos que tengan una relación de costo-efectividad inferior a un determinado nivel y no invertir en tratamientos con una relación de costo-efectividad superior a ese nivel.¹² Por ejemplo, si se establece un umbral de costo-efectividad de £20.000 por AVAC para el ejemplo de la EPOC del Cuadro 1, sería conveniente invertir en las intervenciones relacionadas con el ejercicio y el oxígeno y también con el dejar de fumar para aquellas personas con EPOC grave, pero no así para aquellas con EPOC de leve a moderado.

CUADRO 1. Tabla de clasificación de AVAC para inversiones en EPOC

Intervención	£/AVAC incremental
1. Ejercicio: EPOC leve a moderado	1486
2. Oxígeno: EPOC grave	10.333
3. Dejar de fumar: EPOC grave	10.400
4. Dejar de fumar: EPOC leve a moderado	24.375

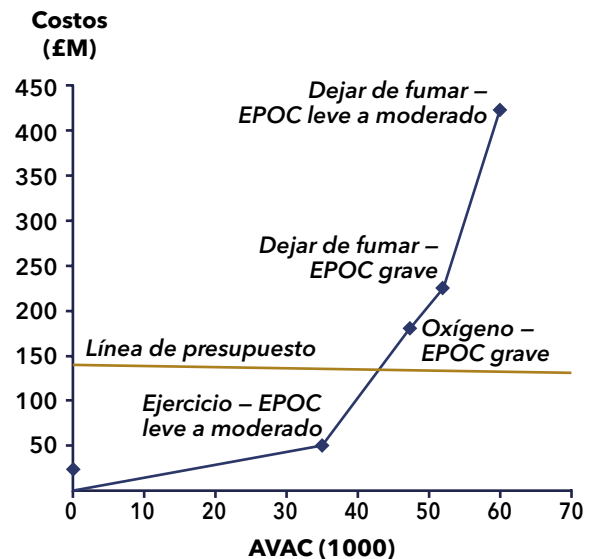
Esto plantea la pregunta de cuál debería ser el valor del umbral. La definición más común de “umbral” en la teoría económica es la de precio sombra del presupuesto. En el contexto de la CUS, esto sería el costo que representa el beneficio marginal para el presupuesto de salud en condiciones óptimas. Como se analizó en el Capítulo 4, es escasa la evidencia que se encuentra a disposición sobre el valor probable de este umbral en países con diferentes niveles de ingresos. Los estudios llevados a cabo por Beth Woods y colegas buscan calcular umbrales de costo-efectividad por país extrapolando los análisis del Reino Unido a otros países.¹³

Una manera de enriquecer el análisis es evaluar no solo los costos y beneficios de tratamiento, sino también la escala de tratamiento. Esto nos lleva al enfoque de la ruta de expansión.¹⁴ En este enfoque, no es necesario identificar un umbral de costo-efectividad, pero, en su lugar, se requiere una dotación presupuestaria explícita para los gastos. Llevar a cabo un análisis como este requiere información adicional. Si bien se puede obtener información sobre los beneficios y costos individuales a partir de estudios clínicos, para multiplicar las estimaciones de costos y beneficios a fin de identificar el impacto presupuestario total, es necesario realizar una evaluación de la capacidad de beneficio para la población (que, a su vez, requiere conocimientos sobre la cobertura actual de la intervención considerada y la prevalencia de la condición que se pretende tratar con esa intervención). Esto podría ser relativamente simple. Por ejemplo, si se sustituyen los *stents* medicados por *stents* de metal no medicados, es poco probable que la demanda de angioplastias cambie de manera significativa. Sin embargo, recolectar información también podría ser difícil y costoso: si se está introduciendo un nuevo programa para el tratamiento de la esquistosomiasis en una región remota, por ejemplo, la información disponible sobre la prevalencia de la condición en la población objetivo podría ser prácticamente nula.

Si se cuenta con esta información, una manera conveniente de presentar los costos y beneficios es la ruta de expansión, que se recomienda como parte del ACEG (véase el Gráfico 3). En este gráfico, se muestran los costos acumulativos (eje vertical) y las ganancias en la salud de la población (eje horizontal) de las cuatro posibilidades de inversión para la EPOC del Cuadro 1. Está organizado por orden de costo-efectividad, donde los puntos más bajos del gráfico se asocian a los proyectos más costo-efectivos.

Una característica útil de esta presentación es que, si se conoce el presupuesto monetario, es posible marcar la línea del presupuesto en el gráfico e implementar todo lo que se encuentre por debajo de esta. De este modo, en el Gráfico 3, si el presupuesto se define en £140 millones, el portafolio de inversiones recomendada sería invertir por completo en el *pro-*

GRÁFICO 3. Ruta de expansión de cuatro inversiones para la EPOC



grama de ejercicio para la EPOC leve a moderada y utilizar los fondos restantes para suministrar oxígeno a los pacientes con EPOC grave.

En ambas herramientas de análisis examinadas en esta sección —la tabla de clasificación de costo-efectividad

y la ruta de expansión— se utilizan supuestos sobre la ausencia de interacciones de costo o beneficio entre los proyectos. Por consiguiente, no existe una modelación de ahorro de costos que surja de la implementación de dos programas que puedan compartir personal e infraestructura (por ejemplo, en las mismas clínicas de salud sexual donde se realizan pruebas de diagnóstico y tratamiento del VIH, también se pueden realizar pruebas y tratamientos de sífilis, clamidia y gonorrea) o que interactúen en términos de beneficios (como las intervenciones farmacéuticas y psicoterapéuticas contra la depresión). Si se llegaran a cuantificar los efectos de dicha interacción, no debería haber motivos para no incluirlos en el análisis. Algunas herramientas, como el proyecto para la selección de intervenciones costo-efectivas de la Organización Mundial de la Salud (WHO-CHOICE), incorporan métodos para tratar precisamente esta cuestión.¹⁵ En general, para la modelación, se podría necesitar el uso de herramientas de optimización¹⁶ (véase el Capítulo 10). Sin embargo, hoy en día, estas herramientas no son difíciles de utilizar ni de obtener (por ejemplo, Microsoft Excel incluye un solucionador de optimización) y es posible crear presentaciones fáciles de usar y similares a la del Gráfico 3 para comunicar los resultados.

Análisis de decisión multicriterio

El análisis de decisión multicriterio (MCDA, en inglés) es una alternativa al ACE que ha despertado un gran interés en estos últimos tiempos.¹⁷ Este enfoque, que constituye un marco conceptual general para apoyar la toma de decisiones en lugar de un marco específico para el sector de la salud, se basa en la observación de que las oportunidades de inversión alternativas, en general, pueden caracterizarse como buenas o malas según distintas dimensiones y, por lo tanto, toda recomendación para la toma de decisiones debería basarse en el desempeño agregado

RECUADRO 2. Modelo de MCDA multiplicativo para la selección de medicamentos esenciales en Tailandia

P. Chongtrakul y colegas documentan el uso de ISafe, un modelo de MCDA multiplicativo, para la priorización de fármacos en la lista de medicamentos esenciales de Tailandia. El acrónimo ISafe hace referencia a los criterios de información, eficacia y seguridad del modelo, además del criterio “af”, que se refiere a la facilidad y frecuencia de administración. Existen procedimientos sistemáticos para evaluar las puntuaciones de cada criterio. Como reflejo de la lógica del modelo multiplicativo, las escalas con las que se evalúa cada criterio se restringen a un intervalo $[x,1]$ donde x representa una fracción: cuanto menor sea x , mayor será el impacto potencial de una puntuación en ese criterio. Las puntuaciones del ISafe se dividen de acuerdo con la estimación del costo que supone producir un índice de costo-efectividad total. Según Worasuda Yongthong y colegas, el ISafe se utiliza principalmente para estructurar las deliberaciones de los paneles de expertos nacionales que informan a un subcomité del National Drug System Development Committee (Comité de Desarrollo del Sistema Farmacológico Nacional). Antes de tomar una decisión, el subcomité podría solicitar información adicional, como estudios de costo-efectividad locales.^b

- a. Chongtrakul and others (2005).
- b. Yongthong et al. (2012).

de las alternativas posibles en estas distintas dimensiones. (Véase el Recuadro 2 para conocer los detalles de un caso práctico de MCDA que involucra la selección de medicamentos esenciales en Tailandia).

CUADRO 2. Alternativas de inversión para los gastos relativos a la EPOC

	Efectividad	Cantidad de personas que pueden beneficiarse	Equidad	Gravedad de la enfermedad
Tratamiento farmacológico para pacientes graves	*	200	Neutral ante a la inequidad	Grave
Oxígeno para pacientes graves	*	180	Neutral ante a la inequidad	Grave
Tratamiento farmacológico para pacientes leves a moderados	**	300	Neutral ante a la inequidad	Leve a moderado
Ofrecer dejar de fumar para pacientes leves a moderados	**	120	Neutral ante a la inequidad	Leve a moderado
Incentivar el ejercicio para pacientes leves a moderados	***	300	Neutral ante a la inequidad	Leve a moderado
Ofrecer dejar de fumar en la comunidad	**	2000	Adverso ante la inequidad (los servicios comunitarios pueden estar dirigidos a las poblaciones más pobres).	Leve y sin diagnosticar

Resumen del enfoque de MCDA

Los partidarios del MCDA lo describen como un enfoque accesible y transparente para apoyar decisiones, que se basa en el principio de que, para llegar a una decisión fundamentada, es necesario comparar una cantidad relevante de alternativas en una manera que sea común. Para comprender el enfoque general del MCDA, considere el siguiente caso en el que se intenta determinar qué incluir en un PBS para

personas con EPOC.¹⁸ En el Cuadro 2, se presentan las diferentes alternativas de inversión.

Muchos modelos de MCDA emplean un modelo de valor aditivo. En este enfoque, los distintos niveles de desempeño suelen puntuarse en una escala del 0 al 100, en la que el valor 0 representa la alternativa menos atractiva y el 100 aquella más atractiva. Un tratamiento para una enfermedad grave podría recibir una puntuación de 100 en gravedad, por ejemplo, en el caso de que se considere más atractivo que un

CUADRO 3. Alternativas de inversión puntuadas y ponderadas para el gasto en EPOC: modelo aditivo

	Efectividad	Cantidad de personas que pueden beneficiarse	Equidad	Gravedad de la enfermedad	Puntuación total
<i>Criterio de ponderación</i>	0,3	0,25	0,15	0,3	
Tratamiento farmacológico para pacientes graves	0	4,3	0	100	31,1
Oxígeno para pacientes graves	0	3,2	0	100	30,8
Tratamiento farmacológico para pacientes leves a moderados	60	9,6	0	80	44,4
Ofrecer dejar de fumar para pacientes leves a moderados	60	0,0	0	80	42
Incentivar el ejercicio para pacientes leves a moderados	100	17,6	0	80	58,4
Ofrecer dejar de fumar en la comunidad	60	100,0	100	0	58

tratamiento leve y sin diagnosticar. Estas puntuaciones se agregan mediante el uso de una suma ponderada, como en el Cuadro 3. Por ejemplo, *incentivar el ejercicio para pacientes leves a moderados* tiene la máxima puntuación total, calculada como $58,4 = 100 \times 0,3 + 17,6 \times 0,25 + 0 \times 0,15 + 80 \times 0,3$.

Una seria limitación de este enfoque es que se ignoran las interacciones entre criterios. En el ejemplo sobre la EPOC anterior, la *cantidad de personas que se benefician* es un criterio central: si una alternativa no beneficia a nadie, no debería importar si se destina a enfermedades más o menos graves, ya que, de todas formas, no valdrá la pena implementarla.

En vista de ello, estos modelos de valor aditivo suelen ignorar la noción clave de que, si bien puede haber otros valores sociales aparte de la salud de la población, la salud no constituye solo un criterio más en el contexto de priorización de la atención en salud. Como criterio, la salud es fundamental en el sentido de que, si una intervención no mejora la salud —ya sea porque no es efectiva (por ejemplo, la homeopatía contra el cáncer) o porque se destina a una enfermedad

cuya prevalencia es nula (por ejemplo, la vacunación contra la viruela en 2015)—, la inversión no debería realizarse. Un enfoque alternativo que reconoce esta idea es el uso de modelos multiplicativos.¹⁹ En este enfoque, las estrellas de clasificación de efectividad del Cuadro 1 se convierten en números que reflejan cuánto mayor sería el beneficio de salud individual que brindaría en comparación con la ausencia de tratamiento. Por ejemplo, convertir “*” en 1 y “****” en 3 supone que los beneficios en salud de una alternativa de ***, como el caso de *incentivar el ejercicio para pacientes leves a moderados*, son tres veces mayores que los de las alternativas de *, como el *oxígeno para pacientes graves*, para las personas a quienes beneficia en comparación con no tomar ninguna medida. Para la *cantidad de personas que se benefician*, las puntuaciones en bruto son aceptables y, para la *equidad* y la *gravedad de la enfermedad* existen índices de ajuste que determinan las puntuaciones superiores a 1 para distintos niveles de criterio priorizables y puntuaciones equivalentes a 1, en caso contrario. Estas puntuaciones se presentan en el Cuadro 4 y se agregan mediante multiplicación, donde *ofrecer dejar*

CUADRO 4. Alternativas puntuadas para el gasto en EPOC: modelo multiplicativo

	Efectividad	Cantidad de personas que pueden beneficiarse	Equidad	Gravedad de la enfermedad	Puntuación total
Tratamiento farmacológico para pacientes graves	1	200	1	1,3	260
Oxígeno para pacientes graves	1	180	1	1,3	234
Tratamiento farmacológico para pacientes leves a moderados	2	300	1	1,1	660
Ofrecer dejar de fumar para pacientes leves a moderados	2	120	1	1,1	264
Incentivar el ejercicio para pacientes leves a moderado	3	300	1	1,1	990
Ofrecer dejar de fumar en la comunidad	2	2000	1,25	1	5000

de fumar en la comunidad alcanza la puntuación más alta, $5000 = 2 \times 2000 \times 1,25 \times 1$. Es importante hacer hincapié en que los procedimientos utilizados para llegar a las puntuaciones dependerán de la naturaleza de la regla de combinación, la cual se empleará para calcular el valor total (analizado en más detalle a continuación).

Cabe destacar que no se ha tenido en cuenta el costo ni en el modelo aditivo ni en el multiplicativo; sin embargo, este podría representarse de varias maneras. Una de ellas es tomar la puntuación de valor total v y dividirla por el costo de la implementación de la alternativa c para obtener el índice general de valor por dinero v/c . Otra manera consiste en calcular un concepto de valor neto estableciendo una tasa de intercambio para la puntuación total de valor y el dinero w y, luego, calcular $wv - c$. Otro enfoque es el de no considerar el dinero directamente, sino generar de manera explícita todas las combinaciones posibles de alternativas viables con respecto a alguna restricción presupuestaria. Una última opción sería utilizar la costo-efectividad como criterio de

selección, mediante el cual el MCDA considera solo las alternativas que alcanzan un umbral de costo-efectividad determinado (por ejemplo, tres veces el producto interno bruto per cápita). Cualquiera de los diferentes métodos mencionados para abordar este cálculo puede resultar apropiado según las circunstancias.

Establecer puntuaciones y ponderaciones en el MCDA

Es fundamental determinar cómo obtener estas puntuaciones y ponderaciones. Esto puede dividirse en tres aspectos:

- **¿Quiénes participarán** en la evaluación de los parámetros del modelo, tales como las puntuaciones y ponderaciones?
- **¿Qué preguntas** se deberían realizar a las personas para obtener parámetros del modelo, tales como las puntuaciones y ponderaciones?

- ¿Cómo se pueden llevar a cabo estas valoraciones de la manera más **confiable**?

Se ha sostenido que existen tres fundamentos para decidir quiénes deberían participar en un proceso de MCDA (o en cualquier proceso de toma de decisiones): *conocimiento, experiencia y legitimidad*.²⁰ En el ejemplo de la EPOC, las personas con conocimientos en la enfermedad y su tratamiento serían los médicos de atención primaria y secundaria, profesionales aliados a la salud, expertos en salud pública y economistas de salud. Los pacientes y sus cuidadores pueden participar según su experiencia relevante, y se puede considerar que los miembros del público desempeñan un papel legítimo por ser quienes pagan los impuestos o primas de seguros que financian el sistema. En los sistemas democráticos, los representantes electos son las máximas autoridades legitimadas; sin embargo, estos representantes suelen sostener que no se les puede exigir que tomen decisiones consideradas de manera individual sobre cada una de las tecnologías, y en su lugar, la intención suele ser establecer pautas más generales. Desde una visión más purista, los expertos y pacientes deberían crear el cuadro de datos (Cuadro 2) y, luego, hacerse a un lado para que los representantes públicos manifiesten sus puntuaciones y ponderaciones sobre las cuales se vean reflejadas sus valoraciones. En la práctica, esta separación podría ser difícil de mantener, puesto que parece imposible expresar una puntuación o ponderación significativa si no se posee un conocimiento clínico relativamente específico (por ejemplo, ¿cuál es la calidad de vida y pronóstico para una persona con EPOC “grave”?). Por tanto, pragmáticamente, suele ocurrir que esas puntuaciones y ponderaciones surgen del diálogo entre participantes expertos, experimentados y legitimados.

La bibliografía presenta numerosas sugerencias sobre qué preguntas deberían realizarse a las personas para obtener puntuaciones y ponderaciones. En el paradigma de la “teoría del valor”, por ejemplo,

se motiva a los encuestados a que reflexionen sobre las diferencias respecto al valor: por ejemplo, en el modelo aditivo, para determinar una ponderación para la *gravedad de enfermedad* en comparación con la *equidad*, primero, los encuestados deberían responder a preguntas del siguiente tipo:

“Al considerar una inversión neutral ante la inequidad y dirigida a personas con EPOC leve y sin diagnosticar, ¿PREFERIRÍA

(1) reemplazarla con otra inversión idéntica pero adversa ante la inequidad

O

(2) reemplazarla con una intervención idéntica dirigida a pacientes graves?

Si la respuesta es la número (2), por ejemplo, esto sugiere que el criterio *gravedad* debería tener un mayor peso que el de *equidad*.

La otra pregunta que la teoría del valor sugiere es la siguiente:

“Teniendo en cuenta

- Una inversión *a*, que está dirigida a personas con EPOC grave y que es neutral ante la inequidad o
- Una inversión *b*, que está dirigida a personas con EPOC leve y sin diagnosticar y que es adversa ante la inequidad,

Suponiendo que de otra manera estas inversiones fueran indistinguibles, con respecto al caso base de referencia, ¿CUÁNTO MÁS prefiere la inversión *a* que la inversión *b*?”

Una pregunta de este tipo (relacionada con cuestiones de “ponderación oscilante” [*swing weighting*, en inglés]) se puede interpretar como la relación entre los parámetros de ponderación correspondientes: si la respuesta es “prefiero *b* la mitad de lo que prefiero *a*”, el peso para la *equidad* debería ser la mitad del peso para la *gravedad*”.

CUADRO 5. Pregunta de compensación para determinar una puntuación de equidad utilizando dos opciones para dejar de fumar

	Efectividad	Cantidad de personas que pueden beneficiarse	Equidad	Gravedad de la enfermedad
Ofrecer dejar de fumar en la comunidad (1)	**	x	Neutral ante a la inequidad	Leve y sin diagnosticar
Ofrecer dejar de fumar en la comunidad (2)	**	2000	Adverso ante a la inequidad	Leve y sin diagnosticar

Con frecuencia, la estructura del propio modelo sugerirá preguntas para obtener información. En el modelo multiplicativo del ejemplo de la EPOC, por ejemplo, se podría hacer la siguiente pregunta:

“Considere las dos variantes de *ofrecer dejar de fumar en la comunidad* expuestas en el Cuadro 5. ¿Qué tan grande debería ser x para que las opciones (1) y (2) le resultaran indiferentes, es decir, para compensar que la variante (1) no aborde las inequidades en salud?”.

Si la respuesta a esta pregunta es $x = 2500$, debemos considerar que la puntuación de aversión a la inequidad es $1,25 = 2500/2000$. (Esto parte del principio de que, si un encuestado prefiere dos alternativas por igual, estas deben recibir la misma puntuación total).

Otro enfoque para analizar una función de valor es utilizar el experimento de elección discreta (EED o DCE en inglés).²¹ En el desarrollo del EED, se presenta un conjunto de alternativas a sujetos, a quienes se les pide expresar juicios de preferencia directos entre pares de alternativas, sin puntuar ni ponderar explícitamente. Entonces, se puede utilizar alguna forma de regresión logística para extraer la ponderación de criterios implícitos de estos juicios globales. Una de las ventajas que presenta este enfoque es que puede resultar más “natural” para los encuestados que cuando se les pide que valoren

alternativas criterio por criterio; sin embargo, la disciplina de tener que analizar cada alternativa es el principal valor agregado del MCDA. Una atractiva característica adicional del uso del EED en este contexto es que, a través del modo en el que se realizan las preguntas, no se hacen conjeturas específicas sobre la forma del modelo de valores subyacentes (aditivo o multiplicativo). Por lo tanto, debería ser posible incluir diferentes formas de modelo en los datos recolectados sobre las preferencias de las partes interesadas, a fin de corroborar si las recomendaciones se ven afectadas por supuestos técnicos vinculados a la naturaleza del modelo de preferencia subyacente. También sería posible utilizar herramientas que ofrezcan supuestos estructurales modestos sobre el modelo subyacente y producir recomendaciones con más matices del estilo de “*a* parece mejor que *b* y *c*, pero, con la información proporcionada, no se puede determinar si *b* es mejor que *c* o *viceversa*”.²²

A veces, se alega que el MCDA es un método poco fiable porque depende en gran medida de juicios subjetivos. Sin embargo, este argumento pierde el foco: los principales profesionales que utilizan el MCDA argumentan que el análisis debería enfocarse en los valores que motivan las decisiones y que se dan por sentado²³ en lugar de ocultar los juicios de valor bajo un velo de falsa objetividad científica. Una cuestión clave en la bibliografía técnica de MCDA es cómo realizar juicios de ponderación y puntuación

subjetivos confiables, garantizando que estos reflejen posturas bien fundamentadas.²⁴ El garante esencial para obtener este resultado es asegurar que el MCDA se utilice como parte de un proceso correctamente diseñado y facilitado, donde se creen oportunidades para que todas las partes interesadas proporcionen argumentos y reflexiones de alta calidad.

La herramienta más importante para facilitar tales interacciones es el análisis de sensibilidad, el cual puede ayudar a los participantes a comprender el comportamiento del modelo y el significado de sus parámetros. En el Gráfico 4, se muestra un ejemplo de presentación de análisis de sensibilidad para el modelo aditivo. El gráfico muestra las puntuaciones ponderadas agregadas de todos los criterios (excepto los de *cantidad de personas*) representados en función de la *cantidad de personas*. Lo que este gráfico indica es que *ofrecer dejar de fumar en la comunidad* es una intervención realmente masiva que podría ofrecer ganancias en salud a una gran parte de la población; mientras que incentivar el ejercicio para pacientes leves a moderados tiene puntuaciones altas en los otros criterios porque es muy efectiva y está dirigida a personas que en verdad están enfermas (por lo que recibe una buena puntuación en gravedad de enfermedad). El resto de las alternativas presentaron resultados inferiores tanto en la cantidad de personas como en las puntuaciones agregadas de otros criterios. De este modo, si el dinero no entra en consideración (por ejemplo, porque todas las opciones son muy económicas y se prevé la posibilidad de aumentar las primas para cubrir cualquier gasto adicional) y se desea promover una alternativa, este modelo sugiere elegir *ofrecer dejar de fumar en la comunidad* o *incentivar el ejercicio para pacientes leves a moderados*. Una variante es la de no trazar las alternativas individuales, sino la combinación de alternativas viables que se encuentran dentro de los límites del presupuesto.

En el Gráfico 5, se muestra un ejemplo de análisis de sensibilidad para el modelo multiplicativo. Aquí,

para tener una idea del impacto de variar la importancia de la gravedad, en este análisis, se aumenta el índice de la gravedad de la enfermedad hasta alcanzar poderes cada vez mayores. Asimismo, la alternativa de *ofrecer dejar de fumar en la comunidad* (que obtuvo los valores totales más altos de los números del Cuadro 4) continúa siendo atractiva incluso cuando se aumenta la puntuación de la gravedad de la enfermedad a un poder de 10 o más. Solo cuando se aumenta el índice de la gravedad de la enfermedad a 13 o más los tratamientos para pacientes graves comienzan a tener puntuaciones más altas. Lo que se puede aprender de este ejemplo particular es que, en el contexto de este modelo, el atractivo relativo de la alternativa de *ofrecer dejar de fumar en la comunidad* es sólido en relación con los cambios significativos en el grado de importancia que se le otorga a la gravedad de la enfermedad.

GRÁFICO 4. Representación del análisis de sensibilidad (modelo aditivo): Puntuaciones para cantidad de personas vs. otros criterios

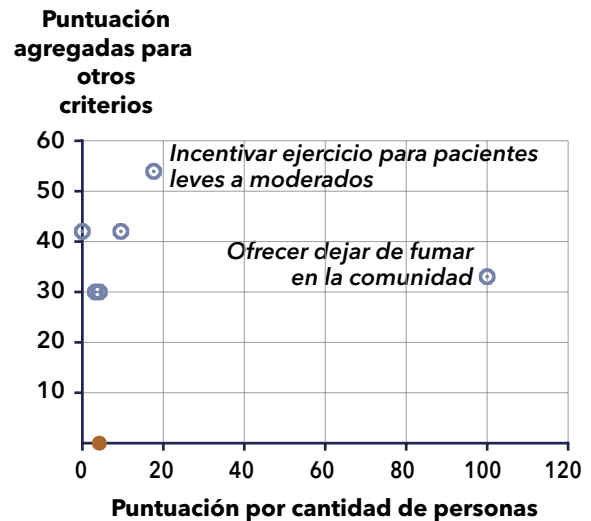
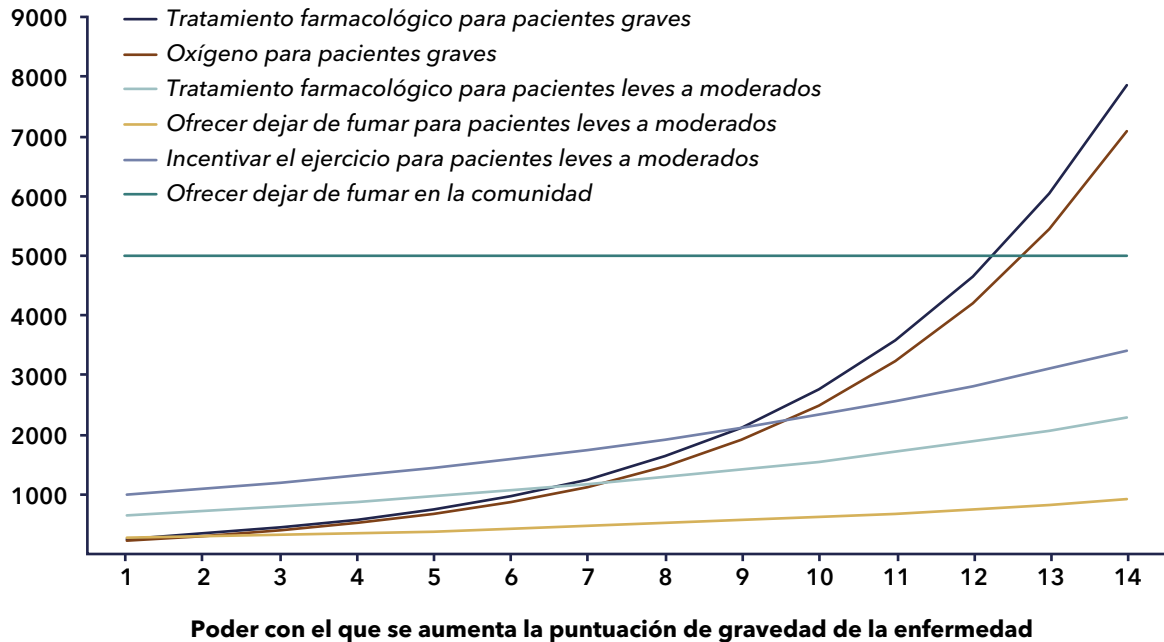


GRÁFICO 5. Representación del análisis de sensibilidad (modelo multiplicativo): Efectos de la variación en el poder al que se eleva la puntuación de la gravedad de la enfermedad

Puntuación de valor



Resumen de la evaluación del enfoque de MCDA

El MCDA no es un método que se utilice exclusivamente en el sector salud. La diversa bibliografía sobre MCDA presenta contribuciones de una gran variedad de perspectivas matemáticas, de las ciencias sociales y administrativas.²⁵ Esto representa al mismo tiempo una fortaleza y una debilidad cuando se implementa con el objetivo de apoyar procesos de toma de decisiones sobre el contenido de un PBS: El MCDA no tiene nada que decir sobre la salud en particular; por consiguiente, podría resultar más accesible para aquellas partes interesadas no expertas que suelen utilizar formas de análisis similares en sus vidas diarias. Sin embargo, el MCDA depende de otras formas de análisis existentes —por ejemplo, muchos MCDA en salud utilizan algún tipo de criterio de “costo-efectividad” que probablemente

depende de datos producidos por análisis económicos publicados por terceros— y ofrece poca profundidad adicional. Además, como se mencionó anteriormente, muchos MCDA, al utilizar un modelo aditivo, no parecen reconocer la prioridad de la salud de la población al desarrollar PBS: si bien otros valores sociales son relevantes, regulan la salud de la población y no pueden reemplazar la total falta de efectividad.

Asimismo, en el Capítulo 4, Sculpher y colegas sostienen que un importante defecto de dichos métodos es que por lo general “no consideran de manera explícita los costos de oportunidad”. Sin embargo, si se sabe que se tiene un excedente de $\text{£}x$ que financiará por completo a , b o c ; se valoran estas alternativas utilizando una técnica similar a la del MCDA; y, como consecuencia, se decide implementar la alternativa a , entonces, se hace explícito el costo de oportunidad de implementar a en el sentido de que

el costo de oportunidad es no implementar *b* ni *c*. La diferencia entre el enfoque de la tabla de clasificación del MCDA y del ACE reside en que el segundo busca considerar, mediante el umbral, las alternativas secundarias sin especificar que se dejarán de lado. El motivo de adoptar esta postura es claro: no se pueden incluir explícitamente en la tabla de clasificación ni

evaluar todas las posibles intervenciones que ofrece el sistema de salud. Simplemente, esta no es una opción práctica. No obstante, el concepto basado en umbrales sí plantea una dificultad conceptual para personas con pensamiento más concreto en el sentido de que, ante un desafío relacionado con los costos de oportunidad de alternativas secundarias, un partidario del ACE no podría presentar un ejemplo de una intervención marginal que será dejado de lado para luego considerarlo. (Véase el Recuadro 3 para conocer más detalles sobre un caso práctico del análisis multicriterio y ACE que involucra decisiones sobre qué intervenciones incluir en el PBS de Chile).

RECUADRO 3. Enfoques multicriterio y de costo-efectividad para la inclusión de intervenciones en el PBS de Chile

Chile cuenta con un plan denominado Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (Plan AUGE). Según Vargas y Poblete, la intención detrás del Plan AUGE era dirigir el foco del sistema público a un conjunto definido de intervenciones a fin de alcanzar un nivel uniforme de calidad y cobertura.^a En lugar de priorizar intervenciones, este plan dio prioridad a ciertas condiciones de salud estableciendo nueve objetivos que reflejan las competencias existentes del sistema, las cargas epidemiológicas y financieras y varias consideraciones relacionadas con los costos, la inequidad y la imparcialidad, a pesar de que no se utilizó un modelo multicriterio formal. La costo-efectividad también se implementó en este proceso de priorización (pero, en términos conceptuales, este aspecto tiene sentido más en el nivel de tratamiento que en el nivel de intervención). Veronica Vargas y Sergio Poblete mencionan que se excluyeron algunos problemas de salud de la cobertura porque, “a pesar de tener una alta carga de enfermedad, no había intervenciones costo-efectivas disponibles (como el glaucoma) o efectivas (mal de Alzheimer, cirrosis hepática y cáncer de pulmón)”.^b

a. Vargas and Poblete (2008).

b. *Ibid.*, p. 788.

Otros métodos de evaluación económica: Análisis extendido de costo-efectividad

Muy recientemente, algunos autores²⁶ observaron que el ACE estándar no ofrece demasiada información sobre los beneficios de protección financiera asociados a la prestación de atención en salud del sistema público o al impacto diferencial que esta tiene en los distintos grupos sociales. Aun así, la protección es un aspecto importante de la prestación de servicios de salud, como lo enfatiza la OMS en el *Informe sobre la salud en el mundo*²⁷ del año 2000 y corresponde a uno de los ejes del cubo de la cobertura universal presentado en el Gráfico 1. Una razón que podría explicar el no considerar estos aspectos es que, en muchas jurisdicciones de países ricos donde se utiliza el ACE para orientar inversiones, la cobertura ya es universal y los copagos son bajos o inexistentes. Este no es el caso de los PIBM que están comenzando a transitar el camino hacia la CUS, donde los crecientes sistemas de salud financiados mediante fondos públicos interfieren con el sistema privado de prestación existente.

Stéphane Verguet y colegas proponen una forma alternativa de ACE, el análisis extendido de

costo-efectividad (AECE), en el que el beneficio de protección financiera de la prestación pública se modela de forma explícita (véase también el Capítulo 5).²⁸ El efecto de la prestación pública es el de brindar acceso a quienes no estuvieran en condiciones de solventar una intervención determinada y que, de otra modo, no podrían acceder a estos servicios y mejorar su salud. Para quienes, contrariamente, pagan para acceder a la atención en salud, la prestación pública podría mejorar su bienestar de tres maneras. Primero, podría dar lugar a una mejor atención si se tratara de un sistema de salud público bien administrado y sin las tergiversaciones de tratamiento excesivo que, inevitablemente, están presentes en los sistemas privados no regulados. Segundo, habría un beneficio financiero de ahorro al no tener que pagar por servicios de salud (aunque es probable que las clases más adineradas asuman la mayor parte de la carga impositiva, por lo que, desde un punto de vista integral, estas podrían ser los más afectados como resultado de la implementación de la CUS). Tercero, el sistema financiado mediante fondos públicos proporcionaría una mancomunación de riesgos, de modo que distribuiría la responsabilidad financiera del sistema entre sanos y enfermos por igual —un gran beneficio en países sin mercados de seguros de salud en funcionamiento que puedan registrarse en términos monetarios—. El enfoque de AECE se centra en la modelación de estas diferentes consecuencias de manera explícita para los distintos grupos socioeconómicos. Actualmente, el AECE no recomienda ninguna forma para agregar estos diversos beneficios. Tampoco proporciona una clasificación de alternativas o una norma para la toma de decisiones como lo hace el ACE. Más bien, brinda información que los responsables de tomar decisiones posiblemente quieran considerar de manera informal. Por consiguiente, es difícil comparar las recomendaciones del AECE con las del ACE estándar; sin embargo, el efecto cualitativo probable de tener en cuenta tales consideraciones sería dar más

prioridad a las enfermedades que afrontan los pobres y a las enfermedades cuyo costo es elevado. Sería posible utilizar las técnicas y principios del MCDA para estudiar cómo se pueden incorporar estos distintos beneficios; de hecho, este parece ser un desarrollo metodológico natural para esta área. (Véase el Cuadro 4 para conocer los detalles de un caso práctico de AECE sobre alternativas de vacunación en India).

Otros métodos de evaluación económica: Análisis de costo-beneficio

Un enfoque alternativo para la evaluación económica es el análisis de costo-beneficio (ACB).²⁹ El ACB es un método general para orientar los procesos de toma de decisiones basado en los principios de la economía del bienestar que se puede aplicar en el sector de la salud, al igual que en muchas otras áreas. El principio detrás del ACB consiste en que las consecuencias para el bienestar que surgen de una intervención deberían registrarse y valorarse en términos comunes (como por ejemplo, el dinero) y, cuando el beneficio neto total es positivo, se deberían realizar las inversiones. En particular, el ACB también brinda un marco conceptual para registrar de manera sistemática el impacto que la inversión en salud tiene sobre la productividad económica mediante una mayor participación de la fuerza laboral.

RECUADRO 4. AECE de apoyo para la vacuna contra el rotavirus en el Programa de Inmunización Universal de la India

Itamar Megiddo y colegas describen una aplicación del AECE que permite informar si se debería extender y cómo se debería extender el Programa de Inmunización Universal de la India e introducir una vacuna contra el rotavirus en el programa de vacunación.^a En su análisis, se utilizó una simulación estocástica basada en agentes, IndiaSim. Los autores simularon tres escenarios de políticas y registraron los costos que estos suponen para el gobierno y los costos de bolsillo y muertes evitadas, además de calcular un valor en términos de dinero del beneficio del seguro. Su análisis sugiere que, probablemente, la ampliación de las acciones modeladas será asequible y tendrá un impacto material tanto en la mortalidad en los menores de 5 años como en la adversidad financiera.

Este estudio se presentó en el National Technical Advisory Group on Immunization (NATGI) de la India y fue uno de varios estudios publicados en un suplemento de la revista *Vaccine* (que brindó parte de los aspectos técnicos del caso). Siguiendo la recomendación del NATGI, el gobierno de la India decidió incluir la vacuna contra el rotavirus en el programa de inmunización en 2014.^b

a. Megiddo and others (2014).

b. GAVI (2014).

Realizar un ACB completo y riguroso es una tarea muy intensa que consume mucho tiempo. Algunas de las implicancias del ACB también pueden ser éticamente desconcertantes; por ejemplo, la salud de un empleado puede considerarse más valiosa que la salud de alguien que ya ha superado la

edad de jubilación, ya que la salud del empleado le permite volver al trabajo y generar un mayor excedente económico. Sin embargo, el principal uso del ACB en el sector de la salud no suele ser la asignación de dinero proveniente de un fondo de seguro, sino presentar ante los donantes o el Ministerio de Finanzas el argumento de que un proyecto importante (por ejemplo, la erradicación de la malaria) dará lugar a beneficios económicos que justificarán una inversión excepcional de fondos estatales, además de la asignación habitual de fondos al sistema de salud. La virtud del ACB es que, en principio, brinda un marco conceptual consistente que permite evaluar tales proyectos antagónicos.

Discusión

En el Cuadro 6 se presenta una comparación resumida de los distintos métodos analizados en este capítulo. Todos los métodos que hemos analizado en este capítulo “compiten entre sí” en el sentido de que todos constituyen opciones válidas para un financiador de salud que busca definir un PBS. No existe “una mejor manera”, y los financiadores deberían experimentar con distintos métodos en vistas a comprender sus fortalezas y debilidades. En general, deberían tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Los métodos correspondientes a los distintos tipos de ACE están bien establecidos. Estos métodos no consideran de forma explícita valores sociales (aparte de la salud, claramente); sin embargo, en general, se han diseñado para utilizarse en contextos deliberativos y, por lo tanto, tales valores pueden surgir como parte de esta deliberación general. Como se expone en el Capítulo 4, el ACE puede desempeñar un papel importante para identificar las compensaciones realizadas, en el sentido de que permite evaluar la cantidad de salud de la población a

la que se renuncia con el objetivo de garantizar otros presuntos beneficios. Existen lineamientos para las buenas prácticas y respaldo institucional para implementar enfoques de tipo ACE. Estos métodos se pueden aplicar de manera relativamente básica y participativa o técnicamente más exhaustiva, según lo que se considere más adecuado para el contexto institucional y el nivel de precisión y confiabilidad esperada. Podría resultar apropiado utilizar estos métodos, sobre todo, en contextos donde es importante demostrar conformidad con las normas de buenas prácticas establecidas a nivel internacional y donde hay una predisposición y un entusiasmo por aprovechar este conjunto cada vez mayor de análisis de alta calidad basados en los principios del ACE.

- La principal fortaleza del MCDA es que considera diversos valores sociales de manera explícita. Puede resultar conveniente cuando es importante demostrar que se tienen en cuenta tales valores y cuando las partes interesadas están preparadas para participar de manera relativamente comprometida con la tarea de proporcionar puntuaciones y ponderaciones que representen opiniones bien fundadas sobre concesiones relevantes. Ante la ausencia de un conjunto sólido de lineamientos de buenas prácticas en el área de la salud, los lineamientos genéricos³⁰ o los lineamientos de otros dominios³¹ podrían resultar útiles. Recientemente, la ISPOR publicó los resultados de su equipo de trabajo dedicado al MCDA,³² lo que esperamos estimule la elaboración de lineamientos de alta calidad en el sector de la salud.
- La fortaleza del AECE reside en que da lugar a la modelación de las consecuencias financieras y el impacto diferencial sobre los distintos grupos

poblacionales, junto con las consecuencias en la salud de la población. Por consiguiente, este método podría ser particularmente útil donde los pagos de bolsillo representen una preocupación particular. Sin embargo, debido a que cada vez se realizan más modelaciones siguiendo el AECE (puesto que el ACE estándar ignora las consecuencias financieras), este método ha incrementado su complejidad y exige una mayor cantidad de datos en relación con los enfoques de ACE “estándar”, por lo que sería más coherente llevarlo a cabo donde ya se haya desarrollado capacidad y experiencia en ACE.

- El ACB se posiciona en una base filosófica diferente a la de otras formas de ACE en cuanto a que se considera que el sistema de salud no solo debería mejorar la salud de la población, sino que también debería contribuir a diversos beneficios económicos, de los cuales la salud podría ser uno de ellos. El ACB puede desempeñar una función importante en países donde esta perspectiva filosófica sea relevante o donde sea necesario para la “salud” presentar argumentos ante otros sectores públicos. El ACB es un método más complejo y requiere recursos analíticos especializados; sin embargo, hay muchos textos generales sobre cómo aplicar este tipo de análisis. Se podría sostener que el ACB no es peor que otras formas de análisis en términos de incorporación de supuestos de valor controversiales; aun así, la experiencia demuestra que, desde la perspectiva de las relaciones públicas, es vulnerable ante argumentos opositores debido a que “todo lo reduce al dinero”, aunque, en realidad, busque expresar beneficios no monetarios en términos monetarios.

CUADRO 6. Comparación de los distintos métodos

	Análisis de costo-efectividad (ACE)	Análisis de decisión multicriterio (MCDA)	Análisis extendido de costo-efectividad (AECE)	Análisis de costo-beneficio (ACB)
Reflejan valores sociales	Los métodos asumen que las ganancias en salud de la población constituyen el principal objetivo.	En un principio, el método puede tener en cuenta cualquier valor social posible, pero se debería ser cuidadoso al estructurar el criterio.	Los métodos reflejan una cuestión clave en los PIBM, donde es importante evitar pagos financieros catastróficos al igual que obtener ganancias en la salud de la población.	Los métodos suponen la modelación de todas las consecuencias relevantes para el bienestar. Los opositores sostienen que el ACB entraña compensaciones de valores inaceptables.
Técnicamente sólidos y justificables	El método está bien establecido en el sector salud. Existen lineamientos para las buenas prácticas, pero sigue habiendo controversias metodológicas.	El método está bien establecido fuera del área de la salud, aunque es popular en este sector. Existen varios lineamientos de buenas prácticas generales (es decir, no específicos de la salud), pero no hay un conjunto sólido de lineamientos específicos para esta área.	El método es nuevo y aún no existen lineamientos para las buenas prácticas.	El método está bien establecido fuera del área de la salud, aunque es popular en este sector. Existen varios lineamientos de buenas prácticas generales (es decir, no específicos de la salud), pero no hay un conjunto sólido de lineamientos específicos para esta área.
Fáciles de entender	Los métodos pueden implementarse con varios niveles de sofisticación: los modelos más complejos serán más difíciles de comprender para personas no expertas.	La facilidad de comprensión es una de las principales ventajas de estos métodos. Sin embargo, estructurar criterios y seleccionar normas de agregado apropiado son tareas más delicadas de lo que se suele pensar.	Se aplican los mismos comentarios que en el caso del ACE, pero con la salvedad de que parte de la modelación financiera adicional (en particular, el concepto de valor de seguro) añade una capa de complejidad adicional.	Los modelos pueden ser muy técnicos y la expresión de costos y beneficios en términos monetarios suele ser un obstáculo para la participación de quienes no son expertos.
Tienen un bajo costo de implementación	Puede llevarse a cabo con distintos niveles de exhaustividad, desde “aprisa y poco detallista” hasta análisis más robustos y costosos. Realizar análisis de ruta de expansión a nivel poblacional implica reunir datos clínicos y epidemiológicos, lo cual puede demandar mucho tiempo.	No se requieren recursos de modelación especializados, pero sí se necesita una participación relativamente comprometida de las partes interesadas para que proporcionen puntuaciones y ponderaciones.	Se aplican los mismos comentarios que en el caso del ACE, pero con la condición adicional de que se requiere la modelación de aspectos financieros y de pago.	Se aplican los mismos comentarios que en el caso del ACE y el AECE, pero se requiere una modelación más extensa de las consecuencias sobre el bienestar.

La forma que tome el análisis dependerá de la pregunta que se formule; por ejemplo, si resulta más coherente utilizar datos locales o nacionales; si se busca modelar una tecnología en detalle o múltiples tecnologías con un nivel de resolución relativamente alto, o si resulta necesario poner atención a los costos y beneficios de tecnologías que podrían reemplazarse si se añade una nueva tecnología al conjunto reembolsable. No obstante, no existe un único mapeo correcto entre las técnicas de evaluación presentadas en este capítulo y los planteamientos de problemas descritos anteriormente.

El objetivo de este capítulo ha sido brindar un panorama resumido de los diversos métodos técnicos disponibles para incorporar valores sociales, además de la salud, al análisis que informa la selección de PBS. Esta discusión ha intentado ser lo menos prescriptiva posible; sin embargo, implementar cualquiera de los métodos descritos aquí implica tomar decisiones de modelación complejas. No obstante, en la actualidad, existe abundante experiencia a nivel internacional sobre cómo llevar a cabo análisis que faciliten la toma de decisiones sobre servicios de salud y financiación de tecnologías de manera transparente y justificable. En efecto, más allá de las herramientas y métodos, que si bien son importantes, hay preocupaciones más acuciantes en lo que respecta a valores y metas. El establecimiento de prioridades para un PBS se puede llevar a cabo con diversas herramientas y métodos: lo importante es que las metas (objetivos) se definan con claridad y que los métodos para determinar el contenido de un plan de beneficios sean aceptables para las principales partes interesadas y la sociedad en general.

Referencias

- Airoldi, Mara, and Alec Morton. "Adjusting Life for Quality or Disability: Stylistic Difference or Substantial Dispute?" 2009. *Health Economics* 18 (11): 1237–47. doi:10.1002/hec.1424.
- Airoldi, Mara, Alec Morton, Jenifer A. E. Smith, and Gwyn Bevan. 2014. "STAR—People-Powered Prioritization: A 21st-Century Solution to Allocation Headaches." *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making* 34 (8): 965–75. doi:10.1177/0272989X14546376.
- Argyris, Nikolaos, Alec Morton, and José Rui Figueira. 2014. "CUT: A Multicriteria Approach for Concavifiable Preferences." *Operations Research* 62 (3): 633–42. doi:10.1287/opre.2014.1274.
- Asaria, Miqdad, Susan Griffin, Richard Cookson, Sophie Whyte, and Paul Tappenden. 2015. "Distributional Cost-Effectiveness Analysis of Health Care Programmes—A Methodological Case Study of the UK Bowel Cancer Screening Programme." *Health Economics* 24 (6): 742–54. doi:10.1002/hec.3058.
- Belton, Valerie, and Theo Stewart. 2013. *Multiple Criteria Decision Analysis, an Integrated Approach*. New York: Springer.
- Boardman, Anthony E., David H. Greenberg, Aidan R. Vining, and David L. Weimer, eds. 2006. *Cost-Benefit Analysis: Concepts and Practice*, 3rd ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.
- Chongtrakul, P., N. Sumpradit, and W. Yoongthong. 2005. "ISaE and the Evidence-Based Approach for Essential Medicines Selection in Thailand." *Essential Drugs Monitor* 34: 18–19.
- Department for Communities and Local Government. 2009. "MultiCriteria Analysis: A Manual." London: Department for Communities and Local Government. www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/7612/1132618.pdf.
- Drummond, Michael F., Mark J. Sculpher, George W. Torrance, Bernie J. O'Brien, and Greg L. Stoddart. 2005. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Figueira, José, Salvatore Greco, and Matthias Ehrgott. 2005. *Multiple Criteria Decision Analysis: State of the Art Surveys*. New York: Springer Science & Business Media.
- Frenk, Julio, Eduardo González-Pier, Octavio Gómez-Dantés, Miguel A. Lezana, and Felicia Marie Knaul. 2006. "Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico." *The Lancet* 368 (9546): 1524–34. doi:10.1016/S0140-6736(06)69564-0.
- GAVI. 2015. "India to Introduce Four New Vaccines." GAVI: The Vaccine Alliance. www.gavi.org.

- gavi.org/library/news/statements/2014/india-to-introduce-four-new-vaccines/.
- Gold, Marthe R., Joanna E. Siegel, Louise B. Russell, and Milton C. Weinstein, eds. 1996. *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. New York: Oxford University Press.
- González-Pier, Eduardo, Cristina Gutiérrez-Delgado, Gretchen Stevens, Mariana Barraza-Lloréns, Raúl Porras-Condey, Natalie Carvalho, Kristen Loncich, et al. 2006. "Priority Setting for Health Interventions in Mexico's System of Social Protection in Health." *The Lancet* 368 (9547): 1608–18. doi:10.1016/S0140-6736(06)69567-6.
- Gregory, Robin, Lee Failing, Michael Harstone, Graham Long, Tim McDaniels, and Dan Ohlson. 2012. *Structured Decision Making: A Practical Guide to Environmental Management Choices*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- IMPRESS. 2012. *IMPRESS Guide to the Relative Value of COPD Interventions*. London: IMPRESS.
- Johri, Mira, and Ole Frithjof Norheim. 2012. "Can Cost-Effectiveness Analysis Integrate Concerns for Equity? Systematic Review." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 28 (2): 125–32. doi:10.1017/S0266462312000050.
- Keeney, Ralph L. 1992. *Value-Focused Thinking: A Path to Creative Decisionmaking*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Layard, Richard, and Stephen Glaister, eds. 1994. *Cost-Benefit Analysis*, 2nd ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Marsh, Kevin, Maarten IJzerman, Praveen Thokala, Rob Baltussen, Meindert Boisen, Zoltán Kaló, Thomas Lönnngren, et al. 2016. "Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making—Emerging Good Practices: Report 2 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force." *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 19 (2): 125–37. doi:10.1016/j.jval.2015.12.016.
- Mason, Helen, Rachel Baker, and Cam Donaldson. 2008. "Willingness to Pay for a QALY: Past, Present and Future." *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 8 (6): 575–82. doi:10.1586/14737167.8.6.575.
- Megiddo, Itamar, Abigail R. Colson, Arindam Nandi, Susmita Chatterjee, Shankar Prinja, Ajay Khera, and Ramanan Laxminarayan. 2014. "Analysis of the Universal Immunization Programme and Introduction of a Rotavirus Vaccine in India with IndiaSim." *Vaccine* 32 (1): A151–61. doi:10.1016/j.vaccine.2014.04.080.
- Morton, Alec. 2014. "Aversion to Health Inequalities in Healthcare Prioritisation: A Multicriteria Optimisation Perspective." *Journal of Health Economics* 36: 164–73. doi:10.1016/j.jhealeco.2014.04.005.
- Morton, Alec, and Barbara Fasolo. 2009. "Behavioural Decision Theory for Multi-Criteria Decision Analysis: A Guided Tour." *Journal of the Operational Research Society* 60: 268–275. doi: 10.1057/palgrave.jors.260.2550.
- Peacock, Stuart J., Jeff R. J. Richardson, Rob Carter, and Diana Edwards. 2007. "Priority Setting in Health Care Using Multi-Attribute Utility Theory and Programme Budgeting and Marginal Analysis (PBMA)." *Social Science & Medicine* 64 (4): 897–910. doi:10.1016/j.socscimed.2006.09.029.
- Pliskin, Joseph S., Donald S. Shepard, and Milton C. Weinstein. 1980. "Utility Functions for Life Years and Health Status." *Operations Research* 28 (1): 206–24. doi:10.1287/opre.28.1.206
- van Reenen, Mandy, and Bas Janssen. 2015. "EQ-5D-5L User Guide Version 2.1." EuroQol. www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/EQ-5D-5L_UserGuide_2015.pdf.
- Renn, Ortwin, Thomas Webler, Horst Rakel, Peter Diemel, and Branden Johnson. 1993. "Public Participation in Decision Making: A Three-Step Procedure." *Policy Sciences* 26 (3): 189–214. doi:10.1007/BF00999716.
- Ryan, Mandy, Karen Gerard, and Gillian Currie. 2012. "Using Discrete Choice Experiments in Health Economics." In *The Elgar Companion to Health Economics*, 2nd ed., edited by Andrew M. Jones (Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited), 437–46. doi: 10.4337/9780857938138.00057.
- Salomon, Joshua A., Natalie Carvalho, Cristina Gutiérrez-Delgado, Ricardo Orozco, Anna Mancuso, Daniel R. Hogan, Diana Lee, et al. 2012. "Intervention Strategies to Reduce the Burden of Non-Communicable Diseases in Mexico: Cost Effectiveness Analysis." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 344: e355.
- Stinnett, Aaron A., and A. David Paltiel. 1996. "Mathematical Programming for the Efficient Allocation of Health Care Resources." *Journal of Health Economics* 15 (5): 641–53. doi:10.1016/s0167-6296(96)00493-6.
- Tan-Torres Edejer, T., T. Adam, R. Baltussen, T. Tan Torres, D. Evans, R. Hutubessy, A. Acharya, and C. J. L. Murray. 2003. *Making Choices in Health: WHO Guide to Cost Effectiveness Analysis*. Geneva: World Health Organization.
- Thokala, P., K. Marsh, N. Devlin, J. van Til, B. Reddy, R. Baltussen, and M. J. IJzerman. 2014. "Multi Criteria Decision Analysis Methods in Health Care: Current Status, Good Practice and Future

- Recommendations.” *Value in Health* 17 (3): A34. doi:10.1016/j.jval.2014.03.207.
- Thokala, Praveen, Nancy Devlin, Kevin Marsh, Rob Baltussen, Meindert Boysen, Zoltan Kalo, Thomas Longrenn, et al. 2016. “Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making—An Introduction: Report 1 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force.” *Value in Health* 19 (1): 1–13. doi:10.1016/j.jval.2015.12.003.
- Verguet, Stéphane, Ramanan Laxminarayan, and Dean T. Jamison. 2015. “Universal Public Finance of Tuberculosis Treatment in India: An Extended Cost-Effectiveness Analysis.” *Health Economics* 24 (3): 318–32. doi:10.1002/hec.3019.
- Weinstein, Milton, and Richard Zeckhauser. 1973. “Critical Ratios and Efficient Allocation.” *Journal of Public Economics* 2 (2): 147–57.
- Wilkinson, Thomas, Kalipso Chalkidou, Karl Claxton, Paul Revill, Mark Sculpher, Andrew Briggs, Yot Teerawattananon, et al. 2014. *The Reference Case for Economic Evaluation*. Methods for Economic Evaluation Project Final Report, International Decision Support Initiative. www.idshealth.org/wp-content/uploads/2015/01/MEEP-report.pdf.
- Vargas, Veronica, and Sergio Poblete. 2008. “Health Prioritization: The Case of Chile.” *Health Affairs* 27 (3): 782–92. doi:10.1377/hlthaff.27.3.782
- Von Winterfeldt, Detlof, and Ward Edwards. 1986. *Decision Analysis and Behavioral Research*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Woods, Beth, Paul Revill, Mark Sculpher, and Karl Claxton. 2016. “Country-Level Cost-Effectiveness Thresholds: Initial Estimates and the Need for Further Research.” *Value in Health* 19 (8): 929–35. doi:10.1016/j.jval.2016.02.017.
- World Health Organization (WHO). 2000. *World Health Report 2000—Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.
- . 2011. *World Health Report 2010: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: WHO.
- . 2014. *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage: Final Report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*. Geneva: WHO. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js21442en/>.
- Yoongthong, Worasuda, Shanlian Hu, Jennifer A. Whitty, Suwit Wibulpolprasert, Kittu Sukantho, Wannisa Thienthawee, Huixue Han, et al. 2012. “National Drug Policies to Local Formulary Decisions in Thailand, China, and Australia: Drug Listing Changes and Opportunities.” *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 15 (1): S126–31. doi:10.1016/j.jval.2011.11.003.

Notas finales

- WHO (2010).
- WHO (2014)
- Johri and Norheim (2012). 4. Asaria and others (2015)
- Morton (2014).
- Gold and others (1996); Wilkinson and others (2014); Drummond and others (2005); and Tan-Torres Edejer and others (2003).
- Pliskin, Shepard, and Weinstein (1980).
- van Reenen and Janssen (2015).
- Airoldi and Morton (2009).
- IMPRESS (2012).
- Ibid. See appendix 9 for details of the population, epidemiology, and service provision in this case.
- Weinstein and Zeckhauser (1973).
- Woods and others (2016).
- Tan-Torres Edejer and others (2003).
- Ibid.
- Stinnett and Paltiel (1996).
- Belton and Stewart (2013); Department for Communities and Local Government (2009); Marsh and others (2016); and Thokala and others (2016).
- IMPRESS (2012).
- Peacock and others (2007); Airoldi and others (2014); and Morton (2014).
- Renn and others (1993).
- Ryan, Gerard, and Currie (2012).
- Argyris, Morton, and Figueira (2014).
- Keeney (1992).
- von Winterfeldt and Edwards (1986); and Morton and Fasolo (2009).
- Figueira, Greco, and Ehr Gott (2005).
- Verguet, Laxminarayan, and Jamison (2015).
- WHO (2000).
- Verguet, Laxminarayan, and Jamison (2015).
- Boardman and othesr (2006).
- Department for Communities and Local Government (2009).
- Gregory and others (2012).
- Marsh and others (2016); and Thokala and others (2016).

CAPÍTULO 7

Como pez fuera del agua: *Cómo abordar intervenciones en el sector de la salud que no aportan beneficios relacionados con esta*

Rachel Silverman

En pocas palabras: Algunos servicios de salud también promueven la dignidad, el empoderamiento y la obtención de beneficios económicos. ¿Cuándo y cómo deberían los planes en salud considerar aquellos beneficios que no se relacionan con esta?

De manera intuitiva, se espera que las intervenciones que ofrece el sector de salud mejoren la salud de los usuarios. De hecho, en la mayoría de los casos, el principal resultado de interés de estas intervenciones es mejorar la salud, medida en relación con los años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados o los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) evitados. Sin embargo, algunos subconjuntos de intervenciones que se brindan a través del sector de la salud —esto es, intervenciones realizadas en establecimientos de salud; suministro de medicamentos, uso de dispositivos médicos o realización de procedimientos quirúrgicos; o intervenciones administradas por profesionales de la salud (médicos, enfermeros, dentistas, técnicos o trabajadores de la salud comunitarios)— no tienen como único o principal

objetivo mejorar la salud.¹ (Lo opuesto también tiene lugar—algunas intervenciones no relacionadas con la salud como la imposición fiscal, las políticas de vivienda o los controles de tránsito pueden tener efectos positivos o negativos en la salud). En cambio, el principal beneficio de estas podría ser mejorar aspectos de la calidad de vida no relacionados con la salud, el crecimiento económico, el empoderamiento o una combinación de estos.² Estas intervenciones podrían generar mejoras en la salud en cierta medida o aportar otros beneficios registrables mediante los métodos empíricos que se analizan en este apartado, dado que los métodos tradicionales podrían no considerar aquellos valores que no se asocian directamente con la salud. Como resultado, esta categoría de intervenciones merece especial consideración

por parte de los responsables de las políticas al momento de diseñar planes de beneficios en salud (PBS), lo cual no necesariamente implica que se incluyan en el plan.

La primera parte de este capítulo expone los criterios generales necesarios para que los responsables de formular políticas puedan identificar aquellas intervenciones para las cuales será necesario considerar beneficios no relacionados con la salud. Luego se analizan tres intervenciones comunes que pertenecen a esta categoría: los servicios anticonceptivos, los cuidados paliativos y los servicios de reconstrucción o de estética. Por necesidad, todos estos servicios se brindan generalmente a través del sector de salud, debido a que involucran medicamentos, dispositivos médicos y técnicas quirúrgicas que solo pueden administrarse de manera segura por profesionales de la salud capacitados. Además, estos servicios pueden causar efectos adversos para la salud, como por ejemplo efectos secundarios, sobredosis o complicaciones quirúrgicas. Cada uno de estos servicios pone a prueba los marcos metodológicos tradicionales que se emplean en el diseño de un PBS, por lo que se deberían considerar diferentes enfoques al evaluar su posible inclusión en el plan.

No es la intención de este capítulo ofrecer soluciones prescriptivas, sino simplemente destacar algunos aspectos que merecen especial atención, teniendo en cuenta las implicancias multisectoriales y preferencias sociales locales. Por último, cabe señalar que no existe una respuesta “correcta” sobre cómo se pueden abordar estas intervenciones y cuál sería el enfoque apropiado en cada contexto específico. No obstante, si no se analizan de manera independiente, es posible que este tipo de intervenciones no sean debidamente tenidas en cuenta; sería oportuno, entonces, que los responsables de formular políticas se aseguren de que reciban la atención que ameritan.

Principios generales

Prácticamente todos los servicios de salud aportan algún beneficio no relacionado con esta; sin embargo, no todos pueden ser objeto de atención desde esta perspectiva. Por esto, los responsables de formular políticas deben seguir algunos principios generales para poder identificar el subconjunto de intervenciones que merecen ser tenidas en cuenta por sus beneficios no relacionados con la salud. Si bien los siguientes principios generales proporcionan cierta orientación, cada país deberá elegir los criterios apropiados según el contexto local.

- **¿El servicio es costo-efectivo con respecto a algún objetivo no relacionado con la salud?** Algunos servicios del sector salud contribuyen significativamente a avanzar hacia objetivos explícitos que no se asocian directamente con esta área. Por ejemplo, en algunos contextos, se cree que la desparasitación mejora la cognición y fomenta la asistencia escolar. Si se comprueba que la desparasitación constituye una estrategia costo-efectiva para mejorar resultados educativos en un contexto particular —es decir, en comparación con otras intervenciones educativas que se ofrecen actualmente— podría considerarse su posible inclusión en el PBS sobre esta base. De todas maneras, en algunos casos, podría resultar apropiado que el principal sector beneficiario (por ejemplo, el ministerio de educación) cubra los costos marginales de brindar el tratamiento.
- **¿Se reconoce de manera explícita a dicho servicio (o la motivación para ofrecerlo) como parte del objetivo del PBS?** En muchos países, el objetivo del PBS se encuentra expresamente codificado en una ley o política, y es este objetivo el que debería orientar la decisión sobre qué beneficios no relacionados con la

salud deberían tener en cuenta los responsables de formular políticas. Por ejemplo, una política de PBS podría determinar de manera explícita que el acceso a cuidados paliativos constituye un componente del plan de beneficios o podría hacer hincapié en el hecho de que el plan debería proporcionar “dignidad” o “comfort” a quienes accedan a estos servicios de salud.

- **¿Se reconoce de manera explícita el incrementar el acceso a este servicio como un objetivo político nacional no relacionado con la salud?** Para algunas intervenciones, tales como los métodos anticonceptivos, es posible que en algunos países ya exista un objetivo político explícito que promueva el acceso o la toma de estos, en parte, por los beneficios no asociados con la salud que estos aportan. Idealmente, se debería armonizar el PBS con todas las estrategias y objetivos nacionales relevantes, teniendo en cuenta las restricciones presupuestarias.
- **¿Los ciudadanos valoran los beneficios no relacionados con la salud por encima de los beneficios en salud a los que se está renunciando?** Las encuestas de preferencia y los grupos focales en los que participa la población pueden resultar útiles para determinar qué beneficios no relacionados con la salud se deben considerar. Al ofrecerles a los encuestados una serie de alternativas —como por ejemplo vivir nueve años con la piel sana o vivir diez años con cicatrices severas—, los responsables de formular políticas puede entender mejor cómo valoran los ciudadanos a este tipo de beneficios en comparación con los beneficios en salud.

Ejemplo 1: La anticoncepción

Los servicios de anticoncepción incluyen métodos de corta y larga duración al igual que métodos permanentes que permiten que las mujeres puedan prevenir embarazos no deseados y espaciar o controlar los nacimientos de sus hijos. Con la posible excepción de algunos métodos profilácticos menos efectivos (tales como los condones), por lo general, los servicios de anticoncepción se financian y se proporcionan a través del sector de la salud. Para que la prestación de estos servicios sea efectiva es necesario contar con una cierta cantidad y variedad de productos anticonceptivos, entre los que se encuentran las pastillas, dispositivos intrauterinos, implantes e inyectables; y además, se debe considerar dedicar tiempo del personal capacitado para brindar asesoramiento, administrar o colocar los productos, o para realizar las cirugías correspondientes (en el caso de los métodos permanentes).

En lo que respecta a la anticoncepción, un PBS debe hacerse dos preguntas fundamentales: En primer lugar, ¿se cubrirán servicios de anticoncepción? Si la respuesta a esta primera pregunta es afirmativa, la siguiente consideración sería: ¿qué métodos se pondrán a disposición? Estas preguntas son complejas debido a las características particulares de costo-beneficio que presentan estos servicios. En la mayoría de los casos, el acceso a estos servicios representará un medio para mejorar la salud de acuerdo con las medidas estándares de AVAD o AVAC y, en algunos contextos, podrían resultar costo-efectivos según estas medidas. Todo embarazo conlleva ciertos riesgos para la salud de la madre. Al reducir la cantidad de embarazos en general, menos mujeres sufrirán complicaciones del embarazo o muertes maternas (manteniendo constante la tasa de complicaciones y muertes maternas). Asimismo, existe evidencia de que una alta paridad al igual que los embarazos no deseados o muy seguidos supone riesgos más altos tanto para la madre como para el bebé,

en comparación con otro tipo de embarazos. Esto puede deberse, en parte, a que las madres pueden ser relativamente jóvenes o mayores, pueden recurrir a abortos inseguros o pueden ser más vulnerables a sufrir complicaciones maternas por otros motivos y, por lo tanto, tienen menos probabilidades de acceder a métodos anticonceptivos.³

Sin embargo, las medidas de costo-efectividad estándar presentan algunas dificultades para evaluar la inclusión de estos servicios, en general, o de métodos individuales, en particular, como parte de un PBS. La salud es solo uno de los tantos motivos que impulsan la prestación de estos servicios y muchas veces no representa el motivo más imperioso o de mayor impacto. Otros motivos por los cuales se busca incrementar el acceso a la anticoncepción comprenden el empoderamiento económico y social de las mujeres (controlar la fertilidad promueve la inversión en el capital humano y la participación en la fuerza laboral);⁴ factores macroeconómicos y demográficos (con el objetivo de aumentar el “dividendo demográfico” y prevenir el crecimiento insostenible de la población, aunque la relevancia de esta última problemática es objeto de discusión); y el derecho fundamental de las mujeres y de la familia, ratificado en 1994 en la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo, de tomar decisiones autónomas e informadas sobre su propia fertilidad.⁵ Cuando se mide la costo-efectividad de la anticoncepción en términos de costos por AVAD o incluso con herramientas más sofisticadas como el análisis extendido de costo-efectividad o el análisis de decisión multicriterio, probablemente los resultados no alcancen a reflejar en su totalidad el valor social que supone prestar estos servicios y, en consecuencia, podrían justificar su exclusión en contextos en donde los recursos sean muy limitados. Por ejemplo, las clasificaciones de las *Prioridades para el Control de Enfermedades 3* (DCP3) sugieren que ofrecer servicios de anticoncepción tiene un costo aproximado de \$150 a \$350 (las cifras exactas no se encuentran disponibles)

por AVAD evitado, aunque solo se identificaron dos evaluaciones que consideran a la costo-efectividad en función de los AVAD.⁶ Esta evaluación califica a la anticoncepción como “altamente costo-efectiva” en la mayoría de los países que utilizan los umbrales establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS); sin embargo, podría superar los umbrales estimados de manera empírica en muchos países de ingresos bajos y medios (PIBM) como Etiopía, India, Malawi y Nepal,⁷ países que se han comprometido a aumentar el acceso a servicios de planificación familiar voluntaria o implementarlos como un objetivo nacional explícito.⁸

Incluso si considerando la razón de costo-efectividad se justifica su inclusión, existe un segundo problema que se relaciona con la variedad de métodos que se ofrecerán. Si bien el embarazo supone ciertos riesgos, no es una enfermedad; las mujeres no necesariamente buscan optimizar su “protección” contra un embarazo al elegir un método anticonceptivo, sino que distintas mujeres preferirán distintas formas de anticoncepción según sus necesidades y circunstancias. Algunas mujeres preferirán protección a corto plazo, lo que les permitiría espaciar sus embarazos; otras podrían elegir métodos permanentes, como por ejemplo aquellas mujeres que ya no quieren tener hijos. En algunos casos, podrían querer ocultar el uso de anticonceptivos a sus parejas o familiares, por lo que probablemente elegirán métodos inyectables, por ejemplo, dado que estos no se pueden detectar. Algunas mujeres podrían experimentar efectos secundarios adversos con el primer método que prueben. Por consiguiente, es necesario propiciar el acceso a una combinación equilibrada de métodos anticonceptivos para que los países puedan aumentar la prevalencia de la anticoncepción—una meta en común— respetando a la vez la dignidad y las decisiones de las mujeres. (La lista de medicamentos esenciales de la OMS, que incluye 13 métodos anticonceptivos diferentes divididos en seis categorías, avala este fundamento).⁹ Contrariamente,

las medidas de costo-efectividad básicas consideran a todos los métodos del mismo modo, debido a que todos ofrecen protección contra el embarazo; bajo una perspectiva lógica y estricta, solo se incluirían en el plan aquellos métodos que ofrezcan la mayor “protección” en relación con el precio. En el peor caso, el estricto cumplimiento de los estándares de costo-efectividad podría llevar a que el PBS incluya únicamente los métodos de larga duración (y algunos métodos irreversibles), tales como la esterilización, que pueden ofrecer la mayor “ganancia” en salud a lo largo de la vida en relación con el precio.

Una última consideración hace referencia al impacto presupuestario y al valor o costo social que se obtiene al evitar un embarazo. En la medida en que los métodos anticonceptivos prevengan embarazos —y consecuentemente, se eviten gastos en el sistema de salud asociados al embarazo, al nacimiento y a la atención infantil, además de gastos evitados en otros sectores como la educación—, es posible que la anticoncepción permita reducir gastos a largo plazo o sea neutral en relación con el presupuesto. Estudios actuariales de los Estados Unidos muestran que incluir servicios de anticoncepción en los planes de seguros privados no afecta las primas;¹⁰ asimismo, se ha demostrado que el gasto público en planificación familiar (Medicaid) permite reducir los gastos, puesto que genera cuatro dólares de ahorro por cada dólar gastado.¹¹ Las investigaciones sugieren que es probable que la anticoncepción o los métodos anticonceptivos más efectivos permitan reducir los gastos en la mayoría de los contextos, desde el Reino Unido¹² hasta América Latina¹³ y África subsahariana.¹⁴ No obstante, debido a que estos “ahorros” se producen al prevenir embarazos, podrían presentarse cuestiones éticas y, por lo tanto, deberían ser abordados con cuidado. Por supuesto que es apropiado que el gobierno proporcione el acceso a métodos anticonceptivos para aquellas mujeres que deseen hacer uso de ellos; sin embargo, la presencia de políticas demasiado entusiastas o incentivos mal

diseñados que promueven el uso de anticonceptivos o la esterilización podrían vulnerar los derechos de las mujeres y su posibilidad de decidir de manera autónoma, como ha ocurrido históricamente en India y otras partes del mundo. Independientemente de esto, al llevar a cabo análisis de costo-efectividad sobre los métodos de anticoncepción, será necesario tomar una decisión basada en criterios propios en relación con los beneficios morales o funcionales y los costos que supone evitar un embarazo. Por ejemplo, el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido realiza los análisis partiendo del “[supuesto] de que antes de su concepción, el valor de un futuro bebé para la sociedad no es ni positivo ni negativo. A partir de este supuesto, queda en evidencia que la prevención de la concepción no puede medirse en términos de AVAC, en el sentido de que no existen futuros AVAC antes de la concepción. Por lo tanto, la costo-efectividad de prevenir un embarazo se mide en función de los costos por embarazo evitado”.¹⁵

Entonces, ¿cómo puede un país tomar decisiones justas respecto a la inclusión de servicios de anticoncepción y qué servicios se ofrecerán como parte de su PBS? El modo en el que se ha abordado la anticoncepción en los PBS de PIBM no ha sido muy bien documentado. Un estudio reciente que analizó una muestra de veinte países de África subsahariana y Asia sugiere que la mayoría de los sistemas nacionales de seguros de salud han excluido los métodos de anticoncepción de los beneficios reembolsables del plan, a pesar de que algunos ofrecen servicios de anticoncepción poco definidos (es decir, sin especificar los métodos anticonceptivos) mediante planes capitados u otras fuentes de financiación basadas en ingresos.¹⁶ Otra cuestión práctica es que, por lo general, las iniciativas de planificación familiar se organizan como programas verticales, que dependen en gran medida de fondos de donantes, del personal de organizaciones no gubernamentales (ONG) responsables de implementar programas o

de la donación de productos en especie; en países de bajos ingresos específicamente, los gobiernos financian solo el 2 por ciento de los productos básicos, mientras que alrededor de tres cuartos de los fondos provienen de donantes internacionales y ONG.¹⁷ En vista de esta dinámica, algunos países han decidido excluir la planificación familiar de sus PBS argumentando que se puede acceder a estos servicios a través de otros mecanismos, tal como ocurrió en un principio con el Plan Nacional de Seguro de Salud de Ghana.¹⁸ En Chile, todos los métodos de planificación familiar a excepción de la esterilización se encuentran disponibles de manera gratuita; sin embargo, las mujeres deben ingresar a una lista de espera para acceder a un dispositivo intrauterino.¹⁹

Un enfoque común para los gobiernos con recursos limitados, que ha sido adoptado por la iniciativa internacional Planificación Familiar 2020 (Family Planning 2020, FP2020),²⁰ consiste en garantizar el acceso a al menos tres categorías de métodos anticonceptivos diferentes en centros de atención primaria. Un enfoque más amplio, que se fomenta en algunos círculos²¹ y que también se registra en la FP2020,²² sería brindar acceso a al menos cinco categorías de métodos anticonceptivos en los niveles secundario o terciario de atención. Por último, cada país deberá determinar que resulta asequible y conveniente en el contexto local. Al tomar decisiones de inclusión, los responsables de formular políticas deberían tener en cuenta no solo la optimización de los resultados en salud, sino también los estándares mínimos que se deben cumplir para garantizar un plan de atención en salud con un enfoque basado en derechos. Idealmente, este plan debería incluir al menos un método de barrera, un método de corta duración no detectable y un método de larga duración reversible.

Ejemplo 2: Los cuidados paliativos

Si bien no existe una única definición aceptada para los “cuidados paliativos”, por lo general, este término hace referencia al “alivio efectivo del dolor y a la implementación de un enfoque de equipo para brindar atención médica a lo largo del curso de una enfermedad”, estrategias que tienen como principal objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes y de aquellos que los rodean, y no de prolongar la vida ni tampoco de acelerar la transición de la vida a la muerte.²³ La necesidad de cuidados paliativos se asocia comúnmente a enfermedades cardiovasculares (que representan el 38,5 por ciento de esta necesidad a nivel mundial, según la OMS); al cáncer (34 por ciento); y a enfermedades respiratorias crónicas (10, por ciento), pero también son apropiados para una gran variedad de patologías.²⁴ El acceso a cuidados paliativos está incluido en la definición de cobertura universal en salud propuesta por la OMS;²⁵ en la lista de medicamentos esenciales de esta organización se encuentran tanto los analgésicos opiáceos como los no opiáceos.²⁶ Asimismo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas reconoce a los cuidados paliativos como un derecho humano.²⁷

En los países ricos, este tipo de cuidados posibilita que los pacientes vivan sus últimos días en la comodidad de sus hogares. De este modo, también se evitan gastos elevados de estancia hospitalaria y se reduce el costo neto que debe afrontar el sistema de salud. No obstante, puede suceder que los tratamientos curativos o los tratamientos para el final de la vida que se realicen en hospitales no se ofrezcan o no se encuentren disponibles en PIBM; en estos casos, los cuidados paliativos supondrían un gasto adicional para el sistema de salud.²⁸ La pregunta entonces sería si estos costos adicionales representan una buena inversión en relación con el valor que aportan. En este sentido, las medidas de costo-efectividad estándar posiblemente no ofrezcan una guía

apropiada para determinar si se debe incluir (o en qué medida se deben incluir) a los cuidados paliativos en el plan de beneficios en salud. Los cuidados paliativos ayudan a disminuir el dolor y mejoran la calidad de vida en aspectos relacionados con la salud y, por esto, si se miden en términos de AVAC, se considerarán como cuidados que contribuyen a mejorar la salud. Sin embargo, generalmente estos cuidados se brindan a pacientes que se encuentran en la etapa final de sus vidas y no tienen como objetivo aumentar la longevidad. Por lo tanto, el período en el cual se mejorará la calidad de vida será, por naturaleza, un período corto y la mejora en salud (medida en términos de AVAC) será limitada. Como resultado, los cuidados paliativos se clasificarán por lo general como una intervención efectiva; sin embargo, según sean los costos de su prestación, pueden no resultar costo-efectivos de manera general en la mayoría de los contextos en donde los recursos son escasos.

Aun así, existen otras razones por las cuales se podría considerar incluir a los cuidados paliativos en los PBS. Estos cuidados pueden aliviar en gran parte el sufrimiento de los pacientes y sus familias y, al menos en algunas circunstancias, los pacientes podrían preferir mejorar su calidad de vida en lugar de prolongarla ante una enfermedad terminal.²⁹ (Los beneficios que se miden en términos de AVAC tienen en cuenta solo los beneficios dirigidos a los pacientes y no aquellos que favorecerían a sus cuidadores, familias o a la comunidad en general). En contextos en donde los recursos son muy limitados y donde tal vez haya que excluir a la atención curativa para el cáncer u otras enfermedades avanzadas de los beneficios financiados mediante fondos públicos, se puede considerar a los cuidados paliativos como un imperativo ético (véase el Capítulo 13).

Si bien, en la práctica, es posible que estos cuidados estén incluidos en la lista del plan de beneficios de algunos PIBM, el acceso efectivo a estos es muy limitado en estos contextos, a diferencia de lo que ocurre en los países más ricos. Ampliar la cobertura

efectiva supondría un cambio sistemático en las normativas y en las estructuras organizacionales incluso si, en esencia, estos cuidados están incluidos en el plan. A partir de 2006, alrededor del 72 por ciento de la población mundial vivía en un país en donde prácticamente no se utilizaban opiáceos para aliviar el dolor; solo el 7 por ciento vivía en países en donde los opiáceos se utilizaban de manera adecuada, en su mayoría, países de altos ingresos.³⁰ En un estudio que analizó 19 países de América Latina, en todos ellos se incluía a los cuidados paliativos en la lista de servicios proporcionados al nivel de atención primaria; no obstante, la disponibilidad de cuidados paliativos especializados variaba ampliamente en la práctica.³¹ El hecho de que el acceso a estos cuidados sea limitado se debe, en parte, a las normativas internacionales y nacionales que restringen la prescripción de opiáceos como mecanismo para prevenir el consumo ilegal de estas sustancias.³³ Por lo tanto, aumentar el acceso a los cuidados paliativos es un asunto que va más allá de los PBS y que requiere además del desarrollo de capacidades normativas y de una reforma en esta área. Asimismo, las preferencias de los ciudadanos ante los cuidados paliativos o la atención curativa varían según el contexto, por lo que una herramienta útil para los procesos de priorización de los PBS podrían ser las encuestas de preferencias dirigidas a los ciudadanos.

Ejemplo 3: Los servicios de cirugía estética y reconstructiva

Muchos servicios de los que se brindan a través del sector de la salud tienen como beneficio principal o primario proporcionar mejoras estéticas. Estos incluyen la cirugía plástica opcional —cuya inclusión en los planes de beneficios en salud financiados mediante fondos públicos se considera inapropiada—, pero también abarcan la cirugía reconstructiva luego de un trauma o la cirugía

necesaria por razones médicas; los tratamientos dermatológicos, la ortodoncia y las prótesis dentales; o la cirugía de anomalías congénitas. Estos servicios pueden mejorar la salud, debido a que abordan distintas discapacidades funcionales; sin embargo, su valor primario reside en las mejoras que producen en la calidad de vida de las personas que pueden no ser percibidas a través de los métodos estándares que se utilizan para medir la discapacidad, tales como la dignidad, la autoestima y el estigma. Por ejemplo, el cuestionario EQ-5D de EuroQoL (EuroQoL Five Dimensions Questionnaire) —un instrumento que suele utilizarse para obtener ponderaciones de los AVAC— mide la movilidad, el cuidado personal, la capacidad de llevar a cabo actividades cotidianas, el dolor/malestar, la ansiedad/depresión y la autopercepción del estado de salud en una escala que va del 1 al 100.³⁴ Estas medidas, claramente, no podrían capturar el impacto que tienen un paladar hendido, las cicatrices graves o la falta de algún diente en la calidad de vida de las personas y, por lo tanto, es posible que estos servicios no reciban la atención que merecen. No obstante, dado que no es fácil medir o cuantificar los beneficios que ofrecen estos servicios —y que los ciudadanos que exigen el acceso a estos pertenecen en su mayoría a los sectores más favorecidos de la población, que participan de manera activa en su prestación— se corre el riesgo de que se incluyan en el plan, pero sin considerar debidamente el costo de oportunidad que suponen, acrecentando de este modo las desigualdades.

Muchos PBS incluyen servicios que se encuentran dentro de estas categorías. Por ejemplo, el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) ofrece la reconstrucción mamaria a todas las mujeres que se sometan a una mastectomía por cáncer de mama³⁵ y el Plan Nacional de Seguro de Salud de Ghana (National Health Insurance Scheme, NHIS) cubre la “cirugía reconstructiva, como por ejemplo en el caso de pacientes con quemaduras”.³⁶ Cabe destacar que la disponibilidad de estos servicios variará según

el nivel de recursos y el costo de oportunidad de la reasignación de gastos. Una declaración de consenso que surgió en la Cumbre Mundial sobre Salud de la Mama (Breast Health Global Summit), por ejemplo, sugiere que la cirugía reconstructiva debiera ofrecerse solo en entornos con recursos “optimizados”.³⁷ Del mismo modo, la Comisión Lancet en Cirugía Global (Lancet Commission on Global Surgery) sugiere que las cirugías de paladar hendido, labio leporino y pie equino varo serían apropiadas para un PBS básico bajo la cobertura universal en salud, pero no se menciona ninguna otra cirugía reparadora por consideraciones estéticas.³⁸

Al igual que en el caso de los cuidados paliativos, las encuestas de preferencias y los grupos focales de ciudadanos pueden ayudar a los responsables de formular políticas a definir si se deberían incluir servicios de reconstrucción o de estética en el plan de beneficios y pueden llevar a resultados inesperados. En Chile, por ejemplo, el Plan AUGE pretendía excluir en un principio a la prótesis dental de la lista de garantías; sin embargo, cambió su rumbo luego de que los estudios de preferencia social revelaran la elevada carga social y psicológica que significa el no tener dientes o que estos no se encuentren en buenas condiciones, lo cual afecta de manera desproporcionada a las mujeres más pobres.³⁹

Conclusiones

En este capítulo, se describió un marco general para considerar ciertos beneficios no relacionados con la salud de algunos de los servicios que se prestan en esta área. Se destacaron tres categorías de servicios del sector salud cuyas estructuras de costo-beneficio representan un reto para los métodos estándares de evaluación económica: los servicios de anticoncepción, los cuidados paliativos y los servicios de reconstrucción o de estética. Durante el diseño de un PBS, tal vez sea necesario que los responsables de

formular políticas consideren detenidamente a estos servicios, prestando especial atención a los efectos multisectoriales, las externalidades y las preferencias de los ciudadanos. En la práctica, el modo en el que se abordan estas intervenciones en los PBS de los PIBM varía considerablemente. Por lo general, se excluye a la anticoncepción de las listas de servicios reembolsables, pero puede estar cubierta en planes basados en capitación. Los cuidados paliativos, por su parte, pueden estar incluidos en la teoría, pero en la práctica probablemente su administración se encuentre altamente restringida. Por último, existen muchos PBS que cubren al menos algún subconjunto de servicios de reconstrucción o de estética.

El dilema que se plantea en este capítulo —es decir, el hecho de que algunos servicios del sector de la salud puedan ofrecer beneficios importantes que no se relacionen directamente con esta área— afecta a un abanico de categorías mucho más amplio de las que se analizan aquí. Otras posibles categorías podrían ser la higiene menstrual, los pañales para adultos con incontinencia, la infertilidad, la disfuncionalidad sexual, la cirugía para la pérdida de peso y la discapacidad sensorial. La medida en que los PBS puedan o deban atender estas áreas dependerá inevitablemente del costo de los servicios, los beneficios relacionados y no relacionados con la salud, la disponibilidad de recursos y costos de oportunidad, y las preferencias de los ciudadanos. Si bien no existe una única respuesta correcta, los responsables de formular políticas pueden recurrir a los criterios generales que se presentan en este apartado para identificar aquellas áreas que requieren atención adicional. En términos más generales, los procesos de toma de decisiones transparentes y participativos pueden ayudar a garantizar que las decisiones que se adopten en torno a estos servicios sean aceptadas por la población y apropiadas para el contexto local.

Referencias

- Ananat, Elizabeth Oltmans, and Daniel M. Hungerman. 2012. “The Power of the Pill for the Next Generation: Oral Contraception’s Effects on Fertility, Abortion, and Maternal & Child Characteristics.” *The Review of Economics and Statistics* 94 (1): 37–51. doi:10.1162/REST_a_00230.
- Avenir Health. 2017. “Track 20: Monitoring Progress in Family Planning.” www.track20.org/pages/data/indicators#ind11a.
- Bertko, John, Sherry Glied, Erin Miller, Adelle Simmons, and Lee Wilson. 2012. *The Cost of Covering Contraceptives through Health Insurance*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. <https://aspe.hhs.gov/basic-report/cost-covering-contraceptives-through-health-insurance>.
- Cleary, James, Hellen Gelband, and Judith Wagner. 2015. “Cancer Pain Relief.” In *Disease Control Priorities, Third Edition*, Vol. 3, *Cancer*, edited by Hellen Gelband, Prabhat Jha, Rengaswamy Sankaranarayan, and Susan Horton (Washington DC: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank), 165–73.
- Downing, Julia, Barbara Gomes, Nancy Gikaara, Grace Munene, Barbara A. Daveson, Richard A. Powell, Faith N. Mwangi-Powell, et al. 2014. “Public Preferences and Priorities for End-of-Life Care in Kenya: A Population-Based Street Survey.” *BMC Palliative Care* 13: 4. doi:10.1186/1472-684X-13-4. EuroQol Research Foundation. 2017. “Welcome to the EQ-5D Web Version Demo.” <http://eq-5d-demo.euroqol.org/>.
- Family Planning 2020 (FP2020). 2016. “Commitment Makers – Appendices | FP2020 Momentum at the Midpoint 2015–2016.” <http://progress.familyplanning2020.org/page/appendices/commitment-makers>.
- Ganz, Patricia A., Cheng Har Yip, Julie R. Gralow, Sandra R. Distelhorst, Kathy S. Albain, Barbara L. Andersen, Jose Luiz B. Bevilacqua, et al. 2013. “Supportive Care after Curative Treatment for Breast Cancer (Survivorship Care): Resource Allocations in Low- and Middle-Income Countries. A Breast Health Global Initiative 2013 Consensus Statement.” *The Breast* 22 (5): 606–15. doi:10.1016/j.breast.2013.07.049.
- Germain, Adrienne, Gita Sen, Claudia Garcia-Moreno, and Mridula Shankar. 2015. “Advancing Sexual and Reproductive Health and Rights in Low- and Middle-Income Countries: Implications for the Post-2015

- Global Development Agenda.” *Global Public Health* 10 (2): 137–48. doi:10.1080/17441692.2014.986177.
- Gold, Rachel Benson, Adam Sonfield, Cory L. Richards, and Jennifer J. Frost. 2009. *Next Steps for America’s Family Planning Program: Leveraging the Potential of Medicaid and Title X in an Evolving Health Care System*. New York: Guttmacher Institute.
- Guttmacher Institute. 2014a. “Costs and Benefits of Investing in Contraceptive Services in Sub-Saharan Africa.” Guttmacher Institute, August 14. www.guttmacher.org/fact-sheet/costs-and-benefits-investing-contraceptive-services-sub-saharan-africa.
- . 2014b. “UNFPA Fact Sheet: Investing in Sexual and Reproductive Health in Latin America and the Caribbean.” Guttmacher Institute, December. www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/383%20AIU3%20Regional%20OLA%20ENG%20FINAL%2011.19.14_1.pdf.
- Health Policy Plus. 2016. “Chile: Lower-than-Expected Family Planning Use.” Health Policy Plus, October. www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/2068-2103_HPSFIBriefChileEnglish.pdf.
- Horton, Susan, and Carol Levin. “Cost-Effectiveness of Interventions for Reproductive, Maternal, Neonatal, and Child Health.” 2016. In *Disease Control Priorities, Third Edition*, Vol. 2, *Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health*, edited by Robert E. Black, Ramanan Laxminarayan, Marleen Temmerman, and Neff Walker (Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank), 319–34.
- Knaul, Felicia Marie, Julio Frenk, and Lawrence Shulman. 2011. *Closing the Cancer Divide: A Blueprint to Expand Access in Low and Middle Income Countries*. Boston: Harvard Global Equity Initiative. http://gtfcc.harvard.edu/fs/docs/icb.topic1063570.files/ccd_report_111027.pdf.
- Mazzilli, Caitlin, Gabrielle Appleford, and Matt Boxshall. 2016. *MSI’s Health Financing Assessments 2012–2015: What Did We Learn about UHC Financing and Contraception? Four P’s Matter*. Washington, DC: Marie Stopes International. www.mariestopes-us.org/2016/msis-health-financing-assessments-2012-2015-learnuhc-financing-contraception-four-ps-matter/.
- Mock, Charles N., Peter Donkor, Atul Gawande, Dean T. Jamison, Margaret E. Kruk, and Haile T. Debas. 2015. “Essential Surgery: Key Messages from *Disease Control Priorities, 3rd Edition*.” *The Lancet* 385 (9983): 2209–19. doi:10.1016/S0140-6736(15)60091-5.
- Naik, Reshma, Lindsay Morgan, and Jenna Wright. 2014. “The Role of Health Insurance in Family Planning.” Population Reference Bureau, December. www.prb.org/pdf15/health-insurance-family-planning.pdf.
- National Health Insurance Scheme. 2017. “Benefits Package.” Government of Ghana. www.nhis.gov.gh/benefits.aspx.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2017a. “Contraceptive Services for Under 25s.” www.nice.org.uk/guidance/ph51/chapter/appendix-c-the-evidence.
- . 2017b. “Cost Saving Guidance.” www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/cost-saving-guidance.
- . 2017c. “Early and Locally Advanced Breast Cancer: Diagnosis and Treatment,” March. www.nice.org.uk/guidance/cg80/chapter/1-guidance?unlid=98712181820172611441.
- Pastrana, Tania, Isabel Torres-Vigil, and Liliana De Lima. 2014. “Palliative Care Development in Latin America: An Analysis Using Macro Indicators.” *Palliative Medicine* 28 (10): 1231–38. doi:10.1177/0269216314538893.
- Results for Development Institute. 2014. *Supporting the Development of National Health Insurance in South Africa: A Review of Benefits Policy and Active Purchasing Reform in Chile*. Washington, DC: Results for Development Institute. [www.resultsfordevelopment.org/sites/resultsfordevelopment.org/files/Review%20of%20benefits%20and%20purchasing%20reform%20in%20Chile%20to%20Support%20NHI%20in%20South%20Africa-%20R4D%252c%20Sept%202014%20\(Web%20document\).pdf](http://www.resultsfordevelopment.org/sites/resultsfordevelopment.org/files/Review%20of%20benefits%20and%20purchasing%20reform%20in%20Chile%20to%20Support%20NHI%20in%20South%20Africa-%20R4D%252c%20Sept%202014%20(Web%20document).pdf).
- Revill, Paul, Jessica Ochalek, James Lomas, Ryota Nakamura, Beth Woods, Alex Rollinger, Marc Suhrcke, et al. 2015. *Cost-Effectiveness Thresholds: Guiding Health Care Spending for Population Health Improvement*. Working Group Report, University of York, November. www.idshealth.org/wp-content/uploads/2015/01/CE-Thresholds-iDSI-Working-Group-Final-Report.pdf.
- Seattle Quality of Life Group. 2014. “WHOQOL-BREF: June 1997 (U.S. Version).” University of Washington, Seattle. http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL-BREF%20with%20scoring%20instructions_Updated%2001-10-14.pdf.
- Seya, Marie-Josephine, Susanne F. A. M. Gelders, Obianuju Uzoma Achara, Barbara Milani, and Willem Karel Scholten. 2011. “A First Comparison between the Consumption of and the Need for Opioid

- Analgesics at Country, Regional, and Global Levels.” *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 25: 6–18. doi:10.3109/15360288.2010.536307.
- Silverman, Rachel. 2016. “Global Family Planning Funding—What Should Funders Be Thinking about Now?” Center for Global Development, December 20. www.cgdev.org/blog/global-family-planning-funding-what-should-funders-be-thinking-about-now.
- United Nations. 2014. *Programme of Action of the International Conference on Population Development* (20th Anniversary Edition). New York: United Nations. www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf.
- United Nations Economic and Social Council. 2001. *Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Report on the Twenty-Second, Twenty-Third, and Twenty-Fourth Sessions*. New York: United Nations.
- Verguet, Stéphane, Clint Pecenka, Kjell Arne Johansson, Solomon Tessema Memirie, Ingrid K. Friberg, Julia R. Driessen, and Dean T. Jamison. 2016. “Health Gains and Financial Risk Protection Afforded from Prevention and Treatment of Diarrhea and Pneumonia in Ethiopia.” 2016. In *Disease Control Priorities, Third Edition, Vol. 2, Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health*, 345–61.
- World Health Assembly. 2014. “Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care throughout the Life Course.” World Health Organization, May 24. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf.
- World Health Organization (WHO). 2000. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO. www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf.
- . 2015a. *Annex 1: 19th WHO Model List of Essential Medicines (April 2015)*. Geneva: WHO. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML2015_8-May-15.pdf.
- . 2015b. “WHO Model List of Essential Medicines.” WHO, April. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML_2015_FINAL_amended_NOV2015.pdf.
- . 2015c. “Palliative Care: Fact Sheet N 402.” WHO, July. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/.
- . 2017. “Health Financing for Universal Coverage.” www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/.

Notas finales

1. This chapter draws a distinction between the health *system*—defined by the World Health Organization (WHO) as “all the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health” (see WHO [2000])—and the health *sector*, defined in this chapter as all services provided in health facilities (such as clinics or hospitals) and/or by health professionals (such as doctors or nurses).

2. In this chapter, health-related quality of life is defined as those dimensions of quality of life captured by the EuroQol Five Dimensions Questionnaire (EQ-5D): mobility, self-care, ability to perform usual activities, pain/discomfort, and anxiety/depression. Non-health quality of life is defined as all other dimensions of quality of life as described in the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) including (but not limited to) emotional and social support; feelings of enjoyment and meaning in life; quality of social and sexual relationships; acceptance of bodily appearance; and perceptions of safety and financial security. See Seattle Quality of Life Group (2014).

3. Verguet and others (2016).
4. Ananat and Hungerman (2012).
5. United Nations (2014).
6. Horton and Levin (2016).
7. Revill and others (2015).
8. FP2020 (2016).
9. WHO (2015b).
10. Bertko and others (2012).
11. Gold and others (2009).
12. NICE (2017b).
13. Guttmacher Institute (2014b).
14. Guttmacher Institute (2014a).
15. NICE (2017a).
16. Mazzilli, Appleford, and Boxshall (2016).
17. Silverman (2016).
18. Naik, Morgan, and Wright (2014).
19. Health Policy Plus (2016).
20. Avenir Health (2017), p. 2.
21. Germain and others (2015).
22. Avenir Health (2017).
23. Cleary, Gelband, and Wagner (2015).
24. WHO (2015c).
25. WHO (2017); and World Health Assembly (2014).
26. WHO (2015a, p. 1).
27. United Nations Economic and Social Council (2001).
28. Cleary, Gelband, and Wagner (2015).
29. Downing and others (2014).
30. Seya and others (2011).
31. Pastrana, Torres-Vigil, and De Lima (2014).
32. Cleary, Gelband, and Wagner (2015).
33. Knaul, Frenk, and Shulman (2011).
34. EuroQol Research Foundation (2017).
35. NICE (2017c).

36. National Health Insurance Scheme (2017).
37. Ganz and others (2013).
38. Mock and others (2015).
39. Results for Development Institute (2014).
29. Downing and others (2014).
30. Seya and others (2011).
31. Pastrana, Torres-Vigil, and De Lima (2014).
32. Cleary, Gelband, and Wagner (2015).
33. Knaul, Frenk, and Shulman (2011).
34. EuroQol Research Foundation (2017).
35. NICE (2017c).
36. National Health Insurance Scheme (2017).
37. Ganz and others (2013).
38. Mock and others (2015).
39. Results for Development Institute (2014).

CAPÍTULO 8

¿A qué precio? *Cómo costear el plan de beneficios en salud*

Cheryl Cashin
Annette Özaltın

En pocas palabras: Calcular los costos de un plan de beneficios en salud puede ayudar a estimar la cantidad de recursos necesarios, informar las decisiones de inclusión y negociar tasas de pago con proveedores.

En este capítulo, los autores destacan que uno de los principios fundamentales de la selección del plan de beneficios en salud (PBS) debería ser el seleccionar los servicios según el “valor” que estos ofrecen, en términos de objetivos sociales logrados, considerando a su vez los costos que supone su prestación. Los recursos financieros son limitados y, por lo tanto, los gobiernos comprometidos a avanzar hacia la cobertura universal en salud (CUS) se enfrentan al desafío constante de lograr un equilibrio entre los fondos disponibles y el costo de brindar acceso a los servicios consignados en el PBS con protección financiera. Realizar una compra estratégica de los servicios del PBS, tarea que se encuentra a cargo de compradores tales como los ministerios de salud o los fondos de seguros sociales o privados, es esencial para

poder rentabilizar al máximo los fondos limitados disponibles brindando una prestación más eficiente y promoviendo una mayor utilización de los servicios en salud con el objetivo de que el plan de beneficios sea más asequible.

El “costo” de un PBS es la suma total de todos los recursos necesarios para garantizar la prestación de los servicios incluidos en este.¹ El costo de garantizar el acceso al portafolio de servicios del PBS se encuentra condicionado por una serie de interacciones complejas entre los costos que deben afrontar los proveedores para obtener y combinar los insumos y poder prestar los servicios (costos de los servicios) y otros factores que afectan los gastos que derivan de comprar el paquete a los prestadores (gasto total del PBS), entre los que se incluyen las tasas de pago a los

proveedores —una decisión de política que por lo general no representa un equivalente exacto de los costos de los servicios— y la tasa de utilización de los servicios del PBS.

La relación entre los costos de los servicios y el gasto total del PBS es un factor importante para avanzar de manera sostenible hacia la CUS. A fin de garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud, el gasto total del plan de beneficios que deban afrontar los compradores no puede exceder los recursos disponibles.² Sin embargo, si el plan de beneficios no se encuentra alineado con los recursos disponibles y la prestación de servicios es inadecuada o las tasas de pago pagadas por los compradores de servicios de salud son inferiores a los costos que asumen los proveedores, es probable que la calidad del servicio se vea afectada y que aumenten los gastos de bolsillo para subsanar estas deficiencias, lo cual erosiona el acceso a los servicios y a la protección financiera.

Cabe destacar que los gastos necesarios para brindar acceso a los servicios del PBS no se encuentran aislados, sino que se ven afectados por factores reales y recurrentes.³ Por lo que el costo de prestar los servicios no representa solo un aspecto que se debe calcular, sino más bien el resultado de ciertas decisiones tomadas por los proveedores sobre cómo brindar la atención en salud junto con los precios de los insumos y el nivel de demanda alcanzado (utilización del servicio). Las decisiones políticas también influyen en la suma que se requiere para comprar el PBS, en particular, aquellas decisiones relacionadas con incentivos del lado de la oferta y de la demanda.⁴ Por ejemplo, un sistema de CUS que hace hincapié en la atención primaria y crea incentivos del lado de la oferta y de la demanda para atender problemas de salud en el primer nivel de atención, como es el caso de Tailandia, posiblemente pueda costear PBS más generosos que otros sistemas que no utilizan de manera efectiva estas políticas para gestionar los costos y orientar los recursos y la utilización hacia las áreas de atención más costo-efectivas del sistema

de salud.⁵ En concreto, cómo y cuánto se paga a los proveedores por los servicios de salud comprende un conjunto de decisiones políticas que influyen tanto directa como indirectamente en el costo del plan de beneficios.

La estimación de los recursos necesarios para implementar o ampliar un PBS definido constituye una parte importante de todo progreso hacia la CUS en términos de sostenibilidad fiscal. La información sobre los costos relacionados con la prestación de los servicios es una parte esencial de la base empírica necesaria para tomar decisiones en torno a la implementación o ampliación de un PBS, realizar compras estratégicas de los servicios cubiertos y orientar políticas a fin de promover la prestación eficiente y la utilización de los servicios más costo-efectivos. El costo de prestar los servicios de salud consignados en el plan, entre los que se incluyen las consultas ambulatorias, las pruebas de diagnóstico, los días de estancia hospitalaria y los tratamientos completos, conforma la información de base de tres conjuntos de decisiones asociadas a la política de PBS:

- Calcular los costos para estimar el gasto total necesario a fin de que el PBS esté alineado con los recursos disponibles (en otras palabras, cuán generoso puede ser el paquete de beneficios teniendo en cuenta la capacidad financiera del país).
- Calcular los costos de los servicios/productos individuales para tomar decisiones sobre la inclusión de servicios (en otras palabras, cuáles serían las consecuencias financieras de incluir ciertos servicios o medicamentos).
- Calcular los costos de los servicios/productos individuales o conjunto de servicios para establecer sistemas y tasas de pago y negociar con los proveedores (en otras palabras, cuánto se le pagará a los proveedores por los servicios incluidos en el PBS).

Para cada uno de estos objetivos asociados a la estimación de costos dentro de una política de PBS, el principal elemento es el costo unitario, es decir, el costo promedio de una unidad de servicio incluida en el PBS o el costo marginal de prestar una unidad de servicio adicional en relación con la prestación actual. Por lo general, los costos unitarios se definen al nivel de servicio específico prestado (costo por consulta ambulatoria), personas que reciben determinado servicio (costo por persona tratada) o por la combinación de las nociones de persona y tiempo (costo por persona-mes de tratamiento).⁶ Esta evidencia se puede obtener a partir de datos administrativos o de otra categoría ya existentes, o de la recolección de nuevos datos prospectivos. En los casos en los que estos datos no están disponibles, algunos países utilizan *proxies*, tales como las tarifas pagadas por los compradores o los cargos que cobran los proveedores por la prestación de servicios individuales. Sin embargo, estas medidas no son perfectas y pueden no correlacionarse adecuadamente con los costos, debido a distorsiones del mercado u otros factores contextuales.⁷

La siguiente sección ofrece una descripción general de los principales métodos de costeo que permiten generar costos unitarios utilizados para la política de PBS. Luego se proporciona información sobre la aplicación del cálculo de costos en relación con distintos aspectos de política y las últimas secciones analizan los recursos necesarios para llevar a cabo la estimación de costos, las prioridades para futuras investigaciones y conclusiones.

Cómo generar costos unitarios de los servicios de salud: Métodos de costeo

El costo unitario de un servicio de salud equivale al valor económico de los recursos (insumos) utilizados para producir y prestar dicho servicio.⁸ El costo de un

servicio de salud difiere de su precio, el cual corresponde al valor de mercado o a la tasa que el gobierno u otros compradores pagan a los proveedores por la prestación de este servicio. El cálculo de costos, entonces, implica medir y valorar los recursos, o las partidas de costo, consumidos por una organización proveedora de servicios de salud, un departamento/especialidad, un servicio o un paciente, durante el período que se incluye en el cálculo. Estos recursos son los insumos (directos e indirectos) que el proveedor emplea para prestar servicios de salud a los pacientes y operar las instalaciones.

Identificar el alcance y los métodos de cálculo de costos

El cálculo de costos comienza con un propósito bien definido, así como también con la definición de la perspectiva, los tipos de proveedores y los objetos y partidas de costo. La perspectiva es el punto de vista a partir del cual se estiman los costos o que indica la entidad que está asumiendo estos gastos. Esta perspectiva puede ser aquella del pagador, el proveedor, el paciente o la sociedad. Desde el punto de vista del pagador, se estima el costo de cubrir un determinado servicio o conjunto de servicios destinado a ciertos beneficiarios. En cambio, con base en la perspectiva del proveedor, se busca calcular el costo de la prestación del servicio.⁹ Ambos enfoques pueden presentar diferencias, en especial si el pagador no cubre la totalidad de las partidas de costo a través de su sistema de pago. La perspectiva del proveedor ofrece un panorama más completo de los costos totales y, por lo tanto, se utiliza con más frecuencia cuando el cálculo se lleva a cabo con la intención de orientar decisiones relacionadas con políticas de financiamiento en salud. Como se mencionó anteriormente, también es posible estimar los costos de los servicios de salud desde la perspectiva del paciente o de la sociedad. La perspectiva del paciente se centra en los gastos de bolsillo en los que incurren

los pacientes para recibir atención médica. Esta perspectiva puede ser útil cuando se pretende ampliar la cobertura para reducir los gastos de bolsillo.¹⁰ Por otra parte, desde la perspectiva social, se incluyen todos los costos posibles independientemente de quién pague por ellos.

Asimismo, para la estimación de costos, se deberían identificar las categorías de proveedores que se incluirán en la medición. En este ejercicio, se debería incluir a todos los tipos de proveedores que participen en la prestación de los servicios del PBS, considerando el nivel de empoderamiento, tipo de establecimiento, nivel de servicio y tamaño.

Por otro lado, el objeto de costo se refiere al nivel en el que se pueden recolectar los datos relativos a los costos: organización del proveedor, departamento/especialidad, servicio, enfermedad/condición de salud o paciente.

Independientemente del método de costeo que se utilice, todo cálculo de costos de servicios de salud involucra tres pasos fundamentales:

- 1. Identificar** los recursos utilizados por el objeto de costo —proveedor, departamento/especialidad, servicio o paciente (por ejemplo, partidas de costo tales como el personal)— y determinar cuál se incluirá.
- 2. Medir** la cantidad (volumen) de recursos utilizados por el proveedor, departamento/especialidad, servicio o paciente (por ejemplo, cantidad de equivalentes a tiempo completo con respecto al personal).
- 3. Asignar** un valor monetario a los recursos utilizados por el proveedor, departamento/especialidad, servicio o paciente (por ejemplo, salario mensual pagado por equivalente a tiempo completo).

Las partidas de costo hacen referencia a los tipos de costos que se incluirán en el costeo. Por lo general,

se dividen en costos variables (recurrentes) y fijos (de capital) (Cuadro 1). Aunque los costos variables deben abordarse de distinta manera en los presupuestos y acuerdos de compra de los sistemas de salud, en comparación con los costos fijos, la mayoría de los países incluyen ambos en sus estimaciones.¹¹

En las áreas de contabilidad y economía se pueden encontrar numerosas metodologías para medir y valorar los recursos con el objetivo de calcular los costos unitarios de los servicios de salud. Entre las principales se incluyen el microcosteo versus el macrocosteo, el enfoque *bottom-up* (de abajo arriba) versus el *enfoque top-down* (de arriba abajo), el enfoque normativo, entre otras.

CUADRO 1. Categorías de partidas de costo

Categorías de muestra de partidas de costo	
Costos recurrentes o variables	
<i>Personal</i>	Costo correspondiente a todos los salarios pagados al personal permanente, contratado o temporal. También se puede incluir un aproximado de los salarios locales asociados a trabajos o servicios donados, voluntarios o gratuitos.
<i>Medicamentos/insumos médicos</i>	Costo correspondiente a todos los medicamentos o insumos fungibles utilizados en la atención directa y en la prestación de cuidados auxiliares (paraclínicos).
<i>Servicios</i>	Costo correspondiente a los servicios básicos y mantenimiento de la instalación o centro de salud.
<i>Otros costos variables</i>	Costo correspondiente al resto de los insumos que no pueden considerarse como costos de personal, medicamentos/insumos médicos o servicios básicos.
Costos fijos o de capital	
<i>Edificios</i>	Costo total de depreciación del edificio o instalación.
<i>Equipamiento médico</i>	Costo total de depreciación relacionado con el equipamiento y material médico.
<i>Equipamiento no médico</i>	Costo total de depreciación relacionado con equipamiento y material no médico.

Fuente: Adaptado de Özaltın and Cashin (2014)

Distintos enfoques metodológicos pueden resultar apropiados para una evaluación económica o para la priorización, planificación financiera y estimación de recursos necesarios, presupuestación y análisis de eficiencia.¹² No existe una metodología ideal para el contexto específico de cada país o perspectiva de análisis de costos; sin embargo, algunos enfoques son más adecuados que otros para ciertos usos de la información de costos.¹³

Tal como el nombre lo indica, los métodos de contabilidad de costos utilizan principios de esta disciplina para identificar y medir todos los costos necesarios para llevar a cabo una actividad, principalmente para la planificación financiera y la presentación de informes. Por el contrario, para los economistas, los costos representan el valor que tendrían para la sociedad los recursos utilizados para producir ciertos productos y servicios de salud si se les hubiese dado el siguiente uso de mayor valor (costos de oportunidad o costos económicos).¹⁴ El

costo económico de brindar tratamiento para el cáncer puede considerarse en función del número de vidas salvadas comparado con las vidas que se podrían haber salvado si se hubiesen utilizado esos recursos para la vacunación infantil, para mencionar un ejemplo. Sin embargo, no es posible medir los costos de oportunidad de todos los recursos que se utilizan para producir servicios de salud y, por lo tanto, se suele considerar a los costos contables como una alternativa razonable.¹⁵ Calcular los costos aplicando métodos contables, pero asignando a la vez un valor a los recursos utilizados sin incurrir en gastos (como sería el caso de la donación de equipamiento y el trabajo voluntario) es similar a estimar los costos económicos. Los métodos que se emplean para calcular los costos económicos también se suelen basar en el análisis estadístico de los costos marginales para comprender las variaciones que se observan en los costos como resultado de un cambio de actividad.¹⁶

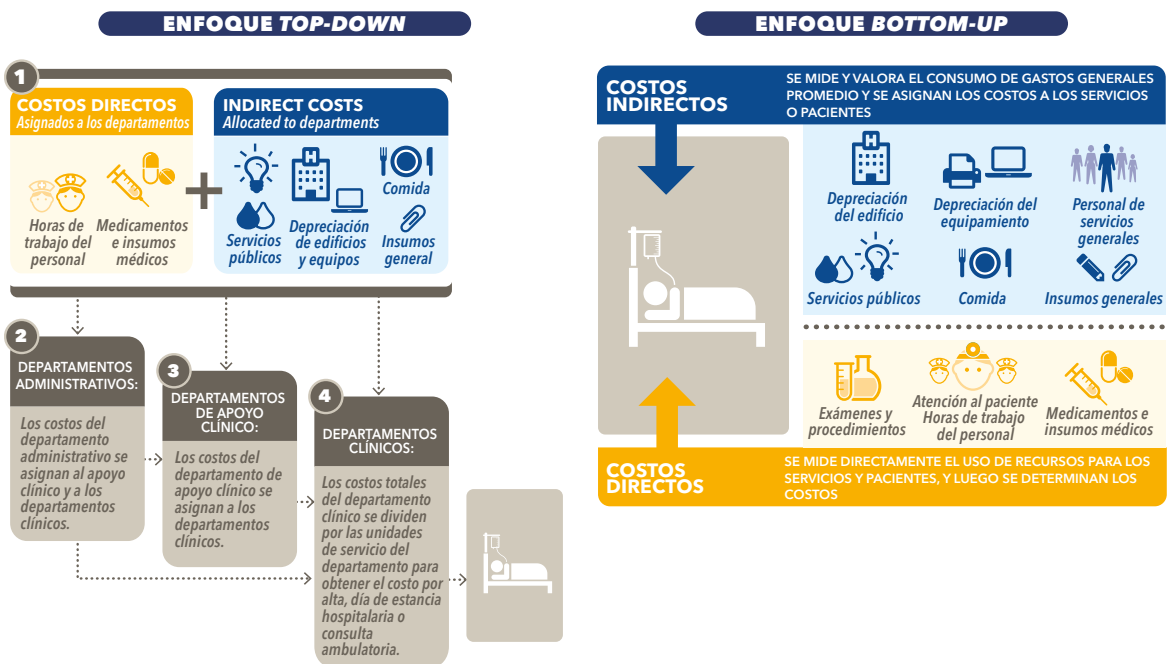
Métodos de costeo

La principal distinción que debe hacerse con respecto a los métodos de costeo es aquella que existe entre las técnicas de microcosteo y macrocosteo. El microcosteo consiste en la contabilización basada en actividades de todos los insumos utilizados por un producto/servicio. En cambio, el macrocosteo considera los costos totales y divide este total por la cantidad de servicios/productos.¹⁷ En el microcosteo, se definen todos los componentes relevantes de los costos del modo más detallado posible, mientras que en el macrocosteo, los componentes de los costos se definen en un nivel altamente agregado (por ejemplo, considerando solo los días de estancia hospitalaria).¹⁸ El microcosteo permite determinar los costos por paciente y así obtener información sobre los subgrupos de pacientes que podrían tener una mayor incidencia en los costos totales.

Una segunda distinción es aquella entre los enfoques *bottom-up* y *top-down* que hacen referencia

al modo en el que los recursos se asignan a las unidades cuyos costos se pretende estimar. La principal diferencia es que el enfoque *bottom-up* se basa en la medición detallada de la cantidad de insumos al nivel del servicio o del paciente, mientras que el enfoque *top-down* se basa en estimaciones de costos promedio. Al aplicar el método *bottom-up* se documentan los recursos específicos utilizados para prestar un determinado servicio definido de manera detallada o para brindar tratamiento a un tipo de paciente en particular. Por el contrario, en el enfoque *top-down* primero se documentan los costos o gastos de las instalaciones o programas; luego se asigna el total a los departamentos y se lo divide por la cantidad de servicios/pacientes para obtener el costo unitario (Gráfico 1). Por lo general, el macrocosteo se lleva a cabo aplicando un enfoque *top-down*, y el microcosteo suele emplear tanto las mediciones de los insumos del enfoque *bottom-up* como la asignación de algunos de los costos de insumos del enfoque *top-down*, como por ejemplo los costos directos.

GRÁFICO 1. Enfoque top-down vs. bottom-up



Fuente: Özaltn y Cashin (2014).

Respecto a las principales ventajas del enfoque *top-down*, cabe mencionar que es más completo y que utiliza fuentes de datos ya disponibles. Además, es más fácil de implementar y para la recolección de datos se requiere de menos tiempo y recursos financieros. Los costos totales se distribuyen entre todos los servicios de salud que presta una misma instalación, por lo que cualquier error en el cálculo de costos de un área se verá contrarrestado por errores de otras áreas. Sin embargo, la principal desventaja del enfoque *top-down* es que los costos estimados pueden considerarse menos exactos, debido a que son promedios obtenidos a partir de datos agregados.¹⁹ Asimismo, las variaciones que existan en la contabilización e interpretación de datos entre las distintas instituciones pueden presentar algunas dificultades para agregar y comparar datos de costos. Si se utilizan criterios basados en la utilización de recursos para asignar los costos generales, la selección de bases de asignación puede ser un tanto subjetiva, lo cual podría comprometer la precisión. Además, para derivar costos promedio, se asume que la cantidad de recursos utilizados para prestar servicios o brindar tratamiento a pacientes dentro de un departamento es igual para todos los pacientes. Debido a que no se distinguen las diferencias reales en la distribución de recursos, no es posible identificar los costos de los componentes específicos de un día de estancia hospitalaria o una consulta ambulatoria.²⁰

El enfoque *bottom-up* puede ofrecer resultados más precisos para servicios/pacientes específicos, dado que utiliza mediciones de costos directos y detallados. No obstante, en la práctica, al estimar costos de manera más detallada y desagregada también se pueden presentar algunas imprecisiones o errores, lo cual se debe a la complejidad inherente que implica registrar todos los insumos y al riesgo de contabilizar más de una vez los insumos correspondientes a todos los servicios.

Los analistas suelen utilizar ambos enfoques en un mismo ejercicio costeo: uno como enfoque

principal y el otro para obtener información complementaria. Un equipo que lleve a cabo una estimación de costos podría utilizar el enfoque *bottom-up* cuando ya se esté implementando un enfoque *top-down* para abordar la medición y valoración en los siguientes casos:

- Servicios prioritarios, casos de tratamiento, actividades o partidas de costos.
- Servicios que difieren considerablemente respecto a la utilización de recursos, tales como los servicios de unidad de cuidados intensivos, exámenes de laboratorio y procedimientos quirúrgicos.
- Servicios para los cuales es importante contar con una medición precisa y exacta de los costos.
- Servicios que implican una gran cantidad de horas de trabajo o gastos operativos asociados al uso de una tecnología.
- Servicios para los cuales se comparten en gran medida el personal, edificio y equipamiento para el uso de tecnologías y prestación de servicios.
- Partidas de costos que se espera que tengan un impacto mayor en los costos totales.
- Datos que faltan o que no se recolectan de forma habitual.

Análisis de costos aplicados a la política de beneficios en salud

Tal como se mencionó anteriormente, existen tres motivos para analizar los costos de un PBS: evaluar qué tan generoso puede ser el plan que ofrezca un determinado país según su capacidad financiera

actual y prevista; analizar cuáles serían las implicancias financieras de incorporar nuevos medicamentos o servicios individuales; y determinar cuánto se le pagará a los proveedores por sus servicios. En el siguiente apartado se examinarán estos motivos en mayor profundidad.

Estimar el costo de la totalidad del PBS

Muchos países hacen el esfuerzo de estimar los costos al momento de crear el PBS o periódicamente para informar los ajustes que deberían realizarse en el plan o en los niveles de financiación. Estos esfuerzos generalmente combinan estimaciones puntuales de los costos unitarios de cada servicio incluido en el plan, que se obtienen a partir de distintos métodos de costeo, con proyecciones de utilización para estimar el costo anual total de brindar los servicios del PBS. Algunas estimaciones de los gastos totales necesarios para proporcionar el PBS se basan en las tasas de pago a proveedores y las proyecciones de utilización de los servicios. En algunas ocasiones se actualizan las necesidades de gastos totales para los PBS con nuevos estudios de costos realizados con cierta frecuencia (como es el caso de Chile), aplicando tasas de inflación generales (Tailandia) o algún otro tipo de validación periódica (México y Filipinas). En el Cuadro 2 se ofrecen algunos ejemplos de países que han estimado los costos de la totalidad de sus PBS utilizando diferentes métodos.

Tanto en Chile como en Filipinas, se estima el costo de brindar el PBS a través del método de microcosteo aplicado a los servicios, que también se utiliza para negociar las tasas de pago a proveedores. Se combinan las tasas de pago por los servicios del plan con el volumen de la demanda de servicios prevista a fin de estimar la suma de dinero que el pagador necesita para poner a disposición el PBS.

CUADRO 2. Ejemplos de estimaciones de costos de PBS en distintos países

País	Estimación de costos del PBS Descripción y métodos	Usos de la información sobre costos en la política de PBS
Chile	Por encargo del Ministerio de Salud, se llevan a cabo estudios de costos del plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) a fin de estimar el costo de las GES tanto para el organismo público pagador (FONASA) como para las aseguradoras privadas (ISAPRES). Se implementa el microcosteo para los servicios de las GES, lo cual permite informar las tasas de pago de FONASA y, a su vez, estas tasas de pago se utilizan para estimar los costos necesarios para otorgar las GES.	Negociar el presupuesto de FONASA, fijar y ajustar las primas pagadas a las aseguradoras y ajustar las tasas de pago a proveedores.
México	Los beneficiarios del Seguro Popular, introducido en 2003 para quienes no se encontraban bajo la cobertura del sistema de seguridad social (alrededor del 45 por ciento de la población), tienen el derecho de acceder a los servicios consignados en dos PBS explícitos: el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Catálogo de Intervenciones de Alto Costo (CIAC), financiados por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Se llevó a cabo un microcosteo utilizando normativas para los insumos necesarios para cada servicio y aplicando el costo promedio para funciones básicas (consultas ambulatorias, días de estancia hospitalaria, etc.). Por ley se exige llevar a cabo valoraciones financieras y actuariales anuales de manera continuada tanto del CAUSES como del FPGC.	Se utilizó el microcosteo como un complemento del análisis <i>top-down</i> , que permitió fijar un límite presupuestario para todos los servicios del PBS y asignar los fondos según los costos relativos, pero manteniendo a su vez los gastos dentro de los límites presupuestarios del Seguro Popular.
Filipinas	La Corporación de Seguros de Salud de Filipinas (Philippine Health Insurance Corporation, PhilHealth) realizó un costeo para un nuevo PBS de atención primaria conocido como Tsekap (Tamang Serbisyo para sa Kalusugan ng Pamilyang Pilipino). Se calculó el costo de cada servicio individual utilizando un enfoque <i>bottom-up</i> . Luego, se sintetizaron y ajustaron estos costos unitarios según las tasas de prevalencia y utilización a fin de estimar los costos para toda la población.	El costeo se llevó a cabo a través de varias repeticiones y también se ajustó el PBS para que fuera consecuente con los recursos disponibles y se pudieran informar las tasas de pago.
Tailandia	El Sistema de Cobertura Universal (UC) de Tailandia se introdujo en 2001 con el objetivo de ampliar la cobertura para quienes no estaban incluidos en un programa destinado al sector formal (más del 7 por ciento de la población). El PBS se definió como un conjunto integral de servicios ambulatorios y de hospitalización, en el que gradualmente se van incorporando nuevos servicios de costos más elevados. El costo del plan se estimó en un principio utilizando el enfoque <i>bottom-up</i> y proyecciones de tasas de utilización. Las estimaciones de costos se actualizan cada año de acuerdo con la inflación.	Las estimaciones de costos y utilización de los servicios se traducen en un monto per cápita que se utiliza para orientar la asignación de presupuestos, a pesar de que estas asignaciones per cápita son por lo general más bajas que las estimaciones de costos. Estas estimaciones proporcionan información sobre las tasas de pago a proveedores por servicios ambulatorios y de hospitalización, entre otros servicios tales como el control de enfermedades; sin embargo, se fijan toques para mantenerse dentro de los límites presupuestarios.

En Filipinas, se estimaron los costos del plan de beneficios de atención primaria (Tsekap) de manera iterativa y se incluyeron debates en donde se evaluaron las tasas de pago a proveedores por los servicios y se verificaron los recursos disponibles a fin de garantizar que el gasto total previsto para el plan y los recursos disponibles estuvieran alineados.²¹ No obstante, este método tiende a subestimar el costo real en que incurren los pagadores para proveer el PBS, lo que se debe en parte a las decisiones de utilización que toman los beneficiarios u otros aspectos del mercado que no se tuvieron en cuenta en el costeo.²² En Chile, por ejemplo, el importe que deben pagar el organismo público (FONASA) y las aseguradoras privadas (ISAPRES) por las Garantías Explícitas en Salud (GES) se basa en la negociación de tasas de pago con los principales proveedores de las GES, pero en la práctica el 20 por ciento de los beneficiarios de FONASA y el 80 por ciento de los beneficiarios de las ISAPRES eligen recibir los servicios de las GES de otros proveedores haciendo uso de la alternativa de “libre elección”. Usualmente, se pagan tasas más altas a estos proveedores en comparación con los principales proveedores de las GES.²³

En México y Tailandia se complementa el micro-costeo de los servicios incluidos en el PBS con el enfoque *top-down* basado en la disponibilidad de recursos, lo que posibilita garantizar que el gasto total se mantenga dentro de los límites del presupuesto.²⁴ En Tailandia, por ejemplo, las estimaciones de costos y utilización de los servicios se traducen en un monto per cápita, que se utiliza para orientar las asignaciones de presupuesto para el Sistema de Cobertura Universal (UC). A su vez, estas estimaciones de costos proporcionan información sobre las tasas de pago a proveedores por servicios ambulatorios y de hospitalización, entre otros servicios tales como el control de enfermedades; sin embargo, se fijan topes para los pagos finales a proveedores para permanecer dentro de los límites presupuestarios.

La estimación de costos para tomar decisiones sobre la inclusión de servicios individuales en los PBS

Para tomar decisiones acerca de la inclusión de servicios individuales o medicamentos en los PBS, muchas veces los analistas estiman los costos de los servicios que se están considerando para luego utilizarlos en análisis de costo-efectividad (ACE, también conocidos como evaluaciones económicas) y análisis de impacto presupuestario (véase el Capítulo 4). El ACE ofrece un enfoque metodológico estándar bastante aceptado para determinar si un servicio de salud en particular representa una buena inversión en función del valor que aporta, comparado con otros servicios. A través de este análisis se puede calcular la razón entre una medida de costo de un servicio determinado y una medida de beneficio. La razón de costo-efectividad promedio representa el costo total de un programa, intervención o servicio dividido por una medida de su efectividad en comparación con la alternativa de “no hacer nada” (caso base). Por otro lado, la razón de costo-efectividad incremental corresponde al costo incremental de un programa, intervención o servicio dividido por la efectividad incremental en relación con el siguiente programa, intervención o servicio más efectivo. Se han realizado muchos avances en estos últimos años para desarrollar estándares que permitan medir el denominador de la razón de costo-efectividad —medida que indica los beneficios o efectos en la salud— tales como la cantidad de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) evitados o la cantidad de años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados.²⁵ Por el contrario, la estandarización de los métodos de costeo para los ACE ha sido más lenta, lo que implica un desafío mayor al momento de interpretar y comparar resultados obtenidos a partir de estos análisis.²⁶ Esto es así especialmente porque los ACE se han expandido para incorporar intervenciones o servicios de salud más complejos que aquellos más

tradicionales que se suelen centrar en la farmacoterapia (para los cuales la estimación de costos es más sencilla y más directa). Incluso en distintos estudios que busquen analizar la costo-efectividad de una misma intervención se puede utilizar una gran variedad de métodos y enfoques de costeo. Por ejemplo, en una revisión de 79 estudios de costo-efectividad sobre la introducción de vacunas contra el rotavirus y el neumococo, se halló que en menos de la mitad de los estudios se midieron de manera sistemática los costos relacionados con aspectos que fueran más allá de la compra de la vacuna.²⁷ Las variaciones en los cálculos de costos de los servicios se deben a que los recursos, infraestructura y métodos de costeo pueden variar significativamente de un país a otro.

Un área en la que se presentan inconsistencias en torno a la estimación de costos para ACE es la perspectiva de análisis. Al estimar los costos para un ACE se puede implementar la perspectiva social, del pagador o del proveedor.²⁸ En la mayoría de estas estimaciones particulares se busca aplicar la perspectiva social, en la que se incluyen todos los recursos utilizados para prestar un servicio o acceder a este, los pagos directos de bolsillo realizados por los pacientes y los recursos no monetarios, como por ejemplo el trabajo voluntario o las donaciones. Sin embargo, en la práctica se suele aplicar mayormente la perspectiva del pagador.²⁹ Otra área en donde también se observa cierta incongruencia es cuando se analizan los costos marginales de incorporar nuevas intervenciones al PBS (caso en el que solo se incluyen los costos variables) o cuando se analizan los costos promedio (en donde se incluyen tanto los costos fijos como variables). La importancia de los costos fijos en los ACE depende en gran medida de la existencia de una infraestructura para prestar el servicio o la necesidad de crear una. Asimismo, los costos incrementales de añadir un servicio al PBS que deban afrontar los pagadores pueden variar considerablemente en función de la existencia o inexistencia de una plataforma de prestación. Por ejemplo, el costo

de establecer un sistema de atención domiciliaria para el diagnóstico y tratamiento del VIH variará dependiendo del tipo de infraestructura que se posea para prestar este tipo de servicios. Si ya se cuenta con una infraestructura para la prestación de servicios en el hogar, los costos incrementales de incorporar el diagnóstico y tratamiento del VIH podrían ser relativamente modestos, ya que se compartiría parte de los costos fijos con los servicios existentes. Sin embargo, si no se cuenta con dicha infraestructura, los nuevos servicios deberán asumir todos los costos.

Algunas iniciativas recientes tienen como objetivo crear una serie de principios que promuevan la estandarización de métodos e informes para las evaluaciones económicas de aquellas alternativas e intervenciones de la política de salud. Asimismo, algunos países están implementando enfoques estandarizados.³⁰ Tailandia, por ejemplo, cuenta con una infraestructura sólida que posibilita realizar evaluaciones de tecnologías (incluido el ACE) e informar la política de beneficios en salud.³¹ En 2007 se instauró el Programa para la Evaluación de Tecnologías e Intervenciones en Salud (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) con la finalidad de crear capacidad para poder llevar a cabo evaluaciones de tecnologías en salud y aportar evidencia para ampliar el PBS en un sistema de cobertura universal. Una de las contribuciones que ha realizado el HITAP ha sido desarrollar e institucionalizar un método de costeo estándar para los ACE como parte de las evaluaciones de tecnologías en salud.³² Este programa supera iniciativas anteriores en el sentido de que ofrece una evaluación económica sistemática para tomar decisiones políticas que afectan el acceso, la utilización y la calidad de las intervenciones y las plataformas de prestación en países de ingresos bajos y medios.

La estimación de costos para fijar tasas de pago a proveedores por los servicios del PBS

Un factor fundamental para la compra estratégica en el sector de la salud es el modo en el que se paga a las instituciones prestadoras de servicios. La compra estratégica es una herramienta que permite lograr un equilibrio entre los gastos necesarios para poner en marcha el PBS y los recursos disponibles. En su conjunto, los métodos y las tasas de pago que se utilizan para pagar a los proveedores crean incentivos que influyen en la prestación de los servicios y los patrones de utilización. En este sentido, la información de costos es relevante tanto para el diseño de los sistemas de pago a proveedores (por ejemplo, el caso de las ponderaciones usadas en el sistema de pago por grupos relacionados de diagnóstico) como para la estimación de tasas de pago (incluidas las tarifas, las tasas de base para los grupos relacionados de diagnóstico y las tasas de capitación). La evidencia de costos debería utilizarse como base para las estimaciones de las tasas de pago; sin embargo, en la mayoría de los casos se modifican las tasas de pago finales en función de otros factores, tales como consideraciones políticas, limitaciones en los recursos y negociaciones.³³ Para establecer tasas de pago razonables y crear incentivos adecuados, es necesario que los formuladores de políticas conozcan y comprendan las estructuras de costos existentes. Si bien los costos que asumen los proveedores no constituyen el único factor relevante para fijar las tasas de pago, conocer los gastos en los que estos incurren para prestar una serie de servicios puede ayudar a garantizar que se les pague adecuadamente por aquellos servicios prioritarios y que reciban la motivación necesaria para prestarlos. Entre los elementos más importantes de la información de costos en relación con las políticas de pago a proveedores se pueden mencionar los siguientes:

- Costos unitarios promedios estimados de los servicios incluidos en el PBS para los proveedores.
- Costos relativos para crear incentivos adecuados.
- Conocimientos sobre los factores que influyen en los costos y dónde se podrían obtener ganancias de eficiencia.

La relación entre las tasas de pago a proveedores y sus gastos es un elemento fundamental de los incentivos que crean los pagadores. Cabe destacar que el objetivo de fijar tasas de pago no es simplemente cubrir los gastos individuales que tienen los proveedores, sino que también se busca crear incentivos de manera deliberada para garantizar el acceso a los servicios del PBS y al mismo tiempo fomentar una prestación eficiente.³⁴ Es imprescindible que el pago que se les otorgue a los proveedores sea adecuado para que puedan prestar servicios de alta calidad. Asimismo, es importante contar con tasas de pago estables que posibiliten planificar y orientar decisiones de inversión. Si las tasas de pago se encuentran siempre por debajo de los costos, es probable que los proveedores reduzcan los gastos de manera excesiva optando por la prestación de servicios de menor costo o disminuyendo la calidad de estos, o que exijan pagos extras a los pacientes para solventar esta diferencia. Incluso, es probable que aquellos proveedores que perciban que las tasas de pago se encuentran muy por debajo de los costos se salgan del mercado teniendo la posibilidad de hacerlo. En Vietnam, por ejemplo, los análisis de costos realizados a 76 centros de salud comunales de dos provincias revelaron que las tasas de pago actuales cubren solo el 19 por ciento de los costos totales de las visitas médicas en los servicios de atención primaria del PBS.³⁵ La gran diferencia que existe entre los costos y las tasas de pago correspondientes a los servicios

del PBS podría ser uno de los motivos por los que los pagos de bolsillo continúan siendo elevados en Vietnam, incluso habiendo ampliado la cobertura.³⁶ Los resultados del costeo proporcionaron información valiosa para los formuladores de políticas, puesto que les permitió revisar los métodos de pago a los proveedores y así obtener una mejor representación de los costos de los servicios y otorgar mayor prioridad a la atención primaria.³⁷

En algunos países, los encargados de comprar los servicios de salud fijan tasas de pago de manera estratégica para gestionar los gastos totales del sistema. Por ejemplo, si se derivan las tasas de pago para los servicios del PBS directamente del fondo de recursos disponibles, se puede crear un sistema de pago que sea neutral en relación con el presupuesto.³⁸ Cuando se introdujo un nuevo sistema nacional de aseguramiento en salud en Kirguistán a mediados de 1990, los ingresos correspondientes a los impuestos sobre los salarios destinados a los seguros de salud eran bastante impredecibles. El fondo nacional de seguro de salud no estaba dispuesto a comprometerse con tasas de pago poco sostenibles y, como resultado, se estableció un sistema de pago que no afectara el presupuesto. Para el nuevo sistema de pago a hospitales basado en casos, la agencia compradora calculó la tasa de base directamente de un porcentaje del presupuesto total previsto que se había reservado para servicios hospitalarios, y luego lo dividió por la cantidad histórica de casos registrados. También se reservó el derecho a bajar la tasa de base durante el año en caso de que los ingresos reales fueran menores que los previstos o que la cantidad de casos supere los niveles históricos. Sin embargo, dado que los fondos de aseguramiento aportaron más dinero al sistema, ningún proveedor recibió menos dinero en términos generales.³⁹

En el sistema de cobertura universal de Tailandia, el pagador (la Oficina Nacional de Seguridad Sanitaria) busca lograr un equilibrio entre fijar tasas de pago razonables que sean suficientes para cubrir los

gastos de los proveedores y utilizar políticas de pago para asegurar la sostenibilidad financiera del sistema. La información sobre costos se utiliza para respaldar las solicitudes de presupuesto anuales para el sistema de cobertura universal. En cambio, las tasas de pago a proveedores se fijan en función de los fondos disponibles y los límites presupuestarios.⁴⁰ Por esto, a pesar de que el objetivo sea establecer tasas de pago absolutas y razonables, es fundamental que los precios relativos estén alineados con los costos relativos de los tratamientos, lo cual resulta esencial para incentivar a los proveedores a tomar casos más complejos (y por lo tanto también más costosos). No obstante, si el presupuesto total asignado al pagador no es adecuado, el PBS podría no ser sostenible en el tiempo, ya que los proveedores podrían reducir la calidad de los servicios, limitar el acceso o retirarse del mercado por completo a raíz de que sus gastos serían más altos que sus ingresos.

Desafíos de la estimación de costos en la política de beneficios en salud

Al estimar la suma de dinero que supone poner a disposición el PBS, se obtienen parámetros útiles que ayudan a alinear los fondos disponibles con el costo de prestar los servicios incluidos en el plan. Para que los gastos sean coherentes con los recursos disponibles, se debe proyectar el costo del PBS a partir de la información de costos de los servicios y las estimaciones actuariales correspondientes a la utilización actual y futura. Sin embargo, pueden presentarse varios obstáculos al intentar generar estimaciones de costo confiables para los planes de beneficios en salud. Para empezar, llevar a cabo estos cálculos puede demandar mucho tiempo y muchas veces no se cuenta con datos confiables y de gran calidad. Asimismo, puede ocurrir que al calcular el costo de un PBS sumando tanto el costo como la

utilización de los servicios individuales se cuenten algunos recursos más de una vez y, en consecuencia, se podrían sobrestimar los costos totales. Contrariamente, en el caso de las estimaciones de utilización, es posible que estas no reflejen las diferentes alternativas de utilización que tienen los beneficiarios y, como resultado, se podría subestimar el costo del PBS, como ocurrió con el plan GES de Chile.

Por otro lado, cuando no se consideran las economías de alcance y de escala al calcular los costos de los servicios de salud también puede suceder que se sobrestimen los costos del plan. Las economías de alcance tienen lugar cuando resulta menos costoso para un proveedor producir dos o más servicios (debido a los “gastos compartidos”) que lo que les costaría a dos proveedores distintos producir cada producto por separado.⁴¹ Por ejemplo, en una misma visita, los trabajadores de la salud podrían brindar varios servicios y, en este caso, el costo de cada uno de ellos sería más bajo, dado que se prestan de manera conjunta. Las estimaciones de costo de cada servicio individual pueden llevar a una doble contabilización de las horas de trabajo de los trabajadores de la salud y que el costo unitario refleje valores por encima de los reales.⁴² Las economías de escala entran en juego generalmente cuando los costos fijos de producción son elevados en relación con los costos variables. Esto tiene como objetivo que los costos promedio a largo plazo disminuyan a medida que la escala de producción aumenta. Este puede ser el caso de aquellos servicios de salud que dependen de tecnologías de alto costo, tales como los escáneres, pero también podría ocurrir, por ejemplo, cuando los costos laborales son fijos de acuerdo con las leyes civiles que rigen el empleo de los trabajadores de la salud.⁴³

Es importante destacar que el costeo del PBS a menudo se lleva a cabo como un análisis estático a partir del cual se obtienen estimaciones puntuales y, si bien estas estimaciones sirven de referencia para identificar los recursos necesarios, la implementación del PBS es un proceso dinámico. Esto significa, por

ejemplo, que el acceso a algunos servicios afectará la demanda de otros de una manera que puede ser difícil de predecir.⁴⁴ Además, es posible que la información financiera sobre los centros de salud que se utiliza para generar costos unitarios no refleje las fuerzas del mercado que tendrán lugar cuando se implemente el plan de beneficios.⁴⁵ Estos análisis se basan en una serie de supuestos acerca de la respuesta dinámica de las principales variables, tales como hasta qué punto aumentará la utilización al brindar protección financiera para los servicios incluidos en el plan y el efecto que esto podría tener en los costos unitarios.⁴⁶ A raíz de las economías de escala, los costos marginales podrían disminuir al principio a medida que crece la demanda; sin embargo, es probable que luego aumenten cuando se amplíe la cobertura para llegar a aquellas poblaciones y lugares cuyo acceso ha sido más dificultoso.⁴⁷ Los análisis de sensibilidad para los diferentes supuestos en torno al efecto que tendrá la cobertura en la utilización y cómo se verán afectados los costos unitarios cuando se amplíe dicha cobertura pueden ayudar a demostrar la naturaleza dinámica asociada a la compra de PBS y a realizar proyecciones de gastos más realistas.

Por último, cabe mencionar que el costeo de los PBS se basa en el *statu quo*, es decir, en las estructuras de costo existentes para la prestación de servicios, que pueden traer consigo ciertas ineficiencias. El costo asociado a la prestación de los servicios puede presentar deficiencias a causa de distintos factores: decisiones tomadas por los proveedores con respecto al uso de insumos, tecnologías obsoletas, rigideces en los sistemas de financiación pública y compra, entre otros.⁴⁸ Asimismo, los patrones de utilización se ven afectados no solo por las necesidades de salud, sino también por el monto que deben pagar los usuarios para acceder a los servicios, sus preferencias y limitaciones, y otros factores contextuales que pueden ser difíciles de predecir, pero que también se ven condicionados por las políticas.⁴⁹ La mayoría de los modelos de costeo, tanto actuariales como de proyección

del gasto, no suelen tener en cuenta instrumentos de política, tales como las estrategias de compra o las estrategias de pago a proveedores, que permiten obtener ganancias de eficiencia y reducir el costo total del PBS en el tiempo.⁵⁰

RECUADRO 1. Manual de la Red de Aprendizaje Conjunto para la Cobertura Universal en Salud sobre el costeo de servicios para el pago a proveedores

La Red de Aprendizaje Conjunto para la Cobertura Universal en Salud (Joint Learning Network for Universal Health Coverage, JLN) propuso una labor colaborativa para el costeo de servicios de salud con foco en el pago a proveedores (“Costing Collaborative”) cuyo objetivo es compartir experiencias y encontrar soluciones a problemas comunes asociados a la estimación de costos para pagos a proveedores, entre aquellos países que forman parte de la JLN. El manual de costeo elaborado por los miembros de la Costing Collaborative proporciona aspectos teóricos de la estimación de costos, además de una guía práctica, paso a paso, para abordar los múltiples desafíos que conlleva calcular los costos de los servicios de salud en países de ingresos bajos y medios. Si bien este manual se diseñó específicamente para apoyar el cálculo de costos orientado al desarrollo de sistemas y tasas de pago para proveedores, también ofrece información general sobre metodologías y herramientas específicas, y plantillas para la recolección de datos y análisis basados en la experiencia de distintos países.

Fuente: www.jointlearningnetwork.org/resources/costing-of-health-services-for-providerpayment-a-practical-manual.

Recursos disponibles y prioridades de investigación

Hay un gran número de recursos disponibles sobre teorías, métodos y aplicación de costeo.⁵¹ Algunos recursos específicos relacionados con el costeo de planes de beneficios en salud incluyen el manual de la Joint Learning Network for Universal Health Coverage (Red de Aprendizaje Conjunto para la Cobertura Universal en Salud) sobre el costeo de servicios de salud para el pago a proveedores (Recuadro 1), la herramienta de costeo OneHealth de múltiples donantes (Recuadro 2) y el Caso de Referencia de la International Decision Support Initiative para evaluaciones económicas (Recuadro 3).

Más allá de los recursos disponibles, las principales diferencias radican en una mejor estandarización y aplicación de los análisis de costeo en la política de beneficios en salud. Una de las áreas en las que se necesitan más investigaciones es en la modelación, simulación y análisis de escenarios para que sea posible representar la naturaleza dinámica de la estimación de costos en la política de PBS. Es necesario contar con otras alternativas que permitan incorporar decisiones de comportamiento y otros factores contextuales al costeo, a los análisis actuariales y a las proyecciones de gastos tanto para el diseño e implementación de los PBS como para su ampliación en el futuro. Los estudios de costeo pueden revelar información sobre la estructura de costos que se encuentra a la base de la prestación de servicios y pueden ayudar a modelar distintos escenarios utilizando una serie de supuestos sobre los precios, el impacto de los incentivos, los cambios en la configuración de la prestación de servicios y los niveles de utilización de estos (tales como las características específicas de un sistema centrado en la atención primaria).

RECUADRO 2. Herramienta OneHealth

En respuesta al pedido realizado por distintos países de unificar el contenido, formato y resultados de las herramientas de costeo disponibles, el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre cálculo de costos –compuesto por UNICEF, el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y ONUSIDA– ha estado trabajando en la armonización de las herramientas de costeo y evaluación de impacto que se emplean en los procesos de planificación del sector de la salud. Como resultado, se desarrolló la herramienta OneHealth, un software diseñado para reforzar el análisis, el cálculo de costos y la financiación en los sistemas de salud a nivel nacional y para evaluar las necesidades de inversión en salud pública de los países de ingresos bajos y medios. Este instrumento presenta de manera detallada los componentes de las herramientas de costeo disponibles específicas de cada enfermedad en un formato uniforme y vinculadas unas con otras.

Fuente: www.who.int/choice/onehealthtool/en/.

Se necesitan herramientas de modelación y simulación más sólidas para poder predecir los impactos de las políticas, en especial los de aquellas que pretenden mejorar la eficiencia y modificar la estructura de costos.

Asimismo, a medida que las evaluaciones económicas se vuelven cada vez más sofisticadas, los métodos de costeo no pueden quedarse atrás. En el Reino Unido, por ejemplo, se está extendiendo el ACE para incluir las iniciativas de desarrollo de vías de atención integral y también las evaluaciones de costo-efectividad de la política de remuneración basada en el desempeño del Marco de Calidad y Resultados.⁵² La Red de Prioridades para el Control de Enfermedades (Disease Control Priorities Network, DCPN)

publica periódicamente la evidencia más actualizada sobre la eficacia de intervenciones de salud y la efectividad de los programas para las principales causas de la carga de enfermedad a nivel mundial.

RECUADRO 3. Caso de Referencia de la iDSI para evaluaciones económicas

A pedido de la Fundación Bill y Melinda Gates, el NICE Internacional del Reino Unido reunió un equipo para desarrollar un conjunto de métodos que permitan calcular el valor de las tecnologías en salud con la finalidad de ayudar a la fundación a realizar recomendaciones a los países a cerca de qué medicamentos deben ponerse a disposición. Este conjunto de métodos, denominado Caso de Referencia (“Reference Case”), adopta un enfoque basado en principios: en lugar de brindar información explícita sobre cada aspecto que deben tener en cuenta los investigadores al calcular el valor de un tratamiento o servicio de salud, establece una serie de principios que los investigadores deben seguir al momento de determinar cómo se realizarán estos cálculos. Para ejemplificar, el Caso de Referencia no especifica exactamente qué costos deben incluirse y cuáles no en los cálculos, pero sí solicita a los investigadores que identifiquen todos los costos directos relevantes a partir de la experiencia y conocimientos locales respecto de dónde se podría utilizar un tratamiento en el servicio de salud. Este Caso de Referencia se diseñó de modo tal que pueda ser útil para tomar decisiones tanto a nivel local, nacional como internacional y pueda aplicarse para distintos tipos de tecnologías en salud, entre las que se incluyen medicamentos y pruebas de diagnóstico, iniciativas y programas de salud pública y diferentes tipos de prestación de servicios.

Fuente: www.idsihealth.org/knowledge_base/the-reference-case-for-economic-evaluation/.

La tercera edición de las *Prioridades para el Control de Enfermedades* (DCP3) del DCPN introduce nuevos métodos de ACE extendido para evaluar los aspectos de equidad y protección financiera de las políticas que permitirían ampliar la cobertura de intervenciones de efectividad comprobada orientadas a la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas y crónicas, incluyendo patologías relacionadas con la salud ambiental, traumas y trastornos mentales.⁵³ Estas nuevas dimensiones del ACE también suponen nuevos desafíos metodológicos al estimar el costo de políticas e intervenciones, y valorar los beneficios relevantes para la política de PBS, entre los que se incluye el modo en el que se podría llevar a cabo el costeo de la administración de un programa y asignar un valor a la protección financiera.⁵⁴

Por último, aún queda por definir qué tanto influye la evidencia de costos en la toma de decisiones sobre la política de PBS, en particular en los países de ingresos bajos y medios. Es necesario realizar más investigaciones para comprender mejor la función que cumple la evidencia sobre costos en el proceso de políticas de PBS, la demanda que existe en torno a diferentes tipos de análisis de costos y el modo en el que se podría mejorar la información que se utiliza de manera rutinaria para el diseño e implementación de PBS.

Conclusiones

La información de costos es esencial para varios aspectos de la política de beneficios en salud: estimar el gasto total necesario para poner a disposición el plan de beneficios y que este esté alineado con los recursos disponibles; analizar el costo incremental de los servicios individuales como respaldo para tomar decisiones de inclusión para el PBS; y calcular el costo de los servicios de salud individuales o conjuntos de servicios para fijar o negociar sistemas y tasas de pago para los proveedores. Es importante costear la totalidad del PBS al momento de establecer

parámetros de referencia para las necesidades de recursos, a fin de garantizar que los compromisos estén alineados con los recursos disponibles. Lo mismo aplica cuando se crean distintos escenarios de las posibles respuestas por parte de la población y los proveedores con vistas a ampliar la cobertura y la protección financiera. Costear el PBS también es importante para iniciar y orientar un diálogo acerca de la utilización de mecanismos de política, tales como las estrategias de compra, con el objetivo de que los beneficios sean más asequibles.

A pesar de que existen metodologías de costeo bien consolidadas, no se han implementado del mismo modo en muchas de las áreas relacionadas con la política de PBS. Además, algunos obstáculos específicos podrían afectar el ejercicio de costeo para dicha política, como por ejemplo el tiempo que demanda realizar estos cálculos y la falta de datos confiables y de alta calidad. Cabe destacar que otras opciones de política, particularmente los incentivos a la oferta y la demanda, también podrían influir en el gasto necesario para comprar los servicios incluidos en el PBS.

A pesar de estos desafíos, la estimación aproximada de los recursos necesarios para implementar o ampliar un PBS definido constituye una parte importante de todo progreso hacia la CUS en términos de sostenibilidad fiscal. La información sobre los costos relacionados con la prestación de servicios de salud es una parte esencial de la base empírica necesaria para tomar decisiones en torno a la implementación o ampliación de un PBS, realizar compras estratégicas de los servicios cubiertos y orientar políticas a fin de fomentar una prestación eficiente y promover la utilización de los servicios más costo-efectivos. Muchas de las reformas de salud buscan introducir cambios en la estructura de costos del sistema de salud a través de la reconfiguración de la prestación de servicios, puesto que este es un factor fundamental para la sostenibilidad financiera del PBS, más aún a medida que este se amplía.

Referencias

- Adam, Taghreed, David B. Evans, and Marc A. Koopmanschap. 2003. "Cost-Effectiveness Analysis: Can We Reduce Variability in Costing Methods?" *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 19 (2): 407–20. doi:10.1017/S0266462303000369.
- Andersen, Ronald M., and Pamela L. Davidson. 2007. "Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators." In *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management*, 3rd ed., edited by Ronald M. Andersen, Thomas H. Rice, Gerald F. Kominski, Abdelmonem A. Afifi, and Linda Rosenstock (San Francisco: Jossey-Bass), 3–32.
- Bitrán, Ricardo. 2012. *Costeo de planes de beneficio en salud*. Washington, DC: Inter-American Development Bank. https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7095/Breve2_Costeo_de_planes_de_beneficio_en_salud.pdf.
- Cashin, Cheryl. 2016. *Health Financing Policy: The Macroeconomic, Fiscal, and Public Finance Context*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/23734>.
- Culyer, Anthony J., Chai Podhisita, and Benjarin Santatiwongchai. 2016. "A Star in the East: A Short History of HITAP." Nonthaburi, Thailand: Health Intervention and Technology Assessment Program. www.idsihealth.org/wp-content/uploads/2016/02/ASTAR-IN-THE-EAST_resize.pdf.
- DCP3. 2017. "About Disease Control Priorities, Third Edition." DCP3: Disease Control Priorities. <http://dcp-3.org/disease-control-priorities-third-edition>.
- De la Hoz-Restrepo, Fernando, Carlos Castañeda-Orjuela, Angel Paternina, and Nelson Alvis-Guzman. 2013. "Systematic Review of Incremental Non-Vaccine Cost Estimates Used in Cost-Effectiveness Analysis on the Introduction of Rotavirus and Pneumococcal Vaccines." *Vaccine* 31 (Supplement 3): C80–87. doi:10.1016/j.vaccine.2013.05.064.
- Escobar, Liliانا, and Ricardo Bitrán. 2014. "Chile: Explicit Health Guarantees (GES)." In *Health Benefit Plans in Latin America: A Regional Comparison*, edited by Ursula Giedion, Ricardo Bitrán, and Ignez Tristao (Washington, DC: Inter-American Development Bank), 43–75. <https://publications.iadb.org/handle/11319/6484?locale-attribute=en>.
- Global Health Cost Consortium. 2017. "Reference Case for Global Health Costing," Version 3. Final Draft (May).
- Gomez, V., J. Baoy, and S. Yap. 2015. "Costing PhilHealth's TSEKAP Primary Care Benefit Package." World Bank consultant report. Manila: World Bank.
- Goudie, Rosalind, and Maria Karen Goddard. 2011. *Review of Evidence on What Drives Economies of Scope and Scale in the Provision of NHS Services, Focusing on A&E and Associated Hospital Services*. Report for the OHE Commission on Competition in the NHS. York, UK: Centre for Health Economics, University of York. www.ohe.org/sites/default/files/Review%20of%20evidence%20on%20what%20drives%20economies%20of%20scale%202011.pdf.
- Hall, Emma, Carol Propper, and John Van Reenen. 2008. "Can Pay Regulation Kill? Panel Data Evidence on the Effect of Labor Markets on Hospital Performance." Discussion Paper, January 2008. <http://cep.lse.ac.uk/>.
- Health Insurance System Research Office. 2012. *Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An Independent Assessment of the First 10 Years (2001–2010)*. Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research Office. www.jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/book018.pdf.
- Johns, Benjamin, Rob Baltussen, and Raymond Hutubessy. 2003. "Programme Costs in the Economic Evaluation of Health Interventions." *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 1: 1. doi:10.1186/1478-7547-1-1.
- Korda, Holly, and Gloria N. Eldridge. 2011. "Payment Incentives and Integrated Care Delivery: Levers for Health System Reform and Cost Containment." *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* 48 (4): 277–87. doi:10.5034/inquiryjrnl_48.04.01.
- Kutzin, Joseph, Ainura Ibraimova, Melitta Jakob, and Sheila O'Dougherty. 2009. "Bismarck Meets Beveridge on the Silk Road: Coordinating Funding Sources to Create a Universal Health Financing System in Kyrgyzstan." *Bulletin of the World Health Organization* 87 (7): 549–54. doi:10.1590/S0042-96862009000700017.
- Lipscomb, Joseph, K. Robin Yabroff, Martin L. Brown, William Lawrence, and Paul G. Barnett. 2009. "Health Care Costing: Data, Methods, Current Applications." *Medical Care* 47 (7): S1–6. doi:10.1097/MLR.0b013e3181a7e401.
- Maeda, Akiko, Edson Araujo, Cheryl Cashin, Joseph Harris, Naoki Ikegami, and Michael R. Reich. 2014. *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies*. Directions in Development—Human Development.

- Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/18867>.
- McIntyre, Di, and Jo Borghi. 2012. "Inside the Black Box: Modelling Health Care Financing Reform in Data-Poor Contexts." *Health Policy and Planning* 27 (Suppl. 1): i77–87. doi:10.1093/heapol/czs006.
- Minh, Hoang Van, Nguyen Khanh Phuong, Annette Özaltın, and Cheryl Cashin. 2015. "Costing of Commune Health Station Visits for Provider Payment Reform in Vietnam." *Global Public Health* 10 (sup. 1): S95–103. doi:10.1080/17441692.2014.944929.
- Mogyorosz, Zsolt, and Peter Smith. 2005. "The Main Methodological Issues in Costing Health Care Services: A Literature Review." CHE Research Paper. York, UK: Centre for Health Economics, University of York. www.york.ac.uk/che/pdf/rp7.pdf.
- Neumann, Peter J. 2009. "Costing and Perspective in Published Cost-Effectiveness Analysis." *Medical Care* 47 (7): S28–32. doi:10.1097/MLR.0b013e31819bc09d.
- Özaltın, Annette, and Cheryl Cashin, eds. 2014. *Costing of Health Services for Provider Payment: A Practical Manual Based on Country Costing Challenges, Trade Offs, and Solutions*. Washington, DC: Joint Learning Network for Universal Health Coverage. www.joint-learningnetwork.org/uploads/files/resources/JLN_Costing_Toolkit_Interactive_FINAL.pdf.
- Paek, Seung Chun, Natthani Meemon, and Thomas T. H. Wan. 2016. "Thailand's Universal Coverage Scheme and Its Impact on Health-Seeking Behavior." *SpringerPlus* 5 (1). doi:10.1186/s40064-016-3665-4.
- Panopoulou, Giota, Ursula Giedion, and Eduardo González-Pier. 2014. "Mexico: The Universal List of Essential Health Services and the Catastrophic Health Expenditure Fund." In Giedion, Bitrán, and Tristao, *Health Benefit Plans in Latin America*, 140–65.
- Phuong, Nguyen Khanh, Tran Thi Mai Oanh, Hoang Thi Phuong, Tran Van Tien, and Cheryl Cashin. 2015. "Assessment of Systems for Paying Health Care Providers in Vietnam: Implications for Equity, Efficiency and Expanding Effective Health Coverage." *Global Public Health* 10 (Supp. 1): S80–94. doi:10.1080/17441692.2014.986154.
- Sassi, Franco. 2006. "Calculating QALYs, Comparing QALY and DALY Calculations." *Health Policy and Planning* 21 (5): 402–8. doi:10.1093/heapol/czl018.
- Sutherland, Jason M. 2012. "Estimating the Marginal Costs of Hospitalizations." Discussion Paper. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. <http://healthcarefunding.sites.olt.ubc.ca/files/2012/02/Marginal-Cost-Report.pdf>.
- Tangcharoensathien, Viroj, Supon Limwattananon, Walaiporn Patcharanarumol, Jadej Thammatacharree, Pongpisut Jongudomsuk, and Supakit Sirilak. 2015. "Achieving Universal Health Coverage Goals in Thailand: The Vital Role of Strategic Purchasing." *Health Policy and Planning* 30 (9): 1152–61. doi:10.1093/heapol/czu120.
- Thomas, Ranjeeta, and Kalipso Chalkidou. 2016. "Cost-Effectiveness Analysis." In *Health System Efficiency: How to Make Measurement Matter for Policy and Management*, edited by Jonathan Cylus, Irene Papanicolas, and Peter C. Smith. Copenhagen: World Health Organization/European Observatory on Health Systems and Policies. www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-system-efficiency-how-to-make-measurement-matter-for-policy-and-management-2016.
- Verguet, Stéphane, Ramanan Laxminarayan, and Dean T. Jamison. 2015. "Universal Public Finance of Tuberculosis Treatment in India: An Extended Cost-Effectiveness Analysis." *Health Economics* 24 (3): 318–32. doi:10.1002/hec.3019.
- Wang, Han I., Eline Aas, Eve Roman, and Alexandra Gwen Smith. 2015. "Comparison of Different Costing Methods." *Value in Health* 18 (7): A687. doi:10.1016/j.jval.2015.09.2544.
- Wilkinson, Thomas, Kalipso Chalkidou, Karl Claxton, Paul Revill, Mark Sculpher, Andrew Briggs, Yot Teerawattananon, et al. 2014. *The Reference Case for Economic Evaluation*. Methods for Economic Evaluation Project Final Report, NICE International. www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/NICE-International/projects/MEEP-report.pdf.
- World Health Organization (WHO). 2015. "Costing Health Care Reforms to Move towards Universal Health Coverage (UHC): Considerations for National Health Insurance in South Africa." WHO, October. www.afro.who.int/en/south-africa/press-materials/item/8111-costing-health-care-reformsto-move-towards-universal-health-coverage-uhcconsiderations-for-national-health-insurance-insouth-africa.html.

Notas finales

1. Bitrán (2012).
2. Cashin (2016).
3. WHO (2015).
4. Korda and Eldridge (2011) S. Maeda and others (2014).

6. Global Health Cost Consortium (2017).
7. Mogyorosy and Smith (2005).
8. Ibid.
9. Özaltın and Cashin (2014).
10. Ibid.
11. Ibid.
12. Global Health Cost Consortium (n.d.)
13. Lipscomb and others (2009).
14. Mogyorosy and Smith (2005)
15. Ibid.
16. Sutherland (2012).
17. Wang and others (2015).
18. Özaltın and Cashin (2014).
19. Mogyorosy and Smith (2005).
20. Özaltın and Cashin (2014).
21. Gomez, Baoy, and Yap (2015).
22. Escobar and Bitrán (2014); and Gomez, Baoy, and Yap (2015).
23. Escobar and Bitrán (2014).
24. Panopoulou, Giedion, and González-Pier (2014); and Health Insurance System Research Office (2012).
25. Sassi (2006).
26. Lipscomb and others (2009).
27. De la Hoz-Restrepo and others (2013).
28. Mogyorosy and Smith (2005).
29. Neumann (2009).
30. Wilkinson and others (2014).
31. Culyer, Podhisita, and Santatiwongchai (2016).
32. Ibid.
33. Özaltın and Cashin (2014).
34. Ibid.
35. Minh and others (2015).
36. Phuong and others (2015).
37. Minh and others (2015).
38. Özaltın and Cashin (2014).
39. Kutzin and others (2009).
40. Tangcharoensathien and others (2015).
41. Goudie and Goddard (2011).
42. Özaltın and Cashin (2014).
43. Hall, Propper, and Van Reenen (2008).
44. Paek, Meemon, and Wan (2016).
45. Gomez, Baoy, and Yap (2015).
46. McIntyre and Borghi (2012).
47. Johns, Baltussen, and Hutubessy (2003).
48. Özaltın and Cashin (2014).
49. Andersen and Davidson (2007); and Paek, Meemon, and Wan (2016).
50. Özaltın and Cashin (2014); and WHO (2015).
51. Özaltın and Cashin (2014).
52. Thomas and Chalkidou (2016).
53. DCP3 (2017).
54. Verguet, Laxminarayan, and Jamison (2015).

CAPÍTULO 9

Más allá de la costo-efectividad: *Limitaciones de los sistemas de salud para brindar planes de beneficios*

Katharina Hauck

Ranjeeta Thomas

Peter C. Smith

En pocas palabras: ¿El sistema de salud puede brindar su plan de beneficios? El dinero no es el único elemento importante, también lo son la infraestructura, la política y la gobernanza.

El análisis de costo-efectividad (ACE) de tecnologías en salud se utiliza normalmente en la evaluación de intervenciones y es una herramienta que ofrece información clave para el desarrollo de guías clínicas y estándares de calidad de la atención basados en evidencia. Estas guías y estándares proporcionan lineamientos sistemáticos sobre el tipo de atención que los profesionales de la salud deberían brindar a individuos con condiciones específicas.

Agradecimientos: Este trabajo de investigación se realizó como parte de la International Decision Support Initiative (iDSI, www.idsihealth.org), una iniciativa internacional que brinda asistencia a los responsables de la toma de decisiones para el establecimiento de prioridades en la cobertura universal de salud. Este trabajo recibió el apoyo económico de la Fundación Bill y Melinda Gates, del Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido y de la Fundación Rockefeller. Los valiosos comentarios que aportaron los socios sobre este informe fueron de gran utilidad. Existe una versión anterior de este capítulo que se titula Hauck, Thomas, and Smith (2016).

El principio que guía el ACE convencional tiene por objetivo identificar el conjunto de intervenciones de salud que maximice algún objetivo social específico (por lo general, producir mejoras en la salud agregada) sujeto a una única restricción presupuestaria financiada mediante recursos públicos. Si bien aún existen varios desafíos metodológicos sin resolver, se han alcanzado grandes avances en la resolución de ciertas cuestiones clave.¹ El ACE se está convirtiendo en un mecanismo importante para el establecimiento estratégico de prioridades en los sistemas de salud, y un gran número de países ha creado organismos para brindar asesoramiento a estos sistemas sobre aspectos relacionados con la costo-efectividad. El ACE es un recurso que los organismos internacionales utilizan cada vez con mayor frecuencia para ayudar a los países en los procesos de priorización, en particular para definir planes de beneficios en la cobertura

universal en salud en contextos que cuentan con recursos limitados.²

Sin embargo, en muchas ocasiones no se implementan en su totalidad las recomendaciones que surgen del ACE, aun cuando los responsables de tomar decisiones aceptan el principio que guía estos análisis —esto es, obtener el máximo valor de un presupuesto limitado para los servicios de salud—. La imposibilidad de asegurar la plena implementación de las recomendaciones que resultan del ACE no indica necesariamente una deficiencia en los principios que rigen el enfoque analítico o los acuerdos institucionales que utiliza el sistema de salud. A menudo, al adoptar decisiones de priorización, los actores involucrados en estos procesos aplican criterios completamente legítimos que no están incluidos en la metodología del ACE. En estas circunstancias, no implementar las recomendaciones del ACE no invalidaría la utilidad de esta herramienta que, al menos, ha demostrado lo que se sacrificaría (por lo general, en forma de pérdidas de mejoras en salud) al no poner en práctica estas sugerencias. No obstante, la cantidad de informes frecuentes y generalizados sobre cómo se ignoran o modifican las recomendaciones del ACE ponen de relieve la importancia de comprender las motivaciones de los responsables de la toma de decisiones y plantea la cuestión de si el ACE ignora elementos claves del proceso de priorización.

Además de la restricción presupuestaria a nivel global, una categoría de factores prácticos que podría incidir de manera sustancial en este proceso es el conjunto potencialmente grande de limitaciones que inhiben cambios en el sistema de salud. Por ejemplo, todos los sistemas poseen una configuración de instituciones ya existente tales como los hospitales que no puede modificarse en el corto plazo al igual que un grupo limitado de recursos humanos especializados. Asimismo, introducir un gran número de cambios también supone costos a corto plazo (tales como la capacitación) que van en detrimento de la atención

directa a los pacientes. Por otra parte, la infraestructura de la información y la gobernanza pueden ser inadecuadas para asegurar una prestación efectiva de los nuevos servicios, y varias fuerzas políticas poderosas podrían dificultar la implementación de cambios en todo el sistema de salud. Las limitaciones que aborda este capítulo se clasifican en seis categorías: el diseño del sistema de salud, los costos de la implementación de cambios, las interdependencias del sistema entre las intervenciones, la incertidumbre en las estimaciones de costos y beneficios, la gobernanza deficiente y las restricciones políticas. Cabe destacar que no todas las decisiones de priorización presentan estas limitaciones. Por ejemplo, es posible que al reemplazar medicamentos terapéuticos no se presenten muchos obstáculos, pero al implementar intervenciones más complejas en el sector público se enfrente un mayor número de limitaciones.

Esta revisión narrativa presupone que los responsables de tomar decisiones desean maximizar el valor social que garantiza el presupuesto asignado a los servicios de salud y que consideran utilizar el ACE como guía de este proceso. Luego, analiza cómo influyen las limitaciones en las decisiones de priorización y evalúa la posibilidad de ajustar estas limitaciones a la metodología del ACE. También se hace referencia a la manera en la que se podrían implementar estos ajustes. La revisión se inspiró en una serie de discusiones de grupo que se realizaron como parte de la International Decision Support Initiative (iDSI) y tiene como objetivo desarrollar una tipología de las limitaciones que pueden representar un obstáculo a la hora de implementar las recomendaciones de los estudios de costo-efectividad. Se presentan además diferentes maneras en las que estas limitaciones se pueden adaptar a los modelos del ACE, en la medida en que esto sea posible y viable.

Limitaciones

El modelo de costo-efectividad que generalmente se utiliza para evaluar las tecnologías en salud —y las atenciones sanitarias y de salud pública en un sentido más amplio— se ha convertido en una herramienta esencial para los responsables de formular políticas en muchos sistemas de salud.³ Se diseñó con el objetivo de ayudar a los encargados de tomar decisiones a comparar diferentes intervenciones que abordan un mismo problema de salud y programas orientados a distintas áreas de enfermedades cuando se poseen recursos públicos fijos. Para un nivel específico de recursos de salud, el objetivo es elegir, entre todas las combinaciones posibles de programas, el conjunto que maximice los beneficios totales en salud.⁴ Los métodos tradicionales del ACE consideran que la única limitación relevante es aquella relacionada con el presupuesto de financiación pública asignado. No obstante, toda la evidencia disponible sugiere que existen muchas otras limitaciones que, al menos en el corto plazo, afectan a los actores involucrados en la toma de decisiones. Estas restricciones en el ACE tradicional dificultan la interpretación de los resultados para la implementación de las recomendaciones que luego deberían llevar a cabo los responsables locales. Si bien existen otras limitaciones que no se abordan en este capítulo, por lo general, en la práctica la formulación de políticas se enfrenta a seis categorías amplias de limitaciones⁵ que podrían explicar los motivos por los que los responsables estratégicos de tomar decisiones no aplican los criterios que recomiendan las guías nacionales o internacionales.

Diseño del sistema de salud

Las limitaciones que presenta el diseño del sistema impiden ciertas flexibilidades y están relacionadas con las instituciones del sistema de salud (pagadores y proveedores), el (los) mecanismo(s) de financiación, las disposiciones normativas y la función que

desempeñan organismos externos como los financiadores. En la práctica, una de las principales limitaciones que presenta el sistema es la disponibilidad de capital o mano de obra en el corto plazo. Por ejemplo, es posible que no sea viable la implementación de una nueva intervención altamente costo-efectiva que requiere la contratación de un número importante de personal adicional, si el personal actual ya está trabajando al cien por ciento de su capacidad y no es factible suspender la prestación de las intervenciones existentes. Respecto de las limitaciones relacionadas con los mecanismos de financiación, el ACE tiene como supuesto implícito que los prestadores reciben pagos de un único financiador nacional que establece cuáles son las intervenciones financiadas. No obstante, en la práctica, los pagos privados como las tarifas a usuarios no permiten garantizar que los servicios designados se presten a los beneficiarios objetivo en todos los casos.⁶ Muchas veces las limitaciones que imponen los financiadores pueden adoptar la forma de una organización “vertical” de servicios para programas específicos como los de VIH/SIDA.⁷ Es posible que este requisito optimice la prestación de un programa en particular, pero puede generar serias rigideces en el modo en el que se utilizan los recursos. También pueden impedir que los sistemas logren las economías de alcance⁸ disponibles mediante la integración “horizontal” de servicios para una gran variedad de condiciones de salud.

El reembolso a prestadores a través de cápitales o presupuestos globales puede constituir otro tipo de limitación financiera importante, puesto que podría generar incentivos inadecuados para fomentar la prestación de una intervención recomendada según lo esperado. Esta limitación podría abordarse combinando mecanismos tradicionales de pago a prestadores con distintas formas de pago por desempeño, dado que existe evidencia que demuestra que el pago por desempeño promueve un mayor cumplimiento de las recomendaciones para la compra estratégica de servicios de salud, incluyendo la adhesión al PBS.⁹

Las restricciones regulatorias pueden surgir a raíz del tipo de relaciones que se establecen entre las diferentes instituciones que conforman un sistema de salud —tales como hospitales, organizaciones de atención primaria, gobiernos locales y aseguradoras— a través de acuerdos legales y normativas profesionales.¹⁰ Por lo general, esto implica que las normas reguladoras limitan la autonomía de las instituciones para introducir ciertos cambios. Por ejemplo, los límites organizacionales y los mecanismos de financiación implementados podrían frustrar los esfuerzos para trasladar algunas intervenciones de un hospital a otro.

Muchas de las limitaciones que presentan los sistemas de salud pueden resolverse a mediano y largo plazo. No obstante, en el corto plazo y en la mayoría de los casos, la toma de decisiones está sujeta a las limitaciones coyunturales existentes. En principio, las recomendaciones que brinda el ACE pueden tener en consideración el tipo de sistema de salud actual. Por ejemplo, las limitaciones en el diseño del sistema pueden abordarse técnicamente mediante un análisis más detallado de las respuestas del lado de la oferta y de la demanda ante la introducción de una intervención y, cuando sea necesario, también se podría ampliar el modelo de optimización para que incluya múltiples limitaciones de recursos.¹¹ Además de aportar evidencia de relevancia inmediata para quienes llevan a cabo los procesos de priorización, mayor que aquella que proporciona el ACE tradicional, estos análisis brindan una gran cantidad de información adicional y valiosa sobre diversos aspectos, tales como el efecto que tienen las limitaciones a corto plazo y cómo estas disminuyen los potenciales logros del sistema de salud a largo plazo. En este sentido, estas herramientas pueden ayudar a identificar las prioridades más urgentes para el rediseño del sistema de salud.

Costos de la implementación de cambios

En su forma más pura, el modelo racional de costo-efectividad asume que los cambios son instantáneos, supuesto que muchas veces no refleja las realidades de la implementación. Todo tipo de cambio significativo posiblemente requiera una inversión irreversible, por ejemplo, en forma de capital (nuevos centros de salud), personal (capacitación o reestructuración), recursos de información (recolección de datos), implementación (nuevas guías) o complejidad administrativa. Inversiones irreversibles como estas constituyen lo que se denomina costos de transición. Estos costos suelen actuar como un obstáculo importante en los procesos de toma de decisiones en torno a la implementación de programas con beneficios a largo plazo; e incluso cuando el proceso de priorización funciona adecuadamente, se podría precisar de un gran esfuerzo de gestión para garantizar la implementación de una tecnología.¹² Por ello, es importante que cualquier iniciativa para el establecimiento de prioridades tenga en cuenta los costos de transición que conlleva implementar una nueva intervención.

Por otra parte, una reforma más gradual podría reducir considerablemente los costos de transición. Además de inviable podría resultar poco eficiente que el gobierno reevalúe de manera constante la totalidad del sistema de salud. En cambio, un propósito más realista sería la eliminación progresiva de programas ineficaces para reemplazarlos por otras acciones más efectivas. Posiblemente la formulación incremental del “umbral” del ACE se asemeje más a la realidad política que una formulación integral de “base cero”. El enfoque de base cero requiere una clasificación de la costo-efectividad de todas las intervenciones potenciales, para luego seleccionar e incluir en el PBS financiado mediante recursos públicos solo a aquellas que presentan una mayor costo-efectividad, tal y como se realizó en el famoso experimento de Oregón.¹³ Es probable que el

enfoque de base cero adquiriera una relevancia especial cuando se deba llevar a cabo una reforma sustancial del sistema, como la introducción de la cobertura universal. Además de su uso para definir planes de beneficios, el ACE puede emplearse para informar las reformas del sistema de salud necesarias para maximizar las ganancias obtenidas a partir del gasto incurrido.

El modelo incremental posibilita que los gobiernos definan prioridades para la acción basándose en criterios que no están incluidos en los modelos tradicionales de costo-efectividad. Entre estos criterios podemos mencionar los siguientes:

- La magnitud del programa, lo que permitiría garantizar las mayores ganancias potenciales al reconsiderar primero aquellos programas que utilizan gran parte de los gastos en salud.
- La existencia de grandes diferencias entre tecnologías competidoras en términos de resultados, externalidades o criterios de equidad.
- Las consideraciones prácticas, tales como la priorización de programas en función de la viabilidad para modificar los patrones de prestación y el tamaño de los costos de transición.

Se han elaborado numerosos enfoques para afrontar las limitaciones que presentan los costos de transición, de los cuales el conjunto de enfoques conocido como programa presupuestal y análisis marginal (program budgeting and marginal analysis, PBMA) es uno de los más importantes. El enfoque PBMA puede interpretarse como un intento de sistematizar el enfoque de presupuestación incremental. El principal aporte de este enfoque es que se centra en aspectos prácticos como la evaluación de cambios razonables y relativamente modestos, en lugar de seguir patrones históricos.¹⁴ Este modelo puede considerarse un complemento del ACE, puesto que

en la mayoría de las ocasiones la costo-efectividad se considera un criterio de priorización importante.¹⁵ El programa sobre costo-efectividad y planificación estratégica de la Organización Mundial de la Salud (WHO-CHOICE) aborda la inclusión de costos de implementación mediante la evaluación de escenarios mutuamente excluyentes para varias áreas de enfermedades, incluyendo enfermedades no transmisibles, VIH/SIDA, malaria y tuberculosis, en países de ingresos bajos y medios.¹⁶

En resumen, es importante implementar una intervención recomendada tal como se había previsto y considerar que, en general, los costos de transición más significativos pueden representar un requisito clave para garantizar el éxito de la implementación. En principio, estos costos deberían incluirse en el ACE y amortizarse a lo largo de la duración del programa. Asimismo, en la medida de lo posible, estos costos se podrían desagregar para destacar los componentes de los costos de implementación más elevados que podrían presentarse. Sin embargo, en la práctica, los costos de transición a corto plazo pueden representar un obstáculo significativo para el proceso de toma de decisiones en torno a la implementación de programas con beneficios a largo plazo. Algunos aspectos del diseño del sistema, tales como el uso de presupuestos separados en el sector público o de fondos de financiadores para cubrir los costos resultantes, pueden mitigar las rigideces que generan los costos de transición. No obstante, también podría ser necesario adaptar la metodología del ACE para incorporar costos de transición, ya sea mediante la inclusión explícita de estos en el modelo de optimización o la incorporación del ACE en un proceso de toma de decisiones más amplio.

Interdependencias entre las intervenciones del sistema

La mayoría de las intervenciones dependen de la existencia de ciertos aspectos de la infraestructura

del sistema de salud que son indispensables para su prestación. Esta infraestructura podría incluir capital físico, personal, varias cadenas de suministro y tecnologías de la información. Con muy pocas excepciones, estos recursos son compartidos por un gran número de intervenciones, lo que a menudo da lugar a las economías de alcance que pueden observarse en todos los sistemas de salud. Desde una perspectiva contable, las intervenciones que utilizan los mismos recursos deberían compartir los costos de estos. Por otra parte, los cambios que se introducen en el conjunto de servicios que utilizan una determinada infraestructura del sistema de salud podrían modificar los costos y la efectividad de todas las intervenciones que dependen de esta. Por ejemplo, es posible que, al menos en el corto plazo, la infraestructura existente permita reducir los costos en comparación con aquellos estimados en el ACE y que, como resultado, se logre una costo-efectividad en la prestación del servicio objeto de análisis mayor que la estipulada. Por otro lado, la ausencia de ciertos tipos de infraestructura puede imposibilitar la introducción de una nueva tecnología o, como mínimo, incrementar significativamente los costos de su implementación. Por consiguiente, no se pueden tomar decisiones basándose únicamente en comparaciones de los costos promedio de servicios individuales, sino que se debe tener en cuenta la prestación de una gama de servicios, las consecuencias de introducir cambios en los recursos y de redefinir los planes, y las pérdidas o ganancias que generan las modificaciones en la escala y el alcance de los planes de beneficios. Por ejemplo, es posible que una nueva intervención cuya prestación requiere enfermeras comunitarias resulte altamente costo-efectiva si ya existe una red de este tipo de enfermeras; sin embargo, si la creación de dicha red requiere nuevas inversiones considerables, se dará el caso contrario. Además, la adopción (o ausencia) de algunas intervenciones podría tener consecuencias en otros programas de atención. El ejemplo más evidente es la prestación

conjunta de una gama de intervenciones destinadas a la primera infancia.

Estas interacciones del sistema ilustran las limitaciones que presenta el análisis aislado de las intervenciones, ya que cualquier reforma importante en el diseño del sistema de salud puede afectar los costos promedio a largo plazo de la intervención que se esté analizando en ese preciso momento, así como también los costos de muchas otras intervenciones. Probablemente, para reformar el sistema se deban comparar dos configuraciones de la prestación de servicios completamente diferentes, así como también las consecuencias más relevantes que puedan tener en los distintos grupos de pacientes y sistemas de costos. Es posible que estas reformas de base cero nunca se adopten en su totalidad como punto de partida para el proceso de toma de decisiones, aunque sí pueden utilizarse para señalar dónde hay más posibilidades de alcanzar un mejor desempeño y para definir políticas que aumenten los cambios incrementales en el sistema. La presencia de repercusiones a nivel de todo el sistema y las complejidades que esto conlleva pueden explicar las razones por las que los tratamientos farmacológicos son el campo en el que el ACE genera un mayor impacto. Esto se debe a que, a menudo, la adopción de nuevos medicamentos no implica cambios significativos en la configuración ni en la combinación de recursos humanos y físicos. En principio, es viable realizar una modelación apropiada de las interacciones del sistema en el marco de un ACE,¹⁷ aunque en la práctica este modelo podría plantear varios desafíos (véase el análisis de David Wilson y Marelize Görgens del Capítulo 10). Las interdependencias entre las intervenciones deben modelarse de manera explícita, tal vez, modelando una intervención en dos escenarios mutuamente excluyentes, con y sin su complemento. Cuando sea posible, en última instancia, podría existir un fundamento del ACE que permita presentar una variedad de razones de costo-efectividad para intervenciones

en las que tanto los costos como los beneficios dependen de la configuración existente del sistema.

Incertidumbre en la estimación de costos y beneficios

La incertidumbre es inherente a todos los procesos de priorización y puede presentarse en muchas formas, entre las que se incluye la incertidumbre respecto de los parámetros del modelo (costos y beneficios de las intervenciones, en especial aquellas a largo plazo),¹⁸ incertidumbre en torno a la naturaleza y desempeño de intervenciones contradictorias (tanto en el presente como en el futuro),¹⁹ incertidumbre sobre las respuestas conductuales de los pacientes (tales como aceptación y cumplimiento) y, por último, incertidumbre acerca de las respuestas de los prestadores. Hace mucho tiempo que el ACE reconoce la importancia de la incertidumbre, y ha habido un debate académico intenso sobre las distintas formas en las que se puede incorporar a los modelos analíticos.²¹ El papel que desempeña la incertidumbre al limitar la toma de decisiones es tal que, al margen de otros factores, cuando los niveles de incertidumbre son elevados, los responsables de tomar decisiones enfrentan grandes dificultades para implementar cambios. Esto puede deberse a la aversión natural al riesgo, sobre todo cuando está en juego el futuro de políticos o gerentes. Sin embargo, la incertidumbre también pone en riesgo cualquier tipo de inversión irreversible asociada a los cambios.

Por lo tanto, la incertidumbre puede ser un obstáculo importante para cualquier tipo de cambio que se desee introducir. En algunas circunstancias, es posible que el conservadurismo que genera esté justificado, dado que postergar una decisión podría evitar inversiones innecesarias y mantener abiertas las puertas para futuras opciones. No obstante, el uso impreciso de la incertidumbre puede conducir a que se desestime la introducción oportuna de programas costo-efectivos. Por ello, el requisito fundamental

para que se adopten decisiones más equilibradas es proporcionar información a quienes toman las decisiones sobre el nivel y naturaleza reales de la incertidumbre. En este sentido, el ACE puede funcionar como un instrumento muy eficaz para evaluar y comunicar la incertidumbre. Se ha diseñado una variedad de métodos analíticos para abordar y comunicar la incertidumbre en relación con aquellos parámetros que deberían adoptarse siempre que sea factible. El uso de análisis de sensibilidad probabilísticos para calcular la incertidumbre en distintos parámetros al igual que la presentación de resultados por medio de curvas de aceptabilidad de costo-efectividad son requisitos consolidados para presentar ACE en el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido.²¹

No obstante, la incertidumbre “estructural” constituye una cuestión más amplia que refleja las posibles limitaciones de la modelación, tales como la inclusión/exclusión de comparadores relevantes o eventos relevantes, los modelos estadísticos para calcular parámetros específicos y la incertidumbre clínica o la escasa evidencia clínica.²² Este tipo de incertidumbre es el principal motivo de preocupación en los procesos de establecimiento de prioridades, debido a que es difícil cuantificar su magnitud y, por lo tanto, es normal que aquellos responsables de tomar decisiones renuentes a asumir riesgos se rehúsen a actuar si existen inquietudes sobre la relevancia y calidad de la base empírica analítica. Naturalmente, los análisis de sensibilidad constituyen un instrumento esencial para evaluar la robustez de las estimaciones para las especificaciones de modelos alternativos. Nuevos enfoques, tales como el promedio de modelos, tienen un uso cada vez más generalizado para abordar problemas relacionados con la incertidumbre en los modelos, como por ejemplo la elección de variables explicativas en un modelo estadístico.²³

La forma más evidente de reducir cualquier tipo de incertidumbre es solicitar que se lleven a cabo

investigaciones relevantes, recabar datos de alta calidad, realizar análisis pertinentes, optimizar la calidad de la modelación y realizar análisis del “valor de la información” a fin de identificar prioridades y generar nueva evidencia.²⁴ Todas estas acciones son útiles para incorporar sistemáticamente la incertidumbre a la base empírica. Naturalmente, estas iniciativas no solo poseen un costo elevado sino que también consumen mucho tiempo, además de que por sí generarán nuevas demoras. Por otra parte, los análisis de robustez pueden emplearse como un método práctico para lidiar con la incertidumbre en la toma de decisiones.²⁵ Este tipo de análisis evalúa el grado de flexibilidad logrado en determinadas acciones o compromisos, siempre y cuando estos se puedan o deban organizar en forma secuencial. Del mismo modo, Stephen Palmer y Peter Smith aplicaron la teoría del precio de las opciones a la evaluación económica a fin de estimar el valor de posponer decisiones hasta que se obtenga información de mejor calidad.²⁶ A pesar de estos avances metodológicos, la incertidumbre siempre será un componente intrínseco de la priorización. En la medida en la que los responsables de tomar decisiones estén informados sobre el nivel y naturaleza reales de la incertidumbre, contarán con una base que les permitirá tomar decisiones más equilibradas. Si no se logra comunicar la incertidumbre de manera apropiada se corre el riesgo de crear “incertidumbre respecto del nivel de incertidumbre” a la base de una decisión, lo que podría impedir, como consecuencia, la introducción de cambios necesarios. Para quienes participen en la toma de decisiones y posean pocos conocimientos técnicos, tal vez sea necesario encontrar formas innovadoras para brindarles información sobre este aspecto.

Gobernanza deficiente

Más allá del tipo de sistema de salud que se analiza, la mayoría de los instrumentos de políticas en salud

presupone la existencia y efectividad de ciertas herramientas de buena gobernanza. Al decidir sobre la inclusión de un tratamiento en el PBS en función de los resultados del ACE, los responsables de formular políticas asumen que su prestación estará en consonancia con los supuestos de modelación del ACE. Es probable que los requisitos de gobernanza que respaldan cualquier ejercicio de establecimiento de prioridades incluyan los siguientes aspectos:

- Mecanismos claros para la articulación de los objetivos del sistema de salud, la publicación de guías y la financiación de la actividad requerida, lo que probablemente incluya acuerdos contractuales.
- Mecanismos eficaces de recolección de datos diseñados para auditar la prestación de servicios y la adhesión a estándares de calidad.
- Mecanismos operativos de rendición de cuentas que permitan responsabilizar a prestadores y otros actores de interés por las funciones que se comprometieron a desempeñar.²⁷

La capacidad administrativa del sistema de salud puede determinar el nivel de detalle con el que se definan las prioridades. En un extremo, se puede definir el plan de beneficios de manera explícita en términos de intervenciones y criterios de elegibilidad específicos. Organismos internacionales como la OMS y el Fondo mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria pueden ayudar a llevar adelante esta tarea, ya que ofrecen recursos genéricos que podrían ser adecuados para evaluar la costo-efectividad de determinadas intervenciones. En el otro extremo, las prioridades pueden establecerse en términos más amplios, como por ejemplo haciendo hincapié en la importancia de la atención primaria en relación con la atención secundaria y terciaria. Naturalmente, al adoptar una definición más amplia de las prioridades se corre el

riesgo de que el sector priorizado ofrezca servicios que no son costo-efectivos.

En un gran número de sistemas de salud, la capacidad limitada para realizar auditorías e informes de desempeño restringe la posibilidad de establecer y monitorear las prioridades especificadas.²⁸ Uno de los aspectos de la gobernanza menos desarrollados son los mecanismos para exigir la rendición de cuentas a prestadores y otros agentes de interés por los niveles de desempeño alcanzados mediante procedimientos que incluyen mercados de consumidores, acuerdos de provisión administrativa, elecciones democráticas o normativas profesionales. Los principales objetivos de un mecanismo de rendición de cuentas son permitir que las partes interesadas verifiquen la adhesión a los estándares y ofrecerles un método de recompensas o sanciones en función de los resultados obtenidos.

La falta de mecanismos de buena gobernanza en cualquiera de estas tres áreas clave —establecimiento de prioridades, medición del desempeño o mecanismos de rendición de cuentas— menoscaba seriamente la capacidad de efectuar cambios y puede llevar a que la prestación de algunos servicios sea ineficaz o inviable. No es fácil ofrecer asesoramiento genérico sobre cómo enfrentar o evitar las limitaciones que se generan a raíz de una gobernanza deficiente. El ACE puede considerar estas realidades al limitar la cantidad de decisiones que pueden tomarse en un lapso de tiempo determinado. Es posible que en todos los sistemas de salud exista una serie de concesiones entre los beneficios en salud que garantiza el establecimiento detallado de prioridades y los costos de gobernanza que implica especificar y monitorear la adhesión al plan de beneficios. Independientemente del enfoque que se adopte, el ACE puede cumplir una función importante en la rendición de cuentas, puesto que pone en evidencia los costos que le generan al sistema de salud las constantes deficiencias en la capacidad de gobernanza e indica cuáles son las prioridades para lograr mejoras.

Limitaciones políticas

El proceso de priorización se da en un contexto profundamente político en el que numerosos grupos de interés con gran influencia buscan participar.²⁹ Katharina Hauck y Peter Smith presentan varios modelos de economía política que describen las reacciones de los responsables de decisiones ante las diferentes realidades políticas y cómo estas reacciones pueden influir en las decisiones de priorización.³⁰ El objetivo de estos modelos es explicar por qué el proceso político de toma de decisiones no logra generar cambios en las políticas que buscan mejorar el bienestar social. Asimismo, Goddard, Hauck y Smith sostienen que se pueden obtener beneficios considerables al intentar comprender los procesos de priorización a través de modelos basados en conceptos políticos³¹

Existen cinco tipos de fuerzas políticas que ejercen una influencia especial en quienes deben tomar decisiones: el votante mediano, los grupos de interés, los procesos burocráticos de toma de decisiones, la descentralización y la equidad.

El teorema del votante mediano³² reafirma que los responsables políticos de los procesos de decisiones buscarán diseñar políticas que atraigan al votante mediano en un esfuerzo por maximizar el apoyo político. La implicancia de este enfoque en el establecimiento de prioridades es que el tamaño y contenidos de un PBS financiado mediante recursos públicos podrían estar orientados hacia las preferencias de grupos clave de votantes. Obtener el apoyo de los contribuyentes para implementar políticas de salud es de suma importancia para los responsables de estas políticas, en especial, en muchos países de bajos ingresos con niveles elevados de empleo informal en los que las contribuciones fiscales se concentran en una elite urbana relativamente pequeña. Por otra parte, los modelos de *grupos de interés* antagónicos presuponen que es posible que algunos actores poderosos busquen sesgar las decisiones en su favor y en detrimento de otros actores menos organizados.³³

En el área de la salud, los grupos más pequeños que poseen un objetivo común claramente definido — como por ejemplo, prestadores de servicios de salud, la industria farmacéutica o pacientes con una enfermedad en particular— no incurren en gastos elevados para organizarse, lo que garantiza su cohesión y les permite ejercer presión política de manera efectiva para que se adopten decisiones favorables a sus intereses. A diferencia de la población en general, cuyos intereses son menos específicos y su organización más costosa, estos grupos más pequeños pueden tener una voz desproporcionada en la toma de decisiones relacionadas con políticas de salud.

Las teorías institucionales de James Buchanan y Gordon Tullock³⁴ y William Niskanen³⁵ se centran en los *procesos burocráticos de toma de decisiones*, en especial, en el interés de los burócratas en maximizar su influencia y los efectos de su comportamiento en el nivel y naturaleza de la producción del gobierno. La esencia de este enfoque se basa en el supuesto de que el poder y remuneración de los burócratas es directamente proporcional al tamaño de la entidad pública a la que pertenecen, por lo que la falta de un monitoreo efectivo del crecimiento estatal genera servicios públicos ineficientes que tienen costos exagerados. En cuanto a la descentralización, muchos sistemas de salud han avanzado considerablemente en este proceso y estos niveles de gobierno intermedios introducen nuevas complejidades que influyen en las variaciones en el gasto en salud y en los PBS;³⁶ aunque es probable que la dirección y magnitud de estos efectos dependa de los acuerdos institucionales específicos de dichas políticas. La descentralización puede estar asociada a un mejor desempeño que se produce a partir de una mayor competencia horizontal entre los distintos niveles de gobierno, a pesar de que la evidencia empírica no es concluyente y los resultados dependen de las estructuras institucionales. Respecto de la última fuerza política mencionada, en ciertos aspectos, la promoción de la *equidad* en el área de la salud puede

considerarse como una limitación política. Los conceptos de equidad se pueden incorporar fácilmente en el ACE convencional, por ejemplo, atribuyéndoles mayor importancia a las ganancias en la salud para los grupos de población más desfavorecidos. No obstante, es probable que la naturaleza de los criterios de equidad que adoptan las políticas de salud varíe entre los distintos sistemas, lo que dificultará el diseño de medidas universales de costo-efectividad que ayuden a ponderar la equidad.³⁷

Se ha propuesto la participación del público en la toma de decisiones como un enfoque útil para minimizar los efectos potencialmente indeseados de las limitaciones políticas. Sin embargo, en una revisión de alcance fue difícil evaluar en qué medida la participación pública es más o menos vulnerable a las influencias de los grupos de interés, puesto que las evaluaciones formales de las iniciativas destinadas a fomentar la participación del público son escasas. En definitiva, la priorización es una tarea política. Hasta cierto punto, la cantidad de agencias de evaluación de tecnologías en salud que se están creando en la actualidad a nivel mundial es una señal de que los políticos consideran que es útil y práctico delegar algunos aspectos de este proceso a organismos que poseen términos de referencia políticamente legislados. En el mejor de los casos, este enfoque puede ayudar a obtener clasificaciones más informadas de las intervenciones; esto es, intervenciones alineadas con las preferencias sociales; siempre y cuando se realice en forma regular. No obstante, en la mayoría de los casos las recomendaciones técnicas que ofrecen estos organismos deben interpretarse desde una perspectiva más amplia que aquella que brindan los ACE más limitados. En algunos casos, este escrutinio más amplio puede llevarse a cabo dentro de la misma agencia (como en el NICE); mientras que en otros, debe estar a cargo de las personas que, en última instancia, son las encargadas de la selección de prioridades. En cualquier caso, se debe tener en

especial consideración el contexto político en el que se toman las decisiones.

Discusión y conclusiones

En este capítulo se asume que los responsables de tomar decisiones aceptan los principios generales que rigen el ACE. Luego, se analizan las seis categorías de limitaciones que los responsables de decisiones deben tener en cuenta al momento de analizar la implementación de las recomendaciones que ofrece el ACE. El Cuadro 1 presenta un resumen de las limitaciones mencionadas más arriba y los posibles enfoques para abordarlas, ya sea incorporándolas

directamente al ACE o informando a los responsables sobre los ajustes institucionales que podrían ser necesarios. Por lo general, las diferentes categorías de limitaciones están relacionadas y ninguna puede analizarse de forma aislada. Por ejemplo, muchas limitaciones que genera la incertidumbre surgen como consecuencia de los costos irreversibles que supone la implementación de un cambio. Asimismo, las limitaciones que presenta el diseño de los sistemas de salud pueden deberse, en parte, a las deficiencias en la gobernanza. Por otro lado, la dificultad para evaluar las interacciones dentro del sistema de salud podría reflejar una capacidad limitada de análisis y toma de decisiones.

CUADRO 1. Cómo incorporar las limitaciones en las evaluaciones económicas

Limitación	Solución
Diseño del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre los ajustes institucionales necesarios ▪ Analizar las respuestas del lado de la oferta y de la demanda ▪ Incorporar múltiples limitaciones de recursos a la modelación matemática
Costos de implementación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incorporar los costos de transición a la modelación matemática ▪ Desagregar los costos para identificar los principales componentes
Interdependencias entre intervenciones del sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelar las interdependencias entre intervenciones incorporando economías de alcance ▪ Modelar la intervención en escenarios alternativos (con y sin intervención complementaria) ▪ Presentar una serie de razones de costo-efectividad que dependen de la configuración existente del sistema
Incertidumbre en la estimación de costos y beneficios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar análisis de sensibilidad probabilísticos ▪ Presentar el alcance de la incertidumbre mediante curvas de aceptabilidad de costo-efectividad ▪ Abordar la incertidumbre estructural con análisis de sensibilidad ▪ Solicitar más investigaciones ▪ Evaluar la robustez de las decisiones en escenarios alternativos futuros
Gobernanza deficiente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre los ajustes institucionales necesarios ▪ Limitar la cantidad de decisiones que pueden tomarse en un lapso de tiempo determinado
Limitaciones políticas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre los ajustes institucionales necesarios ▪ Delegar el establecimiento de prioridades a organismos con términos de referencia políticamente definidos ▪ Involucrar al público en el proceso de toma de decisiones

No obstante, esta situación podría revertirse en el futuro, puesto que se están realizando distintos esfuerzos por mejorar la capacidad analítica y la colaboración internacional entre modeladores.

En la medida de lo posible, el capítulo presenta distintas formas de abordar estas limitaciones estratégicas. A menudo, elegir entre aceptar y adaptar una limitación o flexibilizarla constituye una decisión fundamental. Es importante reconocer que algunas limitaciones probablemente existan por razones reglamentarias apropiadas (tales como la preocupación por la equidad) y que, en cualquier caso, la flexibilización de otras limitaciones podría no ser viable en el corto plazo. Para algunas limitaciones, en especial, aquellas relacionadas con los costos derivados de los cambios, se supone implícitamente que se compara a toda nueva intervención con los estándares actuales de atención. Cuando se comparan dos o más intervenciones nuevas, es probable que se requiera un análisis más minucioso.

En principio, varias de las limitaciones descritas pueden modelarse ampliando la modelación matemática simple del ACE con la inclusión de otras consideraciones. Por ejemplo, se pueden incorporar otras limitaciones de recursos, como la cantidad de personal; se pueden modelar las interdependencias entre intervenciones incluyendo limitaciones que reflejen las economías de alcance y evaluando portafolios de intervenciones a través de modelos de programación entera; y también se pueden reflejar no linealidades en el modelo, tales como los rendimientos variables de escala. Asimismo, se puede modelar la capacidad limitada de la toma de decisiones restringiendo la cantidad de decisiones que puedan adoptarse en un lapso de tiempo determinado; el modelo puede formularse como un modelo de establecimiento de prioridades incremental que analiza los potenciales cambios a partir de la situación actual; y por último, la incertidumbre se puede incorporar agregando variabilidad a los parámetros

y reformulándola como una modelación matemática estocástica.

Si bien estas innovaciones ofrecen una modelación más realista de la priorización también presentan algunas desventajas importantes. En primer lugar, aumentan significativamente la complejidad analítica y las necesidades de información y, en muchas circunstancias, podría resultar inviable identificar parámetros para el modelo extendido.

En segundo lugar, se debería ajustar el modelo para que se adapte a cada contexto individual, lo cual supone una mayor necesidad de capacidad analítica. Por último, se perdería la simple transferibilidad y claridad que caracterizan al ACE convencional. En resumen, los ajustes adicionales realizados al modelo matemático de decisión serán útiles en contextos individuales, pero es probable que no sean apropiados si el objetivo es ofrecer recomendaciones genéricas a una gran variedad de países. Cabe destacar que algunos tipos de limitaciones relacionadas con la gobernanza y la política no pueden abordarse analíticamente. En lugar de modelar las limitaciones, la función del ACE en estas circunstancias es indicar los costos de oportunidad que implicaría no adoptar ciertas líneas de acción recomendadas. Por ello, si bien puede argumentarse que rara vez el mundo es tan simple como se representa en la teoría del ACE, este análisis puede ofrecer importantes beneficios en el sentido de que permite identificar los obstáculos clave que presenta la implementación de reformas al igual que las áreas prioritarias de acción. Asimismo, el ACE puede ser útil para que las organizaciones de ayuda internacional identifiquen las áreas más apropiadas para destinar sus fondos.

Como conclusión, a partir de un análisis de las limitaciones se puede elaborar una serie de principios para extender el ACE. Por ejemplo, los costos podrían explicarse y desagregarse más detalladamente a fin de que los responsables de tomar decisiones puedan ver con mayor claridad los supuestos que subyacen el análisis e identificar las fuentes de

costos más importantes. De esta manera, estos actores pueden implementar ajustes si consideran que el contexto original o los costos no eran los adecuados para la situación. El ACE podría estar acompañado por una narrativa que defina las interacciones significativas entre la intervención objeto de estudio y otras intervenciones del sistema de salud y las circunstancias en las que estas interacciones puedan ser relevantes. La fuerza de las recomendaciones del ACE puede variar según la robustez de la evidencia en torno a la costo-efectividad. No obstante, esto debe estar acompañado de guías claras que establezcan lo que se entiende por evidencia robusta. Por otra parte, la incertidumbre podría abordarse de manera más sistemática. Si bien se han alcanzado avances importantes en la modelación de ciertos tipos de incertidumbre, se podrían realizar otras mejoras para ayudar a los responsables de tomar decisiones a entender las consecuencias que tiene la incertidumbre en el sistema de su país. Asimismo, se podría promover el uso de análisis de subgrupos para comprender mejor las implicancias para los objetivos de equidad y las implicancias de la heterogeneidad en los costos y beneficios de una intervención para la población en su conjunto.

Se han logrado avances en algunas de estas áreas y el trabajo futuro debería centrarse en la consolidación y formalización de los métodos existentes; mientras que en otras áreas puede ser necesario realizar primero un trabajo preliminar para luego poder alcanzar logros significativos. En ningún caso, las complicaciones que originan las limitaciones del sistema menoscaban la función central que puede desempeñar el ACE en el proceso de establecimiento estratégico de prioridades para los servicios de salud. Por el contrario, la existencia de estas limitaciones pone de relieve la importancia de garantizar que, en la medida de lo posible, se las considere en el proceso de modelación que subyace al ACE. Cuando esto no sea factible, deberían presentarse los resultados a fin de que los responsables de tomar decisiones puedan

comprender plenamente los supuestos simplificados que se realizaron. La falta de implementación de las recomendaciones del ACE debería ser un indicio importante de los costos de oportunidad (medidos en función de las pérdidas en salud) que se generan a raíz de las limitaciones del sistema, entre otras consideraciones que podrían haber incidido en la decisión. Cuando sea necesario, al estimar el costo de oportunidad de no poder implementar estas recomendaciones, el ACE puede ayudar a promover reformas del sistema de salud diseñadas para abordar aquellas limitaciones importantes que impiden realizar mejoras. Por consiguiente, los métodos de ACE pueden ayudar a los responsables de la toma de decisiones a adaptar las recomendaciones a las circunstancias locales; conocer las limitaciones más importantes que inhiben la adopción o exclusión de tecnologías y evaluar si es posible abordar estas limitaciones y cómo se podría llevar a cabo.

Referencias

- Adang, Eddy M. M. 2008. "Economic Evaluation of Innovative Technologies in Health Care Should Include a Short-Run Perspective." *The European Journal of Health Economics* 9 (4): 381–84. doi:10.1007/s10198-007-0093-y.
- Ahmed, Sultan, and Kenneth V. Greene. 2000. "Is the Median Voter a Clear-Cut Winner?: Comparing the Median Voter Theory and Competing Theories in Explaining Local Government Spending." *Public Choice* 105 (3/4): 207–30.
- Airoidi, Mara, Alec Morton, Jenifer A. E. Smith, and Gwyn Bevan. 2014. "STAR—People-Powered Prioritization: A 21st-Century Solution to Allocation Headaches." *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making* 34 (8): 965–75. doi:10.1177/0272989X14546376.
- Asaria, Miqdad, Susan Griffin, Richard Cookson, Sophie Whyte, and Paul Tappenden. 2015. "Distributional Cost-Effectiveness Analysis of Health Care Programmes—A Methodological Case Study of the UK Bowel Cancer Screening Programme." *Health Economics* 24 (6): 742–54. doi:10.1002/hec.3058.

- Atun, Rifat A., Sara Bennett, and Antonio Duran. 2008. *When Do Vertical (Stand-Alone) Programmes Have a Place in Health Systems?* Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bojke, Laura, Karl Claxton, Mark Sculpher, and Stephen Palmer. 2009. "Characterizing Structural Uncertainty in Decision Analytic Models: A Review and Application of Methods." *Value in Health* 12 (5): 739–49. doi:10.1111/j.1524-4733.2008.00502.x.
- Buchanan, James M., and Gordon Tullock. 1965. *The Politics of Bureaucracy*. New York: Public Affairs Press.
- Cashin, Cheryl, Y-Ling Chi, Peter Smith, Michael Borowitz, and Sarah Thomson, eds. 2014. *Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability*. Berkshire, UK: Open University Press.
- Claxton, Karl P., and Mark J. Sculpher. 2006. "Using Value of Information Analysis to Prioritise Health Research: Some Lessons from Recent UK Experience." *PharmacoEconomics* 24 (11): 1055–68. doi:10.2165/00019053-200624110-00003.
- Claxton, Karl, Mark Sculpher, and Michael Drummond. 2002. "A Rational Framework for Decision Making by the National Institute for Clinical Excellence (NICE)." *The Lancet* 360 (9334): 711–15. doi:10.1016/S0140-6736(02)09832-X.
- Dixon, J., and H. G. Welch. 1991. "Priority Setting: Lessons from Oregon." *The Lancet* 337 (8746): 891–94. doi:10.1016/0140-6736(91)90213-9.
- Dolan, Paul, Tessa Peasgood, and Mathew White. 2008. "Do We Really Know What Makes Us Happy? A Review of the Economic Literature on the Factors Associated with Subjective Well-Being." *Journal of Economic Psychology* 29 (1): 94–122. doi:10.1016/j.joep.2007.09.001.
- Drummond, Michael F., Mark J. Sculpher, George W. Torrance, Bernie J. O'Brien, and Greg L. Stoddart. 2005. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Fenwick, Elisabeth, Karl Claxton, and Mark Sculpher. 2008. "The Value of Implementation and the Value of Information: Combined and Uneven Development." *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making* 28 (1): 21–32. doi:10.1177/0272989X07308751.
- Fenwick, Elisabeth, Bernie J. O'Brien, and Andrew Briggs. 2004. "Cost-Effectiveness Acceptability Curves— Facts, Fallacies and Frequently Asked Questions." *Health Economics* 13 (5): 405–15. doi:10.1002/hec.903.
- Glassman, Amanda, and Kalipso Chalkidou. 2012. *Priority-Setting in Health: Building Institutions for Smarter Public Spending*. Washington, DC: Center for Global Development. www.cgdev.org/sites/default/files/1426240_file_priority_setting_global_health_FINAL_0.pdf.
- Goddard, Maria, Katharina Hauck, and Peter C. Smith. 2006. "Priority Setting in Health: A Political Economy Perspective." *Health Economics, Policy, and Law* 1 (1): 79–90. doi:10.1017/S1744133105001040.
- Griffin, Susan, and Karl Claxton. 2011. "Analyzing Uncertainty in Cost-Effectiveness for Decision-Making." In *The Oxford Handbook of Health Economics*, edited by Sherry Glied and Peter C. Smith (Oxford: Oxford University Press), 759–87. doi:10.1093/oxford/hb/9780199238828.013.0032.
- Hauck, Katharina, and Peter C. Smith. 2015. "The Politics of Priority Setting in Health: A Political Economy Perspective." CGD Working Paper. Washington, DC: Center for Global Development. www.cgdev.org/sites/default/files/hauck-smith-politics-priority-setting-health-wp414.pdf.
- Hauck, Katharina, Ranjeeta Thomas, and Peter C. Smith. 2016. "Departures from Cost-Effectiveness Recommendations: The Impact of Health System Constraints on Priority Setting." *Health Systems and Reform* 2 (1): 61–70. doi:10.1080/23288604.2015.1124170.
- International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR). 2017. "Pharmacoeconomic Guidelines around the World." ISPOR. www.ispor.org/peguidelines/index.asp.
- Jackson, Christopher H., Simon G. Thompson, and Linda D. Sharples. 2009. "Accounting for Uncertainty in Health Economic Decision Models by Using Model Averaging." *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (Statistics in Society)* 172 (2): 383–404. doi:10.1111/j.1467-985X.2008.00573.x.
- Meltzer, David. 1997. "Accounting for Future Costs in Medical Cost-Effectiveness Analysis." Working Paper. Washington, DC: National Bureau of Economic Research. doi:10.3386/w5946.
- Mitton, Craig, and Cam Donaldson. 2001. "Twenty-Five Years of Programme Budgeting and Marginal Analysis in the Health Sector, 1974–1999." *Journal of Health Services Research & Policy* 6 (4): 239–48. doi:10.1258/1355819011927558.
- Mitton, Craig, Neale Smith, Stuart Peacock, Brian Evoy, and Julia Abelson. 2009. "Public Participation in

- Health Care Priority Setting: A Scoping Review.” *Health Policy* 91 (3): 219–28. doi:10.1016/j.healthpol.2009.01.005.
- Niskanen, William A., Jr. 2007. *Bureaucracy and Representative Government*. New Brunswick, NJ: Aldine Transaction.
- O’Brien, Bernie J., and Mark J. Sculpher. 2000. “Building Uncertainty into Cost-Effectiveness Rankings: Portfolio Risk-Return Tradeoffs and Implications for Decision Rules.” *Medical Care* 38 (5): 460–68.
- Oliveira-Cruz, Valeria, Kara Hanson, and Anne Mills. 2003. “Approaches to Overcoming Constraints to Effective Health Service Delivery: A Review of the Evidence.” *Journal of International Development* 15 (1): 41–65. doi:10.1002/jid.965.
- Olson, Mancur. 1971. *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Palmer, Stephen, and Peter C. Smith. 2000. “Incorporating Option Values into the Economic Evaluation of Health Care Technologies.” *Journal of Health Economics* 19 (5): 755–66. doi:10.1016/S0167-6296(00)00048-5.
- Revell, Paul, Beth Woods, and Mark J. Sculpher. 2016. “Economic Evaluation of Healthcare Programs and Interventions: Applications to Low- and Middle-Income Countries.” In *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy*, vol. 1, *The Economics of Health and Health Systems*, edited by Richard M. Scheffler (New Jersey: World Scientific Publishing Company), 453–88. doi:10.1142/9789813140493_0010.
- Rosenhead, Jonathan. 1980. “Planning under Uncertainty: II. A Methodology for Robustness Analysis.” *Journal of the Operational Research Society* 31 (4): 331–41. doi:10.1057/jors.1980.60.
- Smith, Peter C. 2013. “Incorporating Financial Protection into Decision Rules for Publicly Financed Healthcare Treatments.” *Health Economics* 22 (2): 180–93. doi:10.1002/hec.2774.
- Smith, Peter C., Anders Anell, Reinhard Busse, Luca Crivelli, Judith Healy, Anne Karin Lindahl, Gert Westert, et al. 2012. “Leadership and Governance in Seven Developed Health Systems.” *Health Policy* 106 (1): 37–49. doi:10.1016/j.healthpol.2011.12.009.
- Smith, Peter C., Elias Mossialos, Irene Papanicolas, and Sheila Leatherman, eds. 2009. *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Spiegelhalter, David J., and Nicola G. Best. 2003. “Bayesian Approaches to Multiple Sources of Evidence and Uncertainty in Complex Cost-Effectiveness Modelling.” *Statistics in Medicine* 22 (23): 3687–709. doi:10.1002/sim.1586.
- Stinnett, Aaron A., and A. David Paltiel. 1996. “Mathematical Programming for the Efficient Allocation of Health Care Resources.” *Journal of Health Economics* 15 (5): 641–53. doi:10.1016/s0167-6296(96)00493-6.
- Tuohy, Carolyn Hughes, and Sherry Glied. 2011. “The Political Economy of Health Care.” In Glied and Smith, *The Oxford Handbook of Health Economics*, 58–77. doi:10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0004.
- World Health Organization (WHO). 2014. “Health Intervention and Technology Assessment in Support of Universal Health Coverage.” World Health Assembly Resolution. Geneva: WHO.
- . 2017. “WHO | Generalized Cost-Effectiveness Analysis.” Geneva: WHO. www.who.int/choice/cost-effectiveness/generalized/en/.

Notas finales

1. Drummond and others (2005).
2. WHO (2014).
3. ISPOR (2017).
4. Conversely, CEAs can be formulated as seeking to minimize the costs needed to achieve a certain level of health benefit. The two formulations are mathematically equivalent. See Drummond and others (2005).
5. Additional constraints are for example the capacity of countries to produce high-quality CEAs, or governance arrangements that may affect the relation between the agency producing the CEAs and the decisionmakers. There are further important demand-side responses to the introduction of an intervention. Individuals’ uptake and acceptance of an intervention are important behavioral responses that may greatly affect the feasibility of an intervention. They may explain why strategic decisionmakers depart from national or international guidance.
6. Smith (2013).
7. Atun, Bennett, and Duran (2008).
8. Economies of scope are a proportionate saving gained by producing two or more distinct goods, when the cost of doing so is less than that of producing each separately.
9. Cashin and others (2014).
10. Oliveira-Cruz, Hanson, and Mills (2003).
11. Stinnett and Paltiel (1996); and Adang (2008).
12. Fenwick, Claxton, and Sculpher (2004).
13. Dixon and Welch (1991).
14. Mitton and Donaldson (2001).

15. Airoidi and others (2014).
16. WHO (2017).
17. O'Brien and Sculpher (2000).
18. Meltzer (1997).
19. Fenwick, O'Brien, and Briggs (2004).
20. Griffin and Claxton (2011); and Reville, Woods, and Sculpher (2016).
21. Claxton, Sculpher, and Drummond (2002); and Spiegelhalter and Best (2003).
22. Bojke and others (2009).
23. Jackson, Thompson, and Sharples (2009).
24. Claxton and Sculpher (2006).
25. Rosenhead (1980).
26. Palmer and Smith (2000).
27. Smith and others (2012).
28. Smith and others (2009).
29. Glassman and Chalkidou (2012).
30. Hauck and Smith (2015).
31. Goddard, Hauck, and Smith (2006).
32. Ahmed and Greene (2000).
33. Olson (1971).
34. Buchanan and Tullock (1965).
35. Niskanen (2007).
36. Tuohy and Glied (2011).
37. Asaria and others (2015).
38. Mitton and others (2009).

CAPÍTULO 10

Desde una perspectiva más amplia: *Herramientas de optimización de recursos para el diseño de PBS*

Marelize Görgens

Janka Petravac

David J. Wilson

David P. Wilson

En pocas palabras: Una alternativa para abordar las limitaciones que presenta el análisis de costo-efectividad son las herramientas de optimización de recursos que analizan conjuntamente todos los factores cuantificables de un mismo sistema, en lugar de considerar las intervenciones o tecnologías por separado.

Al contar con un presupuesto limitado, no todos los servicios de salud estarán disponibles para toda la población. Uno de los desafíos que enfrentan los responsables de tomar decisiones es cómo garantizar un uso óptimo de los recursos limitados para todos los grupos de pacientes y todas las tecnologías y programas de salud, y procurar que estén dirigidos a las personas y localidades adecuadas, en el momento justo y de la mejor manera posible a fin de obtener las mayores ganancias en la salud de la población y al mismo tiempo garantizar la equidad.

Estas decisiones incluyen tanto aquellas que generan un impacto a nivel nacional —como por ejemplo

si se debe añadir algún medicamento específico a las lista de medicamentos esenciales, si es necesario abrir nuevos centros de atención primaria o cómo se debería actuar ante una nueva amenaza para la salud pública— como aquellas que tienen un efecto a un nivel más individual en relación con el usuario, por ejemplo, si se debería realizar una prueba de diagnóstico específica o aplicar una medida preventiva, o si se debería buscar atención médica en primer lugar. Generalmente, se considera a la priorización en relación con los servicios de mayor impacto y menor costo. Sin embargo, cuando se trabaja con presupuestos establecidos, podría suceder que a raíz del proceso

Los gobiernos de los países de ingresos bajos y medios están legitimando la implementación de la cobertura universal en salud (CUS), tras una resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre CUS que tuvo lugar en 2014 y que luego fue reafirmada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de 2015. Dependiendo del contexto y las necesidades de cada país, al igual que de la demanda y oferta de los servicios de salud, la CUS se implementará de distinta manera en los diferentes países. En consecuencia, los responsables de políticas y las partes interesadas han planteado distintos interrogantes clave en torno a los objetivos, los usuarios y la costo-efectividad de la CUS, entre otros aspectos. Si bien las autoridades de salud establecen prioridades a diario –ya sea de manera implícita o explícita–, no se ha especificado con claridad de qué modo se debe llevar a cabo la priorización en el marco de una CUS.¹

de priorización se decida destinar una mayor cantidad de recursos a algunos servicios de acuerdo con el contexto epidemiológico y presupuestario. Limitar el acceso o retirar fondos destinados a ciertos servicios no es una decisión fácil de tomar, pero sí constituye un aspecto importante para tener en cuenta cuando se revisan y establecen prioridades regularmente. La subutilización (es decir, la no utilización de aquellas intervenciones efectivas y asequibles cuando se las necesita) y la sobreutilización (esto es, cuando se brindan tratamientos que podrían aportar más daños que beneficios, se derrochan recursos o se desvían fondos de los sistemas de salud) son fenómenos que se observan frecuentemente en países de distintos niveles de ingresos, instituciones e incluso en las personas de manera individual.²

Por lo tanto, la cuestión clave para los sistemas de salud no reside en si se deben establecer prioridades, sino más bien en cómo llevar a cabo procesos de priorización explícitos y transparentes para obtener los mayores beneficios en la salud. Dado que las presiones e incentivos en torno a la priorización son cada vez mayores, es fundamental que la toma de decisiones esté respaldada por la información que pueden aportar los cálculos racionales de algoritmos cuantitativos transparentes. Asimismo, al momento de definir el *paquete* de servicios y tecnologías, no se deberían considerar las intervenciones por separado,

sino que estas deberían ser analizadas de manera conjunta.

En este capítulo, se exploran los usos prácticos de las herramientas de análisis y los modelos matemáticos que pueden ayudar a mejorar los procesos de priorización para definir estos paquetes de servicios en el marco de la cobertura universal en salud (CUS) y establecer planes de beneficios en salud explícitos (PBS). Aquí se ofrecen algunos ejemplos tomados del área del VIH en donde, en las últimas décadas, la modelación matemática se ha desarrollado considerablemente (y en algunos casos con éxito comprobado) con el objetivo de optimizar la priorización, la asignación de recursos y la eficiencia distributiva. En este capítulo se describen los enfoques implementados, el éxito alcanzado y las conclusiones basadas en aprendizajes adquiridos a través de procesos de priorización en la salud pública para el VIH. A partir de estas experiencias, se presentan algunas recomendaciones sobre cómo se podrían aplicar estos métodos para la priorización en la CUS.

¿Qué se debe priorizar?

Para saber qué se debe priorizar, primero es fundamental comprender qué se entiende por CUS y qué conlleva la priorización en este contexto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que

la CUS implica asegurar que “todas las personas reciban los servicios de salud que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos”.³ Amanda Glassman y colegas la definen de forma más acotada: “En la práctica, el objetivo de la CUS es garantizar a la población la provisión de ciertos productos o servicios de salud de manera gratuita o mediante una tarifa subsidiada”.⁴ Prácticamente, el alcance y la magnitud de los servicios o productos que puedan brindarse de manera intrínseca dependen de la infraestructura de servicios existente o posible, la cantidad de recursos disponibles, los costos de prestar los servicios, distintas consideraciones políticas y económicas y la carga de enfermedad (al igual que los cambios previstos para esta carga en el futuro). Los objetivos de la CUS son ambiciosos: la OMS y el Banco Mundial han fijado la meta de la CUS a un 80 por ciento de cobertura de los servicios esenciales con un 100 por ciento de cobertura de protección financiera.⁵ Por otra parte, la meta de la CUS en relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible tiene tres secciones igualmente importantes: salud (cobertura de servicios de salud esenciales y de calidad para toda la población), protección financiera (evitar catástrofes financieras o empobrecimiento por gastos de bolsillo) y equidad (subsana las desigualdades del sistema de salud causadas por el nivel económico, el lugar de residencia, sexo, entre otros factores). Cuando se evalúa cuál de estos aspectos se debe priorizar, generalmente, se admite que el foco se otorgue a la priorización de un conjunto de servicios de salud esenciales, fijando metas para niveles de cobertura de servicios en poblaciones particulares de contextos específicos y prestando estos servicios de modo tal que se maximice el acceso y se minimicen los costos.

¿Cómo se debería llevar a cabo la priorización?

La necesidad de procesos de priorización y toma de decisiones explícitos basados en evidencia se consolidó a partir de la “Declaración de Bangkok” de 2016.⁶ En esta declaración, se hace hincapié en que la evidencia científica es un punto de partida fundamental para el racionamiento explícito que informa las concesiones inherentes de la costo-efectividad, la equidad y la protección de riesgos financieros. Por consiguiente, los responsables de formular políticas deberían tomar las decisiones de priorización finales ubicando a la evidencia en el contexto político de los grupos de interés y en un contexto ético en el que se vean reflejados los valores universales y los valores culturales específicos de su entorno. Idealmente, también podrían formalizarse estas características estableciendo objetivos claramente definidos para perfeccionar y reorientar la adopción de enfoques científicos de modo tal que estos objetivos puedan alcanzarse. La intención de establecer un proceso transparente es que las concesiones, criterios y valores que forman parte de la toma de decisiones se definan de manera explícita y que se pueda dar a conocer y responsabilizar a los encargados de llevar a cabo este proceso.⁷

Existen metodologías formales, algunas de las cuales ya han sido abordadas en capítulos anteriores, que proporcionan una base cuantitativa para la priorización en términos de asignación de recursos. Estas metodologías incluyen al ACE y sus extensiones. Es posible realizar mejores concesiones (*trade-offs*) cuando en el proceso de selección de servicios de salud se combina el ACE con modelos de epidemiología y módulos de costeo, análisis de la carga de enfermedad (que incluyan el impacto de distintos planes sobre la carga de enfermedad en diferentes estratos sociales y áreas geográficas) y análisis de impacto presupuestario y espacio físico. Estas metodologías pueden ser útiles para muchos de los pasos

que conlleva un proceso de priorización bien administrado (véase el Capítulo 1).

El uso de ACE y sus extensiones en los procesos de priorización

Cuando solo se consideran las ganancias en salud e intervenciones que no interactúan entre sí, el ACE (descrito en el Capítulo 4) es un método de análisis de uso generalizado que se emplea para identificar intervenciones que representan una buena inversión en relación con el valor que ofrecen. El “valor” de los resultados en salud se expresa mediante una sola medida que abarca aspectos de mortalidad y morbilidad y que puede estar representada por los años de vida ajustados por calidad (AVAC) o los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), tal como se describió en el Capítulo 4. Dado que estas medidas reflejan tanto la esperanza como la calidad de vida, ambas permiten medir el resultado de una gran variedad de intervenciones y su impacto individual sobre los resultados en salud, pero esto no es posible cuando se quiere analizar a un conjunto de intervenciones ni tampoco cuando se busca comprender el impacto que estas tienen sobre un resultado en salud específico. La razón de costo-efectividad incremental (RCEI) se define como el cociente entre la diferencia de costos (basada en los costos unitarios de una intervención) y la diferencia de resultados en salud (por lo general, expresados en términos de AVAD o AVAC). Las intervenciones se ubican en una tabla de clasificación de acuerdo con su razón de costo-efectividad. Se asume que los resultados en salud se maximizan cuando se otorga cobertura total a la intervención más costo-efectiva y luego se continúa con la lista de manera progresiva hacia abajo, es decir, eligiendo intervenciones cada vez menos costo-efectivas hasta que se agote el presupuesto. Algunos países, como Australia, Canadá, Suecia y el Reino Unido, utilizan ACE formales basados en RCEI para orientar la asignación de recursos hacia una

productividad eficiente, al menos para los medicamentos y ciertas consultas médicas, diagnósticos y procedimientos bien definidos, entre otros servicios.

Los principios del ACE pueden implementarse para estimar la costo-efectividad más allá de los resultados en salud, como por ejemplo para evaluar el grado de protección financiera o equidad que ofrece un determinado plan de beneficios, como se describe en el Capítulo 5 en relación con los análisis extendidos de costo-efectividad (AECE). Los objetivos de este tipo de análisis consisten en encontrar un equilibrio entre aquellas intervenciones que son costo-efectivas, en el sentido de que permiten evitar enfermedades y muertes, y aquellas que proporcionan protección de riesgos financieros, al evitar casos de pobreza causados por gastos de bolsillo elevados, o que contribuyen a reducir la brecha de equidad que existe entre los estratos sociales más pobres y más ricos de la sociedad. Esto implica lograr un equilibrio entre las decisiones que se toman respecto a la financiación de intervenciones más costosas o de intervenciones más económicas que previenen enfermedades y muertes en el marco de una CUS (por ejemplo, financiar el tratamiento de la tuberculosis en adultos o la vacunación infantil). Cabe mencionar que se exige que la CUS responda a las necesidades de las poblaciones más pobres. Muchas veces los métodos que se utilizan para maximizar los resultados en salud y la protección de riesgos financieros o la equidad proporcionan resultados contradictorios. Esto se debe a que la primera categoría busca evitar el mayor número de muertes o AVAD posible, mientras que la segunda valora las intervenciones según el número de casos de pobreza evitados o la reducción de la brecha de equidad alcanzada. Para lograr el equilibrio adecuado, en la mayoría de los casos, es necesario sopesar cada resultado en relación con los objetivos establecidos para el PBS a nivel nacional.

Limitaciones del ACE y sus extensiones

Por lo general, los ACE y sus extensiones se basan únicamente en evidencia sobre niveles de eficacia poniendo el foco en el beneficio que tendría para el individuo el acceso a un servicio de salud en particular por un lapso de tiempo determinado. Por otra parte, el ACE y sus extensiones no suelen considerar los siguientes aspectos:

1. La relación entre las causas de la carga de enfermedad y las intervenciones de salud asociadas a esta. Se considera a las intervenciones como independientes, dejando de lado cualquier interacción que pueda darse entre ellas.
2. La relación no lineal entre la cobertura de servicios y los resultados en salud.
3. La relación no lineal entre los costos y la cobertura de las intervenciones, al no calcular los costos marginales de ampliar la cobertura de un servicio o reducirla.
4. La naturaleza dinámica de la carga de enfermedad en relación con el impacto que tienen los servicios de salud implementados a nivel epidemiológico, poblacional y de prevención primaria (por ejemplo, el impacto de la vacunación o de tratamientos para prevenir la transmisión de infecciones).
5. La naturaleza cambiante que caracteriza al financiamiento de intervenciones, como por ejemplo los costos iniciales y los rendimientos decrecientes, o el hecho de que no sea posible aumentar o reducir la cobertura de los servicios de salud de manera inmediata.
6. La probabilidad de que la priorización cambie en función de los distintos niveles de financiamiento o genere escenarios diferentes para un determinado actor del sistema de salud.

7. La realidad pragmática de que los servicios de salud pueden ser financiados por distintas fuentes y que un PBS podría financiarse de manera parcial incluso mediante la asistencia al desarrollo para la salud. Cabe señalar que las distintas fuentes de financiación podrían suponer distintas condiciones y restricciones financieras. Cuando se quiere adoptar un PBS ya se cuenta con servicios y financiación, es decir, que no se empieza desde cero. Teniendo esto en cuenta, tanto en el desarrollo de procesos de priorización como en el ejercicio mismo se deben considerar los servicios existentes para evitar acentuar la fragmentación.

Los puntos cinco, seis y siete son ejemplos de limitaciones del sistema de salud que se describieron detalladamente en el Capítulo 9.

Desarrollar los ACE para que sean un instrumento de políticas más práctico: Seleccionar los servicios de salud combinando ACE con modelos de epidemiología y módulos de costos

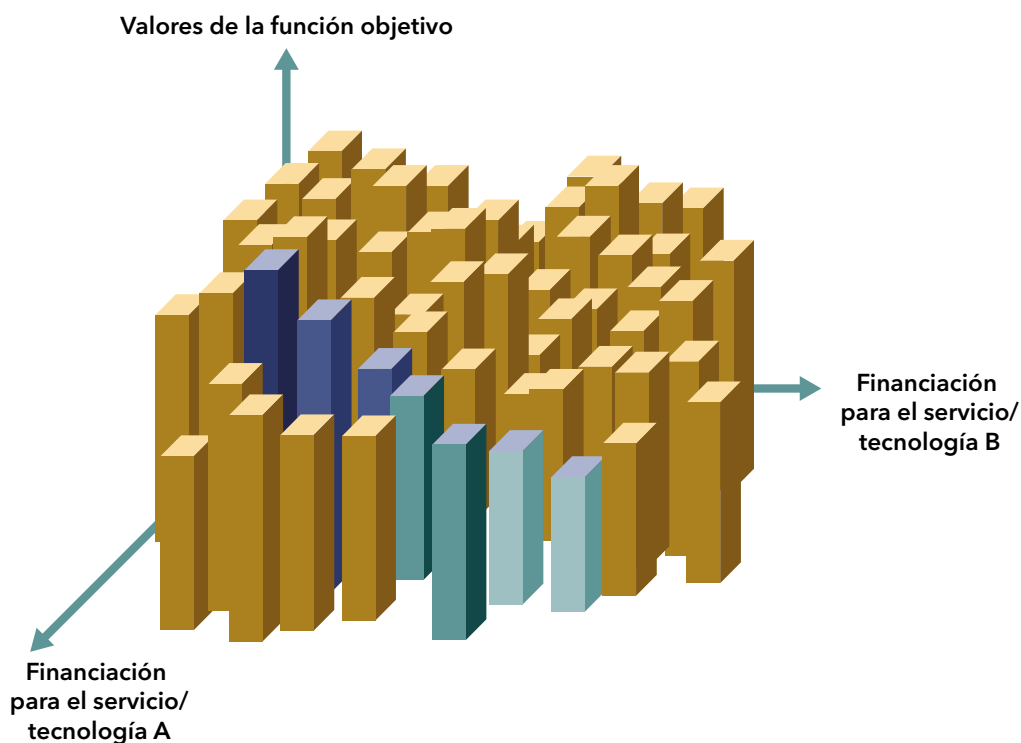
Los ACE pueden extenderse a través de la incorporación de funciones de costo programáticas y de un marco epidemiológico que refleje efectos dinámicos e interrelacionados. Para esto es necesario utilizar modelos matemáticos calibrados para incluir la carga de enfermedad de todas las subpoblaciones, además de asociaciones para las relaciones entre los costos marginales y la cobertura programática alcanzada para las subpoblaciones objetivo. Pueden extenderse estableciendo y utilizando las relaciones entre la cobertura programática para las subpoblaciones objetivo y los resultados relevantes respecto a la reducción de la carga de enfermedad. Estos componentes adicionales permiten desarrollar los análisis de modo tal que se acerquen cada vez más a las realidades programáticas. Una vez que se establecieron

estos marcos analíticos, entre los que se encuentran los modelos de epidemiología y las relaciones programáticas, es posible comparar los efectos previstos para las alternativas de asignación de presupuesto para programas, poblaciones y áreas específicas, y el impacto de una intervención sobre una población determinada. Estos modelos permiten reflejar mejor los cambios en la carga de enfermedad y registrar diferentes razones de costo-efectividad para distintos niveles de cobertura programática o combinaciones de intervenciones que se encuentren en funcionamiento. Cuando proceda y cuando los datos lo permitan, también pueden incorporarse en el modelo funciones de costo de cualquier tipo para reflejar la capacidad de prestación de los servicios tal como se llevan a cabo. A través de estos marcos es posible estimar cuáles serían las asignaciones de recursos “ideales” (o “adecuadas”) para las intervenciones en salud, o determinar qué se debe incluir en un

PBS, por ejemplo, siguiendo las sugerencias de los análisis de escenarios o procesos de optimización matemática descritos en el Capítulo 1.

1. Análisis de escenarios. Estos análisis examinan los cambios en los costos y los impactos sobre la salud (muertes y cantidad de casos de enfermedades específicas evitadas, o medidas más generales como los AVAC o AVAD) y posiblemente también otros resultados (casos de empobrecimiento o brechas de equidad), teniendo en cuenta un plazo de tiempo establecido y en un contexto de ampliación de cobertura o introducción de un nuevo paquete de intervenciones, cuyas razones de costo-efectividad se ajustan a las limitaciones del sistema de salud. (Véase el Capítulo 15 para consultar un análisis más detallado de estas limitaciones). En este tipo de análisis, luego de evaluar una serie de escenarios, se eligen para examinar en mayor detalle aquellos que

GRÁFICO 1. Diagrama de un algoritmo de optimización para dos dimensiones de los servicios de salud



presentan resultados más apropiados de acuerdo con el presupuesto en salud previsto por el país. Una limitación de este método es que requiere una gran capacidad computacional y una cantidad de tiempo prácticamente inviable para configurar y calcular manualmente el impacto de cada asignación y, por lo tanto, para su implementación se deberá (1) elegir un conjunto limitado de escenarios para analizar (de ahí deriva su nombre) o (2) seleccionar las mejores alternativas a partir de una serie de escenarios predefinidos sin saber si existe una mejor opción más allá de los escenarios seleccionados.

Un ejemplo de modelo de análisis de escenarios es el paquete de herramientas Spectrum de Avenir Health,⁸ que contiene modelos de epidemiología y módulos de impacto de distintos programas, tales como la financiación del VIH (Goals) y la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (LiST). Estos modelos también incluyen para cada módulo los efectos de cambiar la cobertura de un gran número de intervenciones. En este paquete también se encuentra la herramienta OneHealth,⁹ un instrumento que se utiliza para la planificación estratégica y la formulación de presupuestos. Esta herramienta incluye el cálculo de costos de todos los componentes del sistema de salud, entre ellos las intervenciones, recursos humanos, instalaciones, equipos y transporte, medicamentos y cadena de suministro, sistemas de información, monitoreo y evaluación, gobernanza, finanzas y administración.

2. Optimización matemática. En este método, se utiliza un algoritmo de optimización matemática formal para determinar la combinación de intervenciones más costo-efectiva con la mejor combinación de niveles de cobertura para lograr una serie de objetivos predefinidos relacionados con la salud, como se muestra conceptualmente en el Gráfico 1. A diferencia de los análisis de escenarios, en la optimización matemática se seleccionan las asignaciones de recursos y luego se vuelven a seleccionar de acuerdo con

ciertos criterios de decisión; se calcula el impacto utilizando módulos de epidemiología y cálculo de costos; se analiza si la asignación elegida es la mejor solución general en relación con el objetivo y, si no lo es, se repite el mismo proceso hasta obtener la mejor solución matemática. En este caso, la solución sería el mejor plan de beneficios en salud para este contexto en la teoría, según las características epidemiológicas, la infraestructura, los costos, los objetivos y las limitaciones. En lugar de probar todos los escenarios posibles, los algoritmos de optimización permiten hallar una ruta eficiente para dar con la mejor solución matemática según sea la función objetivo.

La meta, denominada “función objetivo” en este contexto, puede ser una combinación de ganancias en salud, protección financiera y equidad, como se describió anteriormente, e incluso se puede añadir una selección de valores sociales representados por una medida apropiada. (Véase el Capítulo 6 para obtener más información sobre los valores sociales en el marco de un PBS). Algunos valores sociales como la calidad de vida ya están contemplados en la optimización cuando se utilizan los AVAD o AVAC como medida de resultados en salud. Otros tipos de valores sociales o éticos pueden añadirse formalmente como restricciones, como por ejemplo la “regla de rescate” puede determinar que nunca se retiren los fondos de la atención de emergencia, incluso cuando las probabilidades de salvar una vida sean bajas. También se pueden especificar en el algoritmo de optimización otras restricciones políticas, éticas, logísticas y presupuestarias para que sea posible incluir todos los criterios en una evaluación objetiva.

Con respecto a la función objetivo, esta puede ser una meta específica (por ejemplo, prevenir nuevas enfermedades) o una combinación de metas (prevenir nuevas enfermedades y evitar muertes). En este caso, se deberán utilizar ponderaciones para determinar la importancia relativa de los distintos objetivos. Es importante definir horizontes de tiempo y tipos de costos adecuados para establecer funciones

objetivo apropiadas que reflejen las prioridades de los responsables de la toma de decisiones y las de las sociedades que ellos representan. Obtener una función objetivo formal a partir de ponderaciones asignadas a diferentes tipos de resultados por lo general implica llevar a cabo un proceso interactivo que depende de la participación y compromiso de los actores involucrados. Los objetivos prioritarios de salud (planes estratégicos de salud a nivel nacional) o los Objetivos de Desarrollo Sostenible a nivel global pueden ayudar a definir el conjunto de factores y ponderaciones para la función objetivo. El algoritmo de optimización, entonces, explora las posibles intervenciones con distintos niveles de cobertura (Gráfico 1) teniendo en cuenta el presupuesto disponible y otras restricciones, y de este modo, se obtiene la combinación que produce las mayores ganancias respecto de la función objetivo.

El conjunto de modelos diseñado y desarrollado por Optima Consortium for Decision Science's (OCDS),¹⁰ —con el apoyo del Banco Mundial, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de EE. UU., el Fondo Mundial, el Consejo Nacional de Investigación en Salud y Medicina de Australia, la Universidad de Nueva Gales del Sur, el Instituto Macfarlane Burnet, entre otros socios—, es un ejemplo destacado del uso de un enfoque de optimización para extender ACE y evaluar la asignación de recursos en función de una serie de objetivos, restricciones, funciones de costo e interacciones entre los programas y la población. Se ha utilizado principalmente para asignar recursos a poblaciones y programas relacionados con áreas de enfermedades específicas, incluidos el VIH, la tuberculosis, la malaria, problemas de nutrición y la hepatitis C. En la actualidad, se está desarrollando también un módulo para la salud materno-infantil.

Ejemplos del uso de la optimización matemática para la asignación de recursos a programas de tratamiento del VIH

Con el objetivo de ilustrar el uso de la optimización matemática para los procesos de priorización en un contexto práctico, a continuación presentamos algunos ejemplos de casos de la prestación de servicios relacionados con el VIH en Sudán, Sudáfrica e Indonesia.

La optimización matemática para mejorar los procesos de priorización: caso de VIH en Sudán

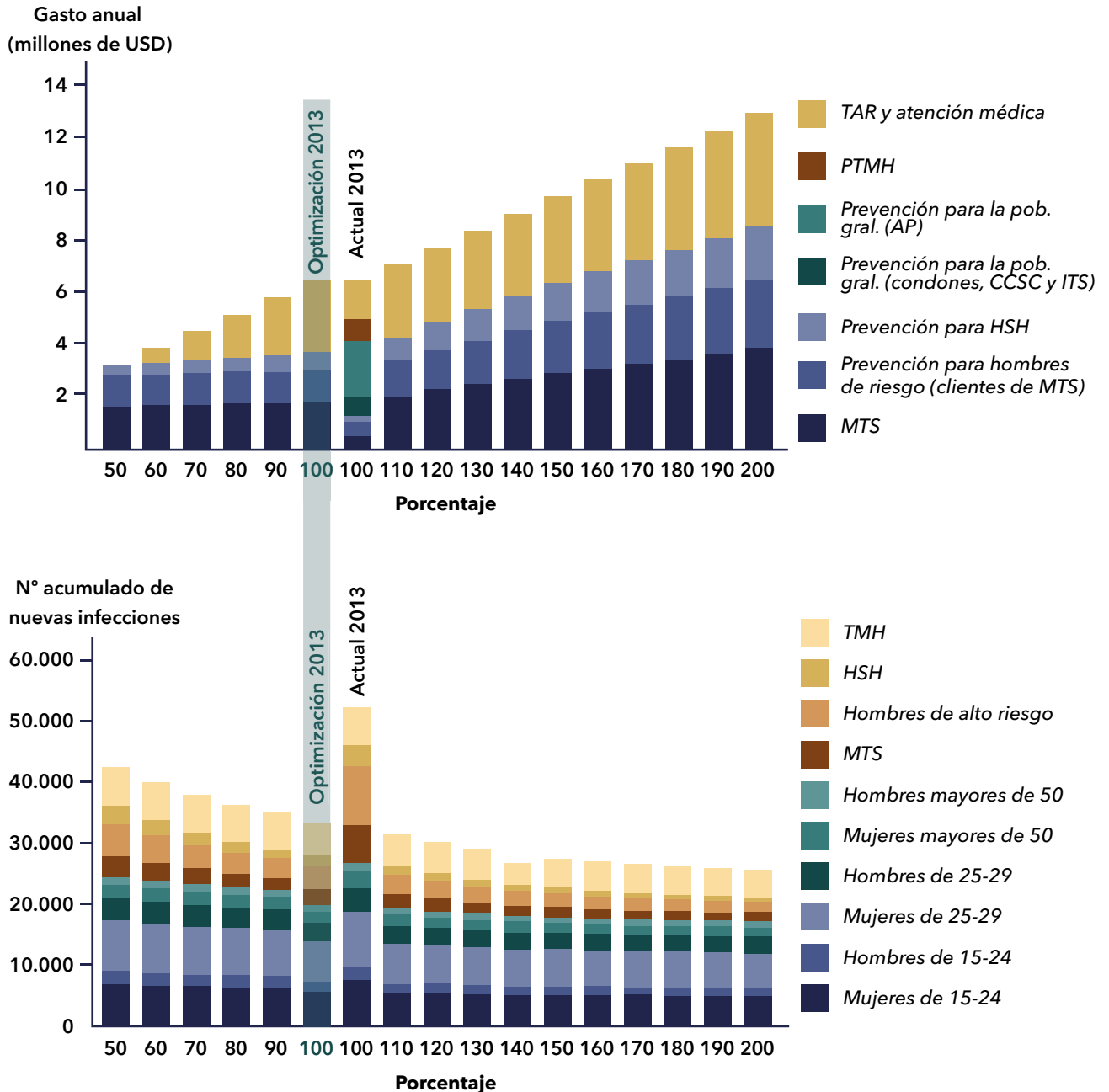
Alrededor de 40 países han utilizado la herramienta Optima para establecer prioridades en salud, muchos de los cuales se han beneficiado al haber logrado una mejor asignación de recursos en este sector. En Sudán, se utilizó el modelo Optima VIH para definir prioridades con respecto a las asignaciones de recursos destinados a servicios específicos de prevención y tratamiento del VIH. Esto se llevó a cabo como parte de un estudio de eficiencia distributiva en VIH.¹¹ Se trabajó conjuntamente con el gobierno de Sudán y sus socios para determinar la función objetivo, las restricciones correspondientes, las funciones de costos y la disponibilidad de recursos. Tal como se puede observar en el Gráfico 2, a través del modelo de epidemiología y la función de optimización se demostró que al asignar recursos a terapias antirretrovirales (TAR) y programas de prevención del VIH en poblaciones clave, se pueden evitar nuevas infecciones de VIH en un 37 por ciento, utilizando la misma cantidad de fondos en comparación con las asignaciones anteriores.¹²

Consecuentemente, el gobierno de Sudán aplicó estos hallazgos en el proceso de planificación nacional estratégica para el VIH y en la nota conceptual del Fondo Mundial y, como resultado, se aumentaron las

asignaciones destinadas a la TAR de un 12 por ciento a un 18 por ciento y a la prevención de VIH en poblaciones clave de un 7 por ciento a un 29 por ciento respecto de la financiación total para el VIH (basado en el análisis de necesidades financieras que incluía los recursos nacionales presupuestados, los recursos del Fondo Mundial, entre otros). Del mismo modo, se restó prioridad a los programas de prevención de VIH destinados a la población en general, incluidos el asesoramiento y pruebas de VIH, la distribución de condones y la comunicación para el cambio de comportamiento (Gráfico 3).

Asimismo, el estudio reveló que al combinar estas asignaciones con ganancias adicionales en eficiencia técnica se podría aumentar la cobertura de TAR de un 6 por ciento en 2013 a un 34 por ciento en 2017, y que se podría incrementar en un poco más del doble la cobertura de programas destinados a las poblaciones más afectadas.¹³ Se proyectaron además las reasignaciones en el presupuesto para la respuesta al VIH de 2015–2017 con el objetivo de evitar 3200 nuevas infecciones y 1100 muertes en este período, en comparación con las asignaciones previstas inicialmente. También se consideraron horizontes de tiempo más amplios que los establecidos para el período de la estrategia anterior. En estos estudios se observó que para el 2030 se habrían proyectado asignaciones que permitirían evitar adicionalmente un 33 por ciento de nuevas infecciones, un 22 por ciento de muertes y un 20 por ciento de AVAD. Las reasignaciones se lograron a través de un análisis de distribución efectiva riguroso y un proceso político basado en evidencia, llevados a cabo por un equipo de socios tanto nacionales como internacionales que trabaja por una respuesta al VIH más razonable y sostenible.¹⁴

GRÁFICO 2. Optimización de las asignaciones para reducir la incidencia de VIH en 2020 considerando distintos niveles de financiación, Sudán



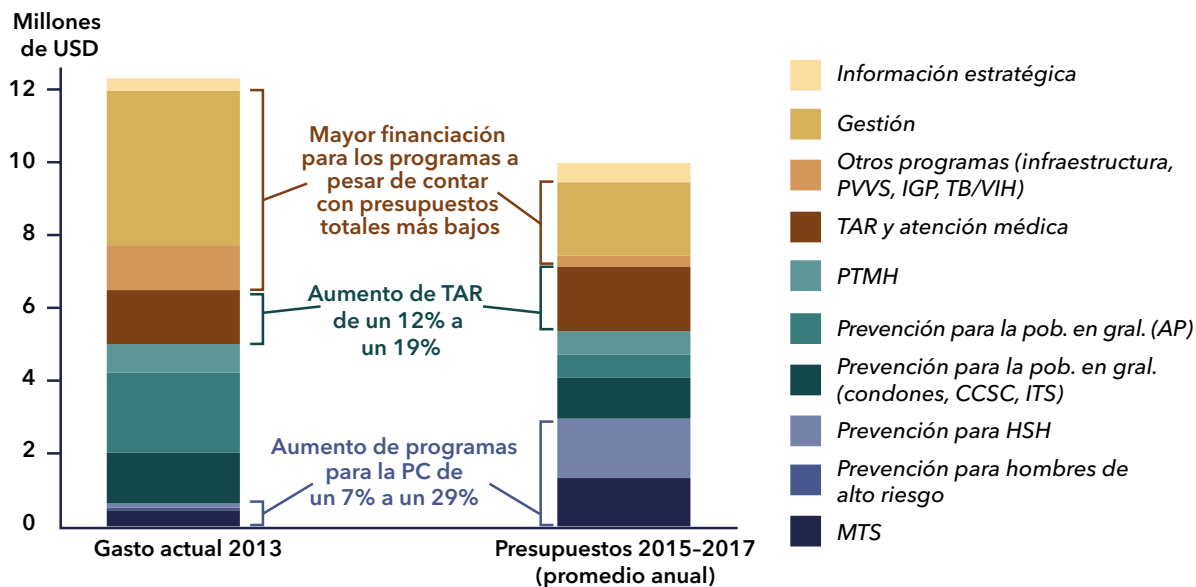
Notas:

MTS = mujeres trabajadoras sexuales
 PTMH= prevención de la transmisión de madre a hijo
 AP = asesoramiento y pruebas del VIH

CCSC = Comunicación para el cambio social y conductual
 HSH = hombres que tienen sexo con hombres
 ITS = infecciones de transmisión sexual

Fuente: Banco Mundial (2015a).

GRÁFICO 3. Reasignación de recursos destinados al VIH en el presupuesto de respuesta 2015–2017, Sudán



Notas: TAR = terapia antirretroviral
 MTS = mujeres trabajadoras sexuales
 TB/VIH = tuberculosis/VIH
 AP = asesoramiento y pruebas
 IGP = Innovation Grant Program (Programa de subvenciones para innovación)
 PC = poblaciones clave

HSH = hombres que tienen sexo con hombres
 PVVS = personas que viven con el VIH/SIDA
 PTMH = prevención de la transmisión de madre a hijo
 CCSC = comunicación para el cambio social y conductual
 ITS = infecciones de transmisión sexual

Fuente: Banco Mundial (2015a).

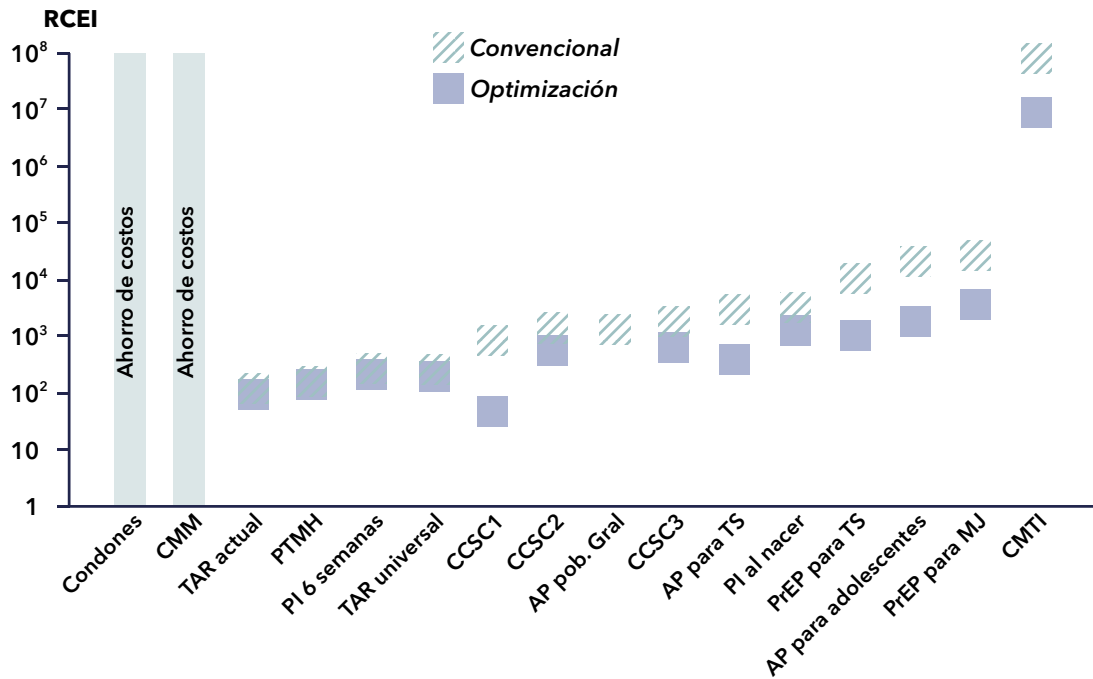
ACE y optimización matemática: Modelación para la asignación de recursos para el VIH en Sudáfrica

Sudáfrica cuenta con un programa para el VIH bastante amplio con varias intervenciones y altos niveles de cobertura. En un ACE tradicional en el que se utilizan tablas de clasificación, se presupone que no existe una interdependencia entre estas intervenciones. Sin embargo, en un estudio reciente se cuestionó la validez de este supuesto cuando se cubre casi la totalidad de las intervenciones más costo-efectivas. Los autores de este estudio hallaron que, cuando se ampliaba secuencialmente la cobertura de las intervenciones más costo-efectivas de distribución de condones, circuncisión masculina médica y TAR a niveles altos pero viables, las RCEI de las

intervenciones restantes aumentaban hasta 400 veces más y su posición en la tabla de clasificación cambiaba (Gráfico 4).¹⁵ Estos hallazgos comprueban que las interdependencias entre las intervenciones son importantes, en especial cuando existen otras intervenciones que proporcionan resultados similares, lo que origina rendimientos decrecientes considerables. Por ejemplo, si en casi todas las relaciones sexuales se utilizara el condón, la circuncisión masculina médica sería menos efectiva. La optimización matemática, en contraste, permite obtener razones de costo-efectividad mucho más realistas que reflejan los efectos de las interacciones entre los programas y los factores dinámicos que influyen en la carga de enfermedad para distintos niveles de cobertura programática.

GRÁFICO 4. (a) Clasificación y (b) comparación de RCEI (costo por AVAD evitado)

Tabla de clasificación convencional Clasificación	Rutina de optimización Clasificación
Disponibilidad de condones	Disponibilidad de condones
Circuncisión masculina médica	Circuncisión masculina médica
CCSC 1 (AP para adolescentes, disminución de MPS)	Guías actuales para la TAR
Guías actuales para la TAR	PTMH
PTMH	Prueba en infantes a las seis semanas de edad
TAR universal	CCSC 1 (AP para adolescentes, disminución de MPS)
Prueba en infantes a las seis semanas de edad	CCSC 1 (AP para adolescentes, disminución de MPS)
AP para trabajadoras sexuales	CCSC 2 (condones)
CCSC 2 (condones)	AP para la población en general
CCSC 3 (condones, AP y CMM)	CCSC 3 (condones, AP y CMM)
PrEP para trabajadores sexuales	AP para trabajadoras sexuales
AP para la población en general	Prueba al nacer
Prueba al nacer	PrEP para trabajadores sexuales
AP para adolescentes	AP para adolescentes
PrEP para mujeres jóvenes	PrEP para mujeres jóvenes
Circuncisión masculina temprana en infantes	Circuncisión masculina temprana en infantes



TAR = terapia antirretroviral
 CMTI = circuncisión masculina temprana en infantes
 TB/VIH = tuberculosis/VIH
 AP = asesoramiento y pruebas
 IGP = Innovation Grant Program (Programa de subvenciones para innovación)

PI = Pruebas en infantes
 PC = poblaciones clave
 CMM = circuncisión masculina médica
 PTMH = prevención de la transmisión de madre a hijo
 PrEP = profilaxis de preexposición
 CCSC = comunicación para el cambio social y conductual

Fuente: Chiu y otros (2017).

Análisis de optimización de recursos y ciencias actuariales para incorporar servicios de VIH en un PBS existente: el caso de Indonesia

En Indonesia, se realizaron tres análisis interrelacionados: (1) un estudio de eficiencia distributiva en VIH para determinar el tamaño y la naturaleza del fondo de riesgo destinado a servicios de prevención y atención del VIH; (2) estimaciones actuariales para calcular los aumentos progresivos necesarios para las primas de aseguramiento en salud (y subsidios) a fin de añadir distintos paquetes de servicios para el VIH al sistema de CUS actual del país, y (3) una evaluación del sistema de financiamiento de salud para comprender en un sentido más amplio el contexto de financiación en Indonesia. El último de estos análisis se encuentra disponible en el Repositorio Abierto de Conocimientos (OKR, en inglés) del Banco Mundial (okr.worldbank.org), pero por cuestiones de espacio no se ha descrito en detalle a continuación.

- *Estudio de eficiencia distributiva en VIH.* El estudio de optimización matemática se llevó a cabo con el objetivo de analizar la eficiencia distributiva respecto al gasto actual en VIH. Se concluyó que, para obtener una mayor eficiencia, Indonesia debía tomar las siguientes medidas:
- Aumentar la cobertura y el impacto de los programas de VIH para las poblaciones clave que presentan un alto riesgo de infección en la región no papúa y ampliar la cobertura de TAR a través de una asignación optimizada de los fondos nacionales e internacionales.
- Fortalecer las fuentes nacionales de financiamiento para el VIH con el fin de disminuir la dependencia de fuentes internacionales destinadas a cubrir servicios esenciales de prevención del VIH. Fomentar las contribuciones financieras a nivel local y provincial e intentar

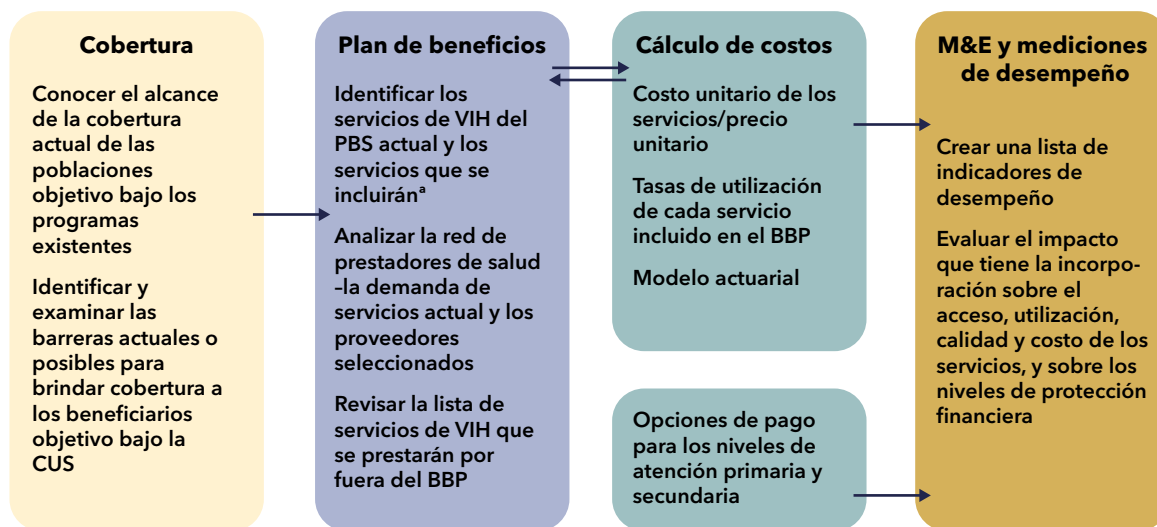
incorporar plenamente los servicios de VIH al programa nacional de atención en salud Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

- Desarrollar una estrategia clara para la sostenibilidad e implementar una planificación de transición como parte de los esfuerzos por garantizar una respuesta al VIH sostenible, que incluya no solo cuestiones de financiamiento, sino también aspectos institucionales, administrativos y legales al igual que factores relacionados con la prestación de servicios.

Estas recomendaciones se tuvieron en cuenta posteriormente para las estimaciones actuariales de las primas del JKN.

Estimaciones actuariales para integrar los servicios de VIH al plan de beneficios JKN. Para la integración vertical de los programas existentes (por ejemplo, servicios de VIH) al programa nacional de aseguramiento en salud, se deben analizar detenidamente los servicios que se quieran incluir en el PBS básico, las repercusiones del acceso a la atención en salud para las poblaciones objetivo y el costo previsto. Al igual que muchos otros países de ingresos bajos y medios (PIBM), en la actualidad, Indonesia debe enfrentar distintos desafíos para garantizar la sostenibilidad de los programas de VIH, dado que el financiamiento externo destinado a estos servicios es cada vez menor. El financiamiento externo de donantes continúa siendo un aporte significativo que representa casi el 60 por ciento del gasto total en programas de VIH. A raíz de que Indonesia está implementando su programa nacional de aseguramiento en salud (JKN) con el objetivo de alcanzar la CUS, el integrar los servicios de VIH a este plan se consideraba una de las estrategias importantes para asegurar la sostenibilidad de los programas de VIH. El JKN es uno de los sistemas públicos de salud de pagador único más grandes del mundo. Para el año 2019 se proyecta que todos los ciudadanos de Indonesia

GRÁFICO 5. Relación entre los resultados del estudio de eficiencia distributiva en VIH y las estimaciones de aumentos en las primas del JKN



a. Resultados de la eficiencia distributiva utilizados en este paso

Fuente: Banco Mundial (2016).

contarán con la cobertura de este plan. En 2015, el JKN cubría a casi 160 millones de personas o más del 60 por ciento de la población de este país. En el Gráfico 5, se muestra la relación entre el análisis de eficiencia distributiva y los cálculos actuariales para las estimaciones de aumentos en las primas del JKN.

Se realizaron proyecciones de costo por cinco años para la incorporación de servicios de VIH al plan de beneficios JKN utilizando los costos de 2014 como línea de base. Los cálculos mostraron que, al utilizar como línea de base los costos de 2014 por miembro y por mes, añadir servicios integrales de VIH suponía una prima/subsidio mensual de 532 rupias indonesias (IDR) por miembro o IDR 6384 anuales (equivalentes a USD 0,50) por miembro.¹⁶

Conclusiones

La priorización en la CUS no es tarea fácil dado que se deben tomar decisiones complejas contando con poca evidencia. Para que los procesos de priorización sean explícitos y transparentes y puedan ser revisados y cuestionados, es necesario que los responsables de la toma de decisiones elaboren una formulación clara de los objetivos y especifiquen los supuestos, para de este modo, aumentar su rendición de cuentas. A medida que aumenta la cantidad de evidencia científica sobre la efectividad de diversas intervenciones en salud, cada vez es más factible asignar recursos de manera eficiente sobre la base de conocimientos y métodos científicos. Timothy Evans y Toomas Palu señalan que contar con una mejor y mayor cantidad de evidencia permitirá potenciar la priorización en la CUS: “El creciente desarrollo científico en torno a la elección racional y la relación costo-efectividad

ayudará a informar mejor los procesos de toma de decisiones”.¹⁷

Existe un número cada vez mayor de herramientas analíticas que combinan modelos de epidemiología con módulos de costos y costo-efectividad de distintas maneras dinámicas. La ventaja que ofrece este tipo de herramientas es que reflejan cómo interactúan las distintas intervenciones y los cambios que se producen en el tiempo en los resultados, los perfiles poblacionales y la carga de enfermedad, puesto que permiten realizar proyecciones de los efectos de los cambios en las asignaciones de fondos y aumentos en el presupuesto de salud. Los modelos de optimización de recursos abordan algunas de las deficiencias que presentan enfoques analíticos más consolidados, como por ejemplo el ACE. Estos modelos dan un paso más adelante que los ACE, que consideran a todas las intervenciones como independientes, en el sentido de que, cuando se implementan correctamente, permiten definir *portafolios* de servicios óptimos para el PBS. Esta es una de las características que define a la modelación de optimización de recursos como medio para alcanzar mejoras en la eficiencia distributiva. Los ejemplos que se describen en este capítulo demuestran que efectivamente se puede utilizar la optimización matemática como una herramienta para el establecimiento de prioridades y objetivos: permite informar decisiones respecto de qué programas deberían financiarse con un cierto nivel de cobertura y por un período de tiempo determinado, considerando aquellas poblaciones que proporcionarán el mejor conjunto de resultados en salud.

Las herramientas de modelación para la optimización de recursos son importantes en el proceso de priorización por diferentes motivos, entre los que se pueden mencionar los siguientes:

- A través de estos modelos se pueden relacionar aspectos epidemiológicos con los costos e impactos de una manera dinámica, en la cual

los cambios que se producen en uno generan cambios en el otro y de este modo se pueden ejecutar distintas interacciones hasta hallar el plan de beneficios ideal (el más óptimo). Parte de la naturaleza dinámica de estos modelos se ve reflejada en el hecho de que se puedan cambiar las asignaciones de recursos, o planes de beneficios, definiendo un período de tiempo y población, y teniendo en cuenta los cambios temporales en las poblaciones y servicios de salud.

- Gracias al componente epidemiológico de esta herramienta, es posible estimar el beneficio de uno (o múltiples) programas con respecto a uno (o múltiples) resultados en salud, no solo para la población que recibe la intervención, sino también para toda la población en general. Un ejemplo de este efecto en cadena sería cuando la circuncisión masculina contribuye a disminuir la cantidad de nuevas infecciones de VIH, tanto para el hombre circuncidado como para su pareja sexual. En los ACE tradicionales no se suelen analizar estos efectos de red y, tal como lo planteó recientemente Tyler VanderWeele, estos efectos son importantes para su concepto de epidemiología que comprende una variedad de resultados más amplia.¹⁸
- Se pueden modelar los costos de manera no lineal, lo que posibilita otorgar subsidios a quienes no puedan pagar los programas directamente. Esto representa un gran beneficio, dado que para algunas poblaciones de países en desarrollo a veces es necesario subsidiar un PBS. En las funciones de costos no lineales también se pueden considerar aspectos como la iniciación del programa, primeros usuarios, fases de ampliación de la cobertura y fases destinadas a abordar las poblaciones más difíciles de alcanzar.
- La optimización matemática se puede llevar a cabo en un contexto en donde se definan

limitaciones reales para analizar las especificidades relativas a la ampliación o reducción del programa. De este modo, puede aplicarse directamente al diseño de un PBS y puede influenciarlo. Toda limitación puede ser formalizada e incluida en los análisis. Uno de los principales beneficios de esta definición explícita es que propicia un proceso transparente y refleja el carácter objetivo de los resultados.

- Más allá de los aumentos que se puedan llegar a implementar en la financiación de algunos servicios específicos, la optimización matemática también ha dado lugar a reducciones en las asignaciones de fondos dirigidas a ciertos servicios poco costo-efectivos, que son muy difíciles de lograr.
- En cuanto a los datos necesarios para informar los algoritmos que conforman la función objetivo, se ha comprobado que la optimización matemática forma parte de los esfuerzos complementarios que permiten abordar esta falta de datos. Esta dependencia de datos (parámetros) como fuentes de información para el proceso analítico es tanto una ventaja como un desafío. Los datos pueden aportar más información para las predicciones y pueden ayudar a relacionar los aspectos epidemiológicos con los costos y resultados. También pueden utilizarse para los supuestos y para analizar su grado de sensibilidad respecto a los resultados. No obstante, probablemente se necesiten más datos que para un ACE tradicional y la falta de estos podría dificultar la modelación. Aun así, la experiencia de haber trabajado con modelos de VIH nos ha mostrado que el desarrollo de modelos y la disponibilidad pueden ayudar a los actores involucrados a identificar dónde se sitúa esta falta de datos. En el modelo de VIH, se pueden observar mejoras con respecto a los datos de cálculo de costos, la inclusión de puntos de datos acerca de la cobertura de servicios de salud en las

encuestas de hogares y los esfuerzos mejorados para desagregar los indicadores por sexo, lugar de residencia y quintil de ingresos.

- Los resultados obtenidos a partir de la optimización matemática pueden emplearse en cálculos actuariales para estimar los cambios incrementales en las necesidades presupuestarias, incluidos los aumentos en las primas, a fin de adecuar los servicios añadidos al PBS.
- Además de ayudar a calcular el impacto de incorporar determinados servicios al PBS, los resultados de la optimización matemática pueden expresarse en función de los efectos (costos y beneficios) que tendría un determinado portafolio de servicios de salud y políticas relacionadas en el presupuesto nacional y los marcos de gasto plurianuales de mediano plazo, en el contexto de proyecciones de crecimiento económico y sostenibilidad de la deuda del país. Esto proporcionaría a los ministerios de economía y salud un lenguaje común para dialogar sobre los cambios en el financiamiento de la salud y la costo-efectividad de dicho financiamiento. La modelación, entonces, podría constituir una base para el diálogo entre estos ministerios. La modelación dinámica puede proporcionarles a los ministerios de economía información sobre los impactos fiscales a largo plazo, más allá de las decisiones de carácter inmediato relacionadas con la salud, y permite garantizar a los gobiernos que el dinero se está invirtiendo de manera adecuada. La asistencia internacional para el desarrollo de la salud (en especial, el Fondo Mundial, la Alianza GAVI y el PEPFAR [Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA]) hace hincapié cada vez más en que los países especifiquen y estimen la relación calidad-precio de sus planes de gasto en salud.

- Si se lleva a cabo la modelación mediante un proceso de consulta adecuado, puede haber transparencia en su implementación, lo que les permitiría a los responsables de formular políticas interactuar durante el proceso analítico y explorar distintas opciones y escenarios. Si bien muchos de los supuestos que se utilizan en estas herramientas pueden ser objeto de debate, teniendo en cuenta la limitada evidencia empírica y las simplificaciones inherentes a todo análisis de estimación, la ventaja que ofrece este enfoque es la posibilidad de hacer explícitos estos supuestos para que luego puedan compararse con la sensibilidad de los resultados finales. Por lo tanto, es posible analizar las alternativas (escenarios) fácilmente y considerar distintas opciones.
- La modelación matemática ha ayudado a redireccionar asignaciones de financiamiento actual a programas más efectivos, incluso en casos políticamente complejos. En este sentido, parece ser un enfoque más persuasivo para los grupos de interés en comparación con enfoques anteriores.

Las herramientas para la optimización de recursos se encuentran en una etapa inicial de desarrollo y, por lo tanto, aún hay muchas oportunidades para que demuestren su relevancia si los analistas logran superar una serie de desafíos.

- *En la actualidad, ninguna de las herramientas matemáticas disponibles optimiza todos los servicios de salud de modo tal que se puedan abordar todas las causas de la carga de enfermedad, aunque existen herramientas más sofisticadas que posibilitan la optimización dentro de un programa (como por ejemplo dentro de un programa de VIH o nutrición).* Hasta el momento, ninguna de las herramientas disponibles abarca la totalidad de los servicios de salud que abordan todas las

metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con esta área. De hecho, las enfermedades no transmisibles son las menos representadas, tal vez por la falta de datos confiables de PIBM. A pesar de que es posible analizar por separado el impacto de las intervenciones sobre la morbilidad y la mortalidad de distintas enfermedades, las herramientas actuales no permiten optimizar de manera simultánea los planes de beneficios para una serie de condiciones de salud, incluidas las comorbilidades, ni tampoco permiten beneficiarse de la superposición de programas. Por esto, es necesario desarrollar métodos adicionales y nuevas herramientas para estas áreas.

- *Ninguno de los modelos disponibles incluye valoraciones definidas por el usuario con respecto a la salud, la protección financiera y la maximización de la equidad.* La mayoría de los modelos pueden incorporar de manera implícita una variedad de limitaciones fiscales y políticas en diferentes escenarios; sin embargo, ninguno tiene la capacidad de llevar a cabo una optimización formal de la asignación de recursos con una función objetivo definida por el usuario —esto es, una valoración por parte del usuario respecto a la salud, la protección financiera y la maximización de la equidad—. Es necesario crear nuevos modelos para cubrir esta área. El programa STAR de la Fundación para la Salud es la única herramienta que, hasta cierto punto, permite evaluar el impacto que genera un programa de salud sobre la protección financiera y la equidad.¹⁹ Sin embargo, este programa constituye más un proceso de participación para los grupos de interés en el que se consideran las consecuencias financieras y de equidad de las decisiones. Por esto, también es necesario desarrollar métodos adicionales y nuevas herramientas en estas áreas.

- *Los datos de costeo que utilizan actualmente las herramientas analíticas incluyen costos anteriores a la prestación.* Estos costos, como aquellos relacionados con la cadena de suministros, la administración y gestión del sistema de salud, la capacitación al personal y creación de capacidad, costos transaccionales de la redistribución de fondos, la planificación y coordinación, entre otros, son incluidos en los costos unitarios de manera inconsistente (si es que se los incluye). Como resultado, no es posible tomar la asignación de fondos de un modelo y aplicarla directamente al presupuesto de un sistema de salud, en especial si el costeo basado en actividades constituye la base del cálculo de costos y de la creación de presupuestos. Uno de los motivos de esta inconsistencia es que estos costos no suelen estar bien documentados; otro motivo es que mayormente no se cuenta con evidencia sobre el impacto que tienen estas actividades en los servicios de salud.²⁰
- *Los datos de costeo que utilizan estas herramientas, por lo general, presuponen la existencia de una relación lineal entre los costos y la cobertura.* La mayoría de las herramientas analíticas estiman el costo de introducir nuevas intervenciones o de ampliar su cobertura sobre la base de costos unitarios. La limitación más importante de este enfoque es que generalmente se presupone que la relación entre los costos y la cobertura es lineal ($\text{costo unitario} \times \text{cantidad} = \text{costo total}$). Se requieren funciones de costos que incluyan costos marginales no lineales para poder incorporar los costos de inicio, las economías de alcance y de escala y los cambios en los costos marginales de la prestación de servicios a lo largo del tiempo.
- *Transformar las recomendaciones sobre asignaciones de fondos específicas destinadas a determinados servicios de salud en prioridades de gasto reales dentro de un contexto de sistemas de salud no es una tarea fácil ni tampoco evidente, y por*

lo tanto, es necesario desentrañar estos esfuerzos. La modelación puede utilizarse para priorizar intervenciones de salud al indicar qué intervenciones deberían financiarse y en qué medida. Sin embargo, transformar estas asignaciones en fondos reales (presupuestos anuales) en el marco de la estructura existente para el financiamiento del sistema de salud no resulta sencillo por dos razones. En primer lugar, por lo general, la financiación en esta área no se asigna individualmente por servicio de salud, sino que en función de uno o más de los seis componentes del sistema de salud definidos por la OMS.²¹ En segundo lugar, la priorización se da en distintos niveles y para distintos propósitos, que van desde la decisión del cliente de acceder a un servicio hasta el modo en el que podrían acceder a este y desde las decisiones que toma el proveedor acerca de qué servicios prestar hasta las decisiones de los ministerios de salud respecto de qué servicios se deben priorizar y cómo asignar los fondos en este sector. Es necesario realizar más investigaciones para analizar estos diversos aspectos complejos de la priorización en cuanto a los usuarios de servicios (clientes), los prestadores y las instituciones que gestionan y regulan los sistemas de salud, a fin de identificar cómo y en qué medida influyen en el desarrollo de los diferentes componentes del sistema de salud y la asignación de fondos, en comparación con la asignación a una determinada cantidad de servicios de salud específicos. Una alternativa sería utilizar los resultados de las herramientas de optimización para determinar qué servicios son asequibles, teniendo en cuenta los límites presupuestarios establecidos y la financiación ideal para medicamentos y personal de salud, u otros componentes del sistema para los cuales la asignación no resulta tan compleja al establecer prioridades de financiación separadas (y por lo tanto, partidas presupuestarias). El Cuadro 1 muestra esta desconexión junto con los desafíos asociados a esta en materia de asignación.

CUADRO 1. Desafíos de la asignación al utilizar modelos de optimización

		Componentes del sistema de salud que podrían influir en la priorización					
		Liderazgo y gobernanza	Sistemas de información de la salud	Financiación de la salud	Productos y tecnologías esenciales	Prestación de servicios de salud	Recursos humanos en salud
Actores del sistema de salud	Preguntas y decisiones típicas de la priorización	Servicios de salud: Pruebas de VIH, servicios de nutrición, servicios de salud materno-infantil, servicios de enfermedades no transmisibles, entre otros. Prioridades y financiamiento para estos servicios					
Cientes (usuarios de servicios de salud)	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Necesito este servicio? ■ ¿Quiero acudir a un centro para recibir este servicio? ■ ¿Qué otros servicios necesito? ■ ¿Me servirá este servicio? ■ ¿Qué puedo hacer para mejorar mi salud y prevenir enfermedades? ■ ¿Puedo costear el acceso a este servicio de salud? ■ ¿Puedo costear los medicamentos que necesito? 				Acceso y uso de medicamentos y tecnologías	Demanda, acceso y uso de servicios de salud	
Prestadores de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué tipo de servicios de salud necesita el cliente? ■ ¿Tengo permitido proporcionar este servicio de salud? ■ ¿Cómo se financiará la prestación de este servicio? ■ ¿Cuento con las tecnologías necesarias para prestar este servicio? ■ ¿Quiero ofrecer este servicio? ■ ¿Qué datos del cliente debo registrar? ■ ¿Son importantes estos datos? ■ ¿Me pagan lo suficiente? ¿Quiero prestar este servicio? 		Demanda, acceso y uso de servicios de salud	Asequibilidad y acceso	Demanda, uso y aplicación de medicamentos y tecnologías	Calidad y prestación de los servicios de salud	Recursos humanos para la promoción de la salud y discernimiento
Reguladores y "gerentes" del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué sistemas de información necesitamos? ■ ¿Cuántas tecnologías y de qué tipo deberían ser distribuidas y adónde? ■ ¿Qué tipo de servicios de salud deberían proporcionarse y en dónde? ■ ¿Cómo se financiará? ■ ¿Qué recursos humanos necesito para la atención en salud? ■ ¿Qué formación debería tener el personal de salud? ■ ¿Qué sistema de información sobre salud e infraestructura se necesita? 	Gobernanza y rendición de cuentas de los responsables del sistema de salud	Diseño del sistema de información Uso de datos para una mejor toma de decisiones	Estructura del financiamiento de la salud Cantidad de fondos disponibles Asignación de recursos a programas específicos	Creación de una lista de medicamentos esenciales Decisiones sobre la aplicación y disponibilidad de nuevas tecnologías en salud	Arquitectura de los servicios de salud (quién puede brindar qué servicios)	Categorías de los trabajadores de la salud Ubicación de los trabajadores de la salud Educación de los trabajadores de la salud Motivación de los trabajadores de la salud

Fuente: Autores

- *Las herramientas analíticas aún no pueden responder a ciertas expectativas (poco realistas) de algunos actores de interés que buscan que los resultados puedan incorporarse directamente al presupuesto anual: continúa siendo necesario que los resultados analíticos puedan “traducirse” en prioridades de programas y presupuestos anuales detallados.* Si bien los resultados analíticos (cuánto se debe gastar y en qué servicios de salud) son útiles, no pueden utilizarse directamente para fines presupuestarios. Comúnmente, los resultados de un modelo indican en qué servicios se debe invertir más y en cuáles se debe invertir menos. Estos pueden utilizarse para establecer prioridades en cuanto a la asignación de recursos (y para la inclusión de servicios en un PBS). Sin embargo, el nivel de financiación absoluto para los servicios de salud individuales, tal como lo sugiere el análisis, no puede trasladarse directamente al presupuesto anual basado en actividades.
- *Debido a que los servicios de salud están cada vez más integrados, se tornará cada vez más complejo utilizar herramientas analíticas para establecer prioridades de financiación en torno a los servicios de salud de manera individual.* Si una persona visita a un profesional de salud y recibe, por ejemplo, medicamentos para el VIH, condones y suplementos nutricionales, esta persona recibiría entonces tres servicios de salud diferentes en una misma visita. Calcular el costo de esos servicios individualmente (lo cual es necesario para optimizar la asignación de fondos de estos servicios de manera individual) implica analizar por separado los costos relacionados con el personal, medicamentos, productos básicos y otros insumos, y determinar el costo unitario (o función de costo) de prestar estos servicios. Dado que las personas exigen recibir una atención más integral en lugar de dirigirse a distintos proveedores para acceder a diferentes servicios, modelar la asignación de recursos optimizada para los servicios individuales del PBS se vuelve un desafío aún mayor.
- *Las herramientas analíticas no suelen considerar las restricciones impuestas por distintas fuentes de financiación.* En los PIBM, normalmente el financiamiento en salud proviene de múltiples fuentes. La asistencia al desarrollo para la salud muchas veces viene acompañada de restricciones sobre cómo debe ser utilizada. Debido a que esta asistencia no suele estar en la misma moneda que la del país de destino y que además conlleva una serie de restricciones, es probable que no sea conveniente tomar decisiones respecto de qué partes del sistema de salud deberían financiarse mediante la asistencia al desarrollo en dólares sobre la base de servicios específicos, sino más bien en función de los componentes del sistema de salud. Para este tipo de decisiones incluso podría ser necesario incluir consideraciones macroeconómicas: por ejemplo, si un país en desarrollo debe realizar la compra de medicamentos para el VIH en un mercado de dólares americanos, a raíz de que existen solo unos pocos proveedores a nivel mundial, entonces tendría sentido que la asistencia al desarrollo esté dirigida especialmente a estos tipos de compra específicos dentro del sistema de salud.
- *Todos los enfoques cuantitativos para la priorización en la CUS y los PBS constituyen esfuerzos centrados en la oferta y no en las personas, en el sentido de que en estos modelos no se definen ni tampoco se cuantifican de manera explícita las elecciones de los usuarios:* Los métodos analíticos disponibles consideran a los clientes como “usuarios” del sistema de salud y al sistema en sí mismo como el “proveedor”. Los métodos de análisis para la priorización en el marco de

la CUS respaldan este constructo, puesto que mayormente expresan los resultados de estos esfuerzos en términos de asignaciones de fondos o impactos del lado de la oferta. Por lo tanto, a pesar de que la priorización deba llevarse a cabo teniendo en cuenta los tres niveles del sistema de salud (usuarios, proveedores y reguladores/gerentes —véase el Cuadro 1), actualmente los esfuerzos analíticos se centran solo en el nivel del regulador. Otros aspectos que no se consideran aún o que no han sido modelados y que, por lo tanto, no pueden priorizarse son los esfuerzos que realizan los proveedores para priorizar a los clientes y los que realizan los clientes para gestionar y mejorar su salud, como por ejemplo cuando los clientes deciden cambiar sus hábitos alimenticios o utilizar podómetros con el objetivo de mejorar su salud.

- *La mayoría de los modelos analíticos actuales se centra en la priorización de servicios de salud, por ejemplo, para determinar qué se debería incluir en un PBS. No obstante, muy pocos fueron diseñados para ayudar a los países a tomar decisiones respecto de las modalidades de prestación para estos servicios. Por ejemplo, en un país con una carga de enfermedad del VIH elevada, priorizar los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH podría ser un resultado anticipado del proceso de priorización. Si se supiera que menos de la mitad del 50 por ciento de las personas que viven con VIH han sido diagnosticadas, se podría llegar a la conclusión de que el diagnóstico del VIH es importante. Sin embargo, las decisiones en torno a cómo se debería llevar a cabo este diagnóstico (pruebas de VIH en el hogar, pruebas iniciadas por el proveedor, autodiagnóstico o asesoramiento y diagnóstico voluntario) por lo general no se toman sobre la base de evidencia, modelos o procesos de priorización, a pesar de que estas decisiones sean igualmente*

importantes que la optimización de primer nivel (priorización del diagnóstico de VIH). Dado que las diferentes modalidades de prestación tienen distintos costos asociados y rendimientos cuantificables (proporción de personas recién diagnosticadas), los modelos analíticos podrían ayudar a llevar a cabo este “segundo nivel” de priorización.

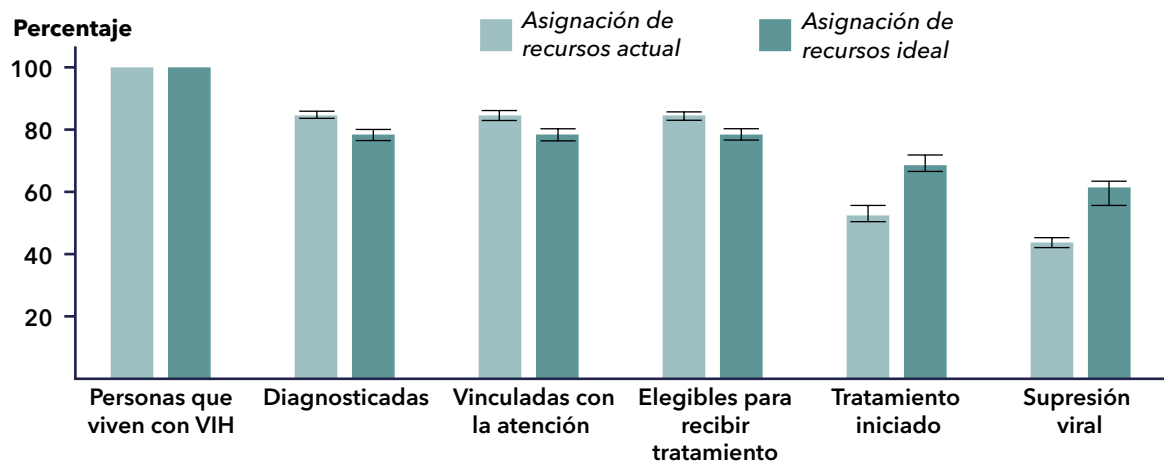
- *Las herramientas de modelación no suelen utilizarse para ayudar a determinar a qué intervenciones se le debería dar prioridad a fin de minimizar las “pérdidas” en el continuo de la atención. Cabe señalar que se puede extender el concepto de segundo nivel de priorización a todo el proceso de implementación, es decir, contemplando la evolución a partir de la cantidad de personas que presentan la enfermedad, el porcentaje de personas diagnosticadas, el porcentaje de personas que han iniciado tratamiento y la cantidad de personas que han completado o reciben tratamiento. En un país como Sudáfrica que presenta una carga de enfermedad del VIH elevada, se ha definido a esta condición de salud como una prioridad importante. Aun así, se producen pérdidas significativas en la cascada de tratamiento del VIH de este país (tal como lo muestran las barras grises del Gráfico 6).²² En una evaluación en Sudáfrica se identificaron 31 intervenciones que podrían prevenir estas pérdidas y se utilizó un modelo de optimización para priorizar a estas 31 intervenciones de acuerdo con el presupuesto establecido. En el Gráfico 6 (barras color azul), se puede observar cómo la optimización para estas 31 intervenciones ayuda a reducir considerablemente el número de pérdidas en la cascada de tratamiento del VIH en Sudáfrica, al redistribuir la misma cantidad de recursos y destinarlos a los servicios de mayor impacto. Fue posible minimizar las pérdidas priorizando las intervenciones más costo-efectivas,*

en particular, el asesoramiento para un inicio de tratamiento rápido, en contraposición al modelo de asesoramiento tradicional. Asimismo, se debería priorizar el apoyo para la adherencia al tratamiento para quienes reciben TAR haciendo hincapié en los servicios de mensajes de texto y en un mejor asesoramiento sobre la adherencia, implementados por consejeros no profesionales. También deberían priorizarse la prestación descentralizada y los servicios de grupos de adherencia para la distribución del tratamiento para aquellas personas elegibles que viven con el VIH.

Más allá de las herramientas analíticas, los países deben centrarse en responder a los desafíos que presenta la capacidad de implementación e incorporación de servicios de salud en su país. Tal como señalan Kalipso Chalkidou y colegas, “la implementación sin priorización es tan perjudicial como la priorización sin implementación”.²³ Aun así, para lograr una implementación de máxima calidad, se necesitará más que los resultados de una

modelación. Un informe reciente de la OMS revisado por la revista médica *The Lancet* reveló que por cada USD 100 disponibles para gasto público en África, en promedio, se asignan USD 16 a la salud, de los cuales solo se invierten USD 10 y se destinan menos de USD 4 a los servicios de salud adecuados.²⁴ Si bien cada país debería definir su propio plan esencial de salud pública y servicios clínicos teniendo en cuenta la costo-efectividad, las condiciones epidemiológicas, las preferencias políticas y el ingreso nacional a la hora de tomar estas decisiones;²⁵ por cuestiones de equidad, la prioridad de financiación más importante debería ser la atención primaria y no los niveles superiores de atención en salud (que por lo general utilizan las personas con mayores ingresos). Desafortunadamente, en África, la mayor parte de los presupuestos de salud se suele asignar a una amplia gama de servicios de atención especializada y, como resultado, aumenta la brecha de equidad.²⁶ Es necesario poder superar los desafíos relacionados con aspectos financieros, institucionales y políticos, y aquellos relativos a la gobernanza y la prestación de servicios (tanto en términos de calidad como de modalidades

GRÁFICO 6. Estimación de la atención y cascada de tratamiento del VIH actual en Sudáfrica y estimación de la cascada potencial optimizada



Fuente: Stuart y otros (próximo a publicarse).

de prestación), además de afrontar los obstáculos estructurales para la salud y revisar el marco legal y de políticas que la rigen.²⁷ Otros mecanismos de cambio son los incentivos en torno a las consultas médicas y el modo en el que se llevan a cabo.²⁸ Sin lugar a dudas, cambiar el proceso de priorización vigente puede crear conflicto, especialmente porque esto podría suponer una reducción en el acceso a algunos servicios. No obstante, las oportunidades potenciales para mejorar la salud y el bienestar de las personas y de la población pueden alcanzarse mediante la adopción de mejores decisiones de priorización basadas en cálculos racionales que consideren conjuntamente toda la evidencia, objetivos y limitaciones.

Referencias

- Avenir Health. 2012. "OneHealth Tool: Technical Notes 2012." Glastonbury, CT: Avenir Health. www.avenirhealth.org/software-onehealth. ———. 2015. "Spectrum Suite." Glastonbury, CT: Avenir Health. www.avenirhealth.org/software-spectrum.php.
- Brownlee, Shannon, Kalipso Chalkidou, Jenny Doust, Adam G. Elshaug, Paul Glasziou, Iona Heath, Somil Nagpal, et al. 2017. "Evidence for Overuse of Medical Services around the World." *The Lancet* (published online ahead of print). doi:10.1016/S0140-6736(16)32585-5.
- Chalkidou, Kalipso, Amanda Glassman, Robert Marten, Jeanette Vega, Yot Teerawattananon, Nattha Tritasavit, Martha Gyansa-Lutterodt, et al. 2016. "Priority-Setting for Achieving Universal Health Coverage." *Bulletin of the World Health Organization* 94 (6): 462–67. doi:10.2471/BLT.15.155721.
- Chiu, Calvin, Leigh F. Johnson, Lise Jamieson, Bruce A. Larson, and Gesine Meyer-Rath. 2017. "Designing an Optimal HIV Programme for South Africa: Does the Optimal Package Change When Diminishing Returns Are Considered?" *BMC Public Health* 17: 143. doi:10.1186/s12889-017-4023-3.
- Clift, Jack, Daniel Arias, Michael Chaitkin, Meghan O'Connell, Arjun Vasan, Teresa Guthrie, Stephen Resch, et al. 2016. *Landscape Study of the Cost, Impact, and Efficiency of Above Service Delivery Activities in HIV and Other Programs*. Washington, DC: Results for Development Institute. www.r4d.org/sites/results-fordevelopment.org/files/resources/R4D_ServDeliveryLandscaping_Final-0816_web.pdf.
- Elshaug, Adam G., Meredith B. Rosenthal, John N. Lavis, Shannon Brownlee, Harald Schmidt, Somil Nagpal, Peter Littlejohns, et al. 2017. "Levers for Addressing Medical Underuse and Overuse: Achieving High Value Health Care." *The Lancet* (published online ahead of print). doi:10.1016/S0140-6736(16)32586-7.
- Evans, Timothy G., and Toomas Palu. 2016. "Setting Priorities, Building Prosperity through Universal Health Coverage." *Health Systems and Reform* 2 (1): 21–22. doi:10.1080/23288604.2016.1125265.
- Fried, Susana T., Atif Khurshid, Dudley Tarlton, Douglas Webb, Sonia Gloss, Claudia Paz, and Tamara Stanley. 2013. "Universal Health Coverage: Necessary but Not Sufficient." *Reproductive Health Matters* 21 (42): 50–60. doi:10.1016/S0968-8080(13)42739-8.
- Fraser, Nicole, Clemens Benedikt, Michael Obst, Emi Masaki, Marelize Görgens, Robyn Stuart, Andrew Shattock, et al. 2014. *Sudan's HIV Response: Value for Money in a Low-Level HIV Epidemic*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/21104>.
- Glassman, Amanda, Ursula Giedion, Yuna Sakuma, and Peter C. Smith. 2016. "Defining a Health Benefits Package: What Are the Necessary Processes?" *Health Systems and Reform* 2 (1): 39–50. doi:10.1080/23288604.2016.1124171.
- Glasziou, Paul, Sharon Straus, Shannon Brownlee, Lyndal Trevena, Leonila Dans, Gordon Guyatt, Adam G. Elshaug, et al. 2017. "Evidence for Underuse of Effective Medical Services around the World." *The Lancet* (published online ahead of print). doi:10.1016/S0140-6736(16)30946-1.
- The Health Foundation. n.d. "Star: Socio-Technical Allocation of Resources." London: The Health Foundation/London School of Economics Department of Management. www.health.org.uk/sites/health/files/Star%20facilitator%20guidance.pdf.
- Kleinert, Sabine, and Richard Horton. 2017. "From Universal Health Coverage to Right Care for Health." *The Lancet* (published online ahead of print). doi:10.1016/S0140-6736(16)32588-0.
- Prince Mahidol Award Conference (PMAC). 2016. "Draft Bangkok Statement on Priority-Setting for Universal Health Coverage." PMAC, Bangkok, January 29–31. www.pmaconference.mahidol.ac.th/index.php?option=com_content&view=article&id=758&Itemid=216.

- Reich, Michael R. 2016. "Introduction to the PMAC 2016 Special Issue: 'Priority Setting for Universal Health Coverage.'" *Health Systems and Reform* 2 (1): 1–4. doi:10.1080/23288604.2016.1125258
- Stuart, Robyn. Andrew Shattock, Nicoel Fraser-Hurt, Marelize Görgens, David P Wilson. 2017. "Optimizing Resources across Service Delivery Models to Improve the HIV Care and Treatment Cascade in South Africa" (submitted for publication).
- VanderWeele, Tyler J. 2017. "Outcome-wide Epidemiology." *Epidemiology* 28 (3): 399–402. doi:10.1097/EDE.0000000000000641
- World Bank. 2015a. *A Case Study on How Allocative Efficiency Analysis Supported by Mathematical Modeling Changed HIV Investment in Sudan*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/24989>.
- . 2015b. "The Optima Model." Washington, DC: World Bank. www.optimamodel.com.
- . 2016. *Integration of HIV into the National Social Health Insurance Program (JKN) in Indonesia: Policy Note*. Washington, DC: World Bank.
- World Health Organization (WHO). 1999. *The World Health Report 1999: Making a Difference*. Geneva: WHO. www.who.int/whr/1999/en/.
- . 2010. *Components of a Well Functioning Health System*. Geneva: WHO. www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf?ua=1.
- . 2015. *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*. Geneva: WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1.
- . 2016. *Public Financing for Health in Africa: From Abuja to the SDGs*. Geneva: WHO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249527/1/WHO-HISH-GF-Tech.Report-16.2-eng.pdf>.
- The Lancet Global Health. 2016. "Financing for Health: Where There's a Will." *Lancet Global Health* 4 (10): e663. doi:10.1016/S2214-109X(16)30226-1.
3. WHO (2015, p. 1). Other definitions of UHC have suggested that this should encompass the entire gamut of health services—promotive, preventive, curative, rehabilitative, and palliative—and that such services need to be of sufficient quality to be effective.
 4. Glassman and others (2016, p. 39).
 5. WHO (2015).
 6. PMAC (2016).
 7. Chalkidou and others (2016).
 8. Avenir Health (2015).
 9. Avenir Health (2012).
 10. World Bank (2015b).
 11. Fraser and others (2014).
 12. Fraser and others (2014), and World Bank (2015a).
 13. Fuente: World Bank (2015a).
 14. Ibid.
 15. Chiu and others (2017).
 16. HIV comprehensive services include HIV counseling and testing, lab tests and treatment for sexually transmitted infections, diagnostic tests for pre-ART, ART, side effect treatments, and prevention of mother-to-child transmission. See World Bank (2016).
 17. Evans and Palu (2016, p. 21).
 18. VanderWeele (2017).
 19. The Health Foundation (n.d.).
 20. Clift and others (2016).
 21. WHO (2010).
 22. Stuart and others (forthcoming).
 23. Chalkidou and others (2016).
 24. The Lancet Global Health (2016).
 25. WHO (1999).
 26. WHO (2016).
 27. Fried and others (2013).
 28. Elshaug and others (2017).

Notas finales

1. Chalkidou and others (2016), for the 2016 Prince Mahidol Awards Conference.
2. On underuse, see Glasziou and others (2017); on overuse, see Brownlee and others (2017); for a general overview, see Kleinert and Horton (2017).

CAPÍTULO 11

¿Fuentes confiables?

Producción, selección e implementación de evidencia para informar el plan de beneficios en salud

Neil Hawkins
Robert Heggie
Olivia Wu

En pocas palabras: ¿Un plan de beneficios en salud es costo-efectivo? Para responder este interrogante, es necesario consultar la evidencia disponible, así como también evaluar su aplicabilidad, precisión, y validez interna y externa.

Los responsables de tomar decisiones deben definir, sobre la base de la evidencia disponible en ese momento, qué intervenciones incluir en un plan de beneficios en salud (PBS). Posiblemente también deban decidir si es necesario llevar a cabo o financiar nuevas investigaciones. Asimismo, las evaluaciones económicas cuantitativas pueden facilitar este proceso de toma de decisiones. El desafío consiste en llevar a cabo evaluaciones que sean útiles a pesar de las limitaciones habituales en la disponibilidad de información y recursos para realizar análisis. En este sentido, es crucial hacer un uso más eficiente de los datos disponibles y no fijar estándares de evidencia poco realistas que impiden que los encargados de tomar estas decisiones cuenten con evidencia útil.

Desafortunadamente, la mayoría de las herramientas de evaluación de evidencia que se han publicado tienden a centrarse en la evaluación de la

validez interna de estudios individuales sin considerar su potencial aporte en el contexto de un análisis de decisión determinado. Debido a que el número de estudios que poseen una relevancia directa suele ser limitado en países de ingresos bajos y medios (PIBM), es fundamental que los investigadores no descarten elementos individuales de evidencia simplemente porque existen ciertas inquietudes sobre su validez interna.

Este capítulo analiza los principios que guían la selección y síntesis de evidencia en análisis de costo-efectividad (ACE), cuyo objetivo es informar el desarrollo de PBS en PIBM. Una gran cantidad de guías de evaluación de tecnologías en salud recomienda incluir en los ACE toda la información *relevante*.¹ Por ejemplo, el “Gates Reference Case” (Caso de Referencia Gates), que se diseñó como parte del proyecto sobre métodos de evaluación

económica *Methods for Economic Evaluation Project* financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates, establece, como principio, que las evaluaciones económicas “deberían considerar toda la información disponible relevante al problema de decisión”.² También recomienda la adopción de un enfoque sistemático y transparente a fin de obtener y utilizar esta evidencia. Tomando como punto de partida esta recomendación, este capítulo analiza el concepto de evidencia relevante, su selección y utilización; y hace hincapié en el uso de la evidencia en los ACE como un componente fundamental del proceso de diseño de un PBS.

Este capítulo está dividido en cuatro secciones. La primera sección explica cómo se utiliza la evidencia en los ACE y proporciona un contexto para las secciones restantes. En la segunda sección se describen tres conceptos clave (sesgo, precisión y relevancia de la evidencia) que sustentan el uso apropiado de los datos. La tercera sección analiza cuál es la mejor forma de identificar y seleccionar datos para su posterior inclusión en los ACE y, por último, la cuarta sección aborda la función que desempeñan los análisis de sensibilidad.

Síntesis de evidencia en los análisis de costo-efectividad

Los ACE sintetizan la evidencia para brindar estimaciones del promedio de los costos y efectos incrementales relacionados con las alternativas de tratamiento. Estas estimaciones se utilizan para calcular razones de costo-efectividad incremental (RCEI).³ Las RCEI reflejan el costo de oportunidad asociado con la decisión de incluir una alternativa determinada en un PBS, lo que ayuda a los responsables de tomar decisiones a diseñar planes que maximicen la eficiencia productiva.⁴

Asimismo, por lo general, es importante brindar información sobre el costo total que implica

financiar un tratamiento o su “impacto presupuestario”.⁵ Este cálculo permite que los encargados de tomar decisiones evalúen si un tratamiento es “asequible” y analicen el efecto que podría tener en el presupuesto restante para otros tratamientos.⁶ También ofrece un indicio de si la financiación de un tratamiento podría cambiar el umbral aceptable. En la práctica, la financiación de un tratamiento con un impacto presupuestario alto reducirá el umbral aceptable para el resto de los tratamientos.⁷ Adicionalmente, calcular el impacto presupuestario ayuda a los responsables de la toma de decisiones a evaluar el costo de oportunidad que conlleva financiar una tecnología en particular. Por último, además de considerar el promedio de los costos y efectos incrementales, es necesario proporcionar información sobre la incertidumbre que presentan estas estimaciones. Estas estimaciones de la incertidumbre son importantes, debido a que posiblemente los responsables de tomar decisiones no sean indiferentes al riesgo⁸ o a que podría ser necesario que identifiquen el valor de reducir la incertidumbre y llevar a cabo investigaciones en el futuro.⁹

Por lo general, las estimaciones de los costos y efectos incrementales y del impacto presupuestario se obtienen de la síntesis de evidencia que se realiza en un análisis basado en ensayos o en un modelo de análisis de decisión.¹⁰ En los análisis basados en ensayos clínicos, las estimaciones de los costos y efectos incrementales se calculan a partir de las relaciones entre la elección del tratamiento y los parámetros finales que se observan *de manera directa* en los ensayos clínicos. Si bien existen algunos ejemplos de metaanálisis de estimaciones de costo-efectividad, los análisis basados en ensayos suelen realizarse a partir de un único ensayo.¹¹

Por otra parte, en los análisis basados en modelos, las estimaciones de costos y efectos incrementales se calculan partiendo de relaciones *indirectas* mediadas por uno o más parámetros intermedios. El “modelo” combina los efectos previstos de la elección

del tratamiento en los parámetros intermedios y las relaciones estimadas entre estos parámetros y los parámetros de los costos y efectos de la decisión final. Por lo general, las relaciones entre la elección del tratamiento y los parámetros intermedios se calculan en función de las relaciones que se observan en los ensayos clínicos, ya sea en ensayos individuales o metaanálisis que incluyen múltiples ensayos. Las relaciones entre los parámetros intermedios, y entre estos parámetros y el promedio de costos y efectos, pueden estimarse a partir de una variedad de fuentes que incluyen información de ensayos clínicos, investigaciones observacionales e incluso la opinión clínica.¹²

En cierto modo, el modelo de costo-efectividad sintetiza la evidencia disponible a fin de recrear un ensayo aleatorizado controlado ideal. Este ensayo incluiría pacientes que son representativos de la población clínica objetivo, compararía todas las estrategias de tratamiento objetivo, incluiría evaluaciones de los parámetros de la decisión final y ofrecería estimaciones insesgadas sobre la base de la comparación aleatorizada. El modelo de costo-efectividad intenta recrear este ensayo ideal sintetizando la evidencia disponible. Por su parte, esta síntesis permite realizar una serie de extrapolaciones desde parámetros subrogados a parámetros finales, más allá de los horizontes de tiempo de los estudios y de las comparaciones de los ensayos disponibles. Esta síntesis puede realizarse para corregir los sesgos conocidos e incrementar la precisión al obtener mayor solidez a partir de metaanálisis de múltiples ensayos.

La evidencia sintetizada en el modelo de costo-efectividad puede provenir de una variedad de fuentes, incluyendo ensayos experimentales, investigaciones observacionales y opiniones de expertos. Estos datos pueden brindar información sobre la epidemiología de la condición y el tratamiento, la efectividad del tratamiento de referencia, la efectividad relativa a otros tratamientos de comparación, el valor de los resultados del tratamiento y las estimaciones

de la utilización de recursos y los costos unitarios. La evidencia ayuda a perfeccionar el problema de decisión, seleccionar una estructura adecuada para el modelo predictivo y obtener estimaciones de los parámetros. Se pueden utilizar elementos individuales de evidencia para calcular los parámetros específicos del tratamiento que describen los efectos relativos de este; los parámetros que no son específicos del tratamiento que dan cuenta de las relaciones entre variables modeladas; los parámetros que explican la calidad de vida o utilidades relacionadas con el estado de salud; y por último, los parámetros que describen los costos y la utilización de recursos.

Conceptos clave para la selección de la evidencia

En términos generales, el objetivo de un ACE es mejorar el estado del conocimiento en relación con la selección adecuada de tratamientos. El conocimiento puede definirse como creencia verdadera justificada.¹³ En el caso de los ACE, esta justificación proviene de la creencia en la precisión de las estimaciones que se obtienen del modelo de costo-efectividad, precisión que a su vez depende tanto de la validez de la estructura del modelo, como de la precisión de las estimaciones de los parámetros que incluye dicho modelo.

La precisión de las estimaciones de los parámetros se puede describir en términos de sesgo y precisión. La precisión constituye la variación esperada entre los valores estimados a partir de la muestra actual y el valor que se obtendría de una muestra infinitamente grande. La precisión de una estimación puede incrementarse aumentando los tamaños de la muestra de los estudios de base. El sesgo, por otra parte, es la diferencia entre los valores estimados y los valores reales de un parámetro que se mantendrían si la muestra fuera infinitamente grande (y no hubiera ningún error de muestreo). Si un estudio no muestra

sesgo, la estimación coincidirá con el valor real de un parámetro a medida que aumente el tamaño de la muestra. No obstante, si el estudio presenta algún sesgo, la estimación coincidirá con el valor sesgado. Se puede medir la precisión de la estimación de un parámetro en función de los datos observados, los supuestos respecto de las propiedades estadísticas de la muestra y el tamaño de esta. Cabe destacar que las estimaciones del sesgo suelen basarse en creencias previas.

Los informes respecto de la validez o calidad de un estudio reflejan las creencias sobre la potencial magnitud del sesgo en las estimaciones que se obtienen a partir de este. Se considera que los estudios válidos brindan estimaciones que *relativamente* no poseen ningún sesgo. La validez de los estudios puede dividirse en validez interna —¿el estudio responde a la(s) pregunta(s) para las que se lo diseñó?— y validez externa —¿el estudio responde a el (los) interrogante(s) de interés?—. A su vez, la validez externa puede dividirse en validez poblacional —¿la población del estudio puede generalizarse a la población real?— y validez ecológica —¿los materiales, métodos y contexto del estudio pueden generalizarse al contexto real?—.

Estos conceptos de validez interna y externa se pueden relacionar con los conceptos de eficacia (el grado en el que una intervención produce más beneficios que perjuicios cuando se presta en circunstancias ideales) y efectividad (la medida en la que una intervención produce más beneficios que perjuicios cuando se brinda en circunstancias reales). Los estudios que poseen una validez interna alta pero una validez externa baja ofrecen estimaciones de eficacia, mientras que los estudios que poseen validez interna y externa altas brindan estimaciones de efectividad. Se podría afirmar que los estudios con validez interna baja ofrecen poca información útil.

Los conceptos de sesgo y precisión se emplean para determinar la relevancia de un elemento de evidencia. De acuerdo con una definición legal, la

evidencia es relevante si hace que un hecho sea más o menos probable de lo que sería sin dicha evidencia; y si el hecho es importante.¹⁴ Mientras que en el contexto del ACE, la evidencia es relevante si puede cambiar la estimación de un parámetro, la definición del problema de decisión o la selección de la estructura del modelo, y si el cambio resultante puede modificar la decisión final.

Problemas prácticos en la selección y síntesis de evidencia

Es relativamente fácil determinar si un elemento de evidencia puede influir en la estimación de un parámetro. Sin embargo, es difícil definir, *a priori*, si la inclusión o exclusión de un elemento de evidencia específico modificará la decisión final. Por consiguiente, la posibilidad de omitir elementos de evidencia, ya sea de manera inadvertida o intencional, suele ser un motivo de preocupación para los responsables de la toma de decisiones, dado que esta omisión podría alterar la decisión final.

Idealmente, se debe identificar toda la evidencia que podría utilizarse para informar el modelo y luego realizar una selección final a partir de este conjunto. En consecuencia, es posible que los responsables de la toma de decisiones soliciten la realización de revisiones sistemáticas para identificar la evidencia relevante. El alcance de estas revisiones se determinará en función de juicios *a priori* sobre qué tipos de evidencia relevante estarán disponibles con mayor probabilidad y serán más adecuados para informar el proceso de toma de decisiones, y también sobre los recursos disponibles para la recuperación y síntesis de información.

Identificación de la evidencia

El alcance de una búsqueda se define en términos de los métodos que se utilizan para realizarla y

las características de los elementos de evidencia o estudios que esta pretende identificar. Respecto de los métodos, las búsquedas pueden ser revisiones sistemáticas formales¹⁵ que se llevan a cabo para identificar todos los estudios que concuerdan con los criterios definidos de una manera reproducible, o pueden ser técnicas como *pearl growing*¹⁶ y bola de nieve que se utilizan para mejorar la eficiencia. Los estudios objetivo pueden definirse en términos de diseño, ubicación, población, intervención, comparadores y resultados. Por otro lado, los diseños del estudio objetivo dependerán del interrogante específico que la evidencia intenta abordar, de la posible disponibilidad de diferentes tipos de estudios y de los sesgos previstos asociados a estos.

Por ejemplo, podría ser posible que una búsqueda de evidencia cuyo objetivo es informar las estimaciones del efecto relativo de un tratamiento incluya estudios realizados en distintos lugares, pero podría limitarse a ensayos clínicos controlados y aleatorizados publicados en inglés. Una búsqueda de evidencia que se realiza para informar estimaciones de costos podría incluir cualquier diseño de estudio, pero podría limitarse a estudios llevados a cabo a nivel local. Por el contrario, las investigaciones observacionales pueden utilizarse para brindar estimaciones de la respuesta a un tratamiento de referencia y de los parámetros epidemiológicos. Un aspecto importante para tener en cuenta es que cuando se busquen estudios “locales”, se incluyan estudios publicados en los idiomas relevantes.

Las búsquedas pueden ser iterativas, es decir, que podrían ampliarse en caso de que no se hayan identificado suficientes estudios en las iteraciones previas o en caso de que existan dudas sobre la presencia de sesgos en el estudio. Por ejemplo, durante la fase inicial, la búsqueda de estudios cuyo objetivo es informar las estimaciones del efecto relativo de un tratamiento podría restringirse a ensayos aleatorizados controlados y luego ampliarse para incluir investigaciones observacionales.

Selección de evidencia

Después de identificar el primer conjunto de evidencia posible, el siguiente paso sería determinar qué elementos de evidencia se deberían incluir en el análisis. Sin embargo, es posible que los objetivos de maximizar la precisión y minimizar el sesgo sean incompatibles. En general, se seleccionan aquellos estudios que minimizan el sesgo en las estimaciones finales; por ejemplo, al limitar las consideraciones de la investigación a estudios locales o ensayos aleatorizados. No obstante, esta línea de acción podría disminuir la cantidad de estudios disponibles, lo que a su vez, podría reducir la precisión. En ciertas circunstancias, especialmente cuando se conoce la posible orientación del sesgo, se recomienda una estimación precisa pero sesgada en lugar de una estimación poco precisa que no presente ningún sesgo. Por ejemplo, al estimar la costo-efectividad de enfermedades infecciosas, puede ser mejor utilizar una estimación estática sesgada pero más precisa que una estimación dinámica con menor sesgo cuando la intervención se clasifica como costo-efectiva según el análisis estático y se considera que los efectos sobre la transmisión generan mejoras en la costo-efectividad.¹⁷

Se han diseñado una variedad de herramientas para evaluar la “calidad” del estudio o el riesgo de sesgo que facilitan la selección de evidencia. La mayoría de estas se centran en la validez interna del estudio, a excepción de la herramienta EVAT (External Validity Assessment Tool). Es comprensible esta diferencia, puesto que resulta relativamente sencillo definir criterios objetivos de evaluación relacionados con el diseño y ejecución del estudio; mientras que la validez externa depende del contexto y además requiere juicios para evaluar las diferencias de impacto potencial entre las poblaciones de estudio y las poblaciones clínicas. No obstante, al seleccionar evidencia es fundamental considerar la precisión y la validez interna y externa. Los investigadores deberían considerar los siguientes aspectos:

1. Zona geográfica con la que se relaciona la evidencia
2. Validez interna
3. Validez externa
4. Probabilidad de que se haya identificado toda la evidencia relevante
5. Viabilidad de recopilar datos adicionales
6. Incertidumbre relacionada con la decisión

Síntesis de evidencia

En algunos casos, es posible que múltiples elementos de evidencia se correspondan con ciertos parámetros individuales o parámetros relacionados entre sí. En estos casos, podría ser útil llevar a cabo algún tipo de metaanálisis para sintetizar estos datos. El metaanálisis hace referencia al proceso de sintetizar los resultados de estudios relacionados a fin de obtener una estimación general del efecto. Esta metodología permite incrementar el “poder” de los análisis, evitar la selección arbitraria de estudios individuales y definir los efectos de la heterogeneidad entre los estudios.¹⁸

Tradicionalmente, se han utilizado los metaanálisis para sintetizar los resultados de un conjunto de ensayos clínicos que comparan de manera directa los mismos dos tratamientos; lo que se conoce comúnmente como metaanálisis por pares. Sin embargo, este tipo de metaanálisis puede conducir a que se excluyan ensayos que podrían brindar estimaciones indirectas del efecto del tratamiento. Esto, a su vez, puede impedir la estimación del efecto de un tratamiento de interés o excluir información relevante. Asimismo, cuando hay más de dos tratamientos objetivo, puede ser difícil interpretar los resultados de los metaanálisis por pares. Si se realiza una serie

de comparaciones por pares por separado, puede resultar difícil estimar los efectos relativos del tratamiento y de la incertidumbre asociada para todas las comparaciones objetivo; también, es posible que los resultados de las comparaciones por pares individuales sean contradictorios.

Los metaanálisis en red son una extensión de los metaanálisis por pares que permiten obtener estimaciones de la eficacia relativa de dos o más tratamientos obtenidas a partir de un análisis estadístico de datos —por lo general, un conjunto de ensayos clínicos aleatorizados que conforman una red conectada de comparaciones—. Se describe a una red como *conectada* cuando todos los tratamientos están interrelacionados de manera directa o indirecta a través de comparaciones de ensayos clínicos aleatorizados. Para llevar a cabo este tipo de análisis, se deben obtener estimaciones de los efectos promedio del tratamiento para todas las comparaciones observadas incluidas en la red que cumplan con una restricción de consistencia ($\delta_{AB} = \delta_{AC} - \delta_{BC}$, en la que δ_{AC} y δ_{BC} son las estimaciones de los efectos de los tratamientos A y B en comparación con el tratamiento C, es decir, el comparador común), para cualquier conjunto de comparaciones, y que mejor se ajusten a los resultados de las comparaciones observadas en los ensayos.¹⁹

Consideraciones sobre la incertidumbre

Resulta tentador analizar la validez y utilidad de un ACE a partir de la evaluación de la calidad de los elementos individuales de evidencia que se utilizan para calcular las estimaciones de los parámetros necesarios para el análisis. Si todos los elementos de evidencia son de buena calidad y se considera que no poseen ningún sesgo, las estimaciones de los parámetros utilizadas en el modelo tampoco estarán sesgadas. Consecuentemente, las estimaciones de costo-efectividad no deberían presentar sesgo y las

decisiones basadas en dichas estimaciones deberían ser confiables.

No obstante, la falacia lógica de “negar el antecedente” constituye una verdadera preocupación. Si uno o más elementos de evidencia son de “baja” calidad y las estimaciones que se obtienen a partir de estos posiblemente presentan sesgo, no es axiomático considerar que la decisión final es poco confiable. Por ejemplo, es posible que, simplemente, la decisión no sea sensible a la incertidumbre que presentan determinados parámetros. En un extremo, se podrían obtener decisiones confiables incluso cuando falten datos empíricos sobre ciertos parámetros, si la decisión no se modifica cuando estos parámetros varían a lo largo de su intervalo creíble. En estos casos, es conveniente proceder en orden inverso y utilizar métodos de análisis de sensibilidad para evaluar los efectos que tiene la incertidumbre en parámetros individuales sobre la incertidumbre general de la decisión. Los análisis de sensibilidad suelen comprender una serie de pasos:

1. Sobre la base de los análisis de sensibilidad disponibles, determinar si existe incertidumbre en la decisión, según la incertidumbre que presentan las estimaciones de los parámetros. Se pueden utilizar análisis de sensibilidad determinísticos y probabilísticos para evaluar la incertidumbre en la decisión.²⁰
2. Determinar si la incertidumbre es material. Es posible que una decisión conlleve un alto grado de incertidumbre incluso si las consecuencias (en términos de costos de oportunidad) de tomar la decisión equivocada sean insignificantes. Por ejemplo, uno puede dudar entre tomar acetaminofén/paracetamol o aspirina para el dolor de cabeza. Sin embargo, el costo potencial de adoptar una decisión incorrecta, en términos de recursos desperdiciados u oportunidades que no han sido aprovechadas para mejorar los

resultados en salud, es limitado. Las potenciales pérdidas asociadas a la incertidumbre en la decisión se pueden evaluar mediante análisis de sensibilidad determinísticos que analicen el impacto sobre los costos y efectos incrementales en el plano de costo-efectividad.²¹ A modo de alternativa, los análisis de sensibilidad probabilísticos permiten obtener estimaciones del valor esperado de la información perfecta.²²

3. Identificar aquellos parámetros que más contribuyen a la incertidumbre en la decisión. Los análisis de sensibilidad determinísticos son útiles para evaluar el impacto de las variaciones sobre las estimaciones de parámetros individuales en los costos y efectos incrementales. De forma alternativa, se pueden utilizar análisis de sensibilidad probabilísticos para obtener estimaciones del valor esperado de la información perfecta parcial, esto es, una estimación del valor de obtener información perfecta sobre parámetros individuales.²³

Si los responsables de tomar estas decisiones contingentes no pueden llevar a cabo dicho proceso mediante la recopilación de pruebas adicionales, deberán reemplazar sus mejores juicios por parámetros clave y formular recomendaciones con base en los datos existentes. Para tal fin, podrían utilizar los resultados de análisis de sensibilidad determinísticos existentes o quizás necesiten realizar o solicitar otros análisis. Por el contrario, si tienen la posibilidad de tomar estas decisiones, deberán decidir si es viable recopilar más datos para reducir la incertidumbre. Si esto fuera posible, deberán definir si las recomendaciones se formularán en función de la recopilación de estas pruebas.²⁴ En caso de que esto no fuera viable, deberán reemplazar sus mejores juicios sobre parámetros clave.

En el Gráfico 1 se presenta un diagrama de flujo que ilustra el proceso del análisis de sensibilidad.

Discusión

Para llevar a cabo cualquier evaluación es fundamental realizar un análisis minucioso de la evidencia disponible basado en los conceptos de sesgo, precisión y relevancia de datos. Este análisis es de particular importancia en el contexto de las evaluaciones que se llevan a cabo en PIBM, puesto que es posible que existan limitaciones tanto en la información (en especial sobre el contexto local) como en los recursos disponibles para la investigación y análisis. Probablemente sea necesario realizar algunas concesiones entre la precisión y el sesgo probable al seleccionar la evidencia relevante. Por ejemplo, se podría tener que elegir entre basar un análisis en un conjunto muy limitado de datos locales con buena validez externa pero poca precisión y validez interna, o basarlo en una mayor cantidad de datos “globales” más precisos pero con menor validez externa.

Es fundamental que las decisiones sobre la selección de evidencia se evalúen considerando su potencial impacto en el análisis final, en lugar de utilizar una simple heurística como por ejemplo una jerarquía de evidencia. Los análisis de sensibilidad brindan información sobre el impacto que tiene sobre la decisión final la incertidumbre de las estimaciones obtenidas a partir de los elementos individuales de evidencia. Los resultados de los análisis de sensibilidad pueden informar decisiones en torno a la selección de evidencia y la potencial necesidad de recopilar datos adicionales, así como también las decisiones interrelacionadas sobre la posibilidad de incluir un tratamiento en el PBS en función de la evidencia actual y de solicitar o financiar otras investigaciones.

Conclusiones

Las decisiones deberían tomarse utilizando la información disponible de la mejor manera posible, sin

imponer estándares de evidencia poco realistas. Este aspecto tiene especial relevancia en las evaluaciones que se llevan a cabo en los PIBM, ya que es probable que la disponibilidad de datos locales de “buena” calidad sea limitada. El proceso que se detalla a continuación podría ser útil para evaluar la evidencia disponible para un ACE:

1. Agrupar la evidencia según el tipo de parámetros que informan, por ejemplo:
 - Efecto relativo del tratamiento
 - Relaciones entre variables modeladas
 - Utilidades
 - Costos/Utilización de recursos
2. Para cada elemento individual de evidencia, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:
 - Zona geográfica con la que se relaciona la evidencia
 - Validez interna
 - Validez externa
 - Probabilidad de que se haya identificado toda la evidencia relevante
 - Viabilidad de recolectar nuevos datos
 - Incertidumbre en la decisión que resulta de las estimaciones de parámetros que se obtienen a partir de un elemento de evidencia

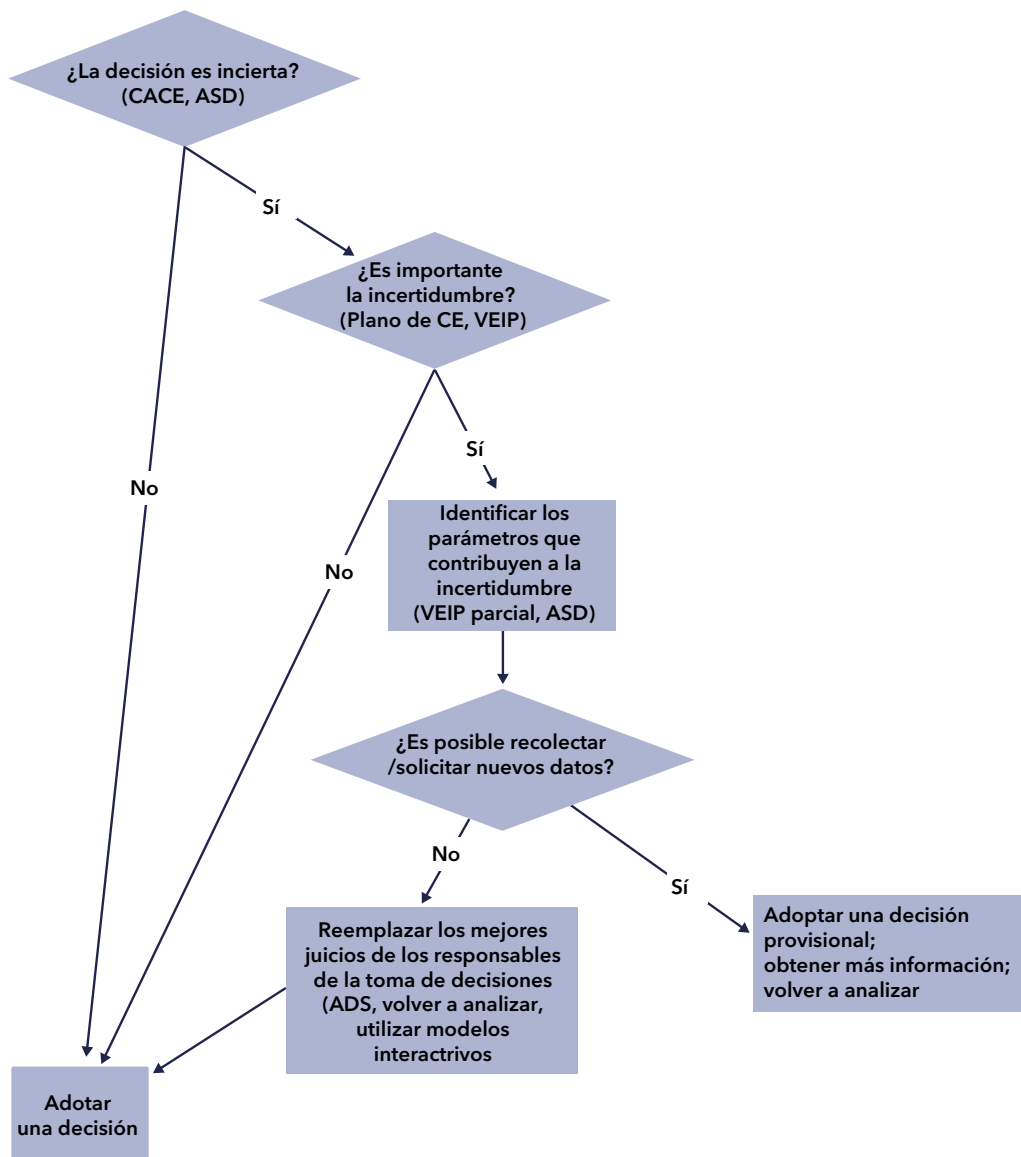
Este análisis puede utilizarse para evaluar la confiabilidad de elementos individuales de evidencia, así como también la confiabilidad del análisis en su totalidad. En el Recuadro 1 se presenta la aplicación de este esquema en un ACE publicado sobre una intervención médica para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares en Tanzania.

Este análisis sugiere que las intervenciones evaluadas son potencialmente costo-efectivas. No obstante, los efectos del tratamiento y la probabilidad absoluta de eventos se calcularon a partir de información recopilada en Europa y América del Norte. Por lo tanto, no hay certeza de que estas estimaciones se puedan aplicar de manera directa a la

población de Tanzania. En consecuencia, las estimaciones de costos y efectos incrementales presentan un grado de incertidumbre considerable. Es importante analizar la probabilidad absoluta al igual que la viabilidad y costos de recopilar nuevas pruebas sobre los efectos del tratamiento durante la interpretación de los resultados de este estudio.

Este capítulo describe los conceptos que fundamentan las decisiones sobre identificación y selección de evidencia. Para estas decisiones, a menudo, se deben realizar ciertas concesiones o compensaciones en torno a la elección de evidencia a fin de maximizar la precisión y minimizar el sesgo considerando los recursos disponibles para la investigación y evaluación.

GRÁFICO 1. Proceso sugerido para el análisis de sensibilidad



Abreviaturas:
 Plano de CE = Plano de costo-efectividad
 CACE = Curva de aceptabilidad de costo-efectividad
 ASD = Análisis de sensibilidad determinístico
 VEIP = Valor esperado de la información perfecta

RECUADRO 1. Estudio de caso: Análisis de costo-efectividad de intervenciones médicas para prevenir enfermedades cardiovasculares en Tanzania

El estudio de caso se basa en un ACE de intervenciones médicas para la prevención de enfermedades cardiovasculares en Tanzania.^a El objetivo del análisis fue evaluar la potencial costo-efectividad de una variedad de intervenciones para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en Tanzania. En este estudio se incluyeron las siguientes intervenciones: ácido acetilsalicílico, un diurético (hidroclorotiazida), un betabloqueador (atenolol), un bloqueador de los canales de calcio (nifedipina) y una estatina (lovastatina). Se diseñó un modelo de Markov para calcular los costos y los resultados clínicos de las distintas alternativas de tratamiento. Se estimaron los siguientes parámetros del modelo:

- 1. Efectos relativos del tratamiento.** Los efectos relativos del tratamiento se estimaron a partir de un metaanálisis de ensayos aleatorizados controlados que se llevaron a cabo en América del Norte y Europa. Estos estudios poseen una validez interna elevada, pero su validez externa en el contexto de Tanzania es incierta. Resta establecer si se pudo identificar toda la evidencia relevante, por lo que se debería verificar este aspecto. No es seguro si es viable realizar estudios locales adicionales de un tamaño adecuado.
- 2. Relaciones entre variables modeladas.** Se utilizaron las ecuaciones de Framingham para predecir la probabilidad absoluta de un evento cardiovascular y la variación de estas tasas con la edad. Las ecuaciones de Framingham que predicen riesgos se estimaron a partir de un estudio que se llevó a cabo en Estados Unidos. Por otra parte, las estimaciones de la prevalencia de la diabetes se obtuvieron de un estudio realizado en Tanzania, mientras que las estimaciones de otras características basales, del estudio de Framingham. En términos generales, estas estimaciones poseen validez interna alta, mientras que la validez externa en este contexto es incierta. Es probable que se haya identificado toda la evidencia relevante; sin embargo, es poco probable que sea viable realizar estudios locales adicionales de un tamaño y calidad adecuados.
- 3. Utilidades.** Se utilizaron ponderaciones estándar de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) que poseen validez interna y externa altas. Es probable que se haya identificado toda la evidencia relevante; sin embargo, hay pocas probabilidades de que sea viable realizar estudios locales adicionales de un tamaño y calidad adecuados.
- 4. Utilización de recursos.** Se ajustaron los precios internacionales de los medicamentos en función de un margen nacional. Los costos de los centros de salud se obtuvieron de un estudio realizado en Tanzania. Se debería realizar un análisis de sensibilidad de las estimaciones de los precios de los medicamentos. Estas estimaciones poseen validez interna y externa altas. Es probable que se haya identificado toda la evidencia relevante y es posible que sea viable llevar a cabo más estudios locales de un tamaño y calidad adecuados.

a. Robberstad, Hemed, and Norheim (2007).

En muchas ocasiones, estas concesiones estarán claramente definidas en la evaluación del uso de tecnologías en PIBM, debido a las limitaciones en los recursos y datos disponibles. Es fundamental que la toma de decisiones respecto a la selección de evidencia sea pragmática y se elijan los datos más relevantes que fundamenten el problema de decisión en lugar de simplemente aplicar heurística genérica a la selección de pruebas. Como John Tukey expresó: “Es mejor tener una respuesta aproximada a la pregunta correcta, que suele ser poco precisa, que una respuesta exacta a la pregunta equivocada, cuya precisión siempre puede mejorarse”.²⁵

Referencias

- Andronis, L., P. Barton, and S. Bryan. 2009. “Sensitivity Analysis in Economic Evaluation: An Audit of NICE Current Practice and a Review of Its Use and Value in Decision-Making.” *Health Technology Assessment* 13 (29): iii, ix–xi, 1–61. doi:10.3310/hta13290. Bower, Mark, Tom Powles, Mark Nelson, Pallav Shah, Sarah Cox, Sundhiya Mandelia, and Brian Gazzard. 2003. “HIV-Related Lung Cancer in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy.” *AIDS* 17 (3): 371–75. doi:10.1097/01.aids.0000050788.28043.cf.
- Briggs, Andrew, Mark Sculpher, and Martin Buxton. 1994. “Uncertainty in the Economic Evaluation of Health Care Technologies: The Role of Sensitivity Analysis.” *Health Economics* 3 (2): 95–104. doi:10.1002/hec.4730030206.
- Briggs, Andrew H., Milton C. Weinstein, Elisabeth A. Fenwick, Jonathan Karnon, Mark J. Sculpher, and David Paltiel. 2012. “Model Parameter Estimation and Uncertainty: A Report of the ISPOR-SMDM Modeling Good Research Practices Task Force–6.” *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 15 (6): 835–42. doi:10.1016/j.jval.2012.04.014.
- Bucher, Heiner C., Gordon H. Guyatt, Lauren E. Griffith, and Stephen D. Walter. 1997. “The Results of Direct and Indirect Treatment Comparisons in Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.” *Journal of Clinical Epidemiology* 50 (6): 683–91. doi:10.1016/S0895-4356(97)00049-8.
- Caldwell, Deborah M., A. E. Ades, and J. P. T. Higgins. 2005. “Simultaneous Comparison of Multiple Treatments: Combining Direct and Indirect Evidence.” *BMJ (Clinical Research Ed.)* 331 (7521): 897–900. doi:10.1136/bmj.331.7521.897.
- Cheng, A. K., and J. K. Niparko. 1999. “Cost-Utility of the Cochlear Implant in Adults: A Meta-Analysis.” *Archives of Otolaryngology—Head & Neck Surgery* 125 (11): 1214–18. doi:10.1001/archotol.125.11.1214.
- Claxton, Karl. 2008. “Exploring Uncertainty in Cost-Effectiveness Analysis.” *Pharmacoeconomics* 26 (9): 781–98. doi:10.2165/00019053-200826090-00008.
- Cohen, David J., and Matthew R. Reynolds. 2008. “Interpreting the Results of Cost-Effectiveness Studies.” *Journal of the American College of Cardiology* 52 (25): 2119–26. doi:10.1016/j.jacc.2008.09.018.
- Eichler, Hans Georg, Sheldon X. Kong, William C. Gerth, Panagiotis Mavros, and Bengt Jönsson. 2004. “Use of Cost-Effectiveness Analysis in Health-Care Resource Allocation Decision-Making: How Are Cost-Effectiveness Thresholds Expected to Emerge?” *Value in Health* 7 (5): 518–28. doi:10.1111/j.1524-4733.2004.75003.x.
- Elston, Julian, and Rod S. Taylor. 2009. “Use of Surrogate Outcomes in Cost-Effectiveness Models: A Review of United Kingdom Health Technology Assessment Reports.” *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25 (1): 6–13. doi:10.1017/S0266462309090023.
- Gill, Jerry H. 1985. “Knowledge as Justified Belief, Period.” *International Philosophical Quarterly* 25: 381–91.
- Hoaglin, David C., Neil Hawkins, Jeroen P. Jansen, David A. Scott, Robbin Itzler, Joseph C. Cappelleri, Cornelis Boersma, et al. 2011. “Conducting Indirect-Treatment-Comparison and Network-Meta-Analysis Studies: Report of the ISPOR Task Force on Indirect Treatment Comparisons Good Research Practices: Part 2.” *Value in Health* 14 (4): 429–37. doi:10.1016/j.jval.2011.01.011.
- Jansen, Jeroen P., Thomas Trikalinos, Joseph C. Cappelleri, Jessica Daw, Sherry Andes, Randa Eldessouki, and Georgia Salanti. 2014. “Indirect Treatment Comparison/Network Meta-Analysis Study Questionnaire to Assess Relevance and Credibility to Inform Health Care Decision Making: An ISPOR-AMCPNPC Good Practice Task Force Report.” *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 17 (2): 157–73. doi:10.1016/j.jval.2014.01.004.
- Karlsson, Göran, and Magnus Johannesson. 1996. “The Decision Rules of Cost Effectiveness Analysis.”

- PharmacoEconomics* 9 (2): 113–20. doi:10.2165/00019053-199609020-00003.
- Mi elli, Cosetta, and Gianluca Baio. 2015. “Value of Information: A Tool to Improve Research Prioritization and Reduce Waste.” *PLOS Medicine* 12 (9): e1001882. doi:10.1371/journal.pmed.1001882.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2013. “Foreword.” *Guide to the Methods of Technology Appraisal 2013*. London: NICE. www.nice.org.uk/process/pmg9/chapter/foreword.
- O’Brien, Bernie J., and Mark J. Sculpher. 2000. “Building Uncertainty into Cost-Effectiveness Rankings: Portfolio Risk-Return Tradeoffs and Implications for Decision Rules.” *Medical Care* 38 (5): 460–68.
- Orlewska, Ewa, and Laszlo Gula. 2009. “Budget-Impact Analyses: A Critical Review of Published Studies.” *PharmacoEconomics* 27 (10): 807–27. doi:10.2165/11313770-000000000-00000.
- Palmer, Stephen, and David J. Torgerson. 1999. “Economics Notes: Definitions of Efficiency.” *BMJ* 318: 1136. doi:10.1136/bmj.331.7521.897.
- Petrou, Stavros and Alastair Gray. 2011a. “Economic Evaluation alongside Randomised Controlled Trials: Design, Conduct, Analysis, and Reporting.” *BMJ: British Medical Journal* 342: d1548–d1548. doi:10.1136/bmj.d1548.
- . 2011b. “Economic Evaluation Using Decision Analytical Modelling: Design, Conduct, Analysis, and Reporting.” *BMJ* 342: d1766. doi:10.1136/bmj.d1766.
- Ramer, Sheryl L. 2005. “Site-Ation Pearl Growing: Methods and Librarianship History and Theory.” *Journal of the Medical Library Association* 93 (3): 397–400.
- Robberstad, Bjarne, Yusuf Hemed, and Ole F. Norheim. 2007. “Cost-Effectiveness of Medical Interventions to Prevent Cardiovascular Disease in a Sub-Saharan African Country—the Case of Tanzania.” *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 5: 3. doi:10.1186/1478-7547-5-3.
- Scottish Medicines Consortium. 2014. “Templates / Guidance for Submission.” Glasgow: NHS Scotland. www.scottishmedicines.org.uk/Submission_Process/Submission_guidance_and_forms/Templates-Guidance-for-Submission.
- Sculpher, Mark J., Karl Claxton, Mike Drummond, and Chris McCabe. 2006. “Whither Trial-Based Economic Evaluation for Health Care Decision Making?” *Health Economics* 15 (7): 677–87. doi:10.1002/hec.1093.
- Tan-Torres Edejer, T., R. Baltussen, T. Adam, R. Hutubessy, A. Acharya, D. B. Evans, and C. J. L. Murray, eds. 2003. *Making Choices in Health: WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis*. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/choice/publications/p_2003_generalised_cea.pdf.
- Tukey, John W. 1962. “The Future of Data Analysis.” *The Annals of Mathematical Statistics* 33 (1): 1–67. doi:10.1214/aoms/1177704711.
- Walker, Simon, Mark Sculpher, Karl Claxton, and Steve Palmer. 2012. “Coverage with Evidence Development, Only in Research, Risk Sharing, or Patient Access Scheme? A Framework for Coverage Decisions.” *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 15 (3): 570–79. doi:10.1016/j.jval.2011.12.013.
- Wilkinson, Thomas, Kalipso Chalkidou, Karl Claxton, Paul Revill, Mark Sculpher, Andrew Briggs, Yot Teerawattananon, et al. 2014. *The Reference Case for Economic Evaluation*. Methods for Economic Evaluation Project Final Report, NICE International. www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/NICE-International/projects/MEEP-report.pdf.
- World Health Organization (WHO). 2008. *WHO Guide for Standardization of Economic Evaluations of Immunization Programmes*. Geneva: WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69981/1/WHO_IVB_08.14_eng.pdf.
- Wright, Rick W., Richard A. Brand, Warren Dunn, and Kurt P. Spindler. 2007. “How to Write a Systematic Review.” *Clinical Orthopaedics & Related Research* 455: 23–29. doi:10.1097/BLO.0b013e31802c9098.
- Yokota, Fumie, and Kimberly M. Thompson. 2004. “Value of Information Literature Analysis: A Review of Applications in Health Risk Management.” *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making* 24 (3): 287–98. doi:10.1177/0272989X04263157.

Notas finales

1. NICE (2013), Scottish Medicines Consortium (2014), and Tan-Torres Edejer and others (2003).
2. Wilkinson and others (2014, p. 43).
3. Karlsson and Johannesson (1996).
4. Palmer and Torgerson (1999).
5. Orlewska and Gula (2009).
6. “Affordability” may relate to a health care system’s cost-effectiveness threshold for new interventions—that is, the monetary value that decisionmakers place on acquiring for a patient one additional quality-adjusted life-year, traded-off against the opportunity cost of the health benefits forgone from the next best alternative for those resources. Alternatively, “affordability” may relate to an in-

tervention's overall budgetary impact—that is, the immediate cost (and displacement of other interventions) that would result from adopting any new intervention.

7. Eichler and others (2004).
8. O'Brien and Sculpher (2000).
9. Minelli and Baio (2015).
10. Sculpher and others (2006); and Petrou and Gray (2011a, 2011b).
11. Cheng and Niparko (1999); and Bower and others (2003).
12. Elston and Taylor (2009).
13. Gill (1985).
14. See the Test for Relevant Evidence of the Federal Rules of Evidence, available through Cornell Law School's Legal Information Institute at www.law.cornell.edu/rules/fre/rule_401.
15. Wright and others (2007).
16. Ramer (2005).
17. WHO (2008).
18. Bucher and others (1997).
19. Jansen and others (2014); Hoaglin and others (2007); and Caldwell, Ades, and Higgins (2005).
20. Briggs, Sculpher, and Buxton (1994); Andronis, Barton, and Bryan (2009); and Briggs and others (2006).
21. Cohen and Reynolds (2008).
22. Yokota and Thompson (2004).
23. Claxton (2008).
24. Walker and others (2012).
25. Tukey (1962).

COMENTARIO DEL FORMULADOR DE POLÍTICAS

Al enfrentar serias restricciones fiscales, de recursos humanos y de evidencia, Malaui replantea su plan de beneficios

Gerald Manthalu

Dominic Nkhoma

Jessica M. Ochalek

Andrew Phillips

Paul Revill

En pocas palabras: Dados los recursos y datos limitados en Malaui, los responsables de formular políticas combinan métodos técnicos y criterio humano para desarrollar planes de beneficios en salud realistas y justos.

Todos los malauiés han sufrido la muerte o el padecimiento de seres queridos a causa de una enfermedad o mal estado de salud, sabiendo que sus condiciones se podrían haber prevenido o tratado con medicamentos a los cuales se puede acceder fácilmente en otras partes del mundo que cuentan con más recursos. Según ciertos cálculos, Malaui es el país más pobre del mundo, con un ingreso per cápita anual de USD 2261 en 2013 y un gasto total anual en salud de USD 38 por persona.² Un mal estado de salud que podría haber sido prevenido es una de las manifestaciones más obvias de una pobreza subyacente. Sin embargo, al definir políticas en salud y asignar recursos, los gestores de programas y responsables del presupuesto tienen que asegurarse

de que sus acciones generen más resultados positivos que negativos —y un aspecto central de este objetivo es abordar el eterno problema económico de garantizar que los beneficios que se obtengan a partir del gasto en salud superen los costos de oportunidad—. Todo recurso que se invierte en una actividad, consecuentemente, deja de estar disponible para otras prioridades y, por lo tanto, el desafío al que se enfrenta Malaui es el de aprovechar al máximo los muy escasos recursos de los que dispone.

Los planes de beneficios en salud (PBS) prometen una ayuda para lograr una asignación de recursos más eficiente a través de métodos científicamente sólidos y transparentes que admiten además un escrutinio y revisión continuos. Este libro, el primero

de su tipo, muestra a los formuladores de políticas nacionales cómo los marcos normativos pueden construirse a partir de instituciones que reflejen valores sociales. Asimismo, ofrece una teoría y un conjunto de métodos coherentes, basados principalmente en análisis de costo-efectividad, para diseñar PBS que permitan alcanzar los objetivos sociales establecidos. Los PBS han desempeñado un papel fundamental en el diseño de sistemas de salud en el pasado, y es probable, y necesario, que esto continúe en el futuro. Sin embargo, la experiencia en Malawi con respecto a su PBS demuestra que, si bien los PBS ayudan a llevar a cabo una asignación de recursos eficiente, también existen algunos riesgos asociados a su desarrollo e implementación que podrían impedir que se cumpla con lo prometido.

En este capítulo, se resume la historia del PBS en Malawi y se destacan tres de los riesgos relacionados con el desarrollo e implementación: (1) confundir los objetivos del sistema de salud respecto a la asignación de recursos y la generación de ingresos; (2) centrarse exclusivamente en las inversiones directas dirigidas al área de la salud a expensas de mejorar las condiciones necesarias para una prestación y recepción exitosa de las intervenciones (y de fortalecer los sistemas de salud); y (3) basarse completamente en la interpretación directa de los análisis técnicos cuando se necesita además un criterio sólido, sobre todo, cuando la calidad de la información es baja. Al resaltar los posibles errores de diseño de un PBS, se espera que, en el futuro, haya más probabilidades de que se cumpla la promesa de los PBS considerando cuidadosamente su uso en sistemas de salud reales y, a menudo, complejos.

Historia del plan de beneficios en salud de Malawi: Confundir los objetivos de asignación de recursos y de generación de ingresos

Desde 2004, Malawi cuenta con un plan de beneficios en salud conocido como Plan Esencial de Beneficios en Salud (Essential Health Package; EHP).³ El EHP inicial (2004 a 2010) se introdujo como el componente principal de un nuevo Enfoque Sectorial Ampliado (Sector Wide Approach; SWAp) para la salud a través del cual el gobierno y los socios de desarrollo acordaron explícitamente trabajar en pos de prioridades comunes identificadas. Esto supuso agrupar gran parte de sus fondos en una única cuenta común. El plan tenía como principal objetivo reducir la mortalidad materno-infantil y combatir enfermedades contagiosas, como el VIH. El alcance limitado del EHP presentó algunas ventajas: concentró los esfuerzos en actividades que se consideraban prioritarias y, quizás por primera vez, se incentivó a las partes interesadas a analizar detenidamente las necesidades de recursos que compiten entre sí.

El EHP se actualizó en 2011 para el siguiente plan estratégico del sector de la salud (2011–2016) y se incorporó una notable característica: la ampliación de los beneficios en salud para incluir una mayor cantidad de intervenciones y áreas de enfermedades.⁴ Esta actualización se basó en dos criterios: la carga de enfermedad y la costo-efectividad de las intervenciones, donde la carga de enfermedad representa un criterio inicial para priorizar intervenciones antes de considerar una evaluación más minuciosa de su costo-efectividad.⁵ El motivo que impulsó la ampliación del EHP fue el hecho de que se reconoció que este no incluía intervenciones en muchas áreas de enfermedad importantes (como la salud mental) y que el país podía hacer más para responder a las apremiantes necesidades de salud de la población. Sin embargo, el plan final terminó siendo demasiado grande y, por lo tanto, no era posible financiarlo adecuadamente

con los recursos disponibles. Como resultado, creció la brecha entre las expectativas de la población y las realidades respecto de la prestación.

La inquietante realidad es que el EHP no se ha financiado correctamente desde su introducción y que el crecimiento en los costos ha superado todo incremento en los recursos. Se había estimado que el plan inicial de 2004 tendría un costo de USD 17,53 por persona al año.⁶ Este costo excedía en gran medida los menos de USD 5 per cápita anuales correspondientes a los recursos públicos disponibles para todo el funcionamiento del sistema de salud, que incluían no solo la prestación de los servicios, sino también la gestión y administración, el seguimiento y el fortalecimiento del sistema de salud.⁷ Eventualmente, el costo del EHP se elevó a USD 44,4 por persona al año, comparado con los tan solo USD 14,5 por persona al año disponibles en 2011.⁸ Además, se demostró que alrededor del 20 por ciento de los gastos a nivel de distrito se ha destinado a intervenciones no incluidas en el EHP.⁹ El resultado predecible es que las grandes brechas de cobertura persisten incluso para las intervenciones más básicas y de menor costo. A pesar de que algunos servicios se encuentran disponibles en ciertas partes del país, en particular, en las principales ciudades y otros espacios urbanos, en grandes sectores de Malawi, sobre todo, en áreas rurales más pobres, hay muchas intervenciones que prácticamente no se ofrecen (excepto, tal vez, algunos servicios relacionados con el VIH).

Las experiencias con el EHP de Malawi han demostrado que los planes de beneficios pueden incentivar a las partes interesadas a reflexionar seriamente sobre las necesidades contrapuestas en relación con los recursos. No obstante, se requiere mucha disciplina para asegurar que el alcance de un plan siga siendo viable y pueda implementarse a escala. Hubo ciertas presiones en Malawi para que se apoyara el desarrollo de EHP ambiciosos con la esperanza de que las brechas en las necesidades percibidas condujeran a la generación de ingresos al incentivar a

donantes internacionales y al Ministerio de Finanzas, Planificación Económica y Desarrollo a que asignaran recursos adicionales al sector. Sin embargo, el financiamiento aún era insuficiente, lo que significó que algunas de las intervenciones más beneficiosas se prestaran de manera deficiente y se agudizaran las desigualdades en salud. Los análisis que respaldan los PBS pueden demostrar lo que se podría lograr si se dispusiera de fondos adicionales, pero, si las partes interesadas confunden la asignación eficiente de recursos con la necesidad de generar ingresos, las consecuencias pueden ser graves y devastadoras.

La revisión del EHP de 2016 se basó en el trabajo de la Universidad de York¹⁰ y se utilizará en el próximo plan estratégico del sector de la salud (2017–2022). Esto se debe al reconocimiento de que el EHP existente está desactualizado y resulta inasequible, y que algunos de los métodos utilizados para desarrollarlo (como la utilización del criterio de la carga de enfermedad) no necesariamente conducen a la asignación eficiente de recursos. Esta revisión llega en un momento crítico para el sector de salud de Malawi, en parte, como consecuencia de la crisis de gestión financiera gubernamental relacionada con el caso “Cashgate”¹¹, además de los cambios en las prioridades de los donantes.

El Ministerio de Salud y los socios de desarrollo internacional ya no comparten sus recursos en el SWAp de salud. Como resultado, las fuentes de financiamiento para la salud se encuentran más fragmentadas y la coordinación es más débil.

Los métodos desarrollados en la revisión se diseñaron de modo tal que fueran compatibles con el contexto incierto y desafiante del sector de salud de Malawi. A la base de estos se encuentra el deseo de reflejar mejor las limitaciones de recursos (en especial, las financieras, pero también aquellas que responden a otras áreas) y conocer los costos de oportunidad cuando los recursos se destinan a determinadas intervenciones o cuando el diseño del sistema sanitario limita ciertos logros en materia de

salud. En el EHP de 2011, se implementaron límites arbitrarios para determinar la costo-efectividad: aquellas intervenciones que ofrecían ganancias en salud inferiores a \$150 por año de vida ajustado por discapacidad (AVAD) evitado se consideraron “costo-efectivas”, aunque algunas intervenciones que ofrecían ganancias en salud inferiores a este monto se excluyeron y otras muy superiores a este monto se incluyeron.¹² Para la revisión del 2016, se implementó un valor derivado empíricamente de \$60 por AVAD evitado a partir de un promedio de dos artículos que brindaban cálculos iniciales de costos de oportunidad en salud para países de ingresos bajos y medios.¹³ A pesar de que todas las estimaciones tienen un alto grado de incertidumbre, el plan revisado ahora es más viable con respecto al nivel de recursos disponibles y es probable que utilice, aproximadamente, entre el 50 por ciento y el 70 por ciento del presupuesto anual de salud. Se espera que las futuras decisiones respecto a la asignación de recursos reflejen con mayor precisión el nivel de recursos disponibles.

Intervenciones del PBS, implementación incompleta y fortalecimiento de los sistemas de salud

Otro de los beneficios de intentar reflejar los costos de oportunidad con mayor precisión es que, al hacerlo, se puede ayudar a las partes interesadas a comparar el valor de financiar intervenciones de salud directamente con el valor que tienen otras demandas presupuestarias, como por ejemplo la presión de mejorar las condiciones necesarias para prestar la atención en salud (incluidas las inversiones para el fortalecimiento de los sistemas de salud).

Garantizar que las intervenciones de salud se brinden y se reciban de manera exitosa es una cuestión de especial interés. Muchas veces el fortalecimiento de los sistemas de salud puede ser un concepto ambiguo;

sin embargo, en un sentido amplio, puede incluir las acciones dirigidas a abordar las restricciones de la oferta y de la demanda, más allá de la financiación directa necesaria para una intervención, que limitan la prestación, recepción o utilización de las intervenciones y que, consecuentemente, obstaculizan el mejoramiento de la salud. Entre estas diversas restricciones, se incluyen la sectorización de fondos impuesta por los donantes (en la que, por ejemplo, los fondos otorgados deben destinarse exclusivamente a servicios de VIH); limitaciones en insumos claves para la atención médica, tales como la falta de personal de salud capacitado; restricciones impuestas por infraestructuras de atención preexistentes, como la proporción de atención primaria, secundaria y comunitaria; una demanda insuficiente (causada, por ejemplo, por el conocimiento escaso del paciente con respecto a los beneficios que ofrece una intervención); y cuestiones políticas y normativas.¹⁴ Estas restricciones pueden afectar intervenciones individuales o varias intervenciones simultáneamente.

Por lo general, el diseño de PBS se ha centrado principalmente en la elección de intervenciones de atención en salud. Como consecuencia, es posible que los gobiernos y los proveedores de servicios de salud hayan pasado por alto algunas oportunidades para mejorar la salud de la población, por ejemplo, modificando los modelos de prestación u otros aspectos del sistema de salud sobre la base de una evaluación que analiza cómo las rutas de prestación influyen en el logro de mejoras en salud. Cuando, a raíz de ciertos problemas relacionados con el diseño de los PBS, aumentan las probabilidades de que el plan agote los recursos disponibles —como ha sido el caso de Malawi—, es probable que el diseño de toda implementación e intervención diseñada para mejorar la salud resulte inapropiado o no reciba los fondos suficientes.

En la revisión del EHP de 2016, se llevaron a cabo grandes esfuerzos por desarrollar un enfoque que pudiera ayudar a las partes interesadas a determinar

qué implementación e intervenciones del sistema de salud podrían generar las mayores mejoras en la salud de la población de acuerdo con los recursos disponibles. En este sentido, el EHP ofrece un marco a partir del cual se pueden diseñar tales intervenciones y luego evaluarlas según ciertos criterios económicos. Para lograr esto, no alcanza con informar la costo-efectividad en términos de la relación entre costos y resultados (como el costo por AVAD evitado), sino que también se debería intentar conocer en mayor profundidad la magnitud de los efectos netos en la salud (ganancias en salud menos costos de oportunidad) que resultan de las intervenciones implementadas en toda la población. Se utilizan conjuntamente estimaciones de costos y efectos (AVAD evitados) de las intervenciones, estimaciones nacionales de la cobertura de servicios de salud alcanzables según las limitaciones existentes y estimaciones de costos de oportunidad. A partir de estos datos, es posible identificar e informar qué intervenciones podrían resultar más costo-efectivas en Malawi, considerando los niveles de prestación alcanzables; cómo priorizar estas intervenciones; y qué beneficios, si los hubiera, se podrían obtener a través de su implementación y mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar restricciones adicionales de la oferta y de la demanda, ya sea para aquellas limitaciones que afectan a todo el sistema o a determinadas intervenciones.

Cuando las decisiones de políticas o los compromisos de gasto de un gobierno, donantes u otras partes interesadas imponen restricciones para la implementación de servicios y para los sistemas de salud en general, los PBS también pueden utilizarse a fin de mejorar la rendición de cuentas del sistema. Por ejemplo, si los donantes destinan fondos a determinadas intervenciones o insumos de salud (como nuevas tecnologías de diagnóstico o nuevas clínicas) que no se consideran de máxima prioridad para el EHP —en especial, si los donantes han supeditado esta financiación a la financiación del gobierno—,

pueden exponerse y objetarse las consecuencias de dichas acciones.

Las limitaciones de los análisis y la necesidad de criterio: Problemas causados por datos de mala calidad

Tal vez el principal desafío en torno al desarrollo del EHP (tanto para los planes anteriores como para el próximo plan) haya sido el superar la grave falta de datos sobre los costos y efectos de las intervenciones en jurisdicciones específicas, información que podría ser tenida en cuenta para su implementación. A pesar de los millones de dólares gastados en salud en países de ingresos bajos, la bibliografía respecto a la costo-efectividad de las intervenciones sigue siendo preocupantemente escasa. En el diseño de un PBS, se debe aprovechar de la mejor manera posible la información, que suele ser insuficiente, con un alto nivel de incertidumbre en casi todas las estimaciones.

El EHP de 2011 se basaba casi exclusivamente en el compendio *Prioridades para el control de enfermedades en los países en desarrollo* de 2006,¹⁵ pero muchos de las fuentes de los estudios sobre costo-efectividad provenían de distintos sistemas de salud. Para la revisión de 2016, las estimaciones anteriores se consideraban obsoletas y ya no eran confiables. En su lugar, se utilizó como fuente principal el registro de costo-efectividad de Tufts Global Health;¹⁶ sin embargo, este enfoque presentó algunos problemas cuando las partes interesadas tomaron los resultados del estudio para informar el proceso de priorización en Malawi. En concreto, las estimaciones diferían en los métodos de modelación implementados; las tasas de descuento utilizadas (si las había); el rango de costos y beneficios informados (como el hecho de que fueran anuales o de por vida); la jurisdicción a la que correspondía la estimación (por ejemplo, algunas de las estimaciones presentadas pertenecían a las regiones incluidas en la WHO-CHOICE de la Organización Mundial de la Salud, en lugar de ser datos reales del propio Malawi); y la moneda en la que se proporcionaron los resultados. Los

responsables de diseñar el PBS debieron tomar decisiones basadas en juicios para determinar si aquellas estimaciones que no pertenecían a Malauí podrían generalizarse y aplicarse en este contexto o si debía rechazarse y eliminar del análisis la evidencia sobre costo-efectividad de una intervención específica. En los casos en los que había un gran número de estimaciones disponibles de distintos países de ingresos bajos y medios, se utilizaron aquellas que se consideraron más generalizables para Malauí y se debieron realizar los ajustes necesarios para que se pudiera informar el diseño del EHP de Malauí.

A medida que aumenta la capacidad y la velocidad de la tecnología computacional, pareciera que comienzan a difuminarse las limitaciones de la modelación y los métodos técnicos para definir un PBS de manera directa. Si se puede establecer una función objetivo (por lo general, “mejorar la salud”) y se puede obtener (o presuponer) información sobre los efectos y las restricciones de prestar una serie completa de intervenciones —tal vez, diferenciadas por subgrupo de pacientes, ubicación geográfica o combinación de prestaciones—, algunos diseñadores de PBS podrían considerar que solo sería necesario resolver un simple problema de optimización de restricciones. En la teoría, esto podría ser así, pero la experiencia real al diseñar el EHP de Malauí de 2016 demuestra que aún hay un abismo entre lo que resulta técnicamente posible y la realidad a la que se enfrentan los diseñadores de PBS de programas nacionales.

Dada la incertidumbre respecto a la confiabilidad de las estimaciones y su utilidad en el contexto de Malauí, es indiscutible la necesidad de reflexionar sobre la evidencia y tomar decisiones razonables al diseñar un PBS. De esta manera, el diseño del plan se vuelve el arte de lo posible, no la ciencia de lo ideal. Entre estas decisiones necesarias se incluyen *juicios científicos* sobre el uso de evidencia y un gran número de *juicios de valor*. (Algunos ejemplos de estos juicios de valor incluyen el determinar si la “salud” es el único objetivo o si —y hasta qué punto— otras consecuencias no relacionadas directamente con esta área, como la protección financiera, deberían considerarse al definir el plan de beneficios final, así como también las repercusiones en otros sectores o los prob-

lemas distributivos). Es fundamental llevar a cabo un proceso adecuado para tomar estas decisiones.

Un peligro particular es que, al usar métodos técnicos (la modelación, por ejemplo, para buscar la asignación óptima de recursos), se corre el riesgo de entrar en conflicto con la valoración humana respecto a la evidencia de costo-efectividad, entre otros valores. La experiencia en Malauí indica que el diseño de PBS es claramente de naturaleza política, puesto que lo posibilitan las instituciones que determinan su función y puede estar sujeto a influencias políticas adversas. Sin embargo, este proceso funciona mejor cuando los analistas que pueden permanecer independientes están dispuestos a dialogar con quienes tienen la autoridad para tomar decisiones. En este caso, se benefician ambas partes: los analistas pueden incorporar, respaldar y exponer los valores y las preferencias de quienes toman las decisiones, y estos últimos pueden resaltar problemas importantes que los métodos no hayan podido reflejar correctamente y que deban considerarse en mayor profundidad. Es esta realidad —en la que los métodos objetivos y los procesos adecuados para tomar decisiones reales deben complementarse si se desea que los PBS generen ganancias en salud para las poblaciones— la que este libro consigue reflejar tan bien.

Referencias

- BBC News. 2014. “‘Cashgate’ – Malawi’s Murky Tale of Shooting and Corruption.” BBC News, January 27. www.bbc.com/news/world-africa-25912652.
- Hauck, Katharina, Ranjeeta Thomas, and Peter C. Smith. 2016. “Departures from Cost-Effectiveness Recommendations: The Impact of Health System Constraints on Priority Setting.” *Health Systems & Reform* 2 (1): 61-70. doi:10.1080/23288604.2015.1124170.
- Jamison, Dean T. 2006. “Investing in Health.” In *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison, Joel G. Breman, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, et al. (Washington: International Bank for Reconstruction and Development/ World Bank), 3–34.

- Ministry of Health, Malawi. 2004. "A Joint Programme of Work for a Health Sector Wide Approach 2004–2010." Lilongwe: Government of Malawi. ———. 2012. "Malawi Health Sector Strategic Plan 2011–2016." Lilongwe: Government of Malawi. ———. 2014. "National Health Accounts with Sub-accounts for HIV/AIDS, Malaria, Reproductive Health, and Child Health for Financial Years 2009/10, 2010/11, and 2011/12." Lilongwe: Ministry of Health, Department of Planning and Policy Development.
- Mwase, T., Cameron Bowie, S. Kaluwa, and M. Chirwa. 2010. "District Health Expenditure Pattern Study. Final Report." Lilongwe: TAG Consulting Economists; the Alliance Group.
- Ochalek, Jessica, Karl Claxton, Paul Revill, Mark Sculpher, and Alexandra Rollinger. 2016. "Supporting the Development of an Essential Health Package: Principles and Initial Assessment for Malawi." Working Paper. York, UK: Centre for Health Economics, University of York. <https://ideas.repec.org/p/chy/respap/136cherp.html>.
- Ochalek, Jessica, James Lomas, and Karl Claxton. 2015. "Cost per DALY Averted Thresholds for Low- and Middle- Income Countries: Evidence from Cross Country Data." Working Paper. York, UK: Centre for Health Economics, University of York. <http://econpapers.repec.org/paper/chyrespap/122cherp.htm>.
- Phoya, Ann, Trish Araru, Rabson Kachala, John Chizonga, and Cameron Bowie. 2014. "Setting Strategic Health Sector Priorities in Malawi." *Disease Control Priorities in Developing Countries, 3rd Edition*, Working Paper #9, August 29. Seattle: Department of Global Health, University of Washington.
- Tufts Medical Center. 2016. "Global Health Cost Effectiveness Analysis Registry." Boston: Tufts University, Center for the Evaluation of Value and Risk in Health. <http://healtheconomics.tuftsmedicalcenter.org/orchard>.
- Woods, Beth, Paul Revill, Mark Sculpher, and Karl Claxton. 2016. "Country-Level Cost-Effectiveness Thresholds: Initial Estimates and the Need for Further Research." *Value in Health* 19 (8): 929–35. doi:10.1016/j.jval.2016.02.017.
- World Bank. 2014. "World Bank Open Data." <http://data.worldbank.org/>.

Notas finales

1. World Bank (2014).
2. Ministry of Health, Malawi (2014).
3. Ministry of Health, Malawi (2004).
4. Ministry of Health, Malawi (2012).
5. Phoya and others (2014).
6. Ministry of Health, Malawi (2004).
7. Ministry of Health, Malawi (2014).
8. Ibid.
9. Mwase and others (2010). Because of the country's low budget, Malawi's EHP has had to exclude many basic and otherwise "priority" interventions. The 2004–10 health sector strategic plan, for instances, refers to services outside the EHP as "essential non-EHP" services.
10. Ochalek and others (2016).
11. BBC News (2014).
12. Phoya and others (2014).
13. Woods and others (2016).
14. Hauck, Thomas, and Smith (2016).
15. Jamison (2006).
16. Tufts Medical Center (2016).

COMENTARIO DEL FORMULADOR DE POLÍTICAS

Más que una lista

Reformular el plan de beneficios en salud de un país: un enfoque riguroso para afrontar los costos de la sobreutilización

Yot Teerawattananon

Waranya RattanaVIPapong

Benjarin Santatiwongchai

Thanaporn Bussabawalai

Kittiphong Thiboonboon

Saudamini Dabak

En pocas palabras: Al especificar indicaciones adecuadas y basadas en evidencia –no solo una lista de medicamentos–, este país logra recortar millones en gastos en salud innecesarios.

Priorizar los servicios sanitarios garantizados por el gobierno es uno de los desafíos de implementar la cobertura universal en salud (CUS). Algunos países con sistemas de CUS establecidos, como Australia, Inglaterra y Gales, y Tailandia han realizado importantes inversiones en instituciones destinadas al establecimiento de prioridades, tales como el Comité Asesor de Beneficios Farmacéuticos (Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, PBAC), el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) y el Programa para la Evaluación de Tecnologías e Intervenciones en Salud (Technology Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) respectivamente.¹ Sin embargo, no hay bibliografía suficiente sobre el proceso

mediante el que los países con recursos y capacidad técnica limitados evalúan una gran cantidad de intervenciones para desarrollar sus planes de beneficios en salud (PBS). En este capítulo, se ofrece un nuevo enfoque que podría ser útil en entornos con recursos limitados: en lugar de adoptar un enfoque gradual para llevar a cabo una evaluación de tecnologías en salud (ETS) para cada tecnología de manera individual, este enfoque proporciona evidencia contundente utilizando revisiones sistemáticas, incorporando opiniones de expertos clínicos y analizando datos secundarios.

Enfoque

En este capítulo, se expone un ejemplo real de un país de ingresos bajos y medios que se ha comprometido con la CUS y que actualmente brinda un generoso PBS que incluye más de 25.000 intervenciones. El gobierno estuvo dispuesto a modificar el PBS a fin de racionalizar su inversión en la CUS. Con este fin y como parte de la International Decision Support Initiative (iDSI), se solicitó colaboración al programa HITAP para llevar a cabo un estudio piloto. Este estudio se completó en un lapso de cuatro meses gracias al trabajo de un pequeño equipo de investigación que logró recolectar evidencia contundente y relevante a nivel local sobre 14 medicamentos. Debido a la sensibilidad en torno a los resultados del estudio, que ha recibido el apoyo de los responsables de las decisiones del país, los autores no pueden identificar el país ni el personal involucrado. En este capítulo, se describen los métodos utilizados en el estudio y su posible impacto en las políticas.

Alcance del trabajo

Dado que este fue un estudio piloto, se definió una lista de medicamentos para evaluar según la carga presupuestaria que representaban para el programa de CUS del país. En el análisis preliminar de datos de reclamaciones, se evidenció que los 20 principales medicamentos representaban más de un tercio del presupuesto del programa de CUS para medicamentos (39%). Esto refleja una alta concentración de gastos del presupuesto en muy pocos elementos. Para el estudio, se seleccionaron catorce medicamentos: albúmina, aminoácidos, cilastatina/imipenem, ciprofloxacina, erlotinib, esomeprazol, factor VIII, imatinib, meropenem, oxaliplatino, paclitaxel, rituximab, sorafenib y ácido zoledrónico.

Los responsables de la toma de decisiones y las partes interesadas acordaron que las revisiones del PBS deberían considerar no solo la evidencia clínica sobre seguridad, eficacia y efectividad, sino también los aspectos económicos, como la costo-efectividad.

Además, en el estudio, se incorporó el conocimiento tácito de expertos clínicos locales para asegurar tanto la relevancia local como la aceptación de la política.

Proceso de desarrollo de la lista de indicaciones adecuadas para los medicamentos seleccionados

Los cuatro pasos del estudio se ilustran en el Gráfico 1. En el paso 1, se revisaron las guías y la bibliografía seleccionadas de las bases de datos, a fin de determinar la lista de indicaciones y encontrar evidencia para informar el uso adecuado de los medicamentos elegidos. La lista de indicaciones médicas se desarrolló siguiendo el modo en el que se evaluaron y presentaron en cada estudio o guía. Por lo tanto, es posible que alguna indicación médica en particular se evaluara en términos generales (por ejemplo, leucemia mieloide crónica) y para un subgrupo de pacientes específico (por ejemplo, fase acelerada de leucemia mieloide crónica). Se consultaron las siguientes guías: la 19.^a Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales de Tailandia (NLEM, en inglés), guías locales emitidas por el organismo nacional y otras guías desarrolladas por asociaciones internacionales de profesionales.

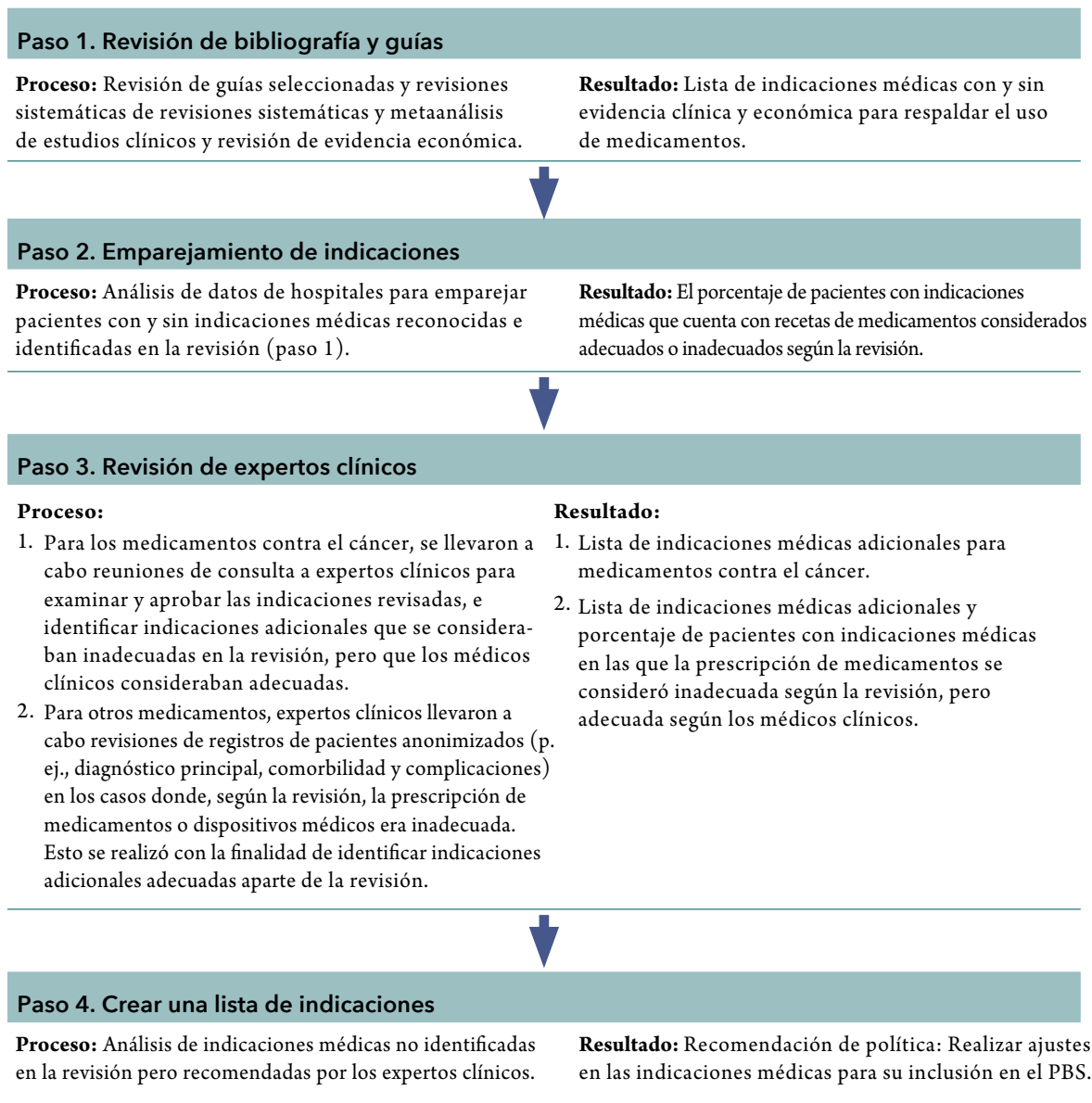
Se seleccionaron revisiones sistemáticas y meta-análisis de estudios clínicos, junto con evaluaciones económicas, de acuerdo con un protocolo desarrollado para este fin. Se prefirió la revisión sistemática de estudios que, a su vez, eran revisiones sistemáticas de estudios clínicos en lugar de la revisión sistemática de estudios clínicos individuales por dos motivos. En primer lugar, se consideró que este era un enfoque más viable que permitiría obtener resultados robustos, teniendo en cuenta las restricciones de tiempo y recursos. En segundo lugar, este análisis de segundo orden de evidencia clínica ofrecía información más confiable sobre el uso adecuado de las tecnologías, ya que las revisiones sistemáticas y los metaanálisis abarcan una muestra de mayor tamaño que los estudios individuales y además explican las variaciones en

la práctica a través de distintos marcos.² Se utilizaron las bases de datos de MEDLINE y Cochrane Database para llevar a cabo las revisiones sistemáticas.

Debido a que realizar evaluaciones económicas para cada medicamento y las indicaciones médicas asociadas a estos puede requerir mucho tiempo y recursos, este estudio se centró en revisar la evidencia sobre evaluaciones económicas disponible en el Center for Review and Dissemination (Centro de Revisiones y Divulgación), una base de datos en la que se incluyen todos los estudios

de evaluaciones económicas publicados en MEDLINE desde 1994 hasta marzo de 2015. A diferencia de la evidencia clínica que puede generalizarse a distintos entornos de atención en salud, la evidencia económica depende mucho de factores contextuales concretos, tales como los costos de la atención, la disponibilidad de las alternativas de intervención y las preferencias en salud.³ De este modo, se desarrolló una jerarquía de evidencia económica donde se dio mayor prioridad a los estudios llevados a cabo en el país, seguido de estudios realizados

GRÁFICO 1. Proceso de revisión



en la misma región, estudios en otros países de ingresos bajos y medios y, por último, estudios en cualquier otra parte del mundo.

Si se identificaba un estudio para un medicamento, y sus indicaciones relacionadas, ubicado en una posición más alta dentro de esta jerarquía, se ignoraban otros estudios. Respecto de los estudios realizados fuera del país, todas las unidades monetarias registradas se ajustaron a la moneda local siguiendo la paridad de poder adquisitivo en función de los datos del Fondo Monetario Internacional (FMI). En los casos en los que el estudio se había llevado a cabo antes de 2015, se utilizó el índice de precios

al consumidor (IPC) para hacer ajustes de acuerdo con la inflación, utilizando también información del FMI. Por consiguiente, todas las razones de costo-efectividad incremental se registraron con precios de 2015. Se utilizó el umbral máximo de 1 producto interno bruto per cápita por años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados o años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) evitados para determinar si el medicamento correspondiente a la indicación asociada ofrecía una buena relación entre los beneficios que aporta y el precio.

Debido a la complejidad de la evidencia revisada, se simplificó la presentación de resultados utilizando

GRÁFICO 2. Sistema de semáforo para los resultados de la revisión

Seguridad	Eficacia/efectividad clínica	Costo-efectividad	Color
✓	✓	✓	Verde
✓	✓	Desconocido	Verde claro
✓	Desconocido, X	X	Amarillo
✓			Naranja
X			Rojo

✓ = Hay evidencia sólida
 X = No hay evidencia sólida Desconocido
 Desconocido = No hay información

un sistema de semáforo para que fuera accesible para personas sin experiencia en salud o economía (Gráfico 2).

A los medicamentos con indicaciones asignadas al color verde oscuro, se les debería dar mayor prioridad debido a que se ha demostrado que son seguros y eficaces/efectivos y que ofrecen una buena relación entre los beneficios que aportan y el precio. La prioridad otorgada a los medicamentos e indicaciones de color verde claro debería ser secundaria, dado que, si bien existe evidencia que respalde su seguridad y eficacia o efectividad clínica, no se ha identificado evidencia económica que justifique su uso. Los medicamentos y sus indicaciones de color amarillo son similares a los de color verde claro, pero en este caso existe evidencia de que no ofrecen una buena relación entre los beneficios que aportan y el precio. Los medicamentos y las indicaciones de color naranja no deberían incluirse en el PBS debido a que no se ha encontrado evidencia de sus beneficios clínicos y los medicamentos e indicaciones clasificados con color rojo podrían ser perjudiciales.

En el paso 2, se analizaron datos de hospitales. En los datos se incluyó información a nivel de paciente sobre una serie de variables, tales como servicios de hospitalización y consultas ambulatorias en 2014 y los códigos CIE-10 de la OMS sobre los principales diagnósticos, comorbilidad, complicaciones y tratamiento, entre otros. Mediante los análisis, se buscaba emparejar indicaciones de pacientes a quienes se les hubiera recetado alguno de los medicamentos seleccionados con las indicaciones médicas conocidas que se identificaron en el paso 1. En primer lugar, se registró y clasificó la cantidad de pacientes para las indicaciones médicas conocidas para cada medicamento. Se determinaron las diez principales indicaciones cuyas prescripciones se consideraron adecuadas según la revisión. Luego, se registraron aquellas indicaciones consideradas inadecuadas según la revisión de la bibliografía para luego utilizarlas en el paso 3.

En el paso 3, se implementaron dos enfoques para incorporar contribuciones de expertos clínicos con respecto a las indicaciones médicas identificadas durante la revisión y para obtener indicaciones médicas adicionales que se habían considerado inadecuadas durante el proceso, pero que médicos clínicos podrían considerar adecuadas. Este proceso permitió la toma de decisiones clínicas a nivel local y la implementación de valores sociales para identificar indicaciones médicas apropiadas para el programa de CUS. Respecto de los medicamentos contra el cáncer, se programaron reuniones de expertos para verificar la lista de indicaciones médicas identificada en el paso 1 y para analizar los perfiles de pacientes con indicaciones médicas cuyas prescripciones se habían considerado inadecuadas según la revisión del paso 2. Luego, se pidió a los expertos que respaldaran las indicaciones médicas de cada medicamento, incluidas las indicaciones que se habían considerado inadecuadas según la revisión, pero adecuadas según los médicos clínicos. Las reuniones permitieron a los expertos deliberar y sacar conclusiones sobre indicaciones médicas adicionales.

En el caso de otros medicamentos, los registros de pacientes anonimizados a quienes se les habían recetado los medicamentos de las indicaciones que se consideraron inadecuadas en el paso 2 se extrajeron de la base de datos de hospitales que se describió anteriormente y se compartieron con los expertos clínicos. Los registros de pacientes anonimizados se distribuyeron entre expertos clínicos según su área de especialidad. Para cada uno de los registros de pacientes, se le pidió a cada experto clínico que determinara, mediante el uso de un modelo estándar, si la prescripción proporcionada respecto de una indicación en particular era justificada. En este paso, se identificó la proporción de pacientes con indicaciones médicas cuyas prescripciones de medicamentos se consideraban inadecuadas según la revisión, pero adecuadas según los médicos clínicos. El

resultado de este paso fue la lista de indicaciones y justificaciones para su uso adecuado.

En el paso 4, se analizaron los datos de las indicaciones médicas para cada medicamento no identificadas en la revisión de la bibliografía pero recomendadas por expertos clínicos. El resultado clave de este análisis fue la lista de indicaciones médicas que deberían reembolsarse dentro del programa de la CUS, según la evidencia de la revisión de bibliografía y la opinión de expertos locales.

Estimación del impacto económico potencial de las recomendaciones

Cuando había datos disponibles, se utilizaron tres variables para calcular el impacto en el presupuesto del programa de CUS como resultado de incluir las indicaciones recomendadas para cada medicamento: gasto total anual de cada medicamento bajo el programa de CUS, costo unitario de cada uno de ellos y proporción de pacientes respecto de una indicación determinada para cada medicamento, obtenida a partir de la base de datos de hospitales. En primer lugar, el gasto total por medicamento en el programa de CUS se dividió por el costo unitario de cada uno de ellos para determinar la cantidad total de pacientes para cada medicamento en el país. Luego, se distribuyó la cantidad total de pacientes para cada medicamento entre las indicaciones asociadas de acuerdo con la proporción de pacientes para cada indicación obtenida a partir de la base de datos de hospitales. Esta distribución proporcionó la cantidad de pacientes y el presupuesto destinado a cada indicación respecto a un medicamento determinado. Estas proporciones se utilizaron para estimar el impacto económico potencial de adoptar las recomendaciones de la sección anterior.

Reuniones con las partes interesadas

A lo largo de todo el proceso, se realizaron varias reuniones con las partes interesadas para asegurar la transparencia y la participación de los distintos grupos. En la primera reunión consultiva, los participantes coincidieron con el lineamiento y el protocolo de revisión bibliográfica y con el criterio solicitado para que se revise la selección de medicamentos en la primera fase. En la segunda reunión consultiva, se presentaron los resultados preliminares de los pasos 1 y 2. En esta reunión, los participantes tuvieron la oportunidad de opinar sobre los hallazgos y verificarlos, y de ajustar las recomendaciones de política.

Hallazgos

En esta sección se describen los resultados de los cuatro pasos del desarrollo de indicaciones terapéuticas para los medicamentos seleccionados y las estimaciones del impacto económico potencial de implementar las recomendaciones de política. En los cuadros del 1 al 6, se muestra una lista de indicaciones para los medicamentos identificados en la revisión de guías y revisiones sistemáticas. Los resultados se presentan mediante el sistema de semáforo. El Cuadro 1 se centra en los medicamentos contra el cáncer. Existen revisiones sistemáticas y meta-análisis para los 7 medicamentos contra el cáncer de la revisión. En total, se evaluaron 47 indicaciones médicas. A pesar de que se haya evaluado más de una indicación para cada medicamento contra el cáncer, ninguno de estos entra en la categoría verde oscuro considerando las indicaciones para las cuales se evaluó evidencia respecto a su uso. Esto sugiere que los medicamentos contra el cáncer deberían recetarse con prudencia. El ácido zoledrónico es el único medicamento contra el cáncer revisado que entra en la categoría verde oscuro para, al menos,

una indicación, mientras que el imatinib no está calificado en los colores verde claro u oscuro para ninguna indicación.

En el Cuadro 2, se resume la revisión de indicaciones de tres antibióticos, incluido el meropenem, que se considera un medicamento reservado para el tratamiento de enfermedades graves causadas por bacterias resistentes a antimicrobianos. En total, se evaluaron 27 indicaciones médicas para estos antibióticos. Si bien los medicamentos se analizaron considerando distintas indicaciones, ninguno resultó ser apropiado para las indicaciones evaluadas. Por ejemplo, la ciprofloxacina se evaluó en 22 indicaciones, mientras que la cilastatina/imipenem y el meropenem se evaluaron en solo 5 y 7 indicaciones respectivamente, lo que sugiere que la ciprofloxacina es un antibiótico popular. Sin embargo, para 15 de las indicaciones no hubo evidencia que respaldara beneficios clínicos en las guías. Solo el meropenem se clasificó como verde oscuro para una indicación (neumonía severa).⁴

En el Cuadro 3, se presentan los resultados de la albúmina. Este medicamento se evaluó teniendo en cuenta 11 indicaciones médicas, pero resultó ser seguro y efectivo a nivel clínico en solo 2 de ellas, y no había evidencia disponible con respecto a la relación entre beneficios y precio (verde claro). Cabe señalar que la albúmina no se recomendó en ninguna de las guías a las que se remitió en esta revisión.

En el Cuadro 4 se presenta la lista de indicaciones relacionadas con los aminoácidos, que se estableció a través de la revisión bibliográfica y las guías. Aunque se lo evaluó en 26 indicaciones distintas, no hay evidencia disponible sobre el beneficio clínico de usar este medicamento (naranja) y no se incluyó ninguna de las indicaciones en las guías.

En el Cuadro 5, se presentan los resultados del esomeprazol, que se evaluó en seis indicaciones. Hay variaciones en la evidencia disponible sobre las distintas indicaciones: se clasificó como verde oscuro para el tratamiento de mantenimiento de la

enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE); verde claro para la inflamación del esófago y la infección por *Helicobacter pylori*; amarillo para la ERGE, al igual que para la terapia inicial en pacientes con ERGE con ciertas condiciones; y rojo para los pacientes cardiovasculares que reciben terapia antiplaquetaria en el momento. En el caso del rojo, a través de una revisión sistemática y metaanálisis, se descubrió que el uso simultáneo de esomeprazol y medicamentos antiplaquetarios estaba asociado con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares adversos.⁵

En el Cuadro 6, solo se identificó la hemofilia A como indicación médica para el factor VIII. La revisión demostró que el uso de factor VIII para tratar la hemofilia A con inhibidores de título alto fue efectivo y ofreció una buena relación entre beneficios y precio, mientras que el uso de profilaxis ofreció beneficios clínicos, pero no así una buena relación entre beneficios y precio.

CUADRO 1. Cáncer y medicamentos inmunosupresores

Indicaciones	Erlotinib	Erlotinib	Oxaliplatino	Paclitaxel	Rituximab	Sorafenib	Zoledrónico
Cánceres							
Cáncer de bronquio y de pulmón							c
▪ Cáncer pulmonar de células no pequeñas	b						
• Fase avanzada				a, d			
Leucemia mieloide crónica							
▪ Fase crónica		* a,c					
▪ Fase acelerada							
▪ Crisis blástica							
Enfermedad de injerto contra huésped							
Cáncer colorrectal							
▪ Fase II			a				
▪ Fase III			a, d				
▪ Fase de metástasis/avanzada (terapia de primera línea)			a				
▪ Fase de metástasis/avanzada (terapia de segunda línea)			a				
Cáncer de esófago							
Tumor del estroma gastrointestinal		a					
Mieloma múltiple y neoplasias de células plasmáticas							
Cáncer oral y orofaríngeo							
Cáncer pancreático							
Hipertensión arterial pulmonar							
Cáncer papilar de tiroides							
▪ Fase metastásica							
Oftalmopatía tiroidea							
Cáncer de mama							
▪ Fase temprana				a			
▪ Fase metastásica				a, d			
• HER2 positivo				a			
Linfoma no Hodgkin de células B							
▪ Linfoma B difuso de células grandes					a, c		
▪ Linfoma folicular					a, c		
▪ Linfoma doble hit							
Leucemia							
▪ Leucemia linfocítica crónica					a, c		
Rechazo agudo de trasplante renal							
Síndrome nefrótico							
Cáncer renal avanzado o metastásico							

(continuación)

CUADRO 1. Cáncer y medicamentos inmunosupresores (continuación)

Indicaciones	Erlotinib	Imatinib	Oxaliplatino	Paclitaxel	Rituximab	Sorafenib	Zoledrónico
Trombocitopenia inmune crónica							
Miastenia gravis							
Lupus eritematoso sistémico							
Esclerosis múltiple remitente recurrente							
Hemofilia A/B							
Carcinoma hepatocelular							
▪ Fase avanzada							
▪ Antes de trasplante de hígado							
▪ Recurrencia							
Hueso y articulación							
Osteoporosis sin fractura patológica							c
Problema óseo por cáncer metastásico óseo							
▪ Cáncer de mama							c
▪ Cáncer renal							c
▪ Cáncer de próstata							c
Hipercalcemia de malignidad							
Artritis reumatoide							
Otras							
Prevención de accidentes cardiovasculares							

*depende de la administración.

a = 19ª Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS

b = Guías internacionales

c = Guías locales

d = NLEM de Tailandia

CUADRO 2. Antibióticos

Indicaciones	Cilastatina, Imipenem	Ciprofloxacina*	Meropenem†
Enfermedades del sistema digestivo			
Enfermedad de Crohn			
■ Con fistulas perianales			
Pouchitis aguda			
Enfermedades del sistema respiratorio			
Neumonía			
■ Neumonía adquirida en el hospital (neumonía nosocomial / neumonía asociada al ventilador)		c	c
■ Neumonía severa			c
Exacerbaciones agudas de bronquitis crónica			
Bronquiectasias estables no asociada a fibrosis quística		c	c
Sinusitis bacteriana aguda			
Osteomielitis		c	
Enfermedades del sistema genitourinario			
Infección del tracto urinario		c	
■ Infección del tracto urinario complicada			
■ Infección del tracto urinario no complicada			
Cistitis aguda			
Prostatitis bacteriana crónica			
Enfermedades infecciosas y parasitarias			
Infección adquirida en el hospital	a, c		
Infecciones severas			
Fiebre tifoidea y paratifoidea			
Infecciones intraabdominales			
Disentería			
Gonorrea no complicada		c	
Cólera		c	
Infección por pseudomonas		c	
Infección meningocócica (meningitis)			a (menores de 3 meses de edad)
Brucelosis			
Infecciones de la piel y tejidos blandos			
Infección bacteriana			
Enfermedades sanguíneas y de órganos hematopoyéticos			
Neutropenia febril	c		
Úlceras venosas de piernas			

* El ciprofloxacino se clasifica como "a" sin una indicación específica. Se clasifica como "d" respecto a las indicaciones utilizadas según la opinión de los expertos en enfermedades infecciosas.

†El meropenem se clasifica como "c" para otras 12 indicaciones, incluidas la bronquiectasia, neumonía adquirida en la comunidad, en el hospital o asociada al ventilador, empiema, sepsis, infección biliar, absceso hepático piógeno, pancreatitis aguda infecciosa, peritonitis bacteriana e inmunodeficiencia. Se clasifica como "d" para las indicaciones utilizadas teniendo en cuenta la opinión de expertos clínicos en enfermedades contagiosas.

a = 19.ª Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS

b = Guías internacionales

c = Guías locales

d = NLEM de Tailandia

CUADRO 3. Albúmina

Indicaciones	Resumen de la evidencia
Paracentesis en pacientes cirróticos	
■ Pacientes cirróticos sin ninguna infección	
■ Pacientes cirróticos con alguna infección	
Peritonitis bacteriana espontánea	
Hipotensión intradialítica en pacientes en hemodiálisis	
Síndrome de dificultad respiratoria aguda	
Infantes prematuros recién nacidos con niveles bajos de albúmina sérica	
Sepsis severa y <i>shock</i> séptico	
Estado crítico de enfermedad	
Pacientes internados gravemente enfermos	
Pérdida de sangre posoperatoria en cirugía de derivación cardiopulmonar	
Síndrome de hiperestimulación ovárica grave	

a = 19.ª Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS

b = Guías internacionales

c = Guías locales

d = NLEM de Tailandia

CUADRO 4. Aminoácidos

Indicaciones	Resumen de la evidencia
Accidente cerebrovascular	
Hemorragia intracerebral no traumática	
Hemorragia digestiva alta en pacientes con enfermedad hepática aguda o crónica	
Etapa final de la enfermedad hepática	
Cirrosis o encefalopatía portosistémica	
Antes y después de trasplante de hígado	
Encefalopatía hepática	
Hemorragia digestiva alta en personas con enfermedad hepática aguda o crónica	
Lactantes pequeños con enfermedad gastrointestinal severa	
Enfermedad de Crohn	
Insuficiencia renal crónica	
Lesión renal aguda	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	
Construcción de masa muscular en personas mayores	
Personas mayores en recuperación por fractura de cadera	
Niños con cáncer que están recibiendo tratamiento con quimioterapia	
Bebés prematuros	
Ictericia neonatal	
Errores congénitos del metabolismo	
Crecimiento neonatal	
Tolerancia a lípidos y cetogénesis; aumento de peso para recién nacidos	
Prevención de enterocolitis necrosante	
Lesión de la cabeza	
Estado crítico de enfermedad	
Prevención y tratamiento de úlceras por presión	
Paciente que recibe un trasplante de médula ósea	

a = 19.ª Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS

b = Guías internacionales

c = Guías locales

d = NLEM de Tailandia

CUADRO 5. Esomeprazol

Indicaciones	Resumen de la evidencia
Pacientes cardíacos que actualmente se someten a terapia antiagregante	Red
Esofagitis erosiva	Verde claro
Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)	Amarillo
Terapia inicial para pacientes con ERGE y síntomas constantes de reflujo que no han superado la prueba PASS (prueba de síntoma de supresión de ácidos con inhibidores de la bomba de protones)	Amarillo
Terapia de mantenimiento	Verde
Infección por <i>Helicobacter pylori</i>	Verde claro

a = 19.ª Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS
 b = Guías internacionales
 c = Guías locales
 d = NLEM de Tailandia

CUADRO 6. Factor VIII*

Indicaciones	Resumen de la evidencia
Hemofilia A	c, d
■ Hemofilia A con inhibidores de título alto (terapia ITI comparada con rVIIa)	Verde
■ Profilaxis de hemofilia A frente a tratamiento a demanda	Amarillo

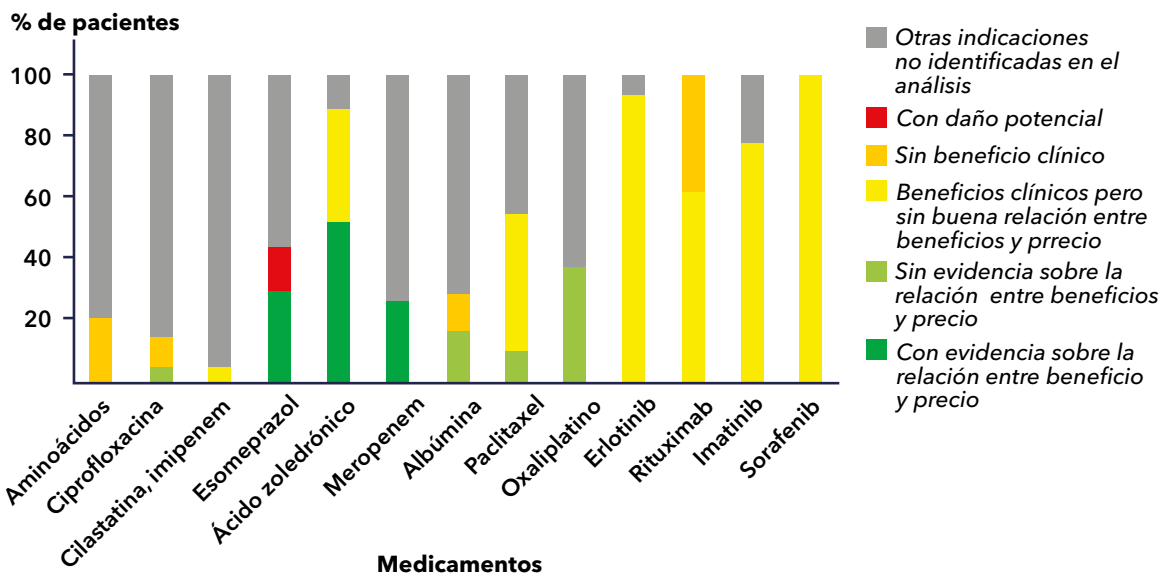
* El factor VIII se clasificó como "a" sin una indicación específica.

a = 19.ª Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS
 b = Guías internacionales
 c = Guías locales
 d = NLEM de Tailandia

En el Gráfico 3, se muestra la proporción de pacientes a quienes se les recetaron medicamen-

tos para varias indicaciones utilizando el sistema semáforo para cada medicamento.

GRÁFICO 3. Emparejamiento de los datos de hospitales con los hallazgos de la revisión



Solo una pequeña proporción de pacientes fueron diagnosticados con indicaciones médicas que se encuentran en las categorías verde oscuro (8 por ciento de los tres medicamentos) y verde claro (2 por ciento de los cuatro medicamentos). Mientras tanto, en su gran mayoría, las prescripciones para cada medicamento no se corresponden con las indicaciones identificadas: a un 74 por ciento de los pacientes se les recetaron medicamentos para indicaciones no identificadas en las revisiones (categoría gris). Solo dos medicamentos, rituximab y sorafenib, se corresponden con las indicaciones médicas revisadas, mientras que, en el caso de la cilastatina, a más del 90 por ciento de los pacientes se les recetaron medicamentos para indicaciones que no coinciden con las indicaciones revisadas. No se recetó ningún medicamento para aquellas indicaciones que pertenecen a los grupos de colores verde oscuro o verde claro. En particular, el esomeprazol se administra a cerca del 14 por ciento de los pacientes con una indicación poco segura (rojo).

En el Gráfico 4, se muestra el resultado de la revisión de expertos de las historias clínicas de pacientes cuyas recetas se habían considerado inadecuadas según la revisión, incluidas las indicaciones médicas no identificadas en dicha revisión (color gris en el Gráfico 3). Tras revisar el diagnóstico principal, la comorbilidad y las complicaciones, los expertos clínicos confirmaron que una cantidad significativa de pacientes utilizan en exceso los medicamentos revisados. En general, a pesar de que los expertos hallaron que el 29 por ciento de las recetas externas a las indicaciones identificadas en la revisión eran justificables, confirmaron que la mayoría de estas (58%) no lo eran.

Para el 13% de las historias clínicas, los expertos no pudieron determinar si las recetas eran justificables o no.

En el Gráfico 5, se muestra el ahorro que se podría obtener al utilizar medicamentos en las indicaciones adecuadas (excepto para el factor VIII, para el que

no se contaba con datos disponibles). Aquellas recetas clasificadas con color verde oscuro o verde claro durante el proceso de revisión bibliográfica se definen como indicaciones adecuadas, al igual que las indicaciones adicionales consideradas justificables según la revisión de expertos. La proporción identificada con azul indica el gasto por cada medicamento que se invierte actualmente en las indicaciones médicas adecuadas. Asimismo, la proporción identificada con amarillo muestra el gasto realizado, por medicamento, en aquellas indicaciones que cuentan con evidencia que respalda sus beneficios clínicos, pero que no presentan una buena relación entre los beneficios que aportan y el precio en el país. Las proporciones identificadas con marrón representan, por medicamento, el gasto en aquellas indicaciones que han sido consideradas inadecuadas, según la revisión bibliográfica, e injustificables de acuerdo con la opinión de expertos clínicos. Si el gobierno define las indicaciones médicas adecuadas para cada medicamento, el gestor de la CUS podría ahorrar USD 231 millones por año o el 78 por ciento de su presupuesto anual en estos medicamentos. Sin embargo, si los responsables deciden respaldar estos medicamentos para las indicaciones que hayan demostrado beneficios médicos pero no así una buena relación entre beneficios y precio —en otras palabras, incluir además los medicamentos identificados con amarillo—, el ahorro potencial disminuiría a USD 152 millones o a un 51 por ciento de su presupuesto anual para medicamentos.

GRÁFICO 4. Resultados de la revisión de expertos

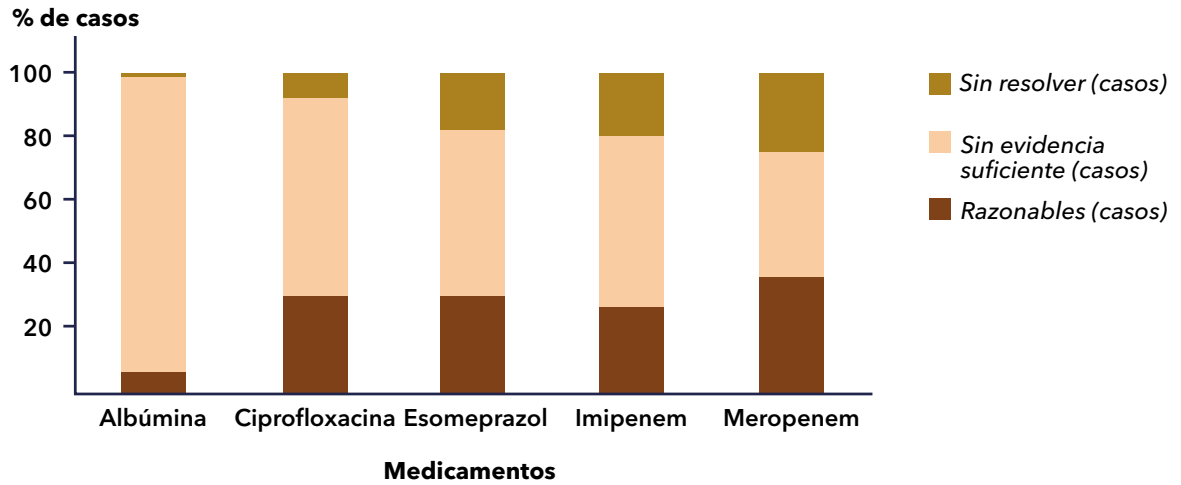
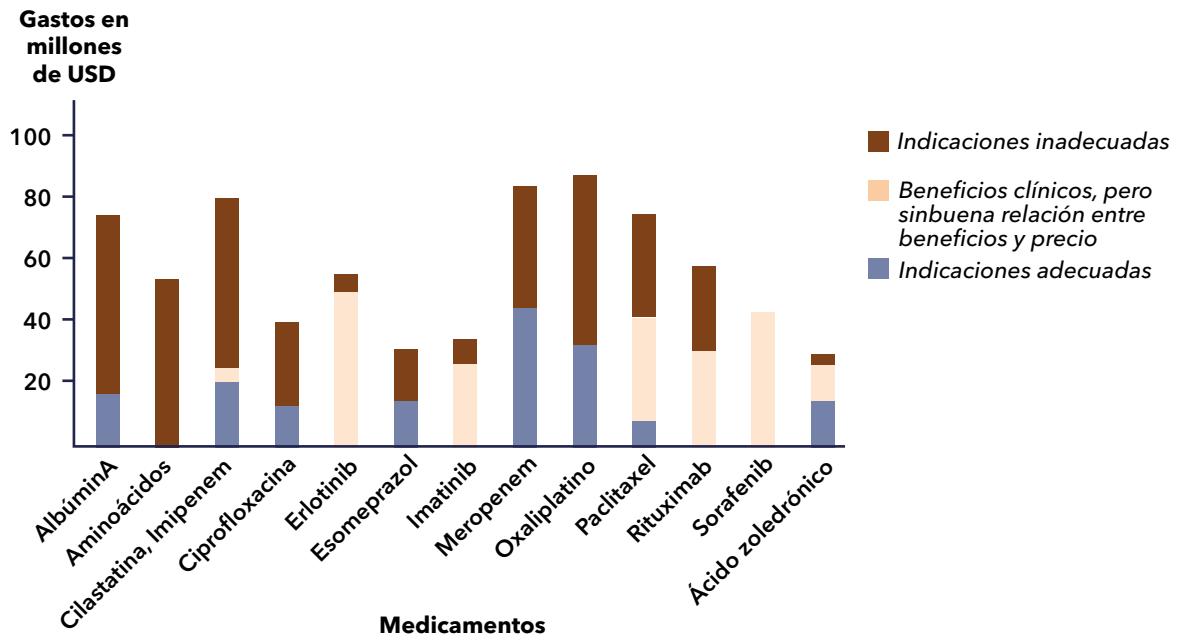


GRÁFICO 5. Proporción del gasto en indicaciones adecuadas vs. indicaciones inadecuadas



Discusión

En la revisión, se halló que solo el 22 por ciento de los gastos actuales con respecto a estos medicamentos se destinó a las indicaciones adecuadas; el resto se asignó a indicaciones inadecuadas. La proporción de indicaciones adecuadas variaba considerablemente de un medicamento a otro. Los resultados sugieren que la generosa política de reembolso —es decir, no definir las indicaciones médicas adecuadas para estos medicamentos— ha tenido un impacto considerable en el presupuesto de la CUS. Al eliminar las indicaciones inadecuadas (las que no presentan evidencia de beneficios clínicos y no ofrecen una buena relación entre beneficios y precio), el gestor de la CUS puede liberar una gran parte del presupuesto para más inversiones.

De este estudio, se desprenden cinco lecciones fundamentales. Primero, un PBS bien definido permite garantizar que los recursos de la CUS se inviertan en servicios prioritarios. Segundo, el pago a proveedores basado en una lista de tarifas puede conducir a la sobreutilización de servicios, sobre todo, cuando el PBS no especifica las indicaciones para cada intervención. Tercero, identificar y abordar intervenciones que justifiquen gran parte de los recursos de la CUS puede ayudar a generar ganancias significativas para el sistema de salud. Cuarto, es viable realizar, de manera sistemática, una revisión de documentos, analizar la utilización de servicios e incorporar la opinión de expertos con el objetivo de desarrollar una lista de indicaciones médicas para reembolsos en entornos con recursos limitados. Por último, y lo más importante, es crucial determinar aquellas indicaciones para cada intervención que puedan reembolsarse en el PBS. Estos hallazgos ya han informado cambios de política en el país objeto de estudio, garantizado el uso racional de tecnologías y ayudado a asegurar un financiamiento sostenible para ampliar la CUS en el país.

El desarrollo de un PBS, claro está, es un proceso continuo y no debería considerarse un ejercicio aislado. En este país, el trabajo en curso implica ampliar la lista de intervenciones por revisar, además de actualizar las revisiones de las intervenciones, dado que constantemente se genera nueva evidencia y las indicaciones que hoy se consideran inadecuadas podrían considerarse adecuadas en el futuro (y viceversa). Los sistemas de salud en países comprometidos con la CUS deberían institucionalizar mecanismos de establecimiento de prioridades para los PBS e invertir en el desarrollo de infraestructura que facilite llevar a cabo estos ejercicios de priorización. Un componente fundamental de un mecanismo de establecimiento de prioridades es un sistema de información en salud integral, en especial, uno que incluya datos de hospitales, que deberían abarcar todos los hospitales que presenten un nivel aceptable de precisión. Este tipo de datos puede cumplir varios propósitos, tales como respaldar sistemas de pago a proveedores, monitorear y evaluar el acceso apropiado a servicios prioritarios y complementar otros tipos de investigaciones. Debido a que la dimensión de los datos es de una magnitud considerable, estos deberían digitalizarse para asegurar un uso oportuno y efectivo.

El estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, solo se cubrieron intervenciones reembolsadas por el gestor de la CUS. El estudio se centró en las intervenciones con el mayor impacto presupuestario y se ofrecieron recomendaciones de política para contener sus costos. Si bien este enfoque parece haber tenido un impacto significativo en cuanto a la reducción de inversiones ineficientes, se ignoran las intervenciones cuyos reclamos de reembolso han sido rechazados. Debido a que la CUS busca la protección financiera y el acceso equitativo a la atención médica esencial, estos reclamos rechazados (cuya carga de pago recae exclusivamente en las personas) también deberían abordarse al desarrollar una CUS. Lamentablemente, el organismo de la CUS del

país estudiado, al igual que otros gestores de CUS, ha mantenido registros solo de los reclamos pagados y ha ignorado aquellos que han sido rechazados. Con esto, se ha perdido la oportunidad de obtener información útil para futuros ajustes a un PBS. Por lo tanto, los autores del estudio recomiendan que los registros de reclamos rechazados se mantengan en un formato utilizable.

En segundo lugar, la revisión de indicaciones adecuadas en intervenciones seleccionadas solo se enfocó en una revisión sistemática de la bibliografía y guías de práctica clínica locales e internacionales en lugar de ensayos aleatorizados controlados. El uso de revisiones sistemáticas se justificó con el hecho de que ofrecen mayor precisión e información más confiable y verificada. Las indicaciones aprobadas que se identificaron mediante las revisiones sistemáticas probablemente sean aceptadas por los profesionales de la salud, no solo en el país estudiado, sino también a nivel mundial. Aunque, en la revisión bibliográfica, pueden haberse perdido indicaciones emergentes que aún no han sido incluidas en ninguna revisión sistemática, la intervención de los expertos compensó este punto débil.

Por último, las evaluaciones económicas utilizadas en este estudio se tomaron principalmente de estudios en otros entornos. Cabe señalar que el uso de la paridad de poder adquisitivo para transferir resultados de evaluaciones económicas no es una estrategia estándar, sino que se desarrolló para este estudio. El análisis se basa en el supuesto de que el uso de recursos para determinadas intervenciones es el mismo en el entorno del estudio y en el país. Puede que esto no sea así si los medicamentos y los dispositivos médicos los ofrecen distintos tipos de establecimientos de salud (por ejemplo, en comparación con niveles de atención secundaria y terciaria). Aun así, esta adaptación representó el mejor enfoque posible, dadas las limitaciones que afrontaba el estudio y, por otra parte, los autores recomendaron que las partes interesadas condujeran estudios de

evaluación económica locales para ciertas intervenciones que fueran importantes para los responsables de la toma de decisiones.

Referencias

- Edwards, Steven, Helen Campbell, and Jonathan Plumb. 2006. "Cost-Utility Analysis Comparing Meropenem with Imipenem Plus Cilastatin in the Treatment of Severe Infections in Intensive Care." *European Journal of Health Economics* 7 (1): 72-78. doi: 10.1007/s10198-005-0333-y.
- Edwards, Steven, Sarah Wordsworth, and Mike Clarke. 2012. "Treating Pneumonia in Critical Care in the United Kingdom Following Failure of Initial Antibiotic: A Cost-Utility Analysis Comparing Meropenem with Piperacillin/Tazobactam." *European Journal of Health Economics* 13 (2): 181-92. doi: 10.1007/s10198-011-0296-0
- Evans, Imogen, Hazel Thornton, Iain Chalmers, and Paul Glasziou. 2011. *Testing Treatments*, 2nd ed. London: Pinter & Martin.
- Glassman, Amanda, and Kalipso Chalkidou. 2012. *Priority-Setting in Health: Building Institutions for Smarter Public Spending*. Washington, DC: Center for Global Development. www.cgdev.org/sites/default/files/1426240_file_priority_setting_global_health_FINAL_0.pdf.
- Sherwood, Matthew, Chiara Melloni, Schuyler Jones, Jeffrey Washam, Vic Hasselblad, and Rowena Dolor. 2015. "Individual Proton Pump Inhibitors and Outcomes in Patients with Coronary Artery Disease on Dual Antiplatelet Therapy: A Systematic Review." *Journal of the American Heart Association* 4 (11). doi: 10.1161/JAHA.115.002245.
- Walker, Damian, Yot Teerawattananon, Rob Anderson, and Gerry Richardson. 2010. "Generalisability, Transferability, Complexity and Relevance." In *Evidence-Based Decisions and Economics: Health Care, Social Welfare, Education and Criminal Justice, Second Edition*, edited by Ian Shemilt, Miranda Muggford, Luke Vale, Kevin Marsh, and Cam Donaldson (Oxford: Wiley-Blackwell), 56-66.

Notas finales

1. Glassman and Chalkidou (2012).
2. Evans and others (2011).
3. Walker and others (2010).
4. Edwards, Campbell, and Plumb (2006); and Edwards, Wordsworth, and Clarke (2012).
5. Sherwood and others (2015).

COMENTARIO DEL FORMULADOR DE POLÍTICAS

Comenzar por la lista de medicamentos esenciales: *Cómo la agencia PHARMAC de Nueva Zelanda prioriza y adquiere beneficios farmacéuticos*

Thomas Wilkinson

En pocas palabras: PHARMAC –una agencia independiente encargada de gestionar beneficios farmacéuticos en Nueva Zelanda– vincula la costo-efectividad y los análisis de impacto presupuestario con estrategias comerciales a fin de conseguir ahorros considerables para el sistema de salud y optimizar el acceso a tratamientos.

Aunque las características de los planes de beneficios en salud (PBS) dependerán de las necesidades de cada país, el modo en el que se gestionan los beneficios farmacéuticos como parte del plan será crucial para la sostenibilidad y para mantener el acceso universal. Muchos países poseen algún tipo de lista de medicamentos esenciales o programa de medicamentos que se financian parcial o totalmente para ciertas indicaciones o grupos de personas y, a nivel mundial, existen excelentes ejemplos de enfoques efectivos y sólidos para administrar el acceso. Nueva Zelanda es uno de estos ejemplos.

Origen de la PHARMAC

Nueva Zelanda, un país de solo 4,6 millones de personas en el Pacífico sudoeste, ha mantenido desde 1993 una agencia independiente de evaluación de tecnologías en salud llamada Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC) para administrar los beneficios farmacéuticos. Este es un ejemplo que sirve de referencia para los países de ingresos bajos y altos en todo el mundo.

Los orígenes de la PHARMAC se remontan a la década de 1980, cuando el precio de los

medicamentos aumentaba a un ritmo más acelerado que el de otros gastos gubernamentales, lo que iba en posible detrimento de la financiación destinada a otros servicios de salud. Para abordar este riesgo, se creó la PHARMAC, con el único objetivo legislativo de “garantizar a las personas que necesitan medicamentos los mejores resultados en salud razonablemente alcanzables en función de los fondos asignados”.¹

La estructura del sistema de salud de Nueva Zelanda delega importantes funciones administrativas y adquisitivas a 20 juntas de salud de distritos en el país. La PHARMAC opera asumiendo la responsabilidad de una parte del presupuesto anual destinado a cada junta de distrito (por lo general, del 7 al 8 por ciento) y utilizando estos fondos comunes para determinar qué medicamentos deberían financiarse.

La independencia de la PHARMAC es importante. Esta agencia rinde cuentas al Ministerio de

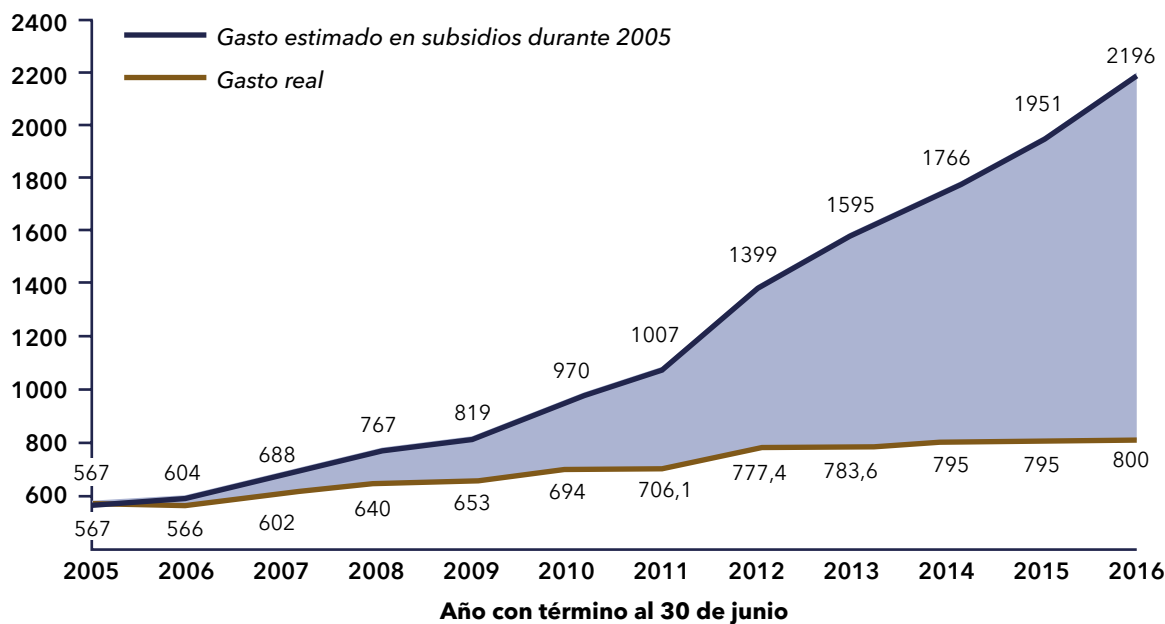
Salud, pero, como representante independiente de la Corona (Crown Agent), no forma parte del Ministerio y tiene su propia junta de directores y presidente ejecutivo. Esta estructura ha permitido que la PHARMAC opere con autonomía y que se reduzca la influencia política o de otras partes interesadas.

Control de gastos

La PHARMAC ha tenido un éxito destacable respecto al control de gastos en medicamentos manteniendo al mismo tiempo un programa integral de beneficios farmacéuticos.² Como se ve en el Gráfico 1, se han alcanzado ahorros de USD 2800 millones en los primeros 20 años de su existencia, manteniendo un aumento anual promedio en gastos farmacéuticos del 3,5 por ciento, mientras que el volumen de recetas aumentó a un 6 por ciento por año aproximadamente.³

GRÁFICO 1. Impacto real de la PHARMAC en los gastos farmacéuticos previstos por Nueva Zelanda, 2005–2016

Costo neto del medicamento (\$ millones)



Fuente: PHARMAC (2016, p. 29). Reproducido con autorización.

Evaluación de tecnologías en salud: de principio a fin

La PHARMAC es una agencia de evaluación de tecnologías en salud “de principio a fin”. Se encarga de la identificación de nuevos temas y oportunidades para lograr mejoras y ahorros en salud, dirige evaluaciones analíticas, gestiona la toma de decisiones e impulsa su puesta en práctica mediante estrategias comerciales de compra y desarrollo de programas. El Plan de Medicamentos es una lista integral de medicamentos y disposiciones en la que se estipulan los fármacos financiados, las marcas, las indicaciones y fórmulas específicas, y las condiciones bajo las que se financian.

Este plan garantiza que las decisiones tomadas por la PHARMAC se conviertan en una lista de beneficios en salud ejecutable e implementada universalmente.

Al igual que otras agencias de evaluación de tecnologías en salud a nivel mundial, la PHARMAC utiliza análisis de costo-efectividad (ACE) para determinar la eficiencia de medicamentos e informar sus decisiones. Debido a los limitados recursos humanos, esta agencia ha incorporado un enfoque gradual para abordar la complejidad analítica del ACE. En los casos en los que se trate de una decisión sobre la inclusión de un nuevo medicamento al plan que sea relativamente sencilla y posea un grado de incertidumbre clínica y un riesgo financiero limitados, la PHARMAC realizará una evaluación rápida de una a dos semanas. Sin embargo, cuando la incertidumbre sobre el posible impacto presupuestario o los beneficios clínicos relativos es mayor, se llevarán a cabo análisis más integrales y detallados que pueden demorar hasta seis meses.

La PHARMAC ha logrado ahorros considerables mediante estrategias comerciales de compra, normalmente conocidas como *compra estratégica*. Una de las principales metas de la agencia es llevar la competencia a mercados que antes no eran competitivos a través de la adopción de distintas estrategias

para medicamentos genéricos y patentados. Habitualmente, se llama a una simple licitación de varios productos para la mayoría de los medicamentos genéricos y, con frecuencia, se llevan a cabo negociaciones de precio basadas en el valor terapéutico y acuerdos de distribución de riesgos.

Toma de decisiones

La PHARMAC es un organismo de toma de decisiones. Por lo general, debe tomar decisiones cuyos resultados son trascendentales para la salud y el bienestar de los neozelandeses, por lo que recibe intensa presión del público y atrae el interés de los medios. La jurisdicción legislativa de la PHARMAC implica que debe considerar no solo los beneficios y riesgos de un medicamento, sino también las consecuencias más amplias de sus decisiones —gastar dinero en un medicamento significa que habrá menos dinero disponible para otros medicamentos y servicios de salud—.

La PHARMAC utiliza un marco basado en “factores de consideración” para facilitar el proceso de toma de decisiones (véase el Gráfico 2)⁴ Este marco constituye un tipo de análisis de decisión multicriterio que aborda cuatro dimensiones: necesidades, beneficios en salud, costos y ahorros, y sostenibilidad. Cada uno de estos aspectos se divide en secciones dirigidas al individuo, la comunidad y la familia (*whānau*), y a la población colectiva de Nueva Zelanda y el sistema de salud. Este marco también permite que se tomen decisiones transparentes, consecuentes y responsables, y ofrece la posibilidad de explicar al público en general cómo y por qué se adoptan estas decisiones.

El plan de beneficios de medicamentos

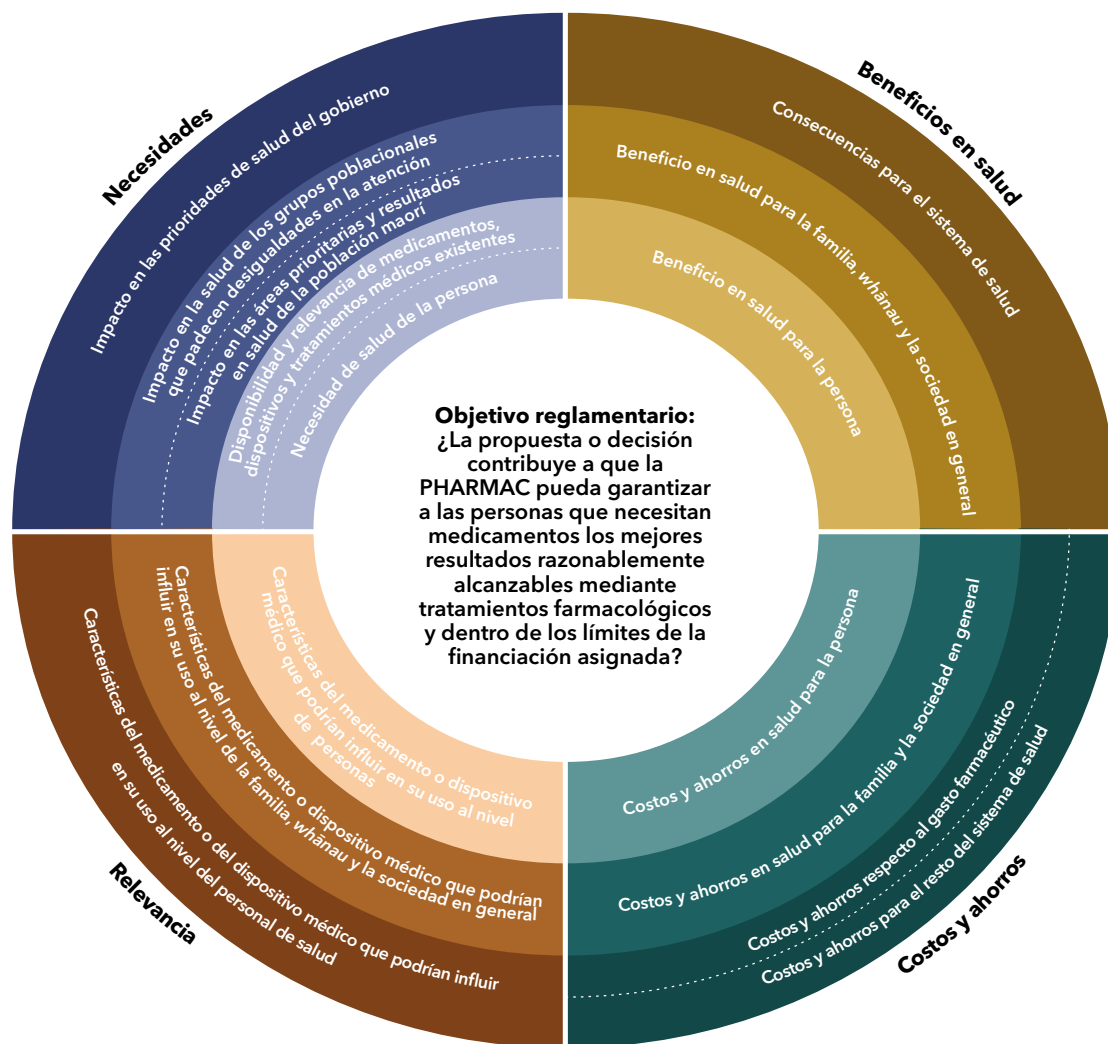
Determinar el contenido de un PBS implica considerar cómo se decidirán y comunicarán los medicamentos elegibles. El enfoque de Nueva Zelanda

incluye una agencia dedicada e independiente cuyo mandato es lograr una buena relación entre los beneficios que se obtienen y su precio teniendo en cuenta el presupuesto disponible. Su Plan de Medicamentos es un ejemplo de una lista positiva explícita que ha permitido que la PHARMAC pueda combinar los análisis de costo-efectividad e impacto presupuestario con estrategias comerciales a fin de obtener ahorros considerables en el sistema de salud y optimizar el acceso a tratamientos. Aunque en algunos casos la PHARMAC ofrece recomendaciones respecto de tecnologías, tales como dispositivos y diagnósticos, no elabora guías de tratamientos estándar ni determina directamente el acceso a servicios específicos.

Nueva Zelanda no posee listas ni planes exhaustivos que definan explícitamente todos los beneficios en salud disponibles para la población, puesto que la elegibilidad para acceder a los servicios se determina mediante acuerdos dinámicos entre políticas locales y nacionales.

Es poco probable que un enfoque aislado para el desarrollo de un plan de beneficios farmacéuticos sea adecuado para todos los países que buscan avanzar hacia la cobertura universal en salud. Sin embargo, como primer paso, el fortalecimiento del proceso de toma de decisiones y de los métodos aplicados a los beneficios farmacéuticos permitirá progresos visibles y mensurables hacia un enfoque más integral.

GRÁFICO 2. Factores de consideración de la PHARMAC



Referencias

Evans, Jackie, George Laking, Matthew Strother, Tony Wang, Scott Metcalfe, Gary Blick, Reinhard Pauls, et al. 2016. "Mind the Gap: An Analysis of Foregone Health Gains from Unfunded Cancer Medicines in New Zealand." *Seminars in Oncology* 43 (6): 625-37. doi: 10.1053/j.seminoncol.2016.10.004.

Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC). 2016. *Annual Report 2016*. June 30. Wellington, New Zealand: PHARMAC. www.pharmac.govt.nz/assets/annual-report-2015-2016.pdf.

———. 2017. "Factors for Consideration." PHARMAC, January. www.pharmac.govt.nz/medicines/how-medicines-are-funded/factors-for-consideration/.

Notas finales

1. PHARMAC (2017).
2. Evans and others (2016).
3. PHARMAC (2016).
4. PHARMAC (2017).



*Médico atendiendo pacientes en una clínica de Mukono, Uganda.
Créditos: Arne Hoel/Banco Mundial*

PARTE III

DECISIONES DIFÍCILES

Consideraciones éticas, de derechos y de economía política para definir los beneficios

Introducción

Amanda Glassman

Existen cuestiones políticas, éticas y de derechos que son intrínsecas a todos los aspectos del diseño y ajuste de planes de beneficios en salud (PBS). Analizar y gestionar estas cuestiones de manera adecuada resulta fundamental para que una política cumpla eventualmente el objetivo de alcanzar la cobertura universal. Las personas que deciden cómo gastar los presupuestos de salud tienen en sus manos las vidas y el sustento de muchas otras personas, y deben tomar decisiones de vida o muerte, literalmente, sobre qué servicios se prestan y cómo, en qué cantidad, a quién, en qué momento y a expensas de quién. Estas decisiones son parte de la realidad política de cada país e, inevitablemente, tienen implicancias éticas y morales. Aun así, al tener que tomar estas decisiones difíciles, en contextos con recursos financieros limitados, siempre surgirán preguntas respecto de si se está tratando de manera injusta a

ciertos grupos de poblaciones o de enfermedades. Las políticas, o los intereses o demandas en pugna, también explican por qué en ocasiones es tan difícil tomar decisiones de cobertura basándose exclusivamente en un criterio de maximización de resultados en salud.

De muchas maneras, las cuestiones políticas, éticas y de derechos se pueden abordar y resolver estableciendo buenas gestiones y procesos como parte de una política de PBS, tal como se expone en los capítulos de la Parte 1. Por ejemplo, las estructuras de gobierno que garantizan un proceso adecuado, la participación del público y la transparencia en las decisiones de cobertura también pueden utilizarse para informar mejor a los pacientes sobre los fundamentos que se encuentran a la base de las decisiones, al igual que para defender ante un tribunal de justicia el proceso llevado a cabo para llegar a estas

y para lidiar con grupos de intereses enfrentados de una manera más transparente. Como se describe en los capítulos de la Parte 2, los métodos adoptados para apoyar la evidencia sobre los costos y beneficios también pueden aplicarse para abordar algunas cuestiones políticas, legales y éticas. Por ejemplo, los modelos de costo-efectividad utilizarán análisis de sensibilidad para demostrar cómo diferentes supuestos, evidencia o datos afectarán los resultados, lo que ayuda a que los responsables de tomar las decisiones puedan considerar adecuadamente la calidad de la evidencia o la legitimidad de la distribución de los resultados. Las edades de distintos tipos de pacientes se pueden sopesar en un análisis de distintas maneras para ajustar inequidades previas o favorecer a los niños (en el caso de que esta sea una preferencia social), o para priorizar medicamentos que disminuyen la gravedad de la enfermedad y alivian el sufrimiento.

Sin embargo, las cuestiones políticas, éticas y de derechos ameritan una atención prioritaria en sus propios términos y a partir de sus propios puntos de vista disciplinarios, independientemente de las consideraciones metodológicas y gubernamentales. No existen respuestas universales a los complejos problemas que se podrían presentar, por lo que el propósito de la tercera parte de este libro es brindar un marco para comprender los posibles dilemas, ofrecer ejemplos sobre cómo los países de ingresos bajos y medios y otros países han afrontado desafíos similares y orientar prácticas e investigaciones futuras. Aquí se presenta un muestra de lo que se pone en riesgo a nivel político, ético y legal al realizar concesiones y compensaciones para decidir qué incluir y qué no en un PBS.

En el Capítulo 12, Jesse B. Bump y Angela Y. Chang examinan un marco de economía política para analizar decisiones en materia de PBS. Los autores revisan teorías de economía política relevantes y varios casos prácticos para desarrollar un marco que ayude a los analistas y a los responsables

de políticas a conocer, predecir y gestionar mejor las fuerzas políticas y económicas que construyen los PBS. El proceso de negociación, adopción e implementación de PBS es una actividad profundamente política debido al gran impacto que esta tiene en los derechos y responsabilidades. El sistema de atención en salud es particularmente vulnerable a ciertos grupos reducidos que tienen un claro y definido objetivo común, así como costos organizacionales bajos que les permiten presionar a su favor a quienes toman las decisiones, a expensas de la mayoría de la población cuyos intereses pueden ser más difusos y sus costos de organización, más elevados. Las asociaciones de pacientes, por ejemplo, han presionado con éxito a gobiernos para que financien medicamentos con fondos públicos, incluso cuando su costo-efectividad o eficacia clínica es dudosa. Por ejemplo, en 2006, la presión de pacientes contribuyó a la decisión del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido de financiar Herceptin, un medicamento contra el cáncer de mama.²

Incluso los aspectos más técnicos de los PBS tienen dimensiones políticas arraigadas debido a sus consecuencias. Por ejemplo, al decidir qué intervenciones se deben incluir en el plan de beneficios, existen ciertas implicancias políticas, ya que no todos los grupos tienen las mismas necesidades. Las intervenciones destinadas a enfermedades no transmisibles, por ejemplo, tienden a ser utilizadas por élites urbanas, dado que los ciudadanos que viven en zonas rurales no presentan tantos factores de riesgo relacionados con la riqueza, tales como las dietas altas en grasas, el consumo de tabaco, estilos de vida sedentarios o incluso la longevidad. La elección de intervenciones también conlleva numerosas implicancias económicas. Para los productores, distribuidores y vendedores, ser incluidos en un plan de beneficios les garantiza un mercado para sus productos, a menudo, uno grande y lucrativo. Con respecto a los proveedores, los PBS inciden en los servicios que estos prestarán, la población a la que servirán y las tarifas que

les serán pagadas, lo cual afecta su autonomía profesional, condiciones de trabajo y pago.

Bump y Chang ilustran la aplicación de distintos marcos de economía política en dos casos cotidianos: una tecnología específica (la adopción de la vacuna antineumocócica conjugada en Costa Rica) y el diseño de un plan de beneficios integral (el PBS nacional como parte del Plan Nacional de Seguro de Salud de Ghana). Ambos casos ilustran la infinidad de actores involucrados e intereses políticos y económicos en juego, y proponen un mejor análisis prospectivo del contexto de economía política como mecanismo para lograr una mejor implementación y política de PBS.

En el Capítulo 13, Carleigh Krubiner y Ruth Faden analizan algunos de estos mismos problemas a través de un punto de vista de análisis ético, partiendo de un marco que permite comprender los problemas éticos presentes en el diseño e implementación de PBS, y proporcionando de manera concreta orientación a los responsables de la toma de decisiones sobre cómo incorporar sistemáticamente análisis éticos en varias etapas del desarrollo y prestación de un PBS. Lo más importante es que los autores describen las implicancias éticas de establecer metas y objetivos para el PBS en su conjunto y cómo esto se puede traducir directamente en elecciones que incluyan, como resultado, cuestiones éticas que considerar y abordar. Krubiner y Faden exponen algunas consideraciones éticas conocidas (como el proceso, la eficiencia y la evidencia) que se analizan desde diferentes perspectivas en secciones anteriores de este libro, pero, en este caso, los autores añaden aspectos relacionados con la intención de evitar el sufrimiento de los pacientes, brindarles respeto y dignidad y asegurar el respeto a las opiniones del médico clínico. Luego, describen cómo todas estas cuestiones están relacionadas con el PBS. Una vez más, destacamos que el foco no está en tomar “la decisión correcta”, sino en el modo en el que se analizan, justifican y

resuelven proactivamente las consecuencias éticas que conllevan diferentes decisiones.

En el Capítulo 14, Rebecca Dittrich y colegas contemplan cómo los gobiernos y los responsables abordan la cuestión de si la inclusión o exclusión de cierto beneficio responde de manera consecuente al derecho a la salud de cada individuo y de toda la población en su conjunto. Los argumentos legales basados en derechos se han utilizado para forzar la provisión de terapias, en particular, en países de América Central y América del Sur donde el derecho a la salud está consagrado en la ley constitucional, de acuerdo con las recomendaciones de las Naciones Unidas relativas al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, entre otras leyes internacionales. Como mencionan Dittrich y colegas, la capacidad de acceder al sistema judicial de un país es algo invaluable para garantizar los derechos de salud de los ciudadanos. La posibilidad de disponer de recursos legales hace responsables a los gobiernos, ministerios de salud, legisladores y otros tomadores de decisiones por la continuación de un derecho garantizado para la población. Incluso cuando las decisiones de incluir o excluir ciertos beneficios se toman de manera deliberada y juiciosa, no siempre serán correctas, y el poder judicial tiene la competencia de corregir estos errores.

Sin embargo, en algunas ocasiones, las cortes podrían revocar la exclusión de ciertos beneficios explícitos sin considerar concesiones, evidencia, ni procesos llevados a cabo, lo cual tendría consecuencias perjudiciales para la política y las metas del PBS. Los autores analizan algunos de los principales procesos judiciales de la última década y realizan sugerencias prácticas para disminuir la vulnerabilidad de los planes de beneficios explícitos ante estos litigios, sin dejar de reconocer la importancia del sistema legal como recurso esencial para todos los actores del sistema de salud.

Por último, en el comentario del formulador de políticas, Antonio Infante recuerda cómo los responsables chilenos en esta área gestionaron las políticas de priorización durante una amplia reforma del sector de salud. Desde una perspectiva lejana, los líderes chilenos habían observado que la administración de Clinton tuvo algunos problemas durante su fallido intento de reforma de salud en Estados Unidos en 1994 y estaban decididos a evitar cometer los mismos errores durante sus propios intentos a nivel nacional a principios de la década del 2000. En busca de la aceptación pública, los líderes chilenos convocaron grupos focales, consultaron a los principales actores y sometieron la propuesta a escrutinio a través de los medios y de debates en el congreso. Asimismo, la estructura de la propia propuesta se diseñó para apaciguar a la oposición política y, al mismo tiempo, lograr mejoras en salud y cumplir las metas en materia de equidad. El Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) ofrecía algo más a ricos y pobres por igual: garantía gubernamental de calidad, oportunidad y protección financiera para un conjunto de condiciones priorizadas. Mientras tanto, los servicios no priorizados seguirían estando disponibles y subsidiados mediante fondos públicos (aunque no estarían sujetos a garantías de oportunidad y calidad), por lo que los chilenos no consideraron que estuvieran “perdiendo” derechos preexistentes. La amplia aceptación del público permitió a los responsables políticos lidiar con la oposición de la industria y seguir adelante con la reforma. Una década después, el programa ha contribuido a garantizar un tratamiento más equitativo para condiciones crónicas y a reducir la proporción de gastos de bolsillo. Sin embargo, incluso en la actualidad, los políticos chilenos deben enfrentar presiones constantes para ampliar el alcance de las garantías, lo que representa un riesgo para la carga presupuestaria y la capacidad del sistema de salud, e ilustra cómo los campos políticos minados se pueden atravesar, pero nunca desactivar por completo.

Referencias

- Berg, Sanchia. 2006. “Herceptin: Was Patient Power Key?” BBC News, June 9. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/5063352.stm>.
- Hauck, Katharina, and Peter C. Smith. 2015. “The Politics of Priority Setting in Health: A Political Economy Perspective.” CGD Working Paper. Washington DC: Center for Global Development. www.cgdev.org/sites/default/files/hauck-smith-politics-priority-setting-health-wp414.pdf.

Notas finales

1. Hauck and Smith (2015).
2. Berg (2006).

CAPÍTULO 12

El establecimiento de prioridades como política: *Un marco de economía política para analizar la toma de decisiones sobre el plan de beneficios en salud*

Jesse B. Bump
Angela Y. Chang

En pocas palabras: ¿Qué se cubre y quién lo decide? Las teorías de economía política —puntos de veto, grupos de interés, entre otros— ayudan a explicar dinámicas comunes.

Diseñar planes de beneficios en salud (PBS) no es para nada una tarea sencilla, puesto que implica resolver cuestiones complicadas a nivel político y económicamente significativas, tales como determinar qué servicios se brindarán, a quiénes, en qué circunstancias y a qué costo. Las decisiones en materia de PBS se tornan cada vez más importantes y complejas, a medida que aumenta el número de países que adoptan el objetivo de alcanzar la cobertura universal en salud (CUS), más países de ingresos bajos se vuelven países de ingresos medios, más poblaciones envejecen y se desarrollan nuevas intervenciones. Estas dinámicas respaldan el creciente interés en el diseño y fortalecimiento de los sistemas de salud, en lugar de dirigir la atención a programas focalizados en problemas de menor alcance. Muchos de los elementos más conflictivos respecto a la construcción de un sistema de salud se encuentran condensados en el proceso de diseño y actualización de los PBS.

En el contexto de países de ingresos bajos y medios (PIBM), los actores internacionales han propuesto varios métodos y medidas para el establecimiento de prioridades, incluidas las evaluaciones económicas, la carga de enfermedad, la aceptabilidad social y la viabilidad financiera, para ayudar a facilitar el proceso de decisión sobre qué intervenciones deberían incluirse en los PBS. La mayoría de los análisis sobre procesos de priorización y la mayor parte de la asistencia en esta área se ha centrado en cuestiones técnicas, como el cálculo de cargas de enfermedad y capacitación de personal para aplicar modelos de costo-efectividad. Por otra parte, la economía política del diseño de PBS —los procesos, intereses, instituciones y políticas que caracterizan las decisiones de presupuesto, la cobertura de servicios e intervenciones, y los costos para los usuarios— ha recibido mucha menos atención. Sin embargo, el conocimiento sobre economía política

en la priorización puede ayudar a estructurar instituciones, procesos y decisiones de asignación de recursos más efectivos si se reconocen y gestionan los intereses políticos y económicos en conflicto, en lugar de ignorarlos.

Muchos observadores reconocerán los resultados de los conflictos de economía política en las políticas que no tienen sentido desde un punto de vista técnico. Por ejemplo, en uno de los casos analizados en este capítulo, Costa Rica adoptó una vacuna antineumocócica a pesar de que la principal agencia técnica nacional haya recomendado lo contrario y que la principal evidencia que respaldaba su uso fue escrita por un estudiante de posgrado financiado por el fabricante de la vacuna. Los sistemas nacionales de aseguramiento en salud de Ghana y México se han esforzado por mantener la viabilidad financiera; sin embargo, ambos países incluyen la cobertura de servicios de alto costo destinados a los sectores de la población de mejor situación económica. El Reino Unido tiene uno de los mecanismos institucionales más sólidos para asegurar la costo-efectividad de las intervenciones ofrecidas mediante su Sistema Nacional de Salud, pero también posee el Fondo de Medicamentos contra el Cáncer, diseñado por políticos específicamente para soslayar el requisito de costo-efectividad.¹ El hecho de que estos ejemplos representan una legítima expresión de elección democrática o una subversión de la buena gobernanza para el injusto beneficio de unos pocos es secundario con respecto a la realidad de que las fuerzas de la economía política tienen una gran influencia en las decisiones gubernamentales sobre la salud.

Comprender y gestionar estas fuerzas es uno de los mayores desafíos de los responsables de formular políticas que intentan guiar el desarrollo de planes con fundamento técnico en medio de la tormentosa realidad. La economía política ofrece una perspectiva útil desde donde analizar los procesos que conforman la base de la priorización en salud, ya que se preocupa fundamentalmente de los conflictos de

intereses,² que son cruciales para la formulación de políticas en salud por tres motivos. Primero, considerando que la demanda de servicios de salud es infinita, pero los recursos son limitados, la priorización es sin duda alguna un ejercicio de racionamiento que determina qué intervenciones y servicios estarán disponibles y para quiénes, junto con otras cuestiones relacionadas con la calidad, oportunidad y precio. En parte, los conflictos de intereses reflejan las diferentes opiniones sobre la distribución óptima de los recursos. Segundo, tal como lo han observado Kenneth Arrow y colegas, la salud se caracteriza por sus fallos de mercado, lo que significa que la formulación de políticas de salud es inevitablemente redistributiva.³ Los conflictos surgen como consecuencia de las distintas perspectivas sobre quién debería subsidiar a quién y en qué medida. Tercero, las decisiones gubernamentales suelen ser vinculantes para muchas partes. Esto genera una competencia entre los diferentes grupos de interés que tienen distintas preferencias, ya sea entre pagadores y proveedores, partes con mayor poder y grupos minoritarios, o entre grupos con diferentes necesidades, deseos o perspectivas.

Este capítulo se centra en la economía política de la toma de decisiones sobre los PBS, un aspecto importante de la priorización en salud. El proceso de negociación, adopción e implementación de PBS es una actividad profundamente política debido al gran impacto que esta tiene en los derechos y responsabilidades. Incluso los aspectos más técnicos de los PBS tienen dimensiones políticas arraigadas debido a sus consecuencias. Por ejemplo, elegir las intervenciones incluidas en el plan conlleva implicancias políticas debido a que no todos los grupos necesitan o quieren lo mismo. Las intervenciones para enfermedades no transmisibles tienden a ser utilizadas por élites urbanas, dado que otros ciudadanos no están expuestos a los mismos riesgos relacionados con la riqueza, como por ejemplo las dietas altas en grasas, el consumo de tabaco, el estilo de vida sedentario o

incluso la longevidad. La elección de intervenciones también conlleva numerosas implicancias económicas. Para los productores, distribuidores y vendedores, la inclusión en un PBS garantiza un mercado —a menudo, grande y lucrativo— para sus productos. En relación con los proveedores, los PBS inciden en los servicios que estos prestarán, la población a la que servirán y las tarifas que les serán pagadas, lo cual afecta su autonomía profesional, condiciones de trabajo y pago.

Los enfoques técnicos escogidos por muchos analistas en salud global no son muy adecuados para comprender o resolver estos asuntos complejos relacionados con la economía política. Las herramientas típicas de epidemiología y econometría son esenciales para definir de manera técnica cuáles serían las estrategias ideales, dado que ayudan a identificar dónde están las enfermedades, qué carga tienen y a quiénes afectan, entre muchos otros factores que se deben analizar. Sin embargo, no abordan por completo las cuestiones de economía política subyacentes que son centrales en la distribución de riesgos y recursos de salud.

En este capítulo, se ofrece un marco diagnóstico e ilustrativo para ayudar a los analistas y formuladores de políticas a comprender mejor y predecir las fuerzas políticas y económicas que determinan los PBS, lo que puede ser una herramienta útil para desarrollar estrategias de gestión. Se presentan dos breves estudios de caso que ilustran los tipos de actores que participan en el proceso de un PBS, con qué intereses y en qué etapa del proceso político intervienen, a modo de destacar las ventajas de una perspectiva de economía política. Más adelante, para aquellos lectores interesados en los métodos y teorías utilizados para desarrollar el marco, se analizan estas cuestiones en detalle. Se concluye con sugerencias sobre cómo los responsables de formular políticas podrían comprender mejor la economía política plasmada en el diseño de PBS y se ofrecen algunas preguntas que

podrían ayudar a formar sus opiniones en cada etapa del proceso político.

La economía política de los PBS: Un marco diagnóstico e ilustrativo

El siguiente marco diagnóstico e ilustrativo aborda a las teorías y métodos que se describen más adelante en el capítulo para explicar brevemente los pasos del ciclo de políticas, cómo se aplican al analizar PBS, qué conflictos de intereses tienden a surgir en cada caso y qué preguntas podrían utilizarse para guiar un análisis de economía política en cada etapa. En el Cuadro 1, se presentan los resultados, una serie de preguntas generales que los lectores pueden utilizar para guiar sus propias investigaciones.

Ejemplo de caso 1. Algunos aspectos de economía política sobre la adopción de la vacuna antineumocócica en Costa Rica

Las agencias técnicas de Costa Rica analizaron la vacuna antineumocócica conjugada (PCV) y recomendaron no incluirla en el programa nacional. A pesar de estas recomendaciones, la PCV se adoptó de todos modos. A través de las teorías de economía política es posible identificar los grupos de interés, las instancias del proceso normativo que se podrían aprovechar para influenciar los resultados y las estrategias que se utilizaron. La información de este análisis se obtuvo del informe de evaluación de ProVac⁴ y de entrevistas a expertos.

Descripción del caso

Costa Rica tiene un sistema nacional de salud bien desarrollado que se estructura en torno a una institución semiautónoma, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la cual financia y brinda servicios de salud a toda la población. El Ministerio de

Salud del país, por su parte, cumple una función reguladora y supervisora. Históricamente, para la incorporación de nuevas vacunas al Programa Ampliado de Inmunización, se sigue un proceso de dos etapas: primero, la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE), una agencia autónoma que forma parte del Ministerio de Salud, elabora una recomendación para que se adopte una vacuna. Esta agencia está compuesta por dos funcionarios del ministerio, tres empleados de la CCSS, un miembro de una asociación pediátrica y un miembro del personal del Hospital Nacional de Niños. Las recomendaciones se envían al ministerio, donde se determina si la vacuna debería añadirse al programa nacional de vacunación. En paralelo, la CCSS, como organismo pagador y proveedor, sigue su propio proceso para determinar si financiará y proporcionará la vacuna, independientemente de la decisión del Ministerio de Salud.

En 2007, el Ministerio de Salud, según informes, se vio interesado en introducir la PCV a nivel nacional.

La CNVE votó por unanimidad la recomendación de añadir la vacuna en la lista y el Ministerio de Salud anunció que la vacuna se incluiría. No obstante, hubo algunas críticas de que esta decisión se había visto influenciada por actores externos. Algunos alegaron que Merck, el fabricante de vacunas, podría haber intentado influenciar las decisiones del ministro de salud y de otro miembro de la CNVE financiando su participación en un evento académico internacional que abordaba la PCV.⁵ Tras la crítica de los medios respecto de la decisión tomada, el ministro solicitó un estudio de costo-efectividad para fundamentar la decisión. El estudio no enumeraba a los autores, pero fue escrito por un candidato a maestría local financiado por Merck. El director del programa en el que estaba inscrito el estudiante señaló que “el estudio se realizó para apoyar la causa del ministro”.⁶ Sin embargo, incluso tras la publicación de este estudio, la CCSS no compró la PCV. Como resultado, para poder introducir la vacuna sin el apoyo financiero de

la CCSS, el ministro recibió una donación de Merck destinada a la implementación de varias campañas de esta vacuna.

La CCSS, los medios y otras agencias gubernamentales se opusieron a ambas acciones del ministro —publicar el estudio y recibir donaciones—. En 2008, el programa de vacunación de la CCSS llevó a cabo un segundo estudio de costo-efectividad en el que se halló que la vacuna era costo-efectiva. Sin embargo, la unidad farmacoeconómica de la CCSS rechazó dicho estudio, dado que había incertidumbre respecto del modelo. Más tarde en ese mismo año, la propia unidad farmacoeconómica llevó a cabo un tercer estudio de costo-efectividad en el que se halló que la PCV era demasiado costosa en relación con los beneficios que aportaba. Teniendo en cuenta estos hallazgos, la CCSS decidió no ofrecer la PCV a sus beneficiarios. Sin embargo, en 2008, la decisión fue sometida a un amparo judicial —un mecanismo de protección judicial para individuos que consideran que se están violando sus derechos— a través del cual se exigía que la CCSS brindara la PCV a todos los niños. La Corte ordenó que la CCSS cumpliera esta petición a partir de 2009 a pesar de que, en ese momento, la CCSS afrontaba un déficit financiero y proporcionar la PCV representaría un costo del 5,8 por ciento de su presupuesto total, según lo estimado.⁷ Aun así, la CCSS cumplió la orden de la Corte y la PCV se introdujo en 2009.

En 2010, la contraloría general de Costa Rica investigó el proceso mediante el que se había introducido la PCV en el PBS del país y recomendó formalmente que se realizaran más estudios de costo-efectividad para respaldar la inversión. En el informe, se observó que “los estudios actuales utilizados por la CNVE son todos financiados por el fabricante de la vacuna, lo que hace evidente la necesidad de que las autoridades de salud aúnen sus esfuerzos y garanticen estudios independientes y objetivos”.⁸ Posteriormente, el ministro de salud renunció en 2011.

CUADRO 1. La economía política de los PBS: Un marco diagnóstico e ilustrativo

		Etapa del ciclo de políticas			
		Establecimiento de la agenda	Formulación y adopción	Implementación	Evaluación
		Proceso en el que la necesidad de un PBS recibe más atención (p. ej., por motivos de costo o equidad)	Legislaturas y otros organismo de toma de decisiones consideran cómo abordar el problema de definición e implementación (p. ej., con un PBS)	Puesta en marcha de la política (p. ej., especificar y hacer cumplir un PBS)	Evaluación de impacto (p. ej., evaluar las consecuencias de un PBS)
Conflictos de intereses comunes		Los defensores de diferentes enfermedades o condiciones de salud y de sus intervenciones compiten para obtener avances en el proceso político. Se incluyen intentos de definir y cuantificar problemas y soluciones, plantear debates e imponer la prioridad de un asunto sobre otros. También se contraponen enfoques limitados con enfoques universales, y el gobierno y las asociaciones de profesionales médicos compiten por la autoridad.	En el debate se incluye la definición del problema, su marco, los grupos afectados, la asignación de responsabilidad, la solución, las metas de la política y los mecanismos previstos.	Las discusiones en torno a la implementación abordan cuestiones relacionadas con quiénes o qué grupos tendrán la responsabilidad de poner en práctica la política y de determinar el momento oportuno para las actividades, los lugares en donde se actuará y la fuente y cantidad de fondos. Suelen presentarse desafíos respecto a la legalidad de la política o su plan de implementación.	Los defensores y los opositores deliberan sobre la evaluación de políticas argumentando sobre qué se considera evidencia, qué constituye un contrafáctico razonable, qué mecanismos se implementaron en la política y otras cuestiones relacionadas con lo que haya sucedido en el marco de esta política y qué se puede esperar de ella en el futuro.
Preguntas de situaciones específicas para el análisis de PBS		<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Cuáles son las expectativas iniciales de los diferentes actores (formuladores de políticas, la población general, etc.)? ■ ¿Existen posibles riesgos de racionamiento o consecuencias indeseadas que puedan surgir con la introducción del PBS? ¿Cómo se pueden mitigar estos riesgos? ■ ¿Quiénes eran los principales defensores y opositores? ¿Cuáles eran sus motivos y de qué modo respaldaban sus intenciones? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Cuáles son las agencias o donadores internacionales involucrados en la política nacional de salud? ■ ¿Ha habido algún proceso o caso similar en países vecinos o países con contextos históricos similares? ■ ¿Quién es el votante mediano y qué servicios de salud exige? ■ ¿Se pueden caracterizar las estrategias de los políticos como atribución de mérito o evasión de culpa? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Cuál es la función de la burocracia en la prestación actual de servicios de salud (regulación, administración, pago a proveedores, entre otros)? ■ ¿Cómo cambiará la función de la burocracia con la introducción del PBS, si llega a hacerlo? ■ ¿Cómo incentiva a los proveedores el sistema de pago actual? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Cómo se podría diseñar un sistema de evaluación sólido para disminuir las posibilidades de manipulación de agentes externos?
Preguntas relevantes para las etapas de políticas		<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Dónde se encuentran las principales restricciones institucionales y puntos de veto de cada etapa y quiénes ocupan esos puestos con poderes de veto? ■ ¿Los puntos de veto (o la propia institución) tienen más poder que los actores individuales? ¿Las instituciones son lo suficientemente estables como para contrarrestar el poder de actores individuales? ■ ¿Cómo se podría diseñar el proceso con la cantidad y tipo apropiado de puntos de veto para asegurar imparcialidad y transparencia? ■ ¿Cuáles son las estrategias de los grupos de interés al interactuar con los actores con poder de veto? ■ ¿Cuáles han sido las estrategias y medidas tomadas por los grupos de interés en el pasado? 			

Análisis de economía política

En este caso práctico sobre la introducción de la PCV en Costa Rica, se observan las áreas de disputa y las estrategias de los actores influyentes. En el ciclo de políticas, este caso toma lugar en la etapa de *formulación*, cuando los organismos que toman las decisiones diseñan y adoptan políticas, y en la etapa de *implementación*, cuando se lleva a cabo la política.

Puntos de veto y actores con poder de veto. Según la teoría de punto de veto, este caso supone cuatro áreas de disputa. Primero, la CNVE consideró si recomendaría la vacuna al Ministerio de Salud. Segundo, el Ministerio de Salud decidió si añadiría la PCV al programa nacional de vacunación. Tercero, como organismo pagador y proveedor, la CCSS tomó su propia decisión ajena a la recomendación del ministro. Cuarto, el poder judicial emitió una orden respecto de la financiación y el suministro de la PCV. Costa Rica no posee ningún derecho constitucional explícito a la salud; sin embargo, en los últimos años, la Corte Suprema se ha visto muy involucrada en muchas decisiones concernientes a la atención médica.⁹ En el caso de la PCV, la Corte obligó a la CCSS a financiar y suministrar la PCV, y la CCSS no tuvo más alternativas.

Grupos de interés y estrategias. Contar con una perspectiva de economía política ayuda a identificar los actores y comprender dónde intervinieron y cómo influyeron en el proceso. Los grupos más interesados en la incorporación de la vacuna al programa nacional eran el fabricante y las familias de los niños que recibirían la vacuna. Aunque la evidencia técnica ofrecía resultados contradictorios y no respaldaba la adopción de la vacuna, el fabricante logró ganar el apoyo del ministro y promovió la realización de un estudio para justificar su posición. Aunque esta táctica no tuvo buena recepción y, finalmente, tampoco tuvo éxito, el fabricante logró imponer sus intereses eludiendo el proceso técnico por completo con un fallo favorable del poder judicial. Algunas pruebas sugieren que el fabricante también podría haber

apoyado a grupos de pacientes para llevar el caso a la Corte.

Las características de un determinado producto de salud también pueden influenciar el comportamiento de los políticos. Las vacunas tienen poder político por tres motivos. En primer lugar, constituyen gran parte del presupuesto de salud de Costa Rica, y hay quienes suponen que esto propicia la corrupción y manipulación del presupuesto. En segundo lugar, las vacunas se distribuyen a casi todos los ciudadanos, lo que lleva a un mayor reconocimiento de los políticos que las introducen. Una de las partes interesadas observó que los políticos que impulsan la adopción nacional de una vacuna ganan más credibilidad que, por ejemplo, aquellos que aprueban un proyecto de renovación de un hospital (esto solo sería importante para los usuarios de ese hospital). En tercer y último lugar, en los últimos años, las vacunas han recibido mucho apoyo financiero y político de parte de actores internacionales de gran influencia, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Fundación Bill y Melinda Gates, y GAVI, la Alianza para la Vacunación. Estos influyentes actores externos pueden presionar y ofrecer incentivos a países para que adopten vacunas mediante diversas medidas, incluida la difusión de información y el ofrecimiento de grandes incentivos económicos. El apoyo de grandes organizaciones técnicas internacionales, como la OMS y la Organización Panamericana de la Salud, ejerce una gran influencia política debido a que los votantes confían en estas agencias y están dispuestos a escuchar sus consejos. Asimismo, los políticos locales buscan cooperar, dado que este apoyo aumenta sus credenciales y mejora su futura trayectoria profesional.¹⁰

Ejemplo de caso 2: Ghana y el diseño del plan de beneficios en salud nacional

La adopción de un PBS integral en Ghana ha sido un ejemplo ampliamente mencionado en relación con

los PIBM con la intención de promover la prestación de una mayor cantidad de servicios a sus ciudadanos. El Plan Nacional de Seguro de Salud (National Health Insurance Scheme, NHIS) se estableció con un PBS definido que cubría el 95 por ciento de la carga de enfermedad, con servicios tales como la atención hospitalaria y ambulatoria, la salud bucodental, la atención materna y de emergencia. Debido a la prominencia del NHIS en términos de salud a nivel mundial, en este estudio de caso, se describe brevemente cómo se aprobó esta ambiciosa política y además se analizan los factores de economía política que determinaron el proceso. (Con el fin de centrarnos en el proceso del PBS, no se analizarán muchos factores contextuales importantes relacionados —tales como las reformas de pago a través del impuesto al valor agregado, una delimitación de los fondos de seguridad social, el proceso de descentralización y los legados inmediatos en las mutuas de salud—).¹¹

Descripción del caso

A finales del 2000, el principal grupo opositor de Ghana, el Nuevo Partido Patriótico (NPP), ganó las elecciones nacionales con la promesa de reemplazar los pagos de bolsillo realizados en instalaciones sanitarias con un programa de seguro social de salud. Poco después de las elecciones, el Ministerio de Salud formó un equipo de trabajo destinado a la tarea de diseñar el plan de beneficios. Según Yogesh Rajkotia, el equipo primero analizó los datos sobre la utilización del servicio nacional y halló que el 80 por ciento de todos los servicios brindados eran servicios ambulatorios de bajo costo que podrían prestarse en puestos de salud. Otro 15 por ciento consistía en servicios prestados en centros de atención secundaria y terciaria los cuales “causan la mayoría de los problemas financieros a la sociedad” y el 5 por ciento restante incluía servicios de alto costo (como las cirugías cardíacas y cerebrales) y servicios no relacionados con la salud pública (como las cirugías estéticas).¹²

Al decidir qué servicios cubrir mediante el PBS, un antiguo miembro del comité de diseño manifestó que uno de los principios clave para diseñar PBS era priorizar los beneficios dirigidos a la población pobre; de este modo, hubo un gran consenso respecto a la cobertura de aquellos servicios esenciales que los más pobres no podrían costear (esto es, el 15 por ciento descrito anteriormente). Rápidamente, el equipo decidió que no se debería cubrir el 5 por ciento de los servicios más costosos. Sin embargo, no hubo un consenso claro sobre si se debería cubrir el 80 por ciento restante. Algunos miembros técnicos sostuvieron que solo los servicios hospitalarios que resultaran en gastos catastróficos deberían cubrirse en primer lugar y que el resto debería introducirse de manera gradual una vez que se entendiera mejor el costo actuarial del NHIS. No obstante, debido a que el PBS (y la eliminación de las tarifas a cargo del usuario) se consideraba un compromiso político asumido por el partido gobernante, otros miembros sostuvieron que sería políticamente inaceptable negarse a cubrir el ya mencionado 80 por ciento. Sin embargo, incluso antes de que el equipo presentara su recomendación al Ministerio de Salud, se había anunciado que el PBS cubriría el 95 por ciento de la carga de enfermedad de Ghana.

Análisis de economía política

El breve relato histórico que se describió anteriormente hace que este proceso parezca engañosamente simple, pero ¿cómo sucedió en realidad y cuáles fueron las fuerzas que lo influenciaron? Dentro del ciclo de políticas, este caso tiene lugar en la etapa de *formulación*, en la que los organismos de toma de decisiones diseñan y adoptan políticas. Los debates en esta etapa suelen limitarse a la definición del problema, su marco, los grupos afectados, la asignación de responsabilidad, la solución, las metas de la política y los mecanismos previstos.

Factores institucionales y contextuales. Los principales factores contextuales en este caso fueron

las elecciones nacionales que se realizaron en 2000 y 2004, durante las que la salud se posicionó primera en la agenda nacional, debido al descontento general en torno al sistema de salud y la gran disconformidad con la política de pago al contado por la que los ciudadanos debían pagar tarifas de usuario al momento de acceder a los servicios. En las elecciones del 2000, el NPP llegó al poder por primera vez en la historia de Ghana aprovechando este descontento y con la promesa de anular la política de tarifa a cargo del usuario con pago al contado. Para mantener esta promesa y ganar apoyo para las elecciones de 2004, la política debía formularse y aprobarse en el parlamento muy rápidamente.¹³ La Ley del Plan Nacional de Seguro de Salud se aprobó en 2003, un año antes de la segunda elección.

Las siguientes partes interesadas representaron puntos de veto y actores con poder de veto clave en el proceso.

- **El ministro de salud.** En enero de 2001, el presidente electo del NPP nombró al ministro de salud. Este creó un equipo de trabajo conformado por expertos técnicos para que desarrollaran la política, pero luego no estuvo de acuerdo con las recomendaciones del equipo en términos de fundamentos políticos e ideológicos. En consecuencia, el ministro reemplazó al presidente del equipo de trabajo con un antiguo socio de confianza y le solicitó al equipo que reformulara sus recomendaciones. En 2001, se reorganizó el gabinete, y el nuevo ministro designado trajo asesores con fuertes vínculos políticos con el NPP y designó a un aliado político de confianza del partido como presidente del proceso de diseño. A pesar de que el diseño del PBS presentaba ciertos problemas técnicos, el ministro lo aprobó y lo envió al parlamento. Esto sugiere que el ministerio tenía un gran poder de veto para determinar quién se unía al equipo de trabajo y quién lo presidía, además de filtrar las recomendaciones de política que se enviaban al parlamento.

- **El parlamento.** Al parlamento se le asignó la tarea de aprobar la política. Sin embargo, la probabilidad de que se la vetara dependía de qué partido tuviera la mayoría. Antes de la aprobación de la propuesta de ley, los partidos opositores plantearon objeciones contra la política sosteniendo que no había evidencia suficiente para respaldar lo que se afirmaba en ella y que carecía de mecanismos de rendición de cuentas. A pesar de que la oposición se retiró durante el proceso de votación, no pudieron evitar que se aprobara la propuesta de ley porque representaban una cantidad minoritaria de asientos.

- **El presidente y el partido gobernante (NPP).** Los líderes del partido gobernante, NPP, poseían un gran poder de veto porque controlaban los nombramientos ministeriales y podían determinar qué propuestas de ley se aprobaban en el parlamento. Además, cumplían un papel decisivo a la hora de determinar la composición del equipo de trabajo. Un alto funcionario declaró que, en la etapa temprana del desarrollo de la política, el partido sospechaba de la lealtad del equipo de trabajo a dicho partido y, por lo tanto, ignoraban sus recomendaciones normativas.¹⁴

Un extenso historial de participación ciudadana en debates sobre salud además del particular descontento por la política de pago al contado elevó la viabilidad política de la reforma y disminuyó la importancia de las consideraciones de factibilidad técnica. Como declara Rajkotia, los objetivos de los líderes del NPP eran establecer y ampliar un sistema nacional, adjudicarse el crédito electoral presentando la política como una iniciativa del NPP y aprobar la política en el parlamento antes de la próxima elección.¹⁵ El NPP estaba mucho menos interesado en los diseños técnicos. Dado este contexto, no resulta sorprendente que los detalles técnicos de la política se articularan de manera poco precisa, lo que ha dado lugar a desafíos que persisten en la actualidad. Esta falta de precisión también se refleja en el hecho de que los asesores con

conexiones políticas, quienes ayudaron al gobierno del NPP a desarrollar campañas durante la elección, se encontraban entre los actores más influyentes del proceso.

Actores y estrategias. Las estrategias presentadas por los asesores con conexiones políticas, como ofrecer la cobertura del 95 por ciento de toda la carga de enfermedad mediante el PBS a pesar de la falta de evidencia técnica, tienen sus raíces en los fuertes vínculos que mantenían con el partido gobernante y empresas privadas. Los asesores primero consiguieron el apoyo de los dirigentes del NPP al desarrollar tácticas exitosas durante la elección presidencial del 2000.

El ministro de salud los nombró parte de los equipos de trabajo, y estos propusieron políticas acordes a las consideraciones del NPP aunque, a menudo, carecían de experiencia técnica. Por ejemplo, al momento de definir el plan de beneficios básico, los expertos técnicos expresaron la necesidad de contar con análisis adicionales para evaluar más detalladamente los datos poblacionales y financieros a fin de que el NHIS fuera sostenible. Los asesores descartaron estas sugerencias describiendo a los expertos como “miembros de la oposición política cuya motivación era sabotear la política del gobierno, calificando sus sugerencias como parte de intentos de retrasar un proceso que debía completarse lo más pronto posible”.¹⁶ Los asesores tenían tanto poder que “a veces, los grupos técnicos de trabajo se encontraban con que ciertas cuestiones que se les habían asignado, de hecho, ya habían sido abordadas”. La relación entre el NPP y los asesores también puede entenderse como la relación patrón-cliente: una relación de intercambio de beneficios entre el patrón (quien tiene el poder) y el cliente (quien recibe los beneficios del poder del patrón a cambio de su lealtad). Los asesores habían ayudado al NPP a llegar a las poblaciones rurales durante sus campañas electorales y, a cambio, el NPP colocó a estos individuos en posiciones influyentes que les posibilitarían

la obtención de ganancias personales. Asimismo, se consideró la posibilidad de que los asesores tuvieran intereses relacionados con empresas privadas.¹⁷

Partidos políticos. Los partidos políticos de Ghana también desempeñaron un papel importante en la lucha por la política del PBS. Durante las elecciones del 2000, los dos principales partidos defendían las propuestas de eliminar las tarifas de usuario, pero el NPP tenía una ventaja, ya que no estaba en el poder y nunca había estado al mando de esta política impopular. El partido ganador tenía que garantizar que su política alternativa —cualquier política considerada diferente de la anterior— se estableciera e implementara antes de las próximas elecciones. A estos imperativos políticos se les otorgó mayor prioridad que a los desafíos técnicos que supone llevarlos a cabo. Finalmente, el NPP adoptó una agenda ambiciosa en términos de políticas: eliminaría todos los copagos, cubriría el 95 por ciento de toda la carga de enfermedad y cobraría una prima única muy económica de unos \$8. Si bien esta prima representa una cifra que había demostrado ser políticamente viable en Ghana, es poco probable que incluso sus defensores esperaran que fuera adecuada para financiar el plan. Sin embargo, el NPP también fue pragmático y continuó utilizando los mecanismos de prestación existentes, tanto públicos como privados, conservando las estructuras básicas de regímenes comunitarios de seguro anteriores, simplemente incorporándolos al plan nacional y aprovechando el hecho de que la capacidad de prestación de Ghana era tan modesta al principio de las reformas que no podría asimilar de manera inmediata grandes cantidades de dinero. Mediante fuertes declaraciones y rápidos avances, el NPP ganó el apoyo electoral y pudo permanecer en el poder el tiempo suficiente como para producir un cambio significativo.

Métodos y marcos

Analizar la economía política representa un gran desafío, puesto que le atañen relaciones complejas de dinero y poder, y además refleja influencias que son difíciles de especificar con precisión y que, en muchos casos, no se divulgan públicamente. Estos problemas son características bien conocidas del ámbito de la toma de decisiones, pero, al revisar la bibliografía, no se halló ningún marco que permitiera caracterizarlas o aplicarlas al PBS. A fin de desarrollar un nuevo marco apropiado, fue necesario revisar las teorías de economía política para registrar una gran variedad de fuerzas, circunstancias y actores que podrían ser relevantes para los PBS. Con el objetivo de identificar teorías relevantes, se analizaron los planes de estudio de políticas de salud y economía política de importantes programas de posgrado en sistemas de salud y ciencia política: la Escuela de Salud Pública T.H. Chan de Harvard, la Escuela de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, el Departamento de Política de la Universidad de Princeton y el Departamento de Política de la Universidad de Nueva York. En estos programas se vería reflejado el juicio experto de académicos que trabajan en esta área o áreas relacionadas y se podrían brindar teorías para explicar de qué modo sería mejor analizar el diseño de los PBS.

Para ayudar a que los responsables de políticas comprendan algunos de los conceptos y teorías de economía política que se aplican a los PBS, en el Cuadro 2, se presenta un breve resumen de cada teoría, una descripción sobre cómo se aplica al PBS y las categorías de análisis utilizadas para comprender los casos. El siguiente análisis se organiza según las cuatro etapas del ciclo de políticas:

1. Establecimiento de la agenda, o el proceso mediante el cual algunas cuestiones cobran fuerza suficiente como para ser foco de atención de los responsables de políticas.
2. Formulación, etapa en la que se diseña la política (combinada con la etapa de adopción por cuestiones de simplicidad).
3. Implementación, etapa en la que la política se pone en marcha.
4. Evaluación, etapa en la que la política se analiza, se evalúa su impacto y se realizan ajustes sobre la base de revisiones y nuevos datos.

En la práctica, estos pasos no siempre se dan en el mismo orden, y algunos o todos ellos pueden solaparse; sin embargo, se utilizan para especificar las diversas áreas de debate que forman las políticas y acciones.

La primera etapa del ciclo de políticas es el establecimiento de la agenda, donde la necesidad de un PBS recibe mayor atención. El establecimiento de la agenda es fundamental en los procesos de formulación de políticas, ya que aquí se determina si un problema se tendrá en consideración como un asunto sujeto a las decisiones del gobierno. Los actores, tales como los médicos clínicos, las empresas farmacéuticas y los defensores de pacientes, compiten para recibir atención y recursos mientras intentan avanzar o proteger sus intereses durante el proceso político. Por ejemplo, la gran oposición de las asociaciones médicas durante esta etapa fue uno de los principales motivos por los que no tuvo éxito la reforma de salud de la administración de Clinton destinada a implementar un sistema de salud universal en Estados Unidos a mediados de 1990.¹⁸ Las teorías como las del institucionalismo histórico, el modelo de corrientes y las teorías de difusión ofrecen perspectivas sobre cómo los factores institucionales y contextuales de esta etapa podrían evolucionar.

El institucionalismo histórico, por ejemplo, ofrece perspectivas clave que son útiles para analizar la economía política del diseño de PBS. Según la teoría, las acciones de los individuos se ven afectadas en gran medida por las instituciones —como los procedimientos formales o informales y las

CUADRO 2. Teorías de economía política y su aplicación en el análisis de PBS

Teorías de EP	Important Elements	Principales categorías de análisis	Preguntas para el análisis de PBS
Puntos de veto (y actores con poder de veto)	<ul style="list-style-type: none"> Los puntos de veto son etapas en el proceso normativo donde se toman decisiones para avanzar o bloquear una política. Los puntos de veto definen los espacios donde los grupos de interés pueden intentar influenciar los resultados de política, como las audiencias, los procesos de revisión u otras etapas formales. Los actores con poder de veto son grupos o individuos respaldados por su posición institucional que tienen la autoridad necesaria para avanzar una política o bloquearla. 	<ul style="list-style-type: none"> Estructura del proceso normativo 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Los puntos de veto (instituciones) tienen más poder que los actores individuales? ¿Las instituciones son lo suficientemente estables como para contrarrestar el poder de los actores individuales? ¿Cuáles son las principales restricciones institucionales y puntos de veto en el desarrollo de nuevas políticas y en la promulgación de leyes relacionadas con el PBS y quiénes son los poseedores del derecho a veto que ocupan esas posiciones? ¿Cuáles son las estrategias de los grupos de interés al interactuar con los actores con poder de veto?
Institucionalismo histórico	<ul style="list-style-type: none"> Las acciones de individuos se ven afectadas en gran medida por las instituciones y, en consecuencia, esto suscita interrogantes para comprender cómo las instituciones afectan los comportamientos individuales. El concepto de dependencia de la trayectoria hace hincapié en la relevancia causal de las etapas anteriores en una secuencia temporal. 	<ul style="list-style-type: none"> Contexto histórico y de economía política actual 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué contexto relevante existe para describir la expectativa inicial de los distintos actores (responsables de políticas, población general)? ¿Existen posibles riesgos de racionamiento o consecuencias indeseadas que puedan surgir con la introducción del PBS? ¿Cómo se aminoran estos riesgos?
Establecimiento de la agenda	<ul style="list-style-type: none"> La combinación de las tres "corrientes" —de problema, de normativa y de política— abre una ventana de oportunidades donde hay una mayor probabilidad de que las propuestas pasen a formar parte de la agenda política. 	<ul style="list-style-type: none"> Conceptualización del problema La normativa y su marco Contexto político 	<ul style="list-style-type: none"> ¿El PBS se identifica con un problema reconocido? ¿Estos "actores invisibles" están desarrollando soluciones o propuestas alternativas? ¿Cuán apremiante es la problemática en términos políticos? ¿Se encuentran presentes los principales componentes de las tres corrientes?
Grupos de interés	<ul style="list-style-type: none"> Los grupos de interés ejercen su influencia a lo largo del proceso normativo para maximizar beneficios. Las diferencias de poder entre los actores existen cuando algunos grupos están mejor posicionados que otros para participar e influenciar el proceso de priorización. 	<ul style="list-style-type: none"> Grupos de interés 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles han sido las estrategias y medidas tomadas por los grupos de interés en el pasado?
1) Burocracia	<ul style="list-style-type: none"> Los comportamientos y las decisiones tomadas por los burócratas pueden explicarse a través de los incentivos y la información que estos perciben. En lugar de llevar a cabo acciones para aumentar el interés público, los burócratas perseguirán sus propios intereses y tomarán medidas a partir de sus motivaciones personales. 	<ul style="list-style-type: none"> Motivaciones de los burócratas 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la función de la burocracia en la prestación actual de servicios de salud (regulación, administración, pago a proveedores, entre otros)? ¿Cómo cambiará la función de la burocracia con la introducción del PBS, si llega a hacerlo?
2) Agentes externos: teoría de la difusión	<ul style="list-style-type: none"> Los agentes externos pueden ejercer su influencia a través de uno de los cuatro modelos: presión externa, imitación normativa, aprendizaje racional y heurística cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Contexto regional 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué agencias o donadores internacionales están involucrados en la política nacional de salud? ¿Ha habido algún proceso o caso similar en países vecinos o países con contextos históricos similares?
3) Legislaturas y políticos	<ul style="list-style-type: none"> Los políticos realizan cálculos minuciosos y análisis de costo-beneficio para cada medida política que toman. Los políticos diseñarán las políticas que resulten más atractivas para el votante mediano. Hay una relación de intercambio de beneficios entre el patrón y el cliente. Atribución de mérito y evasión de culpa: El comportamiento del responsable de políticas apunta a que los votantes creen que estuvo involucrado personalmente en el logro de los resultados deseados o a evitar que se lo culpe por los resultados negativos 	<ul style="list-style-type: none"> Incentivos y decisiones de los políticos 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Quién es el votante mediano y qué servicios de salud exige? ¿Los políticos respaldarán la inclusión de servicios de salud que afecten a la demografía perteneciente a los votantes medianos, tales como la clase media, los votantes urbanos o la población adulta? ¿Se pueden caracterizar las estrategias de los políticos como atribución de mérito o evasión de culpa?

convenciones del entorno político— y, en consecuencia, se analiza cómo las instituciones afectan los comportamientos individuales. Primero, en lugar de empezar con una hoja en blanco, los gobiernos suelen tener que diseñar políticas a partir de las instituciones existentes.¹⁹ Segundo, la secuenciación es fundamental. Las distintas secuencias pueden producir distintos resultados y, en el caso del PBS, es probable que acontecimientos previos generen ciertas dinámicas entre las partes interesadas y que, de este modo, los acontecimientos y las decisiones posteriores se vean afectados. Además, se podría suponer que ciertos acontecimientos importantes podrían disminuir el poder de posibles opositores, como cuando la epidemia del VIH/SIDA a finales de 1990 provocó que la sociedad civil se manifestara en grandes protestas contra las empresas farmacéuticas, lo que debilitó la capacidad de la industria para disputar esa y otras cuestiones. Tercero, con relación al segundo punto, cuando se ha implementado una determinada decisión de política, emergen redes de beneficiarios y partes interesadas que se opondrán a futuras propuestas que podrían disminuir sus beneficios. El proceso de racionamiento es impopular y, políticamente, muy complicado, ya que es necesario que el gobierno disminuya los privilegios de grupos bien organizados. Por lo tanto, antes de introducir un nuevo programa, además de las consideraciones técnicas mencionadas anteriormente, se deben considerar los riesgos potenciales del racionamiento y las futuras consecuencias indeseadas.

La segunda etapa del ciclo de políticas la componen la formulación y la adopción, fase en la que las legislaturas y otros organismos de toma de decisiones diseñan y adoptan políticas luego de que estas hayan ganado un lugar en la agenda. En comparación con la primera etapa, el foco del debate se centra en cuestiones específicas, como la definición del problema, su marco, los grupos afectados, la asignación de responsabilidades, la solución, las metas de la política y los mecanismos previstos. La teoría de los

puntos de veto y los actores con poder de veto resulta útil en esta etapa. Los puntos de veto se definen como “oportunidades estratégicas que surgen de la lógica de los procesos de decisión políticos” en los que los grupos de interés tienen la oportunidad de bloquear una legislación.²⁰ O, como han manifestado Ashley Fox y Michael Reich, las peticiones de distintos grupos de interés “se median a través de instituciones políticas que diseñan el tipo de cambio legislativo posible en un determinado sistema”.²¹ Los actores con poder de veto son quienes ocupan los puntos de veto, personas cuya aprobación es necesaria para tomar una decisión política.²² Algunos suponen que la estabilidad política aumenta de acuerdo con la cantidad de actores con poder de veto, las diferencias en sus posiciones políticas y la cohesión interna; en consecuencia, cuanto mayor sea la cantidad de actores con poder de veto, mayor será la probabilidad de que prevalezca el *statu quo*. Sin embargo, otros afirman que, con el aumento en la cantidad de puntos de veto, los grupos de interés tendrán una mayor probabilidad de obtener acceso y control respecto del proceso de políticas.²³ En el caso del PBS, la cantidad de actores con poder de veto parece haber aumentado la complejidad de llegar a un acuerdo, pero esta complejidad no siempre está vinculada a la calidad de las decisiones tomadas durante el proceso. Además, distintos conjuntos de actores con poder de veto participan en distintas etapas del proceso de políticas, y su nivel de participación y poder debería variar en función de cada etapa. Asimismo, los puntos de veto (o la institución en sí) son susceptibles de ser influenciados si no son estables ni tampoco están lo suficientemente desarrollados. Esta reflexión es especialmente relevante en PIBM, donde muchas veces los actores individuales parecen tener más poder que las instituciones, que son demasiado débiles para contrarrestar la influencia de los individuos. En el caso de la adopción de la PCV en Costa Rica, se identificaron cuatro puntos de veto

debido a su posible debilidad ante influencias externas por su inestabilidad.

La tercera etapa del ciclo normativo, la implementación, involucra determinar quiénes o qué grupos serán los responsables de implementar la política, cómo se regularán las actividades, dónde se tomarán las medidas y qué recursos de financiamiento y cantidad de inversión se necesitarán. En la etapa de implementación, es normal que se presenten desafíos relacionados con la legalidad de la política o su plan de implementación. Un caso clásico es el de la aprobación del medicamento contra el cáncer de mama Herceptin en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido. A pesar de que muchos señalaron que había deficiencias claves en la evidencia sobre la efectividad y la costo-efectividad del medicamento, este fue aprobado por el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) para tratar etapas tempranas del cáncer de mama. Algunos acusaron al fabricante de persuadir y apoyar a pacientes para que fueran a los medios con el fin de recibir el medicamento, y varios pacientes “amenazaron con avergonzar a las autoridades de salud locales, ya fuera vendiendo sus hogares o llevando sus casos ante tribunales”.²⁴ Si bien el NICE ha negado la existencia de cualquier clase de influencia externa sobre la decisión de facilitar la aprobación de este medicamento, no se puede negar la potencial influencia de varias partes interesadas. Además, en países donde el derecho a la salud goza de protección judicial, como Colombia y Brasil, el debate en la etapa de implementación se vuelve más complicado debido a que se ven involucradas las cortes constitucionales.

Otro factor clave de la etapa de implementación es el papel de la burocracia. Esta abarca actores del sector público de instituciones administrativas quienes participan directamente en operaciones diarias relacionadas con la implementación de políticas. Con base en un enfoque de elección racional, James Buchanan y Gordon Tullock afirman que los comportamientos y las decisiones tomadas por los

burócratas pueden explicarse a través de los incentivos y la información que ellos perciben.²⁵ En lugar de realizar acciones para mejorar el interés público, los burócratas tienden a perseguir sus propios intereses (como lo hacen otras personas) y llevan a cabo acciones acordes a sus incentivos personales. Un destacado académico de la salud a nivel mundial describió la burocracia como una de las principales barreras de todas las numerosas reformas de salud a nivel nacional en las que se ha visto involucrado.²⁶ Además, los diseñadores de PBS suelen concentrarse más en el diseño de la política y no tienen en cuenta los planes de implementación, lo que da lugar a una sobrecarga burocrática.

La etapa final del ciclo de políticas, la evaluación, implica evaluar el impacto de la política y ajustar su formulación o implementación a partir de revisiones y nuevos datos. Los defensores y los opositores deliberan sobre la evaluación de políticas argumentando sobre qué se considera evidencia, qué constituye un contrafáctico razonable, qué mecanismos se implementaron en la política y otras cuestiones relacionadas con lo que haya sucedido en el marco de esta y lo que se puede esperar de ella en el futuro.

Este ejercicio, que consiste en estudiar conceptos de economía política aplicados al análisis de decisiones sobre PBS, ayuda a comprender los posibles comportamientos de los diferentes actores en las distintas etapas del ciclo de políticas. En comparación con las herramientas existentes para el análisis de las partes interesadas, en este capítulo se ofrece una perspectiva más amplia del ciclo de políticas completo en lugar de una imagen multi-sectorial estática. Aquí se consideran los factores institucionales y contextuales que determinan los resultados de políticas y se intenta explicar o predecir el comportamiento y las estrategias de los actores en las diferentes etapas del ciclo de políticas.

Conclusiones

El diseño de PBS es fundamentalmente un desafío de economía política porque afecta la asignación de derechos y responsabilidades. Distintos grupos compiten y debaten en este proceso a lo largo de todo el ciclo de políticas. A través de los conceptos y teorías de economía política, se pueden esclarecer estas dinámicas en términos generales, tal como en el marco ilustrativo mencionado anteriormente, y en los casos específicos descritos en los dos estudios de caso. La importancia fundamental de las fuerzas de economía política para el proceso de desarrollo del PBS y los modos en que estas fuerzas cobran forma plantean varios interrogantes que los responsables de políticas deberían tener en cuenta para detectar las posibles instancias de conflicto y predecir algunos de los problemas que surgirán de la mejor manera posible.

Referencias

- Agyepong, Irene Akua, and Sam Adjei. 2008. "Public Social Policy Development and Implementation: A Case Study of the Ghana National Health Insurance Scheme." *Health Policy and Planning* 23 (2): 150–60. doi:10.1093/heapol/czn002.
- Arrow, Kenneth J. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." *The American Economic Review* 53 (5): 941–73.
- Berg, Sanchia. 2006. "Herceptin: Was Patient Power Key?" *BBC News*, June 9. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/5063352.stm>.
- Blendon, Robert J., John M. Benson, Michael D. Botta, Deborah Zeldow, and Minah Kang Kim. 2012. "A Four-Country Survey of Public Attitudes towards Restricting Healthcare Costs by Limiting the Use of High-Cost Medical Interventions." *BMJ Open* 2 (3). doi:10.1136/bmjopen-2012-001087.
- Buchanan, James M., and Gordon Tullock. 1965. *The Politics of Bureaucracy*. New York: Public Affairs Press.
- Bump, Jesse B., Michael R. Reich, et al. 2015. "Report from Bellagio: Advancing Political Economy of Global Health to Understand and Influence the Drivers of Universal Health Coverage." *Health Systems & Reform* 1 (1): 20–21. doi:10.4161/23288604.2014.991221.
- "Contraloría General de La República." 2010. Organization of American States. http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_nic_presCGR.pdf.
- Chinitz, David. 2004. "Health Technology Assessment in Four Countries: Response from Political Science." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 20 (1): 55–60. doi:10.1017/S0266462304000789.
- Duerden, Martin. 2010. "Cancer Drugs Fund: A NICE Mess." *Prescriber* 21 (22): 8–9. doi:10.1002/psb.692.
- Fox, Ashley M., and Michael R. Reich. 2013. "Political Economy of Reform." In *Scaling Up Affordable Health Insurance: Staying the Course*, edited by Alexander S. Preker, Marianne E. Lindner, Dov Chernichovsky, and Onno P. Schellekens (Washington, DC: World Bank), 395–434.
- Glassman, Amanda, Oscar Cañón, Ursula Giedion, and Claudia Vacca. 2014. "ProVac Initiative Pan American Health Organization, Evaluation 2004–2013." Evaluation prepared for the Bill & Melinda Gates Foundation.
- Hacker, Jacob S. 1999. *The Road to Nowhere: The Genesis of President Clinton's Plan for Health Security*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Immergut, Ellen M. 1992. *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Norheim, Ole Frithjof, and Bruce M. Wilson. 2014. "Health Rights Litigation and Access to Medicines: Priority Classification of Successful Cases from Costa Rica's Constitutional Chamber of the Supreme Court." *Health and Human Rights* 16 (2): 47–61.
- Rajkotia, Yogesh. 2007. "The Political Development of the Ghanaian National Health Insurance System: Lessons in Health Governance." *Health Systems* 20/20, November 1.
- Tsebelis, George. 1995. "Decision Making in Political Systems: Veto Players in Presidentialism, Parliamentarism, Multicameralism and Multipartyism." *British Journal of Political Science* 25 (3): 289–325. doi:10.1017/S0007123400007225.

Notas finales

1. Duerden (2010).
2. Bump and others (2015).
3. Arrow (1963).
4. Glassman and others (2014).
5. Ibid.
6. Ibid.
7. Ibid.
8. “Contraloría General de La República” (2010).
9. Norheim and Wilson (2014).
10. Personal communication.
11. Rajkotia (2007).
12. Ibid.
13. Detailed descriptions of activities that occurred between 2000 and 2004 can be found in Rajkotia (2007).
14. Ibid.
15. Ibid.
16. Agyepong and Adjei (2008).
17. Rajkotia (2007).
18. Hacker (1999).
19. Fox and Reich (2013).
20. Immergut (1992, p. 8).
21. Fox and Reich (2013, p. 412).
22. Tsebelis (1995).
23. Immergut (1992).
24. Berg (2006).
25. Buchanan and Tullock (1965).
26. Personal communication.

CHAPTER 13

Una cuestión de principios: *Incorporar la ética y la equidad en las políticas de salud*

Carleigh Krubiner

Ruth Faden

En pocas palabras: Las decisiones de cobertura tienen importantes consecuencias en el bienestar y la salud de las personas, y pueden representar cuestiones de vida o muerte. Para tomar decisiones respecto al diseño de políticas de beneficios, es necesario tener en cuenta consideraciones éticas sobre cómo estas decisiones afectarán a las personas a las que están destinadas a ayudar.

Los planes de beneficios en salud (PBS) se han convertido en una estrategia cada vez más popular para establecer prioridades y asignar recursos en el sector de la salud, en entornos de bajos y altos ingresos.¹ El PBS presenta un conjunto explícito de servicios, actividades y productos que contarán con cobertura, y especifica la población y el porcentaje de los costos que se cubrirán. La intención de avanzar hacia a la cobertura universal en salud (CUS) ha despertado un renovado interés en los PBS como una herramienta que permite ampliar el acceso a servicios esenciales a través de inversiones efectivas, eficientes y equitativas.²

Al diseñar un PBS, los responsables de políticas se encuentran ante la necesidad de tomar un gran número de decisiones que representan un desafío.

¿Qué servicios, actividades y productos deberían incluirse? ¿Quiénes contarán con esta cobertura? ¿Qué tipos de acuerdos de costos compartidos deberían establecerse para los beneficiarios? Estas y muchas otras decisiones entrañan algunas consideraciones éticas. En contextos donde los recursos financieros son limitados, al tener que tomar estas decisiones difíciles siempre surgen preguntas respecto de si se está tratando de manera injusta a ciertos grupos de poblaciones o de enfermedades. El diseño de un PBS también puede involucrar otros valores morales, como el respeto a las tradiciones culturales o los derechos de los pacientes. La ética también es relevante en los procesos donde se toman las decisiones sobre PBS, incluyendo el papel que cumplen la participación pública y la transparencia. Mediante análisis éticos, es posible examinar

y evaluar alternativas, procesos y resultados desde distintas perspectivas, comparándolos con diversos principios, normas y valores moralmente relevantes, aquí mencionados como consideraciones morales pertinentes. Al igual que el análisis económico, el análisis ético puede brindar a los responsables de políticas perspectivas, herramientas y argumentos que pueden ayudarlos a tomar mejores decisiones para el PBS.

En años recientes, ha habido cada vez más intentos de incluir consideraciones de equidad en las iniciativas orientadas a alcanzar la CUS, incluido el informe *Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud* elaborado por un grupo consultivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el que se tratan temas de equidad y cobertura universal.³ Además, hay una creciente cantidad de literatura sobre ética práctica para llevar a cabo evaluaciones de tecnologías en salud (ETS) relacionadas con la adopción de nuevas intervenciones.⁴ Estos recursos brindan valiosos marcos y heurísticas en torno a un aspecto fundamental de todo PBS: definir los servicios y la población que se cubrirán.

En este capítulo, se amplía este trabajo a fin de brindar un marco ético que permita abordar consideraciones adicionales relacionadas con el diseño y la implementación de PBS. En este marco, se reconoce que el análisis ético debe realizarse teniendo en cuenta el contexto, incluyendo las metas específicas del PBS en materia de políticas y salud de la población. Asimismo, se proporciona orientación concreta a los responsables de formular políticas sobre cómo incorporar sistemáticamente el análisis ético en las diversas etapas del desarrollo e implementación de PBS. También se analiza por qué la ética y la equidad son fundamentales y se brinda un resumen de consideraciones éticas específicas para los PBS, además de una guía para implementar estas consideraciones en aquellas decisiones que resultan relevantes para el diseño e implementación de todo el ciclo de vida del PBS.

Por qué la ética y la equidad son importantes en la toma de decisiones para los PBS

La ética se encuentra completamente arraigada a la toma de decisiones de salud. Los juicios éticos y los valores explícitos e implícitos conforman los supuestos de los que se valen los responsables de políticas y las decisiones que ellos toman, y estas tienen un gran impacto en el bienestar de las personas a quienes afectan.⁵ El desarrollo de un PBS no es la excepción. Los responsables de políticas deben atravesar una serie de compromisos a fin de ofrecer los servicios esenciales, proteger a las poblaciones de los costos de la mala salud y abordar las desigualdades en salud existentes. Cuando se tienen recursos limitados para afrontar estos compromisos, se deben tomar decisiones difíciles para determinar qué productos y servicios se incluirán y para quién. Las consideraciones éticas surgen durante todo el ciclo de políticas del PBS, desde la especificación de los objetivos y la designación de beneficios hasta finalmente llegar a la implementación y futuros ajustes (Gráfico 1). El prestar cuidadosa atención a las consideraciones éticas puede ser particularmente importante ante el complejo contexto político en el que se enmarcan el diseño y ajuste de los PBS. El análisis de las consideraciones éticas en cada etapa puede brindar orientación a los responsables de formular políticas que deben navegar por los límites de la moral al momento de tomar decisiones relacionadas con los PBS:

“En relación con las políticas, un papel importante que desempeña la ética [...] es identificar los fines que estas persiguen, examinar los valores que representan dichos objetivos y evaluar la medida en que estos se ajustan a los valores sociales”.⁶

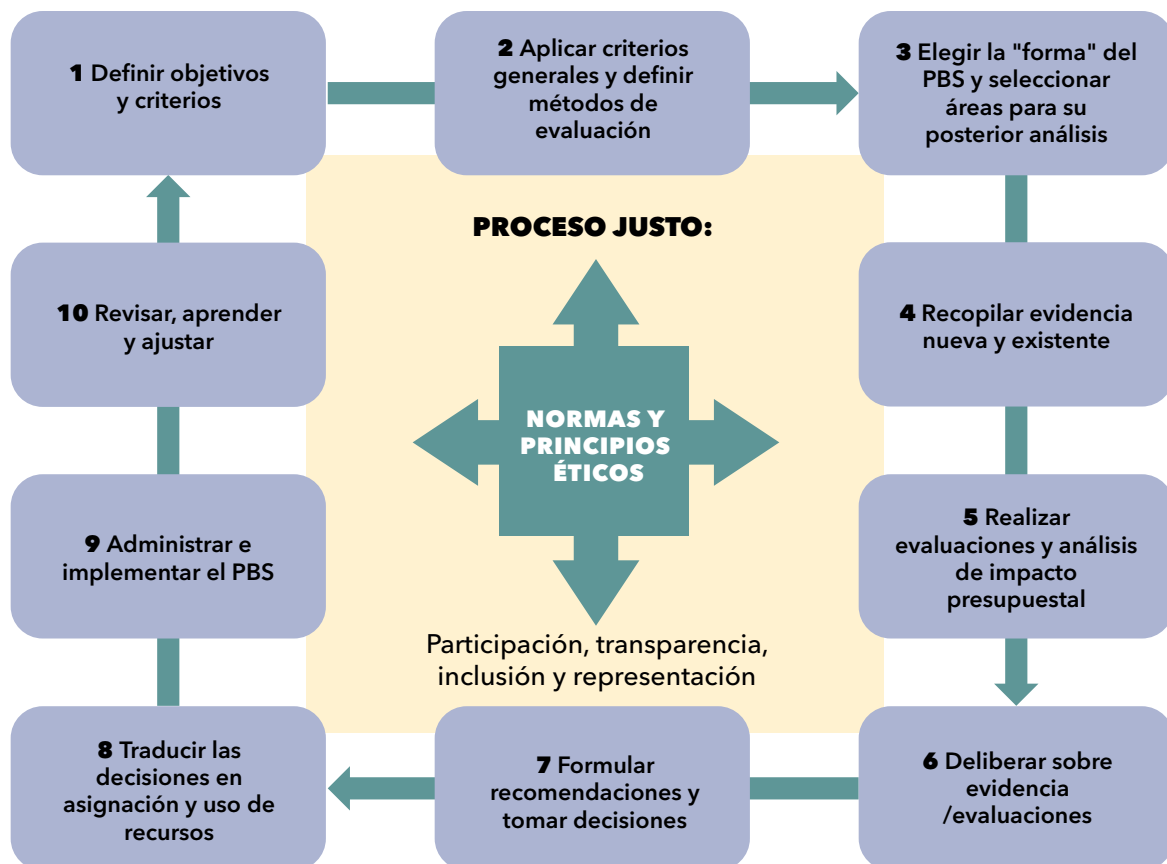
Una función particularmente importante del análisis ético al diseñar PBS es esclarecer y examinar de modo crítico sus metas y objetivos. Una comprensión sólida de los objetivos del PBS sienta las bases para el resto de

las decisiones que se toman al estructurar el plan.⁷ Por ejemplo, en algunos países, se utilizan PBS para cubrir las necesidades de salud básicas de toda la población, ofreciendo servicios que se consideran beneficios esenciales a los que todos los ciudadanos deben tener acceso en virtud de su derecho humano a la salud. En otros casos, los PBS se utilizan para cubrir las necesidades de salud de poblaciones específicas, como las mujeres embarazadas, los niños, los ancianos o los pobres. La protección financiera suele ser un objetivo común y, a través de los planes, se busca proteger a los beneficiarios de la carga económica que imponen las intervenciones de salud más costosas.

Los PBS también se han introducido para obtener ventajas operativas, utilizándolos como herramientas de gestión para mejorar la planificación, el financiamiento y la prestación de servicios de salud, y

para promover una mayor eficiencia respecto al gasto en salud. Por ejemplo, en Sudáfrica, la visión del Programa Nacional de Aseguramiento en Salud, tal como está establecido en el Libro Blanco (*White Paper*) de 2015 del país, tiene como objetivo abordar múltiples factores estructurales relacionados con la fragmentación del sistema, los mecanismos de financiación y las asignaciones de recursos humanos inadecuadas relacionados con el sector de la salud, definiendo, a su vez, metas explícitas para resolver los graves problemas de desigualdad en materia de salud entre los diferentes grupos étnicos y socioeconómicos, que se han intensificado con el sistema actual.⁸ Al haber un gran número de motivos por los cuales es necesario adoptar un PBS y establecer sus objetivos, resulta esencial contar con una concepción clara de las metas y prioridades al comenzar la etapa de diseño.

GRÁFICO 1. La ética y los elementos esenciales de un PBS



Muchos PBS asumen compromisos de equidad, ya sea de manera implícita, utilizando los planes como medio para alcanzar la CUS, o explícita, estableciendo a la equidad como uno de los principales objetivos (Cuadro 1). Sin embargo, la equidad no es un término que se interprete o se aborde en todos los contextos del mismo modo. En el Cuadro 2 se presentan ejemplos de algunos de los diferentes tipos de compromisos de equidad que generalmente se encuentran a la base de los PBS y se describen dos conceptos referidos a la distribución que normalmente utilizan los economistas.

En algunas situaciones, un compromiso de equidad significa proporcionar el acceso equitativo a un conjunto de servicios predeterminado para todas las personas. Los PBS que buscan ofrecer el mismo plan de beneficios esenciales en salud a toda la población, como por ejemplo el PIAS (Plan Integral de Atención en Salud) de Uruguay, encarnan este tipo de compromisos (véase el Cuadro 3). Sin embargo, también puede ser necesario que los productos se distribuyan de manera diferenciada considerando las diferentes necesidades y circunstancias, y priorizando servicios y grupos poblacionales a fin de reducir las desigualdades existentes.⁹ Estos objetivos de equidad contribuirían al desarrollo de un PBS centrado especialmente en los sectores de la población que en cierto modo se encuentran en situación de desventaja; en otras palabras, se organiza la cobertura para satisfacer las necesidades de personas cuyos resultados en salud son más bajos o cuyo acceso a la atención médica es limitado.

Cabe señalar que estos dos tipos de compromiso no son mutuamente excluyentes. Un PBS podría incluir un gran número de servicios a los que todas las personas podrían tener acceso y también un conjunto de servicios específicos adicionales disponibles solo para quienes estén protegidos por una serie de consideraciones de equidad complementarias. Los compromisos de equidad asumidos también determinarán quiénes recibirán los servicios en primera instancia y cómo se irá adaptando el plan a lo largo del tiempo para avanzar hacia la CUS.

El hecho de que sea posible establecer distintos objetivos de equidad, y a veces más de uno, resalta la importancia de ser explícito respecto a los objetivos de equidad consagrados en el PBS. El compromiso firme que se adquiriera con determinados objetivos de equidad determinará en gran medida qué servicios, poblaciones y porcentaje de costos se cubrirán. Dado el papel central que desempeña la equidad en la promoción de muchos PBS, los responsables de formular políticas deberían analizar cuidadosamente cuál será el impacto que tendrán el diseño y las decisiones de asignación sobre las distintas consideraciones de equidad. Las siguientes secciones ofrecen una orientación con ejemplos concretos sobre cómo los diferentes tipos de objetivos del PBS, incluidos aquellos relacionados con la equidad, pueden informar las decisiones en torno al diseño de PBS. La ética proporciona un marco que permite explicar los objetivos del plan, justificar su importancia desde el punto de vista moral y los principios o valores que impulsaron esos objetivos, y utilizarlos para garantizar la coherencia entre las decisiones sobre el PBS y los objetivos establecidos.

Otra función importante que cumplen los análisis de ética en el diseño de PBS es evitar que se ignoren o pasen por alto otras consideraciones éticas que van más allá de la equidad. Entre estas se pueden mencionar consideraciones de dignidad en cuanto a la provisión de atención en salud, el respeto hacia la autonomía de los pacientes y el modo en el que la prestación de servicios de salud incide en las desigualdades en términos generales. Incluso cuando se tienen las mejores intenciones, es posible que durante el proceso de toma de decisiones para el PBS los intereses de algunas personas se vean rezagados y esto pueda originar problemas de ética. Por ejemplo, al priorizar un enfoque de atención en salud se podría estigmatizar de manera involuntaria a ciertos grupos poblacionales o la prestación de servicios establecida podría interferir con prácticas de valor cultural. A partir de un análisis ético exhaustivo es posible identificar estas instancias.

GRÁFICO 1. Tipos de planes, objetivos de equidad y ejemplos de consideraciones relevantes

Único PBS con garantías explícitas para toda la población	PBS dirigido a grupos específicos para abordar las desigualdades	PBS que ofrece cobertura a servicios que de otro modo no estarían cubiertos
<p>Compromiso principal: Acceso equitativo para todos al menos para un conjunto mínimo de servicios básicos</p>	<p>Compromiso principal: Mejorar los resultados en salud y aumentar el acceso para quienes más lo necesitan</p>	<p>Compromiso principal: Abordar las brechas existentes en la cobertura para avanzar hacia la CUS—Sistema mixto/de niveles</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿El conjunto de servicios o intervenciones proporciona beneficios a toda la población de manera justa? <ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué necesidades de salud no están cubiertas mediante el plan y quienes las padecen? ¿Cuáles son los motivos por los que estas necesidades de salud no están incluidas? ■ ¿La composición de beneficios cubiertos aumenta o disminuye las desigualdades existentes? 2. ¿Todos los beneficiarios pueden acceder a los servicios cubiertos por el plan de manera efectiva? <ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué inversiones adicionales se necesitarían para que el sistema de salud pueda promover el acceso equitativo a toda la población? 3. ¿La calidad de los servicios disponibles es lo suficientemente uniforme como para que quienes utilicen las intervenciones tengan las mismas oportunidades de mejorar su salud? 4. ¿Los acuerdos financieros sobrecargan o restringen el acceso a ciertos miembros de la población de manera desmesurada? <ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué tipos de ajustes se pueden realizar a los acuerdos de costos compartidos (escalas móviles, exoneraciones, excepciones, entre otros) para disminuir el impacto negativo que estos podrían tener sobre los más vulnerables? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué poblaciones son las más desfavorecidas y deberían estar cubiertas por el plan? <ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué servicios logran satisfacer mejor las necesidades de las poblaciones más desfavorecidas? ■ ¿Qué tanto contribuye el plan a reducir la brecha respecto a los resultados en salud entre estos grupos y el resto de la población? ■ ¿En qué medida se logran cubrir las necesidades de los subgrupos que conforman la población objetivo? 2. ¿Hay alguna característica del plan que podría acentuar las desigualdades o acrecentar las desventajas para las poblaciones más vulnerables? <ul style="list-style-type: none"> ■ Los mecanismos de pago o los acuerdos de costos compartidos limitan las barreras financieras para acceder a los servicios? ■ ¿Se prestan los servicios de modo tal que sean geográfica, social y culturalmente accesibles para la población objetivo? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿En qué se diferencian el paquete de servicios y la cobertura que incluye el plan con la cobertura que ofrecen otras alternativas disponibles? <ul style="list-style-type: none"> ■ Se cubren menos intervenciones o condiciones de salud? 2. ¿Cómo se comparan los acuerdos de costos compartidos bajo este programa con la cobertura de otros programas existentes? <ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Hay alguna carga económica desproporcionada, riesgo de empobrecimiento o impacto negativo al buscar atención médica debido a gastos de bolsillo asociados a este plan en comparación con otros? 3. ¿Hay alguna barrera que dificulte la afiliación a este plan o la utilización de los servicios incluidos que podría impedir la reducción de las brechas en la cobertura?

CUADRO 2. Compromisos relacionados con la equidad

Compromisos	Descripción
La equidad en la protección financiera y los costos compartidos	Garantizar que las cargas de los pagos de bolsillo y las contribuciones al plan se distribuyan de manera justa en toda la población, a fin de que nadie tenga que enfrentar una carga financiera desproporcionada para acceder a los servicios.
Equidad en el acceso a la atención en salud	Garantizar que todos los beneficiarios puedan gozar tanto de la cobertura como de la disponibilidad de los servicios de salud.
Equidad en la calidad de la atención en salud	Garantizar que todos los beneficiarios puedan acceder a servicios de buena calidad y a un trato respetuoso independientemente de las circunstancias personales (ubicación geográfica, género, etnia, etc.).
Equidad en los resultados	Garantizar mejoras comparables en el estado de salud (morbilidad, mortalidad, carga y gravedad de la enfermedad) para los diferentes grupos poblacionales.

CUADRO 3. La equidad como una motivación central para la adopción de un PBS —ejemplos seleccionados

Año de adopción	Nombre del PBS del país	Motivación central
1993	POS de Colombia	Establecimiento de un marco de aseguramiento con funciones separadas y movilización de recursos <i>para mejorar la equidad y garantizar un nivel de cobertura mínimo para todos.</i>
2003	CAUSES y FPGC de México	<i>Movilización de recursos para una mayor equidad; diseño de una herramienta de control de calidad para asegurar que se proporcionen todos los servicios necesarios según protocolos estandarizados; y empoderamiento de la población asegurada para promover que las personas conozcan sus derechos.</i>
2004	NHIS de Ghana	<i>Garantizar el acceso a servicios básicos de atención en salud a todos los residentes. Garantizar la equidad en la cobertura de salud, el acceso de los pobres a los servicios de atención médica y protección contra riesgos financieros para los pobres y vulnerables.</i>
2005	NHIS de Nigeria	<i>Garantizar que todo nigeriano tenga acceso a servicios de salud de calidad; proteger a las familias contra posibles problemas financieros; garantizar una distribución equitativa de los costos de salud para todos los grupos de diferentes ingresos; limitar el aumento de los costos de los servicios de salud; mantener los estándares de buena calidad; asegurar la eficiencia en los servicios de salud; mejorar y aprovechar la participación del sector privado en la prestación de servicios; y garantizar equidad en la distribución de las instalaciones de salud.</i>
2006	PAIS de Uruguay	<i>Equidad en el acceso a beneficios explícitos y ejecutables.</i>
2009	PEAS de Perú	<i>Equidad; intención de proporcionar un nivel mínimo de cobertura a todos los ciudadanos como parte de un plan de aseguramiento universal.</i>
2015 (<i>White Paper que describe los objetivos del programa</i>)	NHI de Sudáfrica	<i>Garantizar un sistema de salud justo y equitativo para todos y proporcionar acceso oportuno a la atención médica para todas aquellas personas que padezcan las mayores necesidades en salud; [reflejando] valores de justicia, equidad y solidaridad social. Para el 2030 se debería haber observado un cambio significativo en cuanto a la equidad, eficiencia, efectividad y calidad de la prestación de atención en salud; garantizado que todos los sudafricanos tengan acceso a servicios integrales y de calidad; y se deberían haber reducido considerablemente los riesgos que suponen los determinantes sociales de la salud y los factores ecológicos adversos.</i>

Como mínimo, al considerar aspectos relacionados con la ética, se podrá evitar que el PBS involuntariamente tenga efectos negativos en la población o contribuya a acrecentar las desigualdades existentes. En el mejor de los casos, el análisis ético permitirá desarrollar un plan justificable que no solo considere las realidades políticas, sino también las normas éticas. Si se evalúan detalladamente las consideraciones éticas como parte del proceso de políticas del PBS, como resultado se obtendrá un plan de beneficios moralmente apropiado y justo para la sociedad. Los responsables de políticas pueden demostrar cómo estas consideraciones éticas sustentan sus decisiones y los procesos que utilizan para arribar a ellas, proporcionando justificaciones morales explícitas para determinados cursos de acción y confiriendo legitimidad a las decisiones políticas adoptadas.

Consideraciones éticas para los PBS

Para estructurar un PBS se debe tener en cuenta una serie de consideraciones éticas que varían de acuerdo con su relevancia y que abarcan desde la organización del sistema¹⁰ hasta la prestación de servicios de salud a la población y la provisión de atención médica a pacientes individuales. Este apartado presenta la variedad de consideraciones moralmente relevantes que entran en juego tanto en el diseño de PBS como en los posteriores ajustes que se llevarán a cabo. Se ofrece una descripción de lo que estas consideraciones implican, incluyendo interrogantes, problemas y ejemplos específicos. Luego, se las presentará considerando su incidencia dentro de las principales etapas del ciclo de políticas del PBS.

A través del análisis de estas consideraciones no se pretende obtener una respuesta específica sobre qué servicios deben incluirse en un PBS determinado ni cuáles deben excluirse. Más bien, esta lista intenta ofrecer una guía acerca de los aspectos que los responsables de la toma de decisiones deberían tener en cuenta en las distintas etapas de diseño,

implementación y ajuste del PBS. Sobre la base de estas consideraciones es posible identificar en qué instancias se corre el riesgo de traspasar límites éticos cuando se deben realizar concesiones o compensaciones difíciles en la toma de decisiones, y además es posible explicar y justificar por qué se han tomado estas decisiones específicas. Cabe señalar que no se han clasificado en un orden en particular y su relevancia puede variar según el contexto. Estas consideraciones están dirigidas a los responsables de políticas para que puedan examinar su relevancia general y luego puedan aplicarlas al contexto específico que se esté analizando. En el Cuadro 4, se presenta una lista resumida de las consideraciones éticas incluidas en el marco.

CUADRO 4. Consideraciones éticas para los planes de beneficios en salud

Consideración ética	Descripción
Equidad	Hacer lo que es justo y equitativo, lo cual muchas veces implica considerar cómo distribuir de manera justa los productos, recursos, oportunidades, costos y cargas en toda la población.
Procesos y procedimientos justos	Establecer el compromiso de llevar a cabo procesos justos, lo cual comprende la inclusión de las partes interesadas relevantes en los procesos participativos, la transparencia en torno a las decisiones tomadas y las justificaciones correspondientes a su adopción, mecanismos de rendición de cuentas para garantizar que el plan cumpla con lo prometido e instancias en donde las partes puedan participar e influir en las revisiones realizadas al plan de acuerdo con las necesidades cambiantes de la población y el surgimiento de nueva evidencia y tecnologías.
Eficiencia	Utilizar los recursos limitados de manera eficiente a fin de mejorar la salud de la población y evitar que se realicen asignaciones ineficientes que puedan socavar la sostenibilidad del plan y llevar a que no se obtengan los beneficios en salud deseados, lo que muchas veces afecta desproporcionadamente a los más vulnerables. La eficiencia implica que se evalúe la relación entre beneficios y precio (value for money) de varios servicios del plan, priorizando aquellos servicios de bajo costo que proporcionan un mayor valor para la población y limitando al mínimo las inversiones en servicios de alto costo cuyos beneficios son reducidos.
Proporcionar beneficios y evitar perjudicar a pacientes individuales	Evaluar y tener en cuenta cómo las decisiones respecto a la inclusión o exclusión de ciertas intervenciones producirán determinadas ganancias o pérdidas en salud para los individuos que necesitan estos servicios. Esto incluye a personas con necesidades altamente individualizadas o que responden distinto al tratamiento en comparación con la mayoría, como por ejemplo personas con enfermedades poco frecuentes. Las decisiones de priorización deberían reflejar la magnitud y la naturaleza de los beneficios y riesgos asociados para los individuos, disminuyendo los resultados perjudiciales cuando sea posible y considerando qué medidas se podrían adoptar para proporcionar atención a quienes necesitan cuidados más especializados.
Respeto y dignidad para los pacientes	Reconocer a los individuos como seres humanos dignos que merecen recibir la misma atención en términos morales. Esto significa respetar las decisiones autónomas de las personas; eliminar formas de trato irrespetuoso y discriminación basadas en diferencias étnicas, raciales, religiosas, de género, entre otras; reducir formas de estigma, y preservar la dignidad humana. En el PBS se deberían considerar estos elementos de respeto hacia los pacientes, en la composición de los beneficios cubiertos, el proceso de definición del paquete y la prestación de servicios durante la implementación del plan.
Respeto por el juicio clínico	Reconocer el valor de los proveedores al promover los intereses de los pacientes individuales, así como también la importancia de su compromiso para que el PBS pueda implementarse con éxito. Es importante tener en cuenta cómo los diferentes aspectos de diseño del plan podrían limitar la capacidad de los médicos para llevar a cabo de la mejor manera posible su juicio clínico al brindar asistencia.
Utilizar y generar evidencia	Utilizar la mejor evidencia disponible para respaldar decisiones programáticas sobre el PBS. Esto comprende evaluar cómo interactúan las diferentes alternativas con respecto a las consideraciones éticas mencionadas. También implica trabajar sobre la base de conocimientos existentes y utilizar la introducción o corrección de un PBS como una oportunidad para generar evidencia destinada a mejorar la calidad, eficiencia y capacidad de respuesta en la atención.

Se indican las consideraciones morales que se han destacado con mayor prominencia en las recientes deliberaciones que tuvieron lugar a nivel mundial sobre los principios que guían la priorización en salud; luego, se presentan consideraciones morales adicionales que han recibido menos atención en el reciente diálogo mundial.

Equidad

Como se mencionó anteriormente, la equidad representa uno de los compromisos fundamentales para muchos PBS.¹¹ De hecho, un informe reciente de la OMS sobre *Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud* (véase el Recuadro 1) se centra en este aspecto. De igual modo, varios métodos nuevos de evaluación económica buscan incorporar la equidad en salud para abordar mejor la imparcialidad y la justicia distributiva al establecer prioridades.¹²

En términos generales, la equidad comprende un conjunto de principios y consideraciones morales relacionados sobre lo que se considera justo o equitativo, poniendo especial atención a lo que representa una distribución justa según el contexto de políticas de salud, es decir, cómo distribuir de manera equitativa los productos, recursos, oportunidades, costos y cargas en toda la población. Al desarrollar PBS surge una variedad de cuestiones éticas debido a que estos definen los productos y servicios de salud específicos que se pondrán a disposición para sus beneficiarios, incluidos los servicios que se cubrirán para diferentes grupos de enfermedades y también los acuerdos de costos compartidos que se utilizan comúnmente para ayudar a financiar el programa. Asimismo, en vistas de que la salud es fundamental para el bienestar de las personas e incide considerablemente en el prospecto de vivir una vida decente, los PBS están asociados a cuestiones de justicia social más generales.¹³

RECUADRO 1. Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud: Resumen

Este informe sobre equidad y cobertura universal en salud, elaborado por el Grupo Consultativo de la OMS, presenta una estrategia de tres partes que tiene como objetivo ayudar a los países en la toma de decisiones para que puedan avanzar de manera justa y gradual hacia la CUS:

1. Clasificar a los servicios de salud según su prioridad: baja, media o alta. Para determinar el nivel de prioridad es necesario tener en cuenta la costo-efectividad de los servicios, ajustar las prioridades considerando a las personas que se encuentran en peor situación y analizar la protección contra riesgos financieros.
2. Ampliar la cobertura de los servicios de prioridad alta para toda la población. Esto implica eliminar los pagos directos de bolsillo para quienes no puedan costearlos y aumentar al mismo tiempo el prepagó obligatorio y progresivo con mancomunación de fondos.
3. Procurar que los grupos desfavorecidos, como por ejemplo los grupos de bajos ingresos y las poblaciones rurales, no queden rezagados.

Este informe también incluye cinco "concesiones inaceptables" (*trade-offs*), tales como ofrecer cobertura para los servicios de prioridad baja antes de que se garantice el acceso a los servicios de prioridad alta; ampliar la cobertura a grupos adinerados sin haberlo hecho antes para los grupos que se encuentran en peor situación, e incluir solo a aquellos que puedan pagar o utilizar otros mecanismos de financiación menos progresivos.

Los PBS pueden agravar la situación de desventaja existente si se institucionaliza la distribución inequitativa. Por ejemplo, considere un PBS que cubre de manera constante servicios para enfermedades que suelen afectar a quienes se encuentran en mejor posición económica y excluye servicios que abordan aquellas enfermedades que comúnmente afectan a los más pobres. De modo similar, como es sabido, los acuerdos de costos compartidos que se utilizan para financiar los PBS pueden tener efectos regresivos, motivo por el cual muchos países restringen los copagos a solo algunos servicios seleccionados, limitan el total de pagos de bolsillo anuales para los beneficiarios o eliminan los copagos por completo para ciertos sectores de la población. Asimismo, si no se logran solucionar adecuadamente las limitaciones y deficiencias del lado de la oferta, se pueden acentuar las disparidades en el acceso a servicios de calidad a medida que se implementa el PBS.

De forma alternativa, el PBS puede ser un instrumento útil para romper con estos patrones de desigualdad asociados a la mala salud y la pobreza proporcionando igualdad de oportunidades para obtener ganancias en salud y prevenir dificultades financieras vinculadas a la mala salud. Por ejemplo, una evaluación del Health Transformation Program de Turquía mostró que 10 años después de que se haya introducido el programa, se observaron mejoras considerables en la cobertura y utilización de los servicios al igual que una reducción sustancial en los gastos catastróficos en salud, en especial entre los grupos más desfavorecidos.¹⁴ Estos avances se deben, en parte, a los esfuerzos realizados por brindar una mejor atención a mujeres y niños y abordar las necesidades de los pobres a través de un programa de “tarjeta verde” o *Green Card*.

Una de las primeras consideraciones éticas que deben plantearse los responsables de políticas del PBS es determinar los objetivos de equidad específicos de este. Existen diversos tipos de PBS que se proponen alcanzar distintos propósitos (véase el

Cuadro 1). Al tener una orientación bien definida de adónde apuntan los objetivos de equidad del plan se definirán las consideraciones éticas correspondientes (cuadros 2 y 3). Por ejemplo, como principal compromiso de equidad, se podría diseñar un PBS que tenga por objetivo proporcionar acceso a un conjunto de servicios básicos disponibles para todos y apropiados para el estado y etapa de vida de cada persona.¹⁵ Con este tipo de plan universal como meta, el primer paso sería determinar los beneficios en salud que se cubrirán y, en particular, definir el modo en el que se podría garantizar que el plan responda a las numerosas y diversas necesidades en salud en función de los recursos disponibles. La amplitud de la oferta dependerá en gran parte de la disponibilidad de fondos; esta puede variar desde paquetes de servicios limitados hasta planes más completos e integrales. Desde una perspectiva de equidad, los planes universales deberían comenzar por la prestación de aquellas intervenciones más importantes para la salud y el bienestar de todos los miembros de la sociedad, teniendo en cuenta que las necesidades básicas de los beneficiarios dependerán de la edad, el género y otras características relevantes, como por ejemplo el embarazo. A menudo estos beneficios incluyen servicios de salud preventivos, curativos y de emergencia, intervenciones de salud para la primera infancia y la atención materna.

Inevitablemente, habrá discrepancias sobre qué servicios se consideran como básicos o esenciales, y muchos grupos de pacientes alegarán que sus necesidades califican como básicas, mucho más de lo que los recursos permitirán cubrir. En los casos en los que el objetivo de equidad específico del PBS sea brindar un paquete esencial de servicios básicos a todas las personas, no existe ningún requisito ético que exija la inclusión de un servicio cuyo costo es elevado y, por lo tanto, no podrá prestarse a todos quienes lo necesiten, de manera absoluta o sin comprometer en cierta medida el resto de los servicios del plan. Cuando las concesiones necesarias no sean

tan severas, será necesario prestar especial atención a otras dimensiones de equidad al tomar una decisión ética sobre los reclamos contradictorios de los grupos de pacientes. También se deberán evaluar otras consideraciones morales, tal como se describe más adelante.

Por lo general, al establecer un compromiso de equidad relacionado con la prestación de un plan universal de servicios básicos se entiende que no se deben incluir intervenciones si no se puede garantizar su prestación a todos quienes las necesiten por indicación médica. Debido a que puede suceder que haya una oferta escasa de alguna intervención incluida en el plan básico o que debiera incluirse; por ejemplo, cuando se adopta una nueva vacuna o cuando hay problemas en la producción de un medicamento esencial; es importante que se definan procesos y criterios en el PBS que permitan distribuir de manera justa dicha intervención en estos casos.

Para lograr la equidad, los diseñadores del PBS deben prestar especial atención a cómo el plan de beneficios afecta a aquellas poblaciones vulnerables o que se encuentran en desventaja. ¿El plan promueve la continuidad o acentúa las desigualdades en salud de la población? ¿Se excluyen ciertos beneficios clave para los más desfavorecidos y se incluyen al mismo tiempo intervenciones costosas para los miembros más privilegiados de la sociedad? Un plan de beneficios poco equitativo sería uno en donde se incluya una amplia gama de servicios costosos destinados mayormente a abordar condiciones de salud que por lo general afectan a personas más pudientes y comunidades urbanas, en lugar de brindar servicios para enfermedades que normalmente aquejan a los más pobres, los marginados y a quienes viven en zonas rurales.

Observar el efecto que tiene el plan de beneficios sobre las desigualdades en salud es una obligación permanente, que debe llevarse a cabo a medida que el plan evoluciona y se amplía a lo largo del tiempo. Esto se debe a que las necesidades de salud de la población son dinámicas y a que la incorporación

de nuevas tecnologías puede producir cambios en la distribución que favorezcan a quienes se encuentran en un mejor estado de salud y bienestar en general. Por ejemplo, en Colombia, el Plan Obligatorio de Salud (POS) ha logrado mejoras notables al brindar cobertura universal, particularmente en los sectores más pobres de la población. Sin embargo, después de dos décadas de haberse implementado, la creciente financiación de nuevas y costosas intervenciones comprometió tanto la sostenibilidad del plan como la distribución equitativa de los beneficios incluidos. Menos de un 1 por ciento de los pagos a nuevos medicamentos estaba dirigido a personas que pertenecían al quintil más pobre de la sociedad, mientras que el 70 por ciento de estos pagos cubrían medicamentos para los dos quintiles más ricos.¹⁶ Monitorear cómo se distribuyen los beneficios y realizar los ajustes necesarios para abordar posibles problemas son elementos fundamentales para promover la adopción de un PBS equitativo.

Más allá del compromiso de equidad que se asuma al designar los servicios del PBS, es de suma importancia garantizar que toda la población pueda obtener realmente un beneficio a partir de la prestación de estos servicios. Si los servicios cubiertos no son de calidad o no son accesibles de manera satisfactoria, entonces, el compromiso de equidad se convierte en una promesa vacía y no se logra cumplir con el objetivo. A fin de que el PBS pueda cumplir con la promesa de garantizar un acceso equitativo, los responsables de formular políticas deben examinar la distribución de las instalaciones de salud al igual que la de los trabajadores, la cadena de suministro para los medicamentos y productos y otros factores a nivel del sistema que podrían contribuir o dificultar el acceso equitativo a los servicios.¹⁷ El compromiso con el cumplimiento de los estándares de calidad en todo el sistema de salud también repercute en la distribución equitativa de los beneficios asociados al PBS. Posiblemente sea necesario invertir en las instalaciones y en los proveedores para que alcancen un cierto estándar de calidad y, de este

modo, procurar que los pacientes efectivamente utilicen los servicios cubiertos y obtengan los beneficios de una implementación equitativa y los efectos en la salud asociados a esta.

Los acuerdos de costos compartidos también pueden obstaculizar el acceso a los servicios, afectando de manera diferenciada a personas con menos ingresos o con enfermedades crónicas quienes por lo general requieren de una mayor cantidad de dinero para costear sus tratamientos.¹⁸ En muchos países en desarrollo, se ha documentado bastante evidencia sobre la relación que existe entre los gastos de bolsillo y la baja utilización de los servicios, especialmente en las poblaciones pobres.¹⁹ Por este motivo, muchos PBS ofrecen servicios sin costo, establecen montos máximos para los pagos individuales y ajustan las contribuciones financieras necesarias en función de las capacidades de pago de los beneficiarios, en muchas ocasiones eximiendo por completo a los pobres de los acuerdos de costos compartidos. También deberían analizarse otros aspectos relacionados con la financiación del PBS para detectar posibles impactos negativos que afecten los objetivos de equidad, como por ejemplo formas regresivas de financiación a través de impuestos o mecanismos de pago a proveedores que podrían crear incentivos perversos para tratar solo a ciertos tipos de pacientes.²⁰ Todas estas alternativas ayudan a preparar el terreno para asegurar una distribución equitativa de los costos y beneficios del plan.

Hasta el momento, este capítulo se ha centrado en las consideraciones de equidad que deben tener en cuenta los PBS que buscan brindar cobertura universal para un conjunto de servicios y productos. No obstante, es posible que otros PBS tengan como principal objetivo lograr una equidad vertical, la cual implica mejorar el acceso y los resultados en salud para las poblaciones más desfavorecidas. Estos PBS más limitados pretenden abordar las áreas en donde se originan ciertas desigualdades que pueden

resolverse a través del acceso a distintos servicios de salud, reconociendo que algunas poblaciones padecen de manera desproporcionada los efectos de una salud deficiente y que, por lo tanto, su situación es mucho peor que la de muchas otras personas. En algunos casos, al reconocer el círculo vicioso de la pobreza y la mala salud, los PBS pueden actuar como un mecanismo de protección para los pobres, quienes presentan un mayor riesgo de padecer un gran número de enfermedades, enfrentan mayores obstáculos para acceder a la atención en salud y son los más vulnerables a los impactos económicos asociados a una salud deficiente. Muchos países han orientado el camino hacia la CUS centrándose primero en la prestación de servicios a quienes se encuentran por debajo de la línea de pobreza, adoptando lo que se conoce como “enfoque de abajo arriba” (“*bottom-up approach*”) para ampliar la cobertura.

“No existe un principio ético que desestime el hecho de que a veces es necesario renunciar a intereses individuales en pos de las necesidades colectivas. Sin embargo, la responsabilidad pública permite asegurar que estas concesiones se lleven a cabo abiertamente, reconociendo de manera explícita que se ponen en juego el bienestar y los valores fundamentales de los individuos y que se justificarán las decisiones mediante fundamentos éticos para quienes se vean afectados por estas”.²¹

Otros PBS limitados abordan a la población de distintas maneras, por ejemplo, centrándose en los niños y las niñas, quienes además de tener menos posibilidades de buscar asistencia médica o atender a sus necesidades de salud por sus propios medios, están en riesgo de encontrarse en situación de desventaja y de tener una mala salud por el resto de sus vidas si no se satisfacen sus necesidades básicas en las etapas más importantes de su desarrollo. El

Paquete Básico de Servicios de Salud (PBS) de Honduras es un excelente ejemplo de un PBS focalizado, que responde a las necesidades de los más pobres en poblaciones rurales haciendo hincapié en los servicios de atención materno-infantil. Los planes de beneficios también pueden tener su foco en ciertas categorías de enfermedades y brindar un paquete de servicios orientado hacia una determinada condición de salud. México, por ejemplo, cuenta con una lista de servicios básicos cubiertos por el Seguro Popular, pero también posee un Fondo para la Protección contra Gastos Catastróficos que cubre condiciones de salud específicas tales como cánceres infantiles y el VIH. En los Estados Unidos, las personas con discapacidad permanente o enfermedad renal terminal pueden afiliarse a Medicaid, un programa financiado a nivel nacional y estatal que brinda cobertura a familias de bajos ingresos.

Dado que estos planes están dirigidos a grupos poblacionales más reducidos, la selección de los beneficios que se incluirán debería basarse en un análisis minucioso de las necesidades más apremiantes de estas poblaciones a fin de que puedan alcanzar un mejor estado de salud y se pueda aliviar el sufrimiento en la mayor medida posible. En el caso de los niños, por ejemplo, es importante considerar no solo las necesidades clínicas presentes y más inmediatas, sino también los servicios que puedan mejorar sus perspectivas de bienestar a futuro, como por ejemplo servicios de salud que promuevan el desarrollo cognitivo y consecuentemente contribuyan a reducir ciertas dificultades para el aprendizaje relacionadas con la salud, tales como los exámenes de la visión y la prescripción de anteojos. Muchas de las consideraciones mencionadas anteriormente que abordan aspectos éticos vinculados al acceso, la calidad, la inclusión de servicios y la atención a los impactos diferenciales para distintos subgrupos de la población beneficiaria también se ajustan a estos PBS más específicos. Al asumir compromisos de equidad explícitos para

hacer frente a ciertas desigualdades, el PBS debería procurar que tanto su estructura como los beneficios incluidos sean acordes a los objetivos del programa de abordar estas disparidades.

Procesos y procedimientos justos

Además de las consideraciones de equidad, otro aspecto relacionado con la justicia hace referencia a la medida en la que los procesos utilizados para desarrollar y ajustar el PBS constituyen procesos justos. Debido a que ningún PBS podrá cubrir todos los servicios que las personas podrían necesitar o desear y a que algunas personas razonables podrían no estar de acuerdo con respecto a qué concesiones deberían realizarse, el compromiso de llevar a cabo un proceso justo para la toma de decisiones sobre cobertura aumentará las probabilidades de que el plan resultante sea éticamente aceptable.²² Los compromisos con la implementación de procesos justos se manifiestan a través de la inclusión de las partes interesadas relevantes en los procesos participativos, la transparencia en las decisiones tomadas y las justificaciones pertinentes que respaldan su adopción; el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas para asegurar que el plan cumpla sus promesas; y las oportunidades que se les otorgan a las partes interesadas para que participen e influyan en la revisión del plan, teniendo en cuenta las cambiantes necesidades de la población y el surgimiento de nueva evidencia y tecnologías.²³

Tanto los expertos en sistemas de salud como los especialistas en ética reconocen la importancia moral de la transparencia y la participación de las partes interesadas.²⁴ El compromiso con la transparencia —es decir, comunicar claramente los objetivos, procesos y razonamientos en los que se apoya la toma de decisiones sobre un PBS— no solo inspira respeto en la población, sino que es clave para fomentar y mantener la confianza del público en el plan y

en el sistema de salud. Los responsables de formular políticas no podrán satisfacer a todos con el plan que desarrollen, pero pueden contentar a sus votantes brindándoles justificaciones razonables sobre los motivos que los llevaron a tomar ciertas decisiones a través de la comunicación abierta y el diálogo. Además, la transparencia sienta las bases para los mecanismos de rendición de cuentas.

Más allá de la comunicación abierta y la transparencia, es fundamental involucrar al público y a las partes interesadas relevantes en el diseño y ajuste de los PBS. Existen numerosos enfoques que permiten involucrar a las partes interesadas en procesos participativos, como por ejemplo actividades de investigación para conocer la opinión pública, paneles de ciudadanos, foros públicos, instancias de deliberación frecuentes para lograr llegar a un consenso entre los actores más representativos, y la participación directa en organismos destinados al establecimiento de prioridades.²⁵ La información recolectada a través de las actividades de participación constituye evidencia importante que debería utilizarse para informar el proceso de priorización (entre otras formas de evidencia analizadas en mayor detalle a continuación). Los métodos apropiados para fomentar la participación del público varían según el contexto. Independientemente del enfoque, entre las consideraciones clave para la participación del público, se incluyen las siguientes:

- Asegurar que los participantes cuenten con la información adecuada para que puedan contribuir de modo significativo.
- Contar con una representación auténtica y equilibrada de los distintos grupos de partes interesadas más importantes, lo cual implica evitar que grupos de interés con más poder ejerzan una influencia desproporcionada y garantizar la representación de los intereses de las poblaciones marginadas y privadas de derechos.

- Realizar esfuerzos por promover valores sociales, no solo intereses individuales.
- Llevar a cabo actividades de participación en etapas relevantes del proceso, brindando tiempo suficiente para recibir contribuciones que permitan informar la toma de decisiones.

Si se implementan instancias de participación adecuadas, es posible desarrollar un PBS que refleje valores públicos para el establecimiento de prioridades, responda a las necesidades de los beneficiarios y se perciba como justo y legítimo. Al desarrollar enfoques para divulgar información y solicitar contribuciones, los responsables de políticas deberían buscar ser inclusivos, presentando información y recolectando opiniones a través de formatos y canales que sean accesibles para los grupos de partes interesadas relevantes. Asimismo, al desarrollar enfoques participativos, deberían explorar mecanismos que limiten la influencia desproporcionada de los grupos de interés más influyentes. (En el Capítulo 1, se abordan consideraciones adicionales relacionadas con la participación, la transparencia, los procesos justos y la gobernanza).

Mejorar la salud de la población mediante el uso eficiente de recursos

Promover la salud de la población es siempre un importante objetivo ético para los PBS y suele ser el *principal* objetivo de salud del plan. Las sociedades tienen la obligación moral general de promover protección y bienestar para la población, situando a la salud como elemento constitutivo básico del bienestar y fundamental para garantizar otros aspectos de esta dimensión. La obligación de mejorar la salud de la población incluye consideraciones morales relacionadas con la eficiencia. Al estructurar el PBS, los responsables de políticas tienen la obligación moral general de utilizar los recursos limitados de manera

eficiente. Las asignaciones ineficientes conllevan costos de oportunidad moralmente significativos, debido a que se renuncia a ciertas mejoras de salud que podrían haberse obtenido si se hubiesen destinado los fondos a otras alternativas de inversión.²⁶ Además, si no se hace un uso eficiente de los recursos, es muy poco probable que los PBS cumplan su objetivo de brindar una cobertura de servicios universal y equitativa.

Las deliberaciones en torno a la ética y la priorización en salud tienden a enfocarse en los conflictos que pueden ocurrir entre los compromisos de equidad y de eficiencia. Si bien puede haber casos en donde surjan situaciones de conflicto entre ambos compromisos, toda consideración admisible respecto a la equidad debe incluir un compromiso de eficiencia. Cuando las asignaciones son poco eficientes, suelen representar un impedimento para lograr la equidad en los PBS y la CUS. Los costos de oportunidad que se desprenden de las asignaciones ineficientes interfieren en gran medida en los objetivos nacionales de mejorar la salud de la población. Además, estos costos no suelen afectar a todos los grupos poblacionales por igual. Si los recursos no se asignan de manera eficiente, es probable que no lleguen a cubrir servicios que podrían mejorar la salud y la seguridad sanitaria de los grupos que poseen menos peso político o que tienen menos voz que otros. Cabe señalar también que muchas de las intervenciones orientadas a abordar las necesidades de los más desfavorecidos son costo-efectivas y, por lo tanto, deberían tener un alto nivel de prioridad para su inclusión en los planes de beneficios.

Un ejemplo interesante sobre cómo la eficiencia en el gasto puede promover un acceso más equitativo a la atención en salud surgió como respuesta a la Guía de tratamiento del VIH de la OMS (2013), donde se recomendaba el uso del control de carga viral (VLM, en inglés) para pacientes en tratamiento antirretroviral (TAR), en lugar de continuar el estándar anterior que consistía en el análisis de CD4.²⁷ Un grupo

del Centro para la Economía de la Salud (Centre for Health Economics) de la Universidad de York evaluó las implicancias reales de que un país de bajos ingresos adoptara esta recomendación y notaron que había poca evidencia de que el control de carga viral mejorara los resultados en los pacientes y que este tipo de pruebas era mucho más costoso que el análisis de CD4 (\$45 contra \$9), incluso a pesar de que ambos se encontraran dentro de los límites de los umbrales de costo-efectividad de la OMS.²⁸ Los autores demostraron que los mismos fondos que podrían asignarse a la implementación del control de carga viral podrían utilizarse, en cambio, para ampliar la cobertura de pruebas del VIH y TAR con análisis de CD4, lo que produciría el triple de beneficios en salud para la población (en años de vida ajustados por calidad [AVAC]) y permitiría un avance de un 15 por ciento en el acceso universal a la TAR.

El gasto eficiente también permitirá garantizar un PBS más sustentable. El no tener en cuenta los costos relativos y los beneficios de las intervenciones cubiertas puede llevar el plan rumbo a un colapso fiscal. También puede comprometer el apoyo por parte del público y la voluntad política respecto a los programas basados en impuestos que dependen de estas contribuciones para financiar el plan. Actualmente, Ghana está implementando grandes reformas en el Plan Nacional de Seguro de Salud, en gran parte, para abordar el creciente déficit presupuestario que amenaza la viabilidad financiera del programa — resultado del gasto ineficiente por el que no se logró obtener una buena relación entre los beneficios y el precio—.²⁹ En años recientes, el enorme déficit y el retraso en los pagos a los proveedores dio lugar a que muchas redes de proveedores retiraran servicios del plan y volvieran al sistema de pago al contado, donde los pacientes deben pagar en el punto de servicio. Esta respuesta de los proveedores generó una enorme presión financiera sobre los pobres y graves limitaciones en el acceso a la atención médica, y deterioró la confianza del público en el plan nacional.³⁰

El Fondo de Medicamentos contra el Cáncer (CDF, en inglés) del Reino Unido es otro ejemplo de cómo se pueden socavar los objetivos de la salud pública al no considerar la eficiencia y la sostenibilidad. El programa se introdujo en 2010 para aumentar el acceso a los medicamentos contra el cáncer que no se había implementado de manera rutinaria en el Sistema Nacional de Salud (NHS, en inglés) —y, al hacerlo, se ignoraron las estimaciones estándar de costo-efectividad—. Durante los cinco años siguientes, el presupuesto del CDF pasó de £200 millones a más de £340 millones entre 2015 y 2016, superando cada año el presupuesto establecido y, en muchos casos, cubriendo medicamentos contra el cáncer que ofrecían beneficios médicos limitados.³¹ Algunos economistas han criticado la excesiva cantidad de fondos destinados al CDF describiéndola como una inversión irresponsable de los recursos del NHS que podrían haberse utilizado para atender a una mayor población de pacientes. Otros la han considerado una maniobra política “poco ética” que privilegió de manera injusta a pacientes con cáncer, por sobre quienes padecían otras enfermedades potencialmente mortales, a fin de que pudieran obtener acceso a tratamientos que no cumplían los estándares del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE, en inglés) para obtener la cobertura del NHS.³² Además, el CDF puso en riesgo la capacidad del NHS para negociar precios con las empresas farmacéuticas. A la luz de estos sinsentidos y de los costos insostenibles, se reestructuró el CDF para convertirlo en un fondo de acceso administrado por el NHS de Inglaterra en colaboración con el NICE.³³

Desde una perspectiva ética, las metodologías económicas utilizadas para analizar la relación entre los beneficios y el precio proporcionan información útil para definir la combinación de intervenciones y servicios que puedan costearse mediante un PBS, conocer los resultados que podrían obtenerse a través de estas inversiones y destacar las concesiones asociadas a la cobertura de alternativas menos

costo-efectivas. Existen debates en curso en torno a los enfoques metodológicos más apropiados para el análisis económico, en los que se discuten cuestiones relacionadas con los límites adecuados, el uso de distintos pesos y las limitaciones de los AVAC y AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) como medidas generales.³⁴ El análisis de las implicancias éticas de los diversos enfoques metodológicos de evaluación económica exceden el foco de este capítulo; sin embargo, hay un creciente interés en enfoques que comprenden una visión más extensa de la relación entre los beneficios y el precio. Entre estos, se incluye la consideración de un conjunto más amplio de ganancias relevantes en un sentido moral que corresponden a distintas intervenciones en salud. Por ejemplo, métodos como el análisis extendido de costo-efectividad incluyen beneficios relacionados con la protección financiera además de las ganancias en salud, y varias formas del análisis de decisión multicriterio incorporan evaluaciones cuantitativas o cualitativas de una mayor cantidad de beneficios asociados a una intervención determinada.³⁵ Asimismo, se están desarrollando otros enfoques innovadores para lograr conectar mejor las evaluaciones económicas con evaluaciones más amplias que analicen el efecto que pueda tener una intervención en los grupos más desfavorecidos contemplando múltiples dimensiones del bienestar, como por ejemplo el impacto en la percepción del estigma, la vergüenza y la presión en las relaciones interpersonales.³⁶

Ya sea con un enfoque cuantitativo o cualitativo, tener una concepción más amplia de lo que se considera valioso (más allá de las estimaciones de AVAC por dólar) puede cambiar la perspectiva general de si una intervención ofrece o no una buena relación entre los beneficios que aporta y su precio. Por ejemplo, el proporcionar productos de higiene femenina y cuidados paliativos podría presentar una relación entre beneficios y precio más significativa bajo una perspectiva más amplia. La falta de

métodos y productos apropiados para la gestión de la higiene menstrual puede derivar en pena, vergüenza, absentismo escolar y tasas de deserción escolar altas. Esto significa que la cobertura de productos de higiene femenina para jóvenes puede ayudar a disminuir la vergüenza y, al mismo tiempo, eliminar un obstáculo importante para la escolaridad continua de mujeres adolescentes, lo que, en consecuencia, puede aportar grandes beneficios para su salud y su bienestar a largo plazo.³⁷ De modo similar, si solo se tuvieran en cuenta los AVAC, sería poco probable que se considerara a los cuidados paliativos como una “buena compra”. No obstante, vale la pena considerar otros beneficios, como la preservación de la dignidad y el alivio del sufrimiento al final de la vida, lo que podría dar lugar a una perspectiva diferente. Esta concepción más amplia del valor demuestra que muchas veces estas intervenciones pueden presentar una buena relación entre los beneficios que aportan y el precio, incluso si no ofrecen tantos AVAC por dólar como otros servicios.

En el contexto de esta visión más amplia del valor y, por lo tanto, de una mayor amplitud de retornos de la inversión, resulta evidente que deberían priorizarse los servicios de bajo costo y alto valor, y que los servicios de costo más elevado que aportan pocos beneficios deberían recibir inversiones limitadas, teniendo que tomar algunas decisiones difíciles en los márgenes. Otras consideraciones éticas, como se detalla en este capítulo, pueden servir de referencia para definir qué servicios de alto costo y alto valor deberían incluirse en las distintas etapas de diseño y ajuste del PBS. Bajo esta definición ampliada, la mayoría de los servicios costo-efectivos en el sentido tradicional, por no decir todos ellos, seguirán ofreciendo una buena relación entre los beneficios y el precio. Otros servicios, como aquellos de alto costo y poco valor (en términos de AVAC u otras medidas), bajo ninguna circunstancia se considerarán una “buena compra”, e invertir en ellos supondría costos de oportunidad considerables, siendo que de otro modo se podrían obtener muchos más beneficios.

Sin lugar a dudas, tanto los análisis económicos tradicionales como los extendidos y aumentados presentan limitaciones, como por ejemplo la poca disponibilidad de datos locales y la capacidad técnica limitada para realizar el análisis en un contexto determinado. A pesar de estas limitaciones y del debate inconcluso sobre qué métodos adoptar, las evaluaciones económicas continúan siendo una herramienta útil, entre otras, que ayuda a los responsables de la toma de decisiones a determinar qué inversiones en servicios son éticamente apropiadas y contribuyen a mejorar la salud de la población. Estos métodos son esenciales para evitar que se desvíen fondos hacia intervenciones que producen pocos beneficios relacionados con la salud de la población u otros objetivos éticos a expensas de servicios que ofrecen gran valor, lo cual, desde un punto de vista ético, es inaceptable. También permiten recordar a los responsables de políticas que siempre es necesario ofrecer una justificación moral específica para los servicios que superan los umbrales de costo-efectividad. Si bien es cierto que, en general, las decisiones de inversión para el PBS deberían reflejar el compromiso de asegurar una asignación eficiente de recursos, otras consideraciones morales podrían ofrecer razones convincentes para incluir intervenciones menos costo-efectivas.³⁸ En el Recuadro 2, se presenta una lista de verificación de aspectos relacionados con la eficiencia que deben considerarse durante el proceso de diseño del PBS.

Proporcionar beneficios y evitar perjudicar a pacientes individuales

Mientras que las consideraciones de eficiencia se centran en producir beneficios netos agregados para la población, quienes diseñan los PBS también tienen la obligación moral de analizar cómo el plan podría generar beneficios y evitar perjudicar a pacientes individuales. Las decisiones que se toman respecto a la inclusión o exclusión de ciertas intervenciones suponen determinadas ganancias o pérdidas en salud

para quienes necesitan estos servicios. Si bien, por lo general, la intención es incluir en el PBS aquellos servicios que satisfacen las necesidades generales de la población beneficiaria, algunos subgrupos de personas tienen necesidades altamente individualizadas o responden distinto a un tratamiento en comparación con la mayoría. Cuando se atiende a la salud a nivel poblacional, es posible que pasen desapercibidas ciertas necesidades específicas de algunos pacientes, como por ejemplo personas que padecen enfermedades poco frecuentes o que presentan una respuesta inusual ante condiciones más comunes. Es posible que estas particularidades se pasen por alto cuando se determina el contenido del PBS. A pesar de que las enfermedades raras afectan a muy pocas personas, las consecuencias que estas tienen para la salud de quienes las padecen no dejan de ser significativas. Aunque un PBS no pueda garantizar todos los beneficios posibles, previniendo al mismo tiempo todo tipo de perjuicio, es necesario que en el proceso de priorización se tengan en cuenta la magnitud y la naturaleza de los beneficios y riesgos asociados, intentando disminuir la probabilidad de efectos negativos en la medida de lo posible.

Los diseñadores del plan deben analizar qué medidas se pueden tomar para responder a las necesidades de las personas que requieren de una atención más especializada. Por ejemplo, para un tratamiento determinado, puede haber un subgrupo de pacientes que respondan a un medicamento de manera excepcional y, a pesar de que este no haya demostrado ser particularmente efectivo para la población en general, les permite a estos pacientes obtener ganancias en salud considerables, dada su composición genética y biología específica.³⁹ Cuando los recursos disponibles lo permitan, los responsables de políticas deberían considerar incluir servicios que cubran medicamentos para pacientes con respuestas excepcionales, proporcionar medicamentos alternativos para pacientes que presenten pocas probabilidades de responder bien a un tratamiento estándar y cubrir tratamiento para enfermedades poco frecuentes. Algunos países han desarrollado planes complementarios para abordar este tipo de enfermedades. Por ejemplo, en 2007, México introdujo el Programa Seguro Médico Siglo XXI, que facilita el acceso a 131 intervenciones adicionales para tratar enfermedades poco frecuentes en niños y niñas menores de cinco

RECUADRO 2. Consideraciones respecto a la eficiencia

- Considerando los compromisos específicos del PBS de promover la salud y mejorar la equidad, ¿cuál es la definición de “valor” más relevante para determinar la relación entre beneficios y precio?
- ¿Los métodos de evaluación económica emplean medidas apropiadas del valor (según la definición establecida) cuando se determina la relación entre beneficios y precio? y, si este no es el caso, ¿qué otros enfoques complementarios se podrían utilizar para incluir una definición más amplia para dicho valor?
- ¿Por lo general, el plan favorece aquellas intervenciones que presentan una mejor relación entre beneficios y precio?
- ¿Hay intervenciones costo-efectivas de gran valor que no están incluidas en el plan? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el motivo por el que estos servicios no están cubiertos?
- ¿Hay intervenciones propuestas para el plan que no presenten una buena relación entre beneficios y precio? ¿Hay alguna justificación moral adecuada que avale su inclusión?
- ¿Cuál es la calidad de los datos utilizados para las evaluaciones económicas? ¿Qué tan confiables son las estimaciones obtenidas?

años. Por otra parte, desde 2012, Perú ofrece cobertura para enfermedades huérfanas y para la enfermedad renal terminal a través de su Seguro Integral de Salud (SIS). Cuando no sea posible garantizar estos beneficios de manera directa, los diseñadores del plan deberían evaluar si existen otras medidas alternativas para abordar estas necesidades. Por ejemplo, incluso cuando no sea posible cubrir el tratamiento de diálisis para pacientes con insuficiencia renal crónica mediante el PBS, se podrían ofrecer cuidados paliativos para reducir el sufrimiento de estos pacientes.

Dado que los PBS no podrán cubrir todos los servicios que las personas necesitan o desean justificadamente, se debe analizar qué servicios proporcionarían beneficios de mayor significancia e impacto para quienes los necesitan. Cabe destacar que esto no excluye categóricamente a los tratamientos para enfermedades que presentan pocas probabilidades de producir una mejora significativa en la salud (medida en términos de años de vida ganados), dado que existen otros beneficios importantes como el alivio del sufrimiento y el control de síntomas. De hecho, algunos de los beneficios más importantes de muchas intervenciones de salud afectan otras dimensiones relacionadas con el bienestar. Por ejemplo, la importancia de la cirugía de reparación en el caso de la fistula obstétrica va mucho más allá de las mejoras en salud que esta ofrece. La reparación de fistula es el primer paso para que las mujeres afectadas puedan recuperar su dignidad y reinsertarse en sus respectivas comunidades, y puedan llevar una vida social activa y productiva. Tal como se mencionó anteriormente en la discusión sobre eficiencia, los diseñadores del PBS deberían evaluar las distintas formas en las que las intervenciones candidatas pueden aportar beneficios respecto a una gama más amplia de dimensiones de bienestar, en especial cuando las intervenciones son fundamentales, cuando no imprescindibles, para mejorar el bienestar en áreas no relacionadas con la salud, como es

el caso de la reparación de fistula o la corrección de la miopía.

Los responsables de políticas deben analizar cuidadosamente los daños potenciales que podrían originar sus decisiones de cobertura, lo que comprende posibles efectos negativos de no cubrir intervenciones para ciertas condiciones de salud. Debido a que generalmente los efectos perjudiciales de no cubrir intervenciones para enfermedades graves afectan en gran medida a quienes las padecen, se suele recomendar la inclusión de la gravedad de la enfermedad como criterio relevante para la priorización, considerando muchas veces la efectividad del tratamiento.⁴⁰ Incluir este criterio no necesariamente significa que siempre se deba priorizar a aquellas intervenciones que puedan beneficiar a pacientes con enfermedades graves, sino que debe haber una buena justificación ética al no hacerlo.

Otro conjunto de posibles daños que debe tenerse en cuenta se relaciona de manera directa con los servicios cubiertos. Distintas intervenciones conllevan riesgos diferenciales y las decisiones respecto a la cobertura de un tratamiento particular pueden tener efectos adversos para algunas personas. Incluso si dos medicamentos presentan un grado de efectividad semejante, uno podría tener un mayor nivel de toxicidad, efectos secundarios y reacciones adversas. Si todo lo demás es similar, se deberían priorizar aquellas intervenciones con un perfil de riesgo más bajo. No obstante, teniendo en cuenta la complejidad y variabilidad de los factores biológicos, puede haber casos en los que algunas personas experimenten reacciones adversas predecibles ante ciertos medicamentos que la mayoría suele tolerar. Siempre que sea posible, el plan debería contemplar algunas excepciones para quienes el tratamiento estándar no sea el indicado. Adicionalmente, los ajustes realizados al PBS, como los cambios en la lista de medicamentos cubiertos, pueden ser perjudiciales si, como resultado, algunas personas se ven obligadas a cambiar su régimen de tratamiento, más aún si se había logrado una buena administración. Una alternativa

para evitar estos problemas sería implementar políticas que permitan que las personas continúen con su régimen de medicamentos exitoso. A medida que se realizan avances en la medicina personalizada, se puede aplicar esta evidencia en la toma de decisiones de cobertura a fin de alcanzar un mejor equilibrio entre los posibles beneficios y efectos negativos para los pacientes a nivel individual.

La calidad de los servicios, los errores médicos y algunos problemas generales respecto a la infraestructura del sistema de salud pueden afectar negativamente la salud de los pacientes. Dado que muchos de estos problemas pueden prevenirse, resultan inaceptables desde un punto de vista ético. En este sentido, los PBS deben incluir procesos y prácticas que permitan monitorear y reducir estos daños de manera regular. Se deben evaluar aspectos del lado de la oferta del sistema de salud antes de implementar el plan y durante su implementación a fin de garantizar que los beneficios cubiertos no producen daños injustificados a quienes los necesitan. Asimismo, la evaluación de daños no debe limitarse a los resultados médicos. Al desarrollar y ajustar PBS, los responsables de políticas deben considerar las distintas formas en las que el diseño del plan podría tener un impacto negativo sobre ciertos intereses de los beneficiarios no relacionados con la salud: por ejemplo, ¿los servicios se ofrecen de tal manera que podrían contribuir a la estigmatización o exponer a los pacientes a amenazas de violencia física?

Durante el proceso de toma de decisiones sobre el PBS, se deberían analizar los beneficios y perjuicios asociados a las decisiones de cobertura teniendo en cuenta cómo se verían afectados los intereses de pacientes individuales. Es posible obtener información acerca de los beneficios y perjuicios a través de la participación de médicos y pacientes en distintas actividades en las que puedan expresar sus opiniones basadas en experiencias personales. Estas instancias permitirían identificar qué beneficios y perjuicios son más relevantes para los afectados. A pesar de

que no es posible evitar todos los daños, los responsables de políticas tienen la obligación de considerar los distintos efectos negativos que podrían provocar las decisiones sobre el diseño del PBS, las personas que se verían más afectadas por estos, la gravedad de las consecuencias y el modo en el que podrían evitarse los daños asociados con el PBS en general y su prestación.

Respeto y dignidad para los pacientes

El respeto es un aspecto fundamental para el bienestar y constituye una consideración ética central para toda política de salud. El respeto se basa en reconocer a las personas como seres humanos dignos que merecen recibir la misma atención en términos morales. Esto significa respetar las decisiones autónomas de las personas; eliminar formas de trato irrespetuoso y discriminación basadas en la pertenencia a algún grupo (etnia o raza, religión o género); reducir formas de estigma y preservar la dignidad humana. En el PBS se deberían considerar estos elementos de respeto hacia los pacientes en la composición de los beneficios cubiertos, el proceso de definición del plan y la posterior prestación de servicios.

El respeto adquiere particular importancia en las políticas de salud pública que están dirigidas a los grupos más desfavorecidos. En este sentido, el plan debe estructurarse de modo tal que pueda responder a las necesidades de estos grupos, en especial cuando uno de sus principales objetivos es abordar las desigualdades en salud y ampliar la cobertura para las poblaciones más afectadas. Para esto, se requiere prestar especial atención a las normas, prácticas y valores culturales, particularmente aquellas que puedan constituir un obstáculo para el acceso a la asistencia médica. Si el plan se limita a cubrir servicios que no son culturalmente aceptables para las poblaciones marginadas, no está respondiendo a sus necesidades de manera apropiada. Estas

consideraciones se extienden más allá de las etapas de planificación e incluyen la administración del plan.

Todo PBS cuyo objetivo sea promover el acceso equitativo a la atención en salud de manera satisfactoria debe intentar erradicar las distintas formas de falta de respeto que contribuyen a perpetuar estas diferencias sistemáticas y menoscaban la dignidad de las poblaciones marginadas. Por ejemplo, a pesar de las importantes ganancias en salud pública en América Central, aún se observan profundas desigualdades en los resultados en salud para muchas comunidades indígenas, entre los que se incluyen altas tasas de mortalidad materno-infantil.⁴¹ La Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015, introducida en 2010 con el objetivo de abordar las brechas de equidad existentes en la región entre la población general y los más pobres y marginados, promovió la adopción de servicios de salud para atender las necesidades de las poblaciones indígenas.⁴² En una evaluación de línea de base que se llevó a cabo para esta iniciativa, el bajo nivel de satisfacción del paciente se atribuía a la falta de intérpretes o de materiales y de prácticas culturalmente aceptables dentro de las instalaciones de salud.⁴³

Otras consideraciones relacionadas se centran en esfuerzos por reducir las causas de estigma social y asegurar la privacidad en la prestación de salud y la confidencialidad respecto al manejo de información de salud personal. Para abordar el estigma social son necesarias dos consideraciones: 1) incluir intervenciones que ayuden a erradicar las causas de estigma existentes (como por ejemplo incluir pañales para adultos que sufren de incontinencia) y 2) reducir la probabilidad de que las intervenciones cubiertas, pero mal implementadas, generen nuevas formas de estigma social (como por ejemplo las pruebas voluntarias de detección del VIH). El miedo al estigma social y la falta de protección de la privacidad pueden representar barreras importantes para acceder a los servicios. Algunas intervenciones pueden ofrecer

protección adicional para este tipo de situaciones perjudiciales. Por ejemplo, las innovadoras pruebas en el hogar para condiciones tales como el VIH ofrecen un enfoque de prestación alternativo que proporciona una mayor protección de la privacidad a los pacientes.⁴⁴ Estas acciones mencionadas que van en contra del respeto social no solo deberían tenerse en cuenta para el diseño y las estrategias de prestación de los PBS, sino que también deberían poder registrarse mediante indicadores relevantes de monitoreo y evaluación.

Por último, las decisiones de cobertura para el PBS afectarán la medida en la que los pacientes podrán elegir de manera significativa la asistencia médica que reciben. En muchos contextos, se le atribuye una gran importancia al respeto hacia la autonomía del paciente, incentivándolo a que asuma un rol más activo en la toma de decisiones relacionadas con su atención en salud. En otros contextos, la autonomía individual posee una menor relevancia.⁴⁵ Independientemente de cuál sea el caso, algunas decisiones de salud pueden involucrar valores de vital importancia para los pacientes.⁴⁶ Por ejemplo, muchos pacientes querrán intervenir en decisiones de tratamiento que impliquen una elección entre la expectativa de vida y una discapacidad significativa, o cuando una condición de salud grave se pueda tratar de forma conservadora o con cirugía. Si bien no es necesario que el PBS permita que los pacientes puedan tomar decisiones ilimitadas respecto a las distintas opciones de tratamiento, sí es importante que los responsables de políticas reconozcan que ciertas decisiones de salud afectarán la autodeterminación de los pacientes. Por lo tanto, se debería contemplar la posibilidad de realizar algunas concesiones para no socavar la capacidad de los pacientes de intervenir en las decisiones que más les importan.⁴⁷

Respeto por el juicio clínico

Existe un amplio reconocimiento de la importancia de respetar el juicio clínico —esto es, permitir que el profesional determine el curso de tratamiento que mejor se ajuste a las necesidades individuales de los pacientes—.⁴⁸ Si bien los responsables de políticas encargados de desarrollar los PBS tienen obligaciones para con los individuos y la población en su conjunto, el compromiso de los médicos se centra principalmente en promover el bienestar de sus pacientes individuales. Por su formación, experiencia profesional y conocimientos sobre las características, preferencias y creencias particulares de sus pacientes, los prestadores de atención en salud se encuentran bien posicionados para tomar decisiones que respondan de manera satisfactoria a los intereses de sus pacientes en cuanto a los resultados clínicos y el respeto hacia su autonomía. En vistas de la importancia que tienen los prestadores al promover los intereses superiores de los pacientes individuales, así como también el papel decisivo que desempeñan en todo el sistema de salud, el respeto hacia el juicio clínico resulta fundamental cuando se evalúa cómo influirá el PBS en la capacidad del profesional para hacer uso de su buen juicio al brindar asistencia médica.

Dicho esto, cabe señalar que no todas las limitaciones impuestas sobre el juicio clínico son igualmente restrictivas o deben evitarse. Por ejemplo, los algoritmos diagnósticos estándar para enfermedades tales como la tuberculosis o el VIH prácticamente no representan un problema para el ejercicio del juicio clínico ni para el bienestar de los pacientes; no obstante, estas pruebas requieren diagnósticos más costosos para las pruebas de confirmación. De modo similar, el uso de listas de medicamentos esenciales puede limitar el rango de opciones entre las distintas marcas disponibles para un tipo de droga particular, pero esta restricción que afecta levemente la prescripción médica se justifica a menudo con las ganancias alcanzadas a través de una compra de medicamentos más eficiente y una mayor disponibilidad.

Al remitirse al juicio clínico para promover el bienestar del paciente, se asume que el profesional de la salud basa sus decisiones en la mejor evidencia médica disponible. Desafortunadamente, este no siempre es el caso, debido a la variedad de sesgos que pueden influenciar la práctica clínica y la demora bien documentada que existe cuando se llevan los nuevos hallazgos de investigaciones a la práctica.⁴⁹ Por lo tanto, si el PBS utiliza la evidencia más rigurosa y actualizada disponible para informar las decisiones de cobertura y permite realizar concesiones para pacientes atípicos, se encuentran justificadas las restricciones que afectan el juicio clínico y que están orientadas a promover mejores resultados para los pacientes.

Sin embargo, la importancia ética de respetar el juicio clínico en la formulación de PBS va más allá de su valor instrumental de promover el bienestar del paciente y su autonomía. Un PBS que restrinja excesivamente la práctica clínica puede originar efectos perversos que perjudiquen la integridad del sistema de salud, al igual que los objetivos del plan. Si los médicos perciben que no se les respeta debidamente o que no cuentan con cierta libertad para ejercer la atención en salud bajo sus propios términos a través del sistema público, es posible que pongan en cuestionamiento el plan y su legitimidad, o que recurran al sector privado en busca de una mayor libertad para atender a sus pacientes. Por ejemplo, el POS de Colombia ha sido objeto de reiterados controles y resistencias por parte de la comunidad médica que alegaba que el plan de beneficios explícitos iba en contra de su autonomía profesional. La continua oposición que llevaron a cabo los profesionales médicos provocó que se sustituyera la priorización explícita por enfoques de racionamiento implícito. Este ejemplo resalta la importancia de fomentar la aceptación de los prestadores como partes interesadas para evitar enemistades con los trabajadores de la salud, las cuales podrían socavar de forma directa los objetivos del PBS.

En este sentido, es fundamental que los responsables de políticas consideren cuidadosamente las

concesiones relacionadas con el respeto hacia el juicio clínico, entre otras obligaciones morales, y que incentiven la participación de los médicos en los procesos de toma de decisiones. Los profesionales de la salud que participan activamente en el PBS tienen la posibilidad de identificar qué áreas de la práctica son más importantes para los médicos y sus pacientes, y, en consecuencia, otorgar mayor libertad para el juicio clínico donde más se lo necesite. La participación de los médicos en estos procesos es también un reconocimiento del papel fundamental que desempeñan en el cumplimiento de los objetivos del PBS y en el sistema de salud en general, y una forma de respeto hacia el conocimiento y experiencia acumulados en el área de la atención en salud.

Acciones y contribuciones basadas en evidencia para producir nuevos conocimientos sobre los sistemas de salud

Los esfuerzos por generar nueva evidencia para llevar a cabo los procesos de toma de decisiones y de priorización en salud son cada vez más constantes. El surgimiento de nuevas formas de investigaciones sobre políticas y servicios de salud —incluidos los estudios de efectividad comparativa y los análisis de las prácticas habituales, al igual que otros diseños de investigación más flexibles (tales como los ensayos clínicos pragmáticos) y nuevos flujos de financiación— continúan alimentando los esfuerzos por evaluar de manera reiterada la efectividad de los medicamentos y tecnologías en la práctica cotidiana.⁵⁰ Llevar a cabo un proceso de toma de decisiones sobre el PBS basado en evidencia permite que el plan cumpla con una serie de obligaciones éticas. La evidencia epidemiológica proporciona información sobre cómo se distribuye la carga de enfermedad en la población. Esta información permite identificar cómo se podría diseñar el plan de beneficios para abordar las necesidades de las personas que se ven afectadas de manera desproporcionada por condiciones de salud prevenibles y tratables. Los datos relevantes obtenidos a partir de ensayos clínicos, guías de práctica clínica

y estudios de efectividad comparativa ofrecen información sobre los posibles riesgos y beneficios de varias intervenciones. Los análisis económicos, por su parte, promueven el desarrollo de PBS más eficientes. Los datos procedentes de actividades de participación en donde intervienen las partes interesadas relevantes ofrecen un mayor entendimiento de los valores y prioridades públicas. Para poder llevar a cabo un análisis ético profundo del programa es esencial contar con una base empírica sólida. Los diferentes tipos de evidencia serán necesarios en distintas etapas del proceso reiterativo de diseño y ajuste del PBS. Todos estos datos deberían informar cómo los responsables de políticas analizan las consecuencias éticas en cada aspecto del diseño y qué decisiones se adoptan finalmente para crear y ajustar el plan de beneficios:

“...para garantizar una atención en salud justa es necesario actualizar de manera constante el conjunto de evidencia sobre la efectividad y el valor de las intervenciones de salud”.⁵¹

Cuando se consideran los beneficios asociados a las intervenciones, los responsables de la toma de decisiones deberían examinar la evidencia sobre su efectividad clínica. ¿Existe evidencia contundente de que un medicamento, servicio o tratamiento determinado contribuirá a mejorar la salud de los pacientes? ¿Cuántos beneficios asociados aporta para la salud y otras dimensiones relevantes relacionadas con el bienestar individual? ¿Qué tan confiable y convincente es la evidencia? ¿En qué se compara el beneficio asociado de una intervención particular con el que ofrecen otras intervenciones vinculadas a la misma condición de salud? Algunas intervenciones tendrán una larga historia de uso y una amplia base de datos confiables; otras podrían tener una historia de uso similar, pero no contar con evidencia fiable respecto a su efectividad; e incluso, otros enfoques más novedosos podrían ser prometedores, pero a la vez podrían presentar un mayor grado de incertidumbre. Como ocurre en la mayoría de los casos, los responsables de políticas deberán

tomar decisiones difíciles sobre la base de información imperfecta. No obstante, esta incertidumbre resalta aún más la importante función que puede desempeñar el PBS aportando nuevos conocimientos a la base empírica disponible para la planificación del plan, al sistematizar la recolección de información durante la prestación sistemática de la atención en salud.

Sin duda, la evidencia ocupa un lugar importante en el diseño de PBS. Sin embargo, esta relación puede darse en ambos sentidos: la adopción del PBS ofrece una oportunidad para generar conocimiento que permita mejorar la calidad, eficiencia y capacidad de respuesta de la prestación de atención en salud. Esta concepción plantea la idea de un sistema de aprendizaje dentro del sistema de salud, que el Instituto de Medicina (ahora llamado Academia Nacional de Medicina) de EE. UU. describe como un sistema “en donde la generación de conocimiento se encuentra tan a la base del ejercicio de la medicina que constituye un resultado o un producto natural del proceso de prestación de salud que posibilita realizar continuas mejoras en la atención”.⁵² A medida que se va dando inicio a la implementación de un PBS, los países pueden recolectar datos de forma sistemática sobre los riesgos y beneficios de medicamentos y procedimientos, la cobertura y las brechas en la utilización, parámetros de calidad, la salud de poblaciones particulares y los costos de la atención. Todos estos datos pueden emplearse para mejorar el diseño del PBS y la organización general del sistema de salud. Asimismo, este compromiso de generar nuevos conocimientos permitirá crear y preservar un sistema de salud justo. Al conocer qué intervenciones son más beneficiosas para los pacientes, es posible llevar a cabo una asignación de recursos más eficiente y ampliar la cobertura del PBS. La recolección sistemática de datos no solo brinda la posibilidad de ampliar la cobertura (dado que se pueden identificar las oportunidades que permitirían mejorar la atención y recuperar la eficiencia), sino que también representa una forma de monitorear el cumplimiento de los objetivos de equidad del PBS de manera regular. Al momento de desarrollar el plan de beneficios,

los responsables de políticas deben tener en cuenta cómo los datos existentes pueden ayudar a diseñar el plan y garantizar por completo los distintos objetivos fijados y cómo el PBS, a su vez, puede contribuir a desarrollar la evidencia empírica para el ejercicio de la medicina y la prestación de salud en general.

Esquema de consideraciones para tener en cuenta en el ciclo de políticas del PBS

Existen diferentes consideraciones éticas que intervienen en el diseño, implementación y ajuste de PBS y cuya importancia varía a lo largo de estos procesos. A fin de ayudar a los responsables de políticas a abordar estas consideraciones morales, esta sección presenta un marco de trabajo que define las consideraciones morales que se deberían tener en cuenta en las diferentes etapas del ciclo de políticas al diseñar PBS. Dada la naturaleza iterativa del proceso de diseño, algunas consideraciones surgirán en múltiples etapas a medida que se debaten y deliberan distintas opciones, y en instancias en las que los actores involucrados en la toma de decisiones buscan lograr un equilibrio entre una gran cantidad de consideraciones potencialmente conflictivas.

En el Recuadro 3 se presenta una lista de verificación de consideraciones éticas importantes para las primeras etapas de la planificación: recopilación y evaluación de evidencia, desarrollo del plan, implementación, y monitoreo y evaluación. Las primeras etapas de la planificación se centran en consideraciones éticas relevantes para la definición de los objetivos del PBS en su totalidad y en la identificación de metas y objetivos específicos. La sección que analiza la evidencia se centra en destacar los tipos de información necesarios para evaluar aspectos que son relevantes en términos de ética cuando se toman decisiones sobre la cobertura de un servicio o de ciertos tipos de intervenciones. Luego, en la sección siguiente se considera el proceso concreto de deliberación y de toma de decisiones para decisiones de cobertura

ECUADRO 3 Breve lista de verificación para definir objetivos éticos y de equidad para el PBS**1. ¿Cuáles de los siguientes objetivos de equidad debería adoptar el PBS?**

- Garantizar que todas las personas accedan a algún plan básico de servicios de salud
- Reducir las desigualdades en el acceso, resultados en salud, cargas financieras del gasto en salud y otras dimensiones del bienestar entre los diferentes grupos poblacionales
- Brindar cobertura a los grupos más vulnerables

2. ¿Cuáles de los siguientes objetivos de eficiencia debería adoptar el PBS?

- Incluir servicios asequibles de alto valor (intervenciones que ofrecen una buena relación entre beneficios y precio)
- Excluir servicios de bajo valor
- Asignar de manera eficiente recursos no monetarios, como recursos humanos para la salud
- Comprar bienes y productos médicos de manera eficiente

3. ¿Qué objetivos se deberían incluir para generar beneficios individuales y evitar/minimizar daños?

- Incluir disposiciones para circunstancias especiales (enfermedades poco frecuentes o pacientes con respuesta excepcional)
- Incluir servicios de cuidados paliativos cuando los tratamientos curativos no estén disponibles
- Reducir los errores médicos, eventos adversos y servicios de baja calidad

4. ¿Qué objetivos se deberían incorporar para respetar a los pacientes?

- Respetar las decisiones del paciente
- Garantizar el respeto y la dignidad a través de las decisiones de cobertura y la prestación de servicios
- Aceptar las creencias religiosas y culturales
- Aceptar las preferencias y valores del paciente

5. ¿Qué objetivos se deberían incorporar para respetar el juicio clínico?

- Permitir que el médico clínico tome decisiones sobre la atención de los pacientes
- Mantener modelos de toma de decisiones compartidas entre médicos clínicos y pacientes

6. ¿Qué objetivos relacionados con la toma de decisiones basada en evidencia y la generación de nuevos datos se deberían incluir?

- Tomar decisiones sobre cobertura y diseño de los sistemas basadas en evidencia siempre que sea posible
- Recopilar nueva evidencia sobre la prestación de servicios de salud de forma continua y sistemática

Consideraciones sobre un proceso justo para establecer y comunicar los objetivos del plan

- ¿Cómo se fijarán las metas generales y los objetivos específicos del PBS?
- ¿Quiénes participarán y cómo?
- ¿Cuán transparentes son estos procesos?
- ¿Se consideraron diferentes formas de promover la participación del público y las partes interesadas clave en la definición de los objetivos del PBS?
- ¿Se comunican con claridad los objetivos seleccionados al público?

diferenciada. La sección final sobre implementación, monitoreo y evaluación, y ajuste resalta la importancia de las consideraciones éticas para tomar ciertas decisiones de cobertura, así como también para evaluar el desempeño general del PBS en función de los objetivos éticos y de equidad establecidos.

Primeras etapas de la planificación: Definir objetivos éticos y de equidad

En las primeras etapas de la planificación de un PBS, es importante fijar objetivos éticos y de equidad claros con metas, propósitos e indicadores específicos. Generar claridad en torno a los objetivos éticos generales y las metas específicas permitirá informar la priorización de los servicios incluidos y ayudará a establecer mecanismos de rendición de cuentas para realizar un seguimiento del desempeño del PBS en relación con los objetivos éticos fijados. Si bien es posible que varíen los motivos que impulsan la implementación de un plan de beneficios, en la mayoría de los casos, los objetivos múltiples y superpuestos finalmente se alinean. No obstante, es posible que surjan algunas tensiones entre diferentes tipos de objetivos; por lo tanto, las decisiones que se adopten en torno al PBS podrían requerir concesiones relacionadas con la equidad, la ética y otros objetivos del plan. Esto incluye posibles concesiones entre múltiples compromisos asociados a la equidad y otros compromisos éticos. Por consiguiente, es importante reflexionar sobre una gran variedad de objetivos éticos y de equidad que se podrían adoptar para el plan, y llevar un registro de aquellos objetivos que no se incluyen en última instancia y de los motivos que respaldan esta exclusión.

Esta sección brinda una variedad de objetivos éticos y de equidad que podrían incluirse en el diseño e implementación de PBS. Las preguntas, consideraciones y ejemplos que se mencionan a continuación fueron incluidos para ayudar a los responsables de formular políticas a definir los posibles objetivos éticos, evaluar cuáles son más importantes para su plan en

particular y elaborar fundamentos que expliquen por qué se perseguirán determinados objetivos éticos y no otros. Esto incluye prestar atención a la evidencia y a los argumentos que respaldan la posición que finalmente se adopta sobre ciertos objetivos éticos o de equidad. Si bien esta lista ofrece algunos interrogantes y ejemplos, no es exhaustiva en cuanto a las consideraciones relevantes para un plan de beneficios desde el punto de vista moral, ni de las opciones de diseño específicas que pueden utilizarse para alcanzar objetivos concretos.

Al evaluar la importancia relativa de los objetivos éticos y de equidad alternativos y seleccionar algunos de estos, también es fundamental reconocer que no es necesario perseguir todos los objetivos en el mismo horizonte de tiempo. Diferenciar los objetivos éticos a largo y a corto plazo de los objetivos específicos del plan puede tener un impacto significativo en el diseño e implementación de este. El Recuadro 3 que se mencionó más arriba presenta una breve lista de verificación para fijar objetivos éticos y de equidad, y brinda algunos tipos de ejemplos comunes. El Recuadro 4, que se muestra a continuación, presenta una lista más detallada de potenciales objetivos, consideraciones y ejemplos que ilustran cómo se pueden lograr estos objetivos.

Para cada uno de los objetivos éticos adoptados, se deben fijar metas claras y mensurables para que se pueda registrar el progreso alcanzado. Por ejemplo, si el plan establece un objetivo de equidad para reducir las desigualdades existentes en los resultados en salud, se deben identificar propósitos específicos respecto de qué tipos de resultados en salud se abordarán (como la mortalidad materno-infantil), qué desigualdades se analizarán (como las diferencias entre las poblaciones urbanas y rurales o entre los quintiles de ingresos) y qué mejoras se prevén alcanzar en un plazo determinado. Si una de las metas del plan es garantizar la protección financiera a los sectores más pobres de la población, se deberían fijar objetivos específicos para reducir los gastos de bolsillo en un porcentaje determinado y en un período establecido. Para los otros objetivos del PBS, las distintas metas pueden identificar

RECUADRO 4 Consideraciones para definir objetivos éticos y de equidad**¿Cuáles de los siguientes objetivos de equidad son más relevantes para el PBS?****–Garantizar que todas las personas tengan acceso a algún plan básico de servicios de salud**

De ser así, ¿cómo se estructurará el PBS para cumplir con este objetivo? ¿Cuáles son los objetivos de los responsables de formular políticas?

- Prestación de un plan universal que brinde cobertura a toda la población (desde planes básicos hasta planes integrales)
- Prestación de un plan para individuos que actualmente no reciben cobertura con los esquemas existentes –prestando atención a cómo se compara el PBS con la cobertura que se ofrece en otros programas de este plan, ¿quiénes están incluidos en la expresión *todas las personas*?
- Ciudadanos, residentes legales, cualquier persona en el país que necesite atención médica

–Garantizar que todas las personas tengan el mismo acceso al mismo conjunto de servicios de salud

En tal caso, ¿cómo se está estructurando el plan para cumplir con este objetivo?

- Implementar un plan que brinde la misma cobertura de una variedad de servicios aprobados a toda la población

–Reducir las diferencias entre distintos grupos poblacionales, incluyendo las desigualdades en el estado de salud, las cargas de los gastos y ciertas desventajas relacionadas con la salud que afectan múltiples dimensiones del bienestar

En tal caso, ¿cuáles de las siguientes inequidades se pretende abordar con el plan? ¿Cuáles son las metas específicas que se establecerán para cada objetivo relacionado?

- Desigualdades en los *resultados* en salud
- Disparidades en el acceso a los servicios
- Desigualdades en las *oportunidades de vida* que se generan a raíz de una mala salud
- Diferencias en la *carga económica* de la enfermedad y de la atención médica (que tienen consecuencias en los hogares pobres y en las personas con enfermedades crónicas)
- Poblaciones cuyas necesidades han sido soslayadas por programas y asignaciones de fondos en el pasado

¿Cuál es la mejor manera en la que el PBS puede abordar estas inequidades y reducir las desigualdades identificadas?

- Diseñar el PBS de manera tal que seleccione poblaciones con resultados o acceso desiguales
- Cubrir servicios para enfermedades que afectan de manera desproporcionada a las poblaciones objetivo o perjudican aún más a aquellos que padecen estas enfermedades (puede incluir efectos relacionados tanto con la salud como con las dificultades financieras)
- Diseñar acuerdos de costos compartidos para proteger a los beneficiarios de las dificultades financieras relacionadas con los gastos de bolsillo –considerar la cantidad y frecuencia de los pagos de bolsillo, las posibilidades de implementar contribuciones basadas en la capacidad de pago y la exención de pago a determinadas poblaciones o servicios

¿El progreso de qué metas específicas de los objetivos de equidad seleccionados deberá medir el PBS?

(continuación)

RECUADRO 4 Consideraciones para definir objetivos éticos y de equidad (continuación)

¿Se debería incluir alguno de los siguientes objetivos relacionados con el uso eficiente de los recursos para promover la salud de la población?

–Incluir servicios asequibles y de alto valor

¿Cuáles son los servicios e intervenciones que tienen un impacto significativo en la salud y el bienestar, y un impacto presupuestario relativamente bajo? ¿Qué metas se adoptarán para este objetivo?

- Invertir en beneficios que tienen impactos de alto valor que permiten alcanzar mejoras significativas en la salud de la población (servicios de prevención, cobertura de vacunas, antibióticos genéricos para enfermedades comunes, medidas de contención de la propagación de epidemias, servicios con numerosas externalidades positivas, entre otros)
- Dentro de las categorías de enfermedades, cubrir aquellas intervenciones que ofrezcan la mejor relación entre los beneficios y el precio (opciones de medicamentos de menor costo con eficacia similar)
- Incluir intervenciones de bajo costo que tengan impactos significativos en los grupos prioritarios (sales de rehidratación oral y tratamiento de la enfermedad diarreica en niños menores de cinco años)

–Excluir la mayoría, o bien la totalidad, de servicios de alto costo y bajo valor

¿Cuáles son los servicios e intervenciones que tienen un impacto limitado en la salud y el bienestar, y un impacto presupuestario alto? ¿Qué metas específicas se adoptarán para alcanzar este objetivo?

- Exclusión de medicamentos costosos que no presentan suficiente evidencia de beneficios en salud o sobre los que solo existe evidencia de escasos beneficios (medicamentos costosos contra el cáncer para los cuales existe poca evidencia de mejoras en la supervivencia, tales como el Avastin/bevacizumab)^a
- Eliminación de métodos o pruebas de diagnóstico de alto costo para los que existen alternativas efectivas de bajo costo. Si se pretende incorporar un servicio de bajo valor, ¿qué clase de consideraciones morales podrían justificar su inclusión en el plan? ¿Qué criterios morales se deberían utilizar para decidir la inclusión de un servicio de bajo valor?
- Regla de rescate^b y obligaciones de los médicos específicas para cada rol a fin de brindar servicios de emergencia/traumatología para aquellos que los necesitan con urgencia, incluso en los casos en los que las probabilidades de supervivencia sean bajas
- Medicamentos “de última línea” para enfermedades terminales en los casos en los que los que todos los demás tratamientos no dieron resultado
- Tratamientos de alto costo para enfermedades poco frecuentes e incurables –medicamentos huérfanos, en especial para poblaciones de pacientes cuyas necesidades han sido históricamente soslayadas

–Asignar recursos humanos en el sector de la salud de manera eficiente

¿Qué objetivos pueden ayudar a hacer un uso más eficiente de la combinación de prestadores a fin de brindar una atención de calidad que mejor responda a las necesidades de la población cubierta?

- Rotación y división de tareas entre los prestadores de nivel medio para brindar un servicio que no requiere de un médico, en la medida en la que sea apropiado según los servicios y formación del prestador
- Mecanismos de derivación adecuados para consultas con especialistas
- Insumos para mejorar la productividad del personal, la proporción entre prestadores y pacientes, y la combinación de habilidades para satisfacer las necesidades del paciente^c

–Comprar bienes y productos médicos de manera eficiente

¿Qué tipos de estrategias se pueden utilizar para reducir los costos e incrementar el poder adquisitivo al adquirir los productos incluidos en el plan?

- Precios de referencia, regulación de precios, límites, adquisición conjunta, etc.

(continuación)

RECUADRO 4 Consideraciones para definir objetivos éticos y de equidad (continuación)

¿Se debería incluir alguno de los siguientes objetivos para generar beneficios individuales y evitar/minimizar daños?

–Incluir la cobertura de servicios que satisfagan las necesidades especiales de ciertos tipos de pacientes a fin de promover su beneficio individual o reducir su exposición a los daños

¿Hay servicios que se deberían ofrecer a personas que son diferentes de la población en general?

- Acceso a medicamentos para pacientes que presentan respuestas excepcionales a dichos medicamentos
- Provisión de terapias alternativas a personas que muestran una respuesta insuficiente a los tratamientos estándar

–Brindar cobertura a poblaciones con ciertas condiciones y enfermedades poco frecuentes

Al analizar la cobertura, ¿existen algunas poblaciones que padezcan enfermedades raras y requieran cierto tipo de acceso a la atención o protección financiera contra gastos relacionados con la enfermedad? ¿Qué objetivos podrían incluirse para satisfacer las necesidades de estos individuos?

- Incluir en el plan disposiciones especiales para el diagnóstico y gestión de estas enfermedades
- Brindar servicios adicionales a las poblaciones más vulnerables (p. ej., niños) que padecen enfermedades raras
- Brindar cobertura para enfermedades raras que tienden a afectar a los grupos poblacionales más vulnerables (p. ej., anemia falciforme)

–Brindar cobertura de servicios que minimicen el sufrimiento o reduzcan los efectos adversos en el bienestar

¿Hay servicios a los que se les debe otorgar una prioridad especial debido a que reducen o minimizan los daños?

- Incluir medicamentos que pueden ser más costosos pero que causan menos efectos secundarios (p. ej., menor probabilidad de afectar la cognición o la función sexual)
- Incluir servicios de cuidados paliativos cuando los tratamientos curativos no estén disponibles

–Incluir servicios que ayuden a reducir errores médicos y eventos adversos

¿Deberían cubrirse ciertos servicios o productos o adoptarse determinados sistemas de intervenciones, dado que reducen la probabilidad de que se produzcan daños durante la atención médica o durante ciertos procedimientos?

- Favorecer la inclusión de productos médicos con menos eventos adversos asociados (p. ej., catéteres que reducen las probabilidades de infección del torrente sanguíneo)
- Invertir en tecnologías y servicios que reduzcan errores (p. ej., herramientas de diagnóstico, sistemas de información en salud, entre otros)

¿El plan debería incluir algunos de los siguientes objetivos asociados **al respeto hacia los pacientes?**

–Respetar las decisiones del paciente

¿En qué contextos las decisiones de los pacientes son más significativas y deberían fomentarse y respetarse?

Acceso a opciones relacionadas con la atención médica que sean relevantes para los valores personales de los pacientes

- Elección de los prestadores de salud
- Posibilidad de elegir entre distintos medicamentos o procedimientos que impactan de manera diferenciada en aspectos importantes de la vida de una persona (p. ej., medicamentos que muestran una efectividad similar, pero que tienen efectos secundarios diferentes que perjudican otros aspectos del funcionamiento, como el caso de las habilidades cognitivas con el tratamiento del dolor, dos procedimientos similares para una enfermedad con plazos de recuperación asociados diferentes, etc.)

(continuación)

RECUADRO 4 Consideraciones para definir objetivos éticos y de equidad (continuación)**–Brindar atención/servicios respetuosos y preservar la dignidad**

¿La inclusión de qué beneficios se debería considerar para garantizar el respeto hacia los pacientes y preservar su dignidad? ¿Cuál es la manera más respetuosa de prestar los servicios?

- Productos de higiene (p. ej., pañales para adultos, productos menstruales, etc.)
- Atención de los adultos mayores a largo plazo y atención a pacientes terminales
- Kits de pruebas en el hogar para condiciones sensibles
- Prestación de servicios en los idiomas, formatos y contextos adecuados

–Cobertura y prestación de servicios respetuosos de las creencias culturales o religiosas

¿Los servicios incluidos en el PBS tienen en cuenta aspectos culturales tales como creencias, valores y normas de las distintas minorías étnicas, religiosas y culturales? ¿Cómo pueden influir las creencias religiosas y culturales en los tipos de servicios y beneficios que serían aceptables para los pacientes y la manera en la que se ofrecen?

- Tratamiento de muestras biológicas que respete los sistemas de creencias
- Inclusión de curanderos tradicionales o incorporación de prácticas tradicionales en la prestación de servicios
- Atención a las restricciones en el consumo de alimentos en hospitales y centros de hospitalización
- Prácticas sensibles al género en los entornos de atención en salud

–Adaptar el plan de beneficios para que responda a las preferencias y valores de los pacientes

¿Existen servicios que se adapten mejor a los intereses que expresaron los pacientes?

- Considerar los resultados centrados en el paciente en las decisiones de cobertura
- Brindar acceso a tecnologías de asistencia (p. ej., sillas de rueda o prótesis) y servicios relacionados, y realizar inversiones en el entorno físico de las personas con discapacidad
- Ofrecer medicamentos que tienen menos efectos secundarios relevantes para otras dimensiones valiosas del bienestar (afecto, función sexual, cognición, etc.)

¿Los objetivos del plan deberían incluir algunas de las siguientes metas asociadas con el respeto por el *juicio clínico*?

–Permitir que el médico clínico tome decisiones relacionadas con la atención de los pacientes

¿Cómo podrían afectar las limitaciones en los servicios incluidos a la capacidad de los prestadores de salud para ejercer sus facultades discrecionales en la prestación de una atención adecuada? ¿Qué tan estrictas son estas limitaciones? ¿Son razonables y justificables?

- ¿Qué aspectos del juicio clínico son los que más se deberían respetar?
- Aspectos de la atención que requieren enfoques altamente individualizados basados en las características de los pacientes
- Decisiones respecto a la atención sobre las que existe evidencia sistemática limitada y para las que el médico clínico se encuentra en una mejor posición para tomar decisiones que más beneficien al paciente
- ¿En qué áreas de práctica se justifica la existencia de limitaciones en el juicio clínico?
- Evidencia sólida y consenso clínico sobre las mejores prácticas (guías clínicas existentes)
- Aspectos de la atención que probablemente no marcan ninguna diferencia significativa en el bienestar de los pacientes

– Implementar modelos de toma de decisiones compartidas entre médicos clínicos y pacientes

¿El plan posee restricciones innecesarias que interfieren con la capacidad de los pacientes de participar activamente junto con sus médicos clínicos en las decisiones en torno a la atención? ¿Existen instancias específicas en las que el plan impacte de manera negativa en la relación entre el médico y el paciente como consecuencia de las limitaciones en las decisiones sobre la atención?

- Respetar una mayor capacidad de elección de los pacientes y médicos clínicos respecto de los servicios que involucran intereses relacionados con la autodeterminación

¿Existen ciertos procesos que podrían fomentar el respeto de las decisiones del paciente y de las opiniones del médico clínico, cuando las circunstancias así lo requieran?

(continuación)

RECUADRO 4 Consideraciones para definir objetivos éticos y de equidad (continuación)

- Permitir apelaciones especiales para exigir la cobertura de ciertos servicios, procedimientos o medicamentos

¿Se debería incluir alguno de los objetivos relacionados con la toma de decisiones basada en evidencia y la generación de nuevos datos?

–En la medida de lo posible, lograr que las decisiones vinculadas a la cobertura y el diseño de los sistemas se basen en la evidencia

¿Existen nuevas terapias con resultados prometedores que todavía no poseen una base empírica sólida pero que deberían incluirse en el plan para conocer cómo funcionan en la práctica?

- Ensayos clínicos pragmáticos

–Comprometerse a recopilar nueva evidencia sobre la prestación de servicios de salud de forma continua y sistemática

¿Hay instancias en las que se puede utilizar el plan para conocer más sobre las ventajas y desventajas relativas de los diferentes servicios y gamas de servicios?

- Invertir en sistemas de información en salud y registros electrónicos para fundamentar estudios poblacionales
- Garantizar que se genere nueva evidencia a fin de brindar información pertinente para cada una de las principales consideraciones éticas

- a. Gilbert and others (2014).
b. Rulli and Millum (2016).
c. Chisholm and Evans (2010).

hitos y mediciones de los procesos que reflejen cómo se cumplirán estos propósitos—por ejemplo, podrían implementarse servicios que tengan en cuenta aspectos culturales en un subconjunto de establecimientos en los primeros cinco años, o podrían introducirse registros electrónicos en todos los establecimientos de salud de los distritos en un plazo determinado.

En algunos casos, es posible que los compromisos asumidos con diferentes objetivos éticos sean incompatibles. Identificar y especificar los objetivos éticos del PBS puede ayudar a determinar si en un momento determinado alguno de estos objetivos posee mayor relevancia que los demás y en qué circunstancias las obligaciones hacia un objetivo ético se superponen con las obligaciones hacia otro

objetivo. La prioridad relativa de estos compromisos debe responder al entorno, poblaciones y recursos disponibles específicos.

Recopilación, compilación y evaluación de evidencia para respaldar decisiones de cobertura

Una vez que se han establecido los objetivos éticos del PBS y se han definido las metas correspondientes a cada objetivo, la evidencia informa en qué medida la cobertura de un servicio o intervención en particular promueve el cumplimiento de los objetivos fijados en el plan. Para determinar el grado en el que una intervención se adapta a los objetivos y metas éticas del plan, es necesario recopilar información a fin de

evaluar qué tan estrecha es la relación con los objetivos establecidos. Por ejemplo, un plan que se compromete a brindar cobertura a determinados grupos vulnerables, como mujeres y niños, debe consultar la evidencia disponible sobre los efectos que tiene una intervención específica en estos grupos prioritarios. Del mismo modo, si el plan se compromete a respetar a los pacientes y su dignidad, se debe generar nueva evidencia para determinar qué tipos de servicios las poblaciones cubiertas consideran como tratamientos respetuosos en función de lo estipulado por los objetivos de dignidad y respeto especificados en el plan.

Asimismo, los datos pueden poner de relieve las diferentes maneras en las que la cobertura de ciertos servicios puede generar dificultades desde el punto de vista de la moral. Por ejemplo, se debería recopilar o generar evidencia para determinar si la cobertura de una intervención agravaría las circunstancias de aquellas personas que ya se encuentran en una posición desfavorable o generaría daños innecesarios para determinados tipos de pacientes. En el Recuadro 5 se presentan varias consideraciones para los tipos de información que son necesarios para evaluar las dimensiones éticas del PBS y preguntas específicas para saber cómo analizar la evidencia en relación con la ética.

Las metas y objetivos éticos constituyen un conjunto de estándares que pueden utilizarse para evaluar cuáles de todos los servicios analizados se deberían incluir en el plan. En algunos casos, o bien en varios, los datos necesarios para evaluar los potenciales impactos de un servicio en las metas y objetivos éticos, también serán útiles para estimar sus efectos en otros objetivos del plan. No obstante, al mismo tiempo, no se puede asumir que la clase de evidencia que en todos los casos se analiza en el PBS, necesariamente es suficiente para evaluar el impacto en las metas y objetivos éticos; para hacer esto, se deben incorporar concretamente las evaluaciones de evidencia específica sobre ética en la planificación.

Proceso de deliberación y toma de decisiones sobre cobertura

Una vez que se han definido con claridad las metas y objetivos éticos del PBS y la evidencia sólida para evaluar el grado en el que ciertas intervenciones cumplen los distintos objetivos éticos y coinciden con estos, se deben tomar decisiones de inclusión y exclusión de los distintos servicios. En esta etapa de deliberación y toma de decisiones, la perspectiva de la ética destaca dos aspectos: (1) procedimientos justos y legítimos, y (2) adherencia a los compromisos éticos significativos adoptados por el plan. Una vez que se han establecido los objetivos éticos, cualquier decisión de cobertura contraria a estas metas y objetivos requerirá de una justificación moral. El Capítulo 1 ofrece una guía extensa sobre la buena gobernanza en los procesos y enfoques de toma de decisiones, y el Recuadro 6, que se encuentra más adelante, presenta algunas consideraciones adicionales. Si bien la información que se presenta en este capítulo no es exhaustiva, brinda ejemplos básicos que ilustran cómo integrar consideraciones éticas relevantes en los procesos de toma de decisiones en función de los objetivos adoptados.

RECUADRO 5 Consideraciones para la recopilación, compilación y evaluación de evidencia para respaldar decisiones de cobertura

¿Existe evidencia para informar el grado de cumplimiento de los objetivos éticos y de equidad seleccionados para el PBS que exhibirán las distintas decisiones de cobertura? ¿Qué datos deben generarse para determinar el grado de coherencia de una intervención con los objetivos adoptados?

Esto incluye datos epidemiológicos sobre las condiciones de salud y las características de la población afectada, datos sobre la efectividad y la efectividad comparativa de las intervenciones potenciales, datos de los costos y análisis económicos e información sobre valores sociales e intereses de las partes interesadas.

¿La evidencia proporciona datos desagregados que permiten evaluar los efectos de la inclusión de servicios en los diferentes subgrupos de la población beneficiaria?

Con base en la información disponible, ¿las necesidades de qué participantes satisface la intervención y a los intereses de quiénes no responde? Además de los beneficios a nivel poblacional, ¿cuáles pueden ser los riesgos o beneficios individuales asociados?

- Al considerar la inclusión de un medicamento o tipo de medicamentos, ¿este resulta más efectivo en un subgrupo específico de la población (p. ej., diferencias de género o raciales en la efectividad del medicamento)? ¿Atender las necesidades de este subgrupo está en consonancia con los objetivos de equidad o agrava las desigualdades?
 - ¿Existe evidencia que demuestre que los servicios analizados resultarán más beneficiosos para los grupos prioritarios o responderán mejor a sus necesidades y valores?
 - ¿Hay datos que afirmen que algunas personas podrían presentar una respuesta «excepcional» o una “superrespuesta” y obtendrían beneficios en salud significativos de una terapia que no resulta efectiva para la mayoría de los pacientes?
 - ¿Existe algún indicio de que algunos segmentos de la población no responderán o no obtendrán beneficios clínicos a partir de las alternativas de tratamiento cubiertas?
 - ¿Existe evidencia que muestre que la inclusión de este medicamento o intervención, en lugar de otra alternativa, generará riesgos a ciertas personas?
- ¿Hay datos que demuestren que la intervención ofrecerá una buena relación entre los beneficios y el precio?

¿Se han llevado a cabo análisis económicos relevantes? ¿Sus resultados sugieren que la intervención es costo-efectiva?

- ¿Cuán confiables son las estimaciones que se obtuvieron?
- ¿Qué valores están incorporados en la metodología seleccionada para realizar la evaluación económica?

¿La intervención genera otros beneficios y aportes importantes relacionados con el bienestar que el análisis económico no registró?

- ¿Qué mejoras adicionales se pueden lograr en el bienestar con la inclusión de la intervención, y hay suficientes motivos que justifiquen la inclusión de este servicio (p. ej., atención a pacientes terminales para aliviar el sufrimiento y garantizar el derecho a morir con dignidad)?

RECUADRO 6 Consideraciones para los procesos de deliberación y toma de decisiones**¿Los procesos que se utilizan para debatir y tomar decisiones en torno al plan son justos y transparentes?**

- ¿Los procesos y criterios que se utilizan para tomar decisiones en torno al PBS se comunican con claridad al público a través de información accesible y comprensible?
- ¿Quiénes participan en los procesos de toma de decisiones y de qué manera?
- ¿Están representados los intereses de los actores de interés, incluyendo minorías y poblaciones más vulnerables, en los procesos y procedimientos?
- ¿Qué enfoques se están utilizando para incluir intereses y perspectivas relevantes? ¿Están reflejados de forma justa y equilibrada?
- ¿Se han adoptado precauciones para evitar que grupos de interés poderosos dominen los procesos de deliberación y participación?

Con base en los objetivos éticos y de equidad que se adoptaron en el plan, ¿se soslayó algún servicio o a algunas poblaciones en los procesos de deliberación y participación? ¿A qué participantes y servicios se les debería garantizar una cobertura en el plan, independientemente de los resultados de los procesos de participación?

- Intervenciones que permitan alcanzar mejoras radicales en el bienestar de las poblaciones más desfavorecidas, vulnerables y marginadas
- Beneficios que tienen un significado especial para aspectos como el respeto y la dignidad
- Servicios asequibles de alto valor, en especial para poblaciones y cuestiones prioritarias

¿Los resultados de los procesos de toma de decisiones son consistentes con los objetivos éticos y de equidad establecidos en el plan?

- ¿Los servicios incluidos cumplen los objetivos del plan que se consideran de máxima prioridad?
- ¿Los servicios analizados están dirigidos a poblaciones que ya poseen una posición privilegiada, favoreciendo de este modo a poblaciones no prioritarias? ¿La cobertura de dichos servicios acentúa aún más las desigualdades en la población?
- ¿La lista actual de servicios incluye algún servicio de bajo valor y alto costo? ¿Por qué se decidió incluir estos servicios? ¿Cuál es, si la hubiera, la base legítima que respalda su inclusión?
- ¿Hay algún servicio de alto valor y bajo costo que no está incluido en la lista actual de servicios? ¿Por qué se decidió excluir estos servicios? ¿Cuál es, si la hubiera, la base legítima que sustenta su exclusión?
- ¿Los servicios incluidos ofrecen opciones que tienen en cuenta aspectos culturales o que le permiten a los pacientes tomar decisiones importantes respecto de la atención que reciben?
- ¿Las limitaciones en la inclusión de servicios tienen un impacto negativo y significativo en el juicio clínico?

Implementación, monitoreo y evaluación, y ajuste del PBS

La determinación final de cuán ético y equitativo es un PBS depende, en última instancia, de cómo se implementa el plan y de cuál es su desempeño en relación con el cumplimiento de las metas y objetivos éticos fijados en este. Una vez que se establecieron las metas y objetivos, con la participación de varios

actores de interés, y se tomaron decisiones basadas en evidencia sobre la inclusión de varios servicios en función de estos objetivos éticos, este proceso continúa con la implementación, monitoreo y evaluación y ajuste del plan de beneficios. Las secciones en el Recuadro 7 exponen consideraciones específicas relevantes para la ética de la implementación, monitoreo y evaluación, y ajuste del plan.

RECUADRO 7. Consideraciones para la implementación, monitoreo y evaluación, y ajuste

IMPLEMENTACIÓN

¿Qué inversiones en infraestructura de salud y del lado de la oferta son necesarias para garantizar que el diseño del PBS cumpla con las promesas asumidas y alcance las metas y objetivos éticos y de equidad propuestos?

- Distribución adecuada de los establecimientos y trabajadores de la salud, provisión de servicios complementarios a medida que surja la necesidad (p. ej., vales de transporte o servicios de salud móvil)
- Inversión en iniciativas de mejora de la calidad y en mecanismos de supervisión para garantizar estándares de calidad y disminuir la posibilidad de errores médicos
- Mejoras en la cadena de suministro para asegurar el acceso a medicamentos, servicios y bienes necesarios
- Capacitación del personal y prestadores de salud del PBS para garantizar la calidad de la atención, la comunicación de los contenidos del plan, la privacidad y confidencialidad, y la sensibilidad cultural

¿Cómo pueden adoptarse procedimientos de afiliación que garanticen un acceso equitativo a la cobertura del PBS en consonancia con los objetivos de equidad establecidos en el plan?

- ¿Los materiales relacionados con el PBS se brindan en el lenguaje apropiado para asegurar que las poblaciones elegibles pueden afiliarse al plan?
- ¿Los procedimientos son simples y los recursos están disponibles para brindar asistencia a los afiliados?

¿Cómo se pueden generar eficiencias en la prestación del PBS?

- Estrategias de compra de medicamentos para reducir costos
- Combinación adecuada de prestadores para brindar diferentes tipos de atención
- Sistemas de información en salud y tecnologías de la información y la comunicación para gestionar los datos de los pacientes, procesar reintegros, derivar pacientes a especialistas, solicitar los suministros y procesar recetas con mayor eficiencia

(continuación)

RECUADRO 7. Consideraciones para la implementación, monitoreo y evaluación, y ajuste**IMPLEMENTACIÓN**

¿Qué inversiones en infraestructura de salud y del lado de la oferta son necesarias para garantizar que el diseño del PBS cumpla con las promesas asumidas y alcance las metas y objetivos éticos y de equidad propuestos?

- Distribución adecuada de los establecimientos y trabajadores de la salud, provisión de servicios complementarios a medida que surja la necesidad (p. ej., vales de transporte o servicios de salud móvil)
- Inversión en iniciativas de mejora de la calidad y en mecanismos de supervisión para garantizar estándares de calidad y disminuir la posibilidad de errores médicos
- Mejoras en la cadena de suministro para asegurar el acceso a medicamentos, servicios y bienes necesarios
- Capacitación del personal y prestadores de salud del PBS para garantizar la calidad de la atención, la comunicación de los contenidos del plan, la privacidad y confidencialidad, y la sensibilidad cultural

¿Cómo pueden adoptarse procedimientos de afiliación que garanticen un acceso equitativo a la cobertura del PBS en consonancia con los objetivos de equidad establecidos en el plan?

- ¿Los materiales relacionados con el PBS se brindan en el lenguaje apropiado para asegurar que las poblaciones elegibles pueden afiliarse al plan?
- ¿Los procedimientos son simples y los recursos están disponibles para brindar asistencia a los afiliados?

¿Cómo se pueden generar eficiencias en la prestación del PBS?

- Estrategias de compra de medicamentos para reducir costos
- Combinación adecuada de prestadores para brindar diferentes tipos de atención
- Sistemas de información en salud y tecnologías de la información y la comunicación para gestionar los datos de los pacientes, procesar reintegros, derivar pacientes a especialistas, solicitar los suministros y procesar recetas con mayor eficiencia

(continuación)

RECUADRO 7 Consideraciones para la implementación, monitoreo y evaluación, y ajuste (continuación)**MONITOREO Y EVALUACIÓN**

En esta etapa, se deberían haber definido metas mensurables correspondientes a los objetivos éticos y de equidad del plan. Para cada uno de estos objetivos éticos y de equidad, ¿se registran con regularidad los indicadores relevantes para realizar un seguimiento del desempeño en función de los objetivos éticos, y como resultado, de los avances alcanzados en el cumplimiento de las metas éticas? ¿Estos datos se analizan con una periodicidad adecuada? ¿Se les ha asignado a los funcionarios correspondientes encargados del plan la responsabilidad de evaluar los resultados de estos análisis éticos periódicos?

Se debería prestar especial atención a los siguientes aspectos:

- Cobertura de poblaciones clave y de los servicios que utilizan
- Impactos en el bienestar y en resultados de salud significativos
- Impactos en la protección financiera (p. ej., cambios en los pagos de bolsillo)
- Satisfacción del paciente respecto del plan y los servicios cubiertos
- Satisfacción de los prestadores
- Opinión pública sobre el plan
- Impactos presupuestarios
- Seguimiento de los riesgos y beneficios

¿Se están recopilando los tipos de datos apropiados para evaluar el desempeño en función de objetivos éticos centrales?

- Datos desagregados para evaluar los impactos en segmentos y subgrupos poblacionales específicos
- Combinación de fuentes de información cualitativas y cuantitativas
- Inclusión de resultados centrados en el paciente

¿Se registran de manera oportuna los indicadores relevantes para realizar ajustes, mejoras y abordar cualquier tipo de consecuencias éticas negativas? Esto incluye registrar efectos indeseados fuera del alcance de los objetivos que planteó el estado y que presentan algunas dificultades desde el punto un vista moral

Existen mecanismos para llevar a cabo las siguientes acciones:

- Identificar de manera rápida si se produjeron daños moralmente relevantes e implementar estrategias para su reducción o prevención
- Responder a las necesidades de salud cambiantes de la población beneficiaria
- Responder a los cambios temporales en las normas sociales, culturales y religiosas
- Identificar las instancias en las que el PBS agravó las circunstancias de los grupos más desfavorecidos

En los casos en los que el plan no alcanzó sus objetivos éticos, ¿por qué no pudo cumplirlos? ¿Qué se puede hacer en el futuro para evitar estas dificultades?

Conclusiones

El diseño y prestación de un PBS constituye una iniciativa compleja que requiere de procesos continuos de monitoreo y ajuste. Al mismo tiempo, un PBS puede funcionar como un instrumento efectivo de políticas para generar importantes beneficios en salud para las poblaciones, organizando el sistema de salud y los recursos financieros públicos a fin de alcanzar objetivos clave de las políticas, incluyendo el avance progresivo hacia la CUS. Debido a que se deben tomar decisiones cruciales en torno a los objetivos principales del PBS, los servicios y poblaciones que cubrirá, los mecanismos de financiación y prestación que se utilizarán, y los procedimientos para realizar eventuales ajustes en el tiempo, los responsables de formular políticas tendrán que hacer frente a una variedad de concesiones que impliquen consideraciones y consecuencias moralmente relevantes.

En este capítulo se ha expuesto un conjunto de consideraciones éticas que son importantes para evaluar las diferentes opciones de estructuración y prestación de un PBS. Este conjunto de consideraciones no pretende ser prescriptivo, dado que existe un gran número de rutas éticamente justificables por los que se puede transitar el diseño e implementación del PBS en cada punto de decisión, y que las decisiones en torno a estos aspectos deben tener en cuenta diversos contextos sociales, políticos y epidemiológicos que presentan grandes complejidades. Más bien, se intenta brindar a los responsables de las decisiones una estructura que posibilite abarcar una variedad más amplia de consideraciones éticas importantes para informar la toma de decisiones y justificar la selección de enfoques para el PBS.

Como mínimo, estas consideraciones éticas brindan un marco para un “análisis de sensibilidad moral” que puede utilizarse con otros métodos y enfoques de priorización. En el marco de una mayor integración de estos métodos, aplicar estas consideraciones en

las coyunturas críticas del diseño, implementación y ajuste del PBS puede ayudar a garantizar que el plan sea coherente con los compromisos centrales que asumió, que los pacientes y la población estén protegidos contra daños involuntarios que el plan podría ocasionar, y que los recursos públicos se utilicen de manera responsable a fin de realizar inversiones efectivas, eficientes y equitativas para la salud y el bienestar.

Referencias

- Abelson, Julia, Yvonne Bombard, François-Pierre Gauvin, Dorina Simeonov, and Sarah Boesveld. 2013. “Assessing the Impacts of Citizen Deliberations on the Health Technology Process.” *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 29 (3): 282–89. doi:10.1017/S0266462313000299.
- Atun, Rifat, Sabahattin Aydın, Sarbani Chakraborty, Safir Sümer, Meltem Aran, Ipek Gürol, Serpil Nazlıoğlu, et al. 2013. “Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity.” *The Lancet* 382 (9886): 65-99. doi:10.1016/S0140-6736(13)61051-X.
- Baltussen, Rob, Elly Stolk, Dan Chisholm, and Moses Aikins. 2006. “Towards a Multi-Criteria Approach for Priority Setting: An Application to Ghana.” *Health Economics* 15 (7): 689–96. doi:10.1002/hec.1092.
- Baum, Nancy M., Sarah E. Gollust, Susan D. Goold, and Peter D. Jacobson. 2007. “Looking Ahead: Addressing Ethical Challenges in Public Health Practice.” *The Journal of Law, Medicine & Ethics: A Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics* 35 (4): 657–67, 513. doi:10.1111/j.1748-720X.2007.00188.x.
- Brearley, Lara, Robert Marten, and Thomas O’Connell. 2013. *Universal Health Coverage: A Commitment to Close the Gap*. London: Save the Children. <https://assets.rockefellerfoundation.org/app/uploads/20150530121203/uhc-close-the-gap-report.pdf>.
- Brock, Dan W. 2003. “Ethical Issues in the Use of Cost Effectiveness Analysis for the Prioritization of Health Care Resources.” In *Making Choices in Health: WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis*, edited by T. Tan-Torres Edejer, R. Baltussen, T. Adam, R. Hutubessy, A. Acharya, D. B. Evans, and C. J. L. Murray (Geneva: WHO), 289–312. Brownson, Ross

- C., Elizabeth A. Baker, Terry L. Leet, Kathleen N. Gillespie, and William R. True. 2010. *Evidence-Based Public Health*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Burls, Amanda, Lorraine Caron, Ghislaine Cleret de Langavant, Wybo Dondorp, Christa Harstall, Ela Pathak-Sen, and Bjørn Hofmann. 2011. "Tackling Ethical Issues in Health Technology Assessment: A Proposed Framework." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 27 (3): 230–37. doi:10.1017/S0266462311000250.
- Burnham, Gilbert M., George Pariyo, Edward Galiwango, and Fred Wabwire-Mangen. 2004. "Discontinuation of Cost Sharing in Uganda." *Bulletin of the World Health Organization* 82 (3): 187–95.
- Cain, Chris. 2014. "Explaining the Exceptions." *SciBX (Science–Business eXchange)* 7 (12): 332. doi:10.1038/scibx.2014.332.
- Childress, James F., Ruth R. Faden, Ruth D. Gaare, Lawrence O. Gostin, Jeffrey Kahn, Richard J. Bonnie, et al. 2002. "Public Health Ethics: Mapping the Terrain." *The Journal of Law, Medicine & Ethics: A Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics* 30 (2): 170–78.
- Chisholm, Dan, and David B. Evans. 2010. "Improving Health System Efficiency as a Means of Moving towards Universal Coverage." World Health Report Background Paper. Geneva: WHO.
- Churchill, Larry R. 2002. "What Ethics Can Contribute to Health Policy." In *Ethical Dimensions of Health Policy*, edited by Marion Danis, Carolyn Clancy, and Larry R. Churchill (New York: Oxford University Press), 51–64.
- Clark, Sarah, and Albert Weale. 2012. "Social Values in Health Priority Setting: A Conceptual Framework." *Journal of Health Organization and Management* 26 (3): 293–316. doi:10.1108/14777261211238954.
- Cookson, Richard, Andrew Mirelman, Miqdad Asaria, Bryony Dawkins, and Susan Griffin. 2016. "Fairer Decisions, Better Health for All: Health Equity and Cost-Effectiveness Analysis." Working Paper. York, UK: Centre for Health Economics, University of York. <https://ideas.repec.org/p/chy/respap/135scherp.html>.
- Cotlear, Daniel, Somil Nagpal, Owen Smith, and Ajay Tandon. 2015. *Going Universal: How 24 Developing Countries Are Implementing Universal Health Coverage from the Bottom Up*. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0610-0.
- Daniels, Norman. 2000. "Accountability for Reasonableness." *BMJ* 321 (7272): 1300–1301. doi:10.1136/bmj.321.7272.1300.
- Daniels, Norman, and James Sabin. 1997. "Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers." *Philosophy & Public Affairs* 26 (4): 303–50. doi:10.1111/j.1088-4963.1997.tb00082.x.
- Department of Health South Africa. 2015. "National Health Insurance for South Africa: Towards Universal Health Coverage." Department of Health South Africa. December 11. www.health.gov.za/index.php/nhi/category/274-nhi-booklets.
- Dukhanin, V., A. Searle, A. Zwerling, D. W. Dowdy, H. A. Taylor, and M. W. Merritt. Forthcoming. "Incorporating Social Justice into Economic Evaluation for Healthcare and Public Health: A Systematic Review". [Manuscript in preparation.]
- Emanuel, Ezekiel J., and Steven D. Pearson. 2012. "Physician Autonomy and Health Care Reform." *AIDS* 307 (4): 367–68. doi:10.1001/jama.2012.19.
- Faden, Ruth R., Tom L. Beauchamp, and Nancy E. Kass. 2011. "Learning Health Care Systems and Justice." *Hastings Center Report* 41 (4): 3. Faden, Ruth R., Nancy E. Kass, Steven N. Goodman, Peter Pronovost, Sean Tunis, and Tom L. Beauchamp. 2013. "An Ethics Framework for a Learning Health Care System: A Departure from Traditional Research Ethics and Clinical Ethics." *Hastings Center Report* 43 (1): S16–S37. doi:10.1002/hast.134.
- Fielding, Jonathan E., and Peter A. Briss. 2006. "Promoting Evidence-Based Public Health Policy: Can We Have Better Evidence and More Action?" *Health Affairs (Project Hope)* 25 (4): 969–78. doi:10.1377/hlthaff.25.4.969.
- Fylkesnes, Knut, Ingvild Fossgard Sandøy, Marte Jürgensen, Peter J. Chipimo, Sheila Mwangala, and Charles Michelo. 2013. "Strong Effects of Home-Based Voluntary HIV Counselling and Testing on Acceptance and Equity: A Cluster Randomised Trial in Zambia." *Social Science & Medicine* (1982) 86: 9–16. doi:10.1016/j.socscimed.2013.02.036.
- Gaviria, Alejandro. 2014. "Prices of New Medicines Threaten Colombia's Health Reform." *Finance & Development* 51 (4). www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2014/12/gaviria.htm.
- Giedion, Ursula, Ricardo Bitrán, and Ignez Tristao, eds. 2014. *Health Benefit Plans in Latin America: A Regional Comparison*. Washington, DC: Inter-American Development Bank. <https://publications.iadb.org/handle/11319/6484?locale-attribute=en>.

- Gilbar, Roy, and José Miola. 2015. "One Size Fits All? On Patient Autonomy, Medical Decision-Making, and the Impact of Culture." *Medical Law Review* 23 (3): 375–99. doi:10.1093/medlaw/fwu032.
- Gilbert, Mark R., James J. Dignam, Terri S. Armstrong, Jeffrey S. Wefel, Deborah T. Blumenthal, Michael A. Vogelbaum, Howard Colman, et al. 2014. "A Randomized Trial of Bevacizumab for Newly Diagnosed Glioblastoma." *New England Journal of Medicine* 370 (8): 699–708. doi:10.1056/NEJMoa1308573.
- Gilson, Lucy. 1997. "The Lessons of User Fee Experience in Africa." *Health Policy and Planning* 12 (3): 273–85. doi:10.1093/oxfordjournals.heapol.a018882.
- Glassman, Amanda, Kalipso Chalkidou, Ursula Giedion, Yot Teerawattananon, Sean Tunis, Jesse B Bump, and Andres Pichon-Riviere. 2012. "Priority-Setting Institutions in Health: Recommendations from a Center for Global Development Working Group." *Global Heart* 7 (1): 13–34. doi:10.1016/j.ghheart.2012.01.007.
- Glassman, Amanda, Ursula Giedion, Yuna Sakuma, and Peter C. Smith. 2016. "Defining a Health Benefits Package: What Are the Necessary Processes?" *Health Systems & Reform* 2 (1): 39–50. doi:10.1080/23288604.2016.1124171.
- Guerrero, Ramiro, Héctor Arreola-Ornelas, and Felicia Marie Knaul. 2010. "Breadth and Depth of Benefit Packages: Lessons from Latin America." Brief, Technical Brief Series. Geneva: WHO. www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/BPTBNo13.pdf.
- Hofmann, Björn. 2005. "Toward a Procedure for Integrating Moral Issues in Health Technology Assessment." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 21 (3): 312–18. doi:10.1017/S0266462305050415.
- Jamison, Dean T., Joel G. Breman, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, et al. 2006. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank.
- Kapiriri, Lydia, and Ole Frithjof Norheim. 2004. "Criteria for Priority-Setting in Health Care in Uganda: Exploration of Stakeholders' Values." *Bulletin of the World Health Organization* 82 (3): 172–79.
- Kenny, Nuala, and Mita Giacomini. 2005. "Wanted: A New Ethics Field for Health Policy Analysis." *Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy* 13 (4): 247–60. doi:10.1007/s10728--005-8123-3.
- Keogh, Bruce, and Paul Baumann. 2016. "Cancer Drugs Fund: Board Paper—NHS England." NHS (National Health Service) England. www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/03/item-4-250216-updated.pdf.
- Krubiner, Carleigh B., and Adnan A. Hyder. 2014. "A Bioethical Framework for Health Systems Activity: A Conceptual Exploration Applying 'Systems Thinking.'" *Health Systems* 3 (2): 124–35. doi:10.1057/hs.2014.1.
- Lagarde, Mylene, Timothy Powell-Jackson, and Duane Blaauw. 2010. *Managing Incentives for Health Providers and Patients in the Move towards Universal Coverage*. Technical Report. Montreux, Switzerland: Global Symposium on Health Systems. www.hsr-symposium.org/.
- Littlejohns, Peter, Albert Weale, Kalipso Chalkidou, Ruth Faden, and Yot Teerawattananon. 2012. "Social Values and Health Policy: A New International Research Programme." *Journal of Health Organization and Management* 26 (3): 285–92. doi:10.1108/14777261211238945.
- Littlejohns, Peter, Albert Weale, Katharina Kieslich, James Wilson, Benedict Rumbold, Catherine Max, and Annette Rid. 2016. "Challenges for the New Cancer Drugs Fund." *The Lancet Oncology* 17 (4): 416–18. doi:10.1016/0167-2045(16)00100-5.
- McKie, Robin. 2015. "David Cameron's Flagship Cancer Drugs Fund 'Is a Waste of NHS Cash.'" *Guardian* (London), January 10. www.theguardian.com/politics/2015/jan/10/cancer-drugs-fund-waste-of-nhs-cash-david-cameron.
- Mills, Anne, John E. Ataguba, James Akazili, Jo Borghi, Bertha Garshong, Suzan Makawia, Gemini Mtei, et al. 2012. "Equity in Financing and Use of Health Care in Ghana, South Africa, and Tanzania: Implications for Paths to Universal Coverage." *The Lancet* 380 (9837): 126–33. doi:10.1016/S0140-6736(12)60357-2.
- Mokdad, Ali H., Katherine Ellicott Colson, Paola Zúñiga-Brenes, Diego Ríos-Zertuche, Erin B. Palmisano, Eyleen Alfaro-Porras, Brent W. Anderson, et al. 2015. "Salud Mesoamérica 2015 Initiative: Design, Implementation, and Baseline Findings." *Population Health Metrics* 13: 3. doi:10.1186/1475-015-0034-4.
- Morris, Zoë Slote, Steven Wooding, and Jonathan Grant. 2011. "The Answer Is 17 Years, What Is the Question: Understanding Time Lags in Translational Research." *Journal of the Royal Society of Medicine* 104 (12): 510–20. doi:10.1258/jrsm.2011.110180.
- Nabyonga, J., M. Desmet, H. Karamagi, P. Y. Kadama, F. G. Omaswa, and O. Walker. 2005. "Abolition of

- Cost-Sharing Is Pro-Poor: Evidence from Uganda.” *Health Policy and Planning* 20 (2): 100-108. doi:10/1093/heapol/czi012.
- Nguyen, Tuan Anh, Rosemary Knight, Elizabeth Ellen Roughead, Geoffrey Brooks, and Andrea Mant. 2015. “Policy Options for Pharmaceutical Pricing and Purchasing: Issues for Low- and Middle-Income Countries.” *Health Policy and Planning* 30 (2): 267–80. doi:10.1093/heapol/czt105.
- Nord, Erik. 1993. “The Trade-Off between Severity of Illness and Treatment Effect in Cost-Value Analysis of Health Care.” *Health Policy* 24 (3): 227-38. doi:10.1016/0168-8510(93)90042-N.
- Nord, Erik, Norman Daniels, and Mark Kamlet. 2009. AVAC Some Challenges.” *Value in Health* 12: 739–15. doi:10.1111/j.1524-4733.2009.00516.x.
- Norheim, Ole F., Rob Baltussen, Mira Johri, Dan Chisholm, Erik Nord, Dan W. Brock, Per Carlsson, et al. 2014. “Guidance on Priority Setting in Health Care (GPS-Health): The Inclusion of Equity Criteria Not Captured by Cost-Effectiveness Analysis.” *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 12: 18. doi:10.1186/1478-7547-12-18.
- Olsen, LeighAnne, Dara Aisner, and J. Michael McGinnis, eds. 2007. *The Learning Healthcare System*. Institute of Medicine Roundtable on Evidence-Based Medicine. Washington, DC: National Academies Press.
- Owusu-Sekyere, Ebenezer, and Daniel A. Bagah. 2014. “Towards a Sustainable Health Care Financing in Ghana: Is the National Health Insurance the Solution?” *Public Health Research* 4 (5): 185-94. doi:10/5923/j.phr.20140405.06.
- Pablos-Mendez, Ariel, Veronica Valdivieso, and Kelly Flynn-Saldaña. 2013. “Ending Preventable Child and Maternal Deaths in Latin American and Caribbean Countries (LAC).” *Perinatología y Reproducción Humana* 27 (3): 145-52.
- Padela, Aasim I., Aisha Y. Malik, Farr Curlin, and Raymond De Vries. 2015. “[Re]considering Respect for Persons in a Globalizing World.” *Developing World Bioethics* 15 (2): 98–106. doi:10.1111/dewb.12045.
- Peters, David H., Anu Garg, Gerry Bloom, Damian G. Walker, William R. Brieger, and M. Hafizur Rahman. 2008. “Poverty and Access to Health Care in Developing Countries.” *Annals of the New York Academy of Sciences* 1136 (1): 161–71. doi:10.1196/annals.1425.011.
- Powers, Madison, and Ruth Faden. 2006. *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Reich, Michael R., Joseph Harris, Naoki Ikegami, Akiko Maeda, Cheryl Cashin, Edson C. Araujo, Keizo Takemi, and Timothy G. Evans. 2016. “Moving towards Universal Health Coverage: Lessons from 11 Country Studies.” *The Lancet* 387 (10020): 811-16. doi:10.1016/S0140-6736(15)60002-2.
- Revill, Paul, Simon Walker, Jason Madan, Andrea Ciaranello, Takondwa Mwase, Diana M. Gibb, Karl Claxton, et al. 2014. “Using Cost-Effectiveness Thresholds to Determine Value for Money in Low- and Middle-Income Country Healthcare Systems: Are Current International Norms Fit for Purpose?” Working Paper. York, UK: Centre for Health Economics, University of York. <https://ideas.repec.org/p/chy/respap/136cherp.html>.
- Rulli, Tina, and Joseph Millum. 2016. “Rescuing the Duty to Rescue.” *Journal of Medical Ethics* 42 (4): 260–64. doi:10.1136/medethics-2013-101643.
- Saarni, Samuli I., Björn Hofmann, Kristian Lampe, Dagmar Lühmann, Marjukka Mäkelä, Marcial Velasco-Garrido, and Ilona Autti-Rämö. 2008. “Ethical Analysis to Improve Decision-Making on Health Technologies.” *Bulletin of the World Health Organization* 86 (8): 617–23. doi:10.2471/BLT.08.051078.
- Sabapathy, Kalpana, Rafael Van den Bergh, Sarah Fidler, Richard Hayes, and Nathan Ford. 2012. “Uptake of Home-Based Voluntary HIV Testing in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis.” *PLOS Medicine* 9 (12): e1001351. doi:10.1371/journal.pmed.1001351.
- Sabik, Lindsay M., and Reidar K. Lie. 2008. “Priority Setting in Health Care: Lessons from the Experiences of Eight Countries.” *International Journal for Equity in Health* 7: 4. doi:10.1186/1475-9276-7-4.
- Sah, Sunita, and Adriane Fugh-Berman. 2013. “Physicians under the Influence: Social Psychology and Industry Marketing Strategies.” *The Journal of Law, Medicine & Ethics: A Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics* 41 (3): 665–72. doi:10.1111/jlme.12076.
- Saleh, Karima. 2013. *The Health Sector in Ghana: A Comprehensive Assessment*. Directions in Development: Human Development. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/12297>.
- Shah, Koonal K. 2009. “Severity of Illness and Priority Setting in Healthcare: A Review of the Literature.” *Health Policy* 93 (2): 77-84. doi:10.1016/j.healthpol.2009.01.005.
- Sibbald, Shannon L., Peter A. Singer, Ross Upshur, and Douglas K. Martin. 2009. “Priority Setting: What

- Constitutes Success? A Conceptual Framework for Successful Priority Setting.” *BMC Health Services Research* 9: 43. doi:10.1186/1472-6963-9-43.
- Sommer, Marni, Jennifer S. Hirsch, Constance Nathanson, and Richard G. Parker. 2015. “Comfortably, Safely, and Without Shame: Defining Menstrual Hygiene Management as a Public Health Issue.” *American Journal of Public Health* 105 (7): 1302–11. doi:10.2105/AJPH.2014.302525.
- World Health Organization (WHO). 2013. “WHO | Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection.” Geneva: WHO. www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/.
- . 2014. *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage*. Final Report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Geneva: WHO. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js21442en/>
- ## Notas finales
- Giedion, Bitrán, and Tristao (2014); Glassman and others (2012); and Cotlear and others (2015).
 - Brearley, Marten, and O’Connell (2013).
 - Norheim and others (2014); and WHO (2014).
 - Hofmann (2005); Saarni and others (2008); and Burls and others (2011).
 - Churchill (2002); and Kenny and Giacomini (2005).
 - Churchill (2002).
 - Glassman and others (2016).
 - Department of Health, South Africa (2015).
 - Note that many economists refer to these notions as horizontal and vertical equity. Horizontal equity is the like treatment of like individuals, such as equal access to medications for those with the same health condition, and vertical equity involves different allocations with respect to different need.
 - Krubiner and Hyder (2014).
 - Even HBP’s that aim to cover “everyone” may require further specification about who is included. For instance, will the HBP cover all citizens? All persons living within the country? In many countries, migrants and undocumented residents may be among the most disadvantaged and suffer the worst health outcomes, yet they may not be eligible for care through the HBP.
 - Cookson and others (2016).
 - Powers and Faden (2006).
 - Atun and others (2013).
 - The commitment to provide equal access/universal coverage under a HBP does not satisfy all equity considerations. Even when a nation universally guarantees access to a set of services, the composition of the package of benefits offered could be inequitable.
 - Gaviria (2014).
 - Guerrero, Arreola-Ornelas, and Knaul (2010).
 - Peters and others (2008).
 - Gilson (1997); Burnham and others (2004); and Nabyonga and others (2005).
 - Mills and others (2012); and Lagarde, Powell-Jackson, and Blaauw (2010).
 - Childress and others (2002).
 - Daniels and Sabin (1997).
 - Daniels (2001).
 - Childress and others (2002); Baum and others (2007); Saarni and others (2008); Sibbald and others (2009); Sabik and Lie (2008); and Clark and Weale (2012).
 - Abelson and others (2013).
 - Jamison and others (2006).
 - WHO (2013).
 - Revill and others (2014).
 - Saleh (2013); and Reich and others (2016).
 - Owusu-Sekyere and others (2014).
 - Keogh and Baumann (2016).
 - McKie (2015).
 - Littlejohns and others (2012).
 - Nord, Daniels, and Kamlet (2009); Powers and Faden (2006); and Brock (2003).
 - Dukhanin and others (forthcoming).
 - Ibid.
 - Sommer and others (2015).
 - Baltussen and others (2006).
 - Cain (2014).
 - Kapiriri and Norheim (2004); Shah (2009); and Nord (1993).
 - Mokdad and others (2015).
 - Pablos-Mendez and others (2013).
 - Mokdad and others (2015).
 - Fylkesnes and others (2013); and Sabapathy and others (2012).
 - Gilbar and Miola (2015); and Padela and others (2015).
 - Faden and others (2013).
 - Littlejohns and others (2012).
 - Emanuel and Pearson (2012).
 - Sah and Fugh-Berman (2013); and Morris, Wooding, and Grant (2011).
 - Fielding and Briss (2006); and Brownson and others (2010).
 - Fadel and others (2013).
 - Olsen, Aisner, McGinnis (2007); and Faden, Beauchamp, and Kass (2011).

CAPÍTULO 14

El derecho a la salud y el plan de beneficios: *Considerar el derecho a la salud al diseñar un plan*

Rebecca Dittrich
Leonardo Cubillos
Lawrence O. Gostin
Kalipso Chalkidou
Ryan Li

En pocas palabras: Las leyes nacionales e internacionales consagran el derecho a la salud. Considerando el impacto de las acciones judiciales relacionadas con este derecho, ¿cómo lograr que el proceso de establecimiento de prioridades y el plan de beneficios den cuenta del derecho a la salud y alcancen un equilibrio entre los derechos a la salud individuales y colectivos?

Al diseñar planes de beneficios en salud (PBS), los responsables de tomar decisiones deben considerar cómo lograr que los planes sean justos, éticos, eficientes y asequibles —decisiones que en algunas ocasiones implican realizar concesiones difíciles—. Un aspecto importante que se debe tener en cuenta para diseñar PBS bien equilibrados es si la inclusión o exclusión de un beneficio en particular se alinea con el derecho a la salud de cada individuo y de la población en su conjunto. En algunos casos,

cuando los individuos alegan que la imposibilidad de acceder a un determinado beneficio atenta contra su derecho a la salud, recurren al sistema judicial en un esfuerzo por acceder a dicho beneficio.¹

En el nivel más básico, los litigios relacionados con la protección del derecho a la salud se producen cuando un individuo no puede acceder a un tratamiento, medicamento o dispositivo médico específico —que en este informe están incluidos en la cobertura universal en salud—. Con el objetivo de que el gobierno le brinde el beneficio en salud al cual no puede acceder, este individuo recurre al sistema judicial para presentar una demanda en la que reafirma que, al denegar la cobertura de un beneficio en salud específico, el gobierno está restringiendo su derecho a la salud garantizado.² Si bien esta

Este capítulo incluye ideas clave adaptadas de Rebecca Dittrich, Leonardo Cubillos, Lawrence O. Gostin, Kalipso Chalkidou y Ryan Li. 2016. “The International Right to Health: What Does It Mean in Legal Practice and How Can It Affect Priority Setting for Universal Health Coverage?” *Health Systems & Reform* 2 (1): 23-31. doi: 10.1080/23288604.2016.1124167.

judicialización del derecho a la salud tiene lugar en toda América Latina, región en la que es común que los ciudadanos presenten tutelas o amparos (recursos de protección), este no es un fenómeno exclusivo de América Latina.³ Cabe destacar que las demandas relacionadas con el derecho a la salud que se analizan en este capítulo rara vez se originan porque el gobierno niega el acceso a un tratamiento o medicamento específico que se adquirió en el sector privado, sino porque el gobierno no financia activamente y tampoco ofrece un tratamiento específico. En consecuencia, la cuestión aquí no se limita a si un individuo debería tener acceso a un tratamiento de manera independiente en el sector privado (un asunto completamente diferente), sino que se refiere a la decisión sobre la financiación del tratamiento con fondos públicos. Cuando los tribunales confieren acceso a un beneficio específico, dependiendo de la estructura del sistema legal y el tipo de demanda judicial iniciada, esta decisión podría aplicar solo al individuo que solicitó acceso y no a al gran número de personas que potencialmente podrían beneficiarse del mismo tratamiento.⁴

En general, las demandas vinculadas al derecho a la salud surgen en dos contextos diferentes. En el primer escenario, un individuo no puede acceder a un beneficio que fue incluido explícitamente en el PBS debido a alguna deficiencia o falla en el sistema. En estas circunstancias, el poder judicial puede desempeñar un papel fundamental, reforzando lo que ya está estipulado y garantizando que todos los individuos puedan acceder a los beneficios que, por ley, tienen derecho a recibir.⁵ Naturalmente, esto es así, asumiendo que dicho beneficio está legítimamente incluido en el PBS. En el segundo escenario, un beneficio en salud no está incluido en el plan, o se lo excluyó intencionalmente, como resultado de un proceso explícito de toma de decisiones y, en consecuencia, un individuo impugna esta elección intencional, ya que considera que vulnera su derecho a la salud.⁶ En este último caso, si la decisión de excluir

un beneficio se hizo de manera imprudente o incorrecta, el sistema judicial cumple una función clave al conceder a los ciudadanos acceso a dicho beneficio. Los tribunales han desempeñado un rol fundamental al centrar la atención en las injusticias y definir políticas públicas en los casos en los que la negación de algún tratamiento esencial a gran escala ha perjudicado la salud de las poblaciones —como negar el acceso a medicamentos antirretrovirales para el VIH/SIDA—. ⁷ No obstante, en los casos en los que la decisión se ha tomado de manera apropiada, la intervención de los tribunales podría poner en riesgo la estabilidad de los PBS, puesto que es posible que se desvíen fondos destinados a tratamientos más esenciales hacia otros servicios de baja prioridad.⁸

La capacidad de acceder al sistema judicial de un país es un recurso invaluable para garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos. La posibilidad de disponer de recursos legales hace responsables a los gobiernos, ministerios de salud, legisladores y otros tomadores de decisiones por la continuación de un derecho garantizado para la población. Incluso cuando las decisiones sobre la inclusión o exclusión de ciertos beneficios se toman de manera deliberada y juiciosa, no siempre serán correctas y el poder judicial tiene la competencia para corregir estos errores. Sin embargo, en aquellas circunstancias en las que se revocan las exclusiones explícitas de beneficios sin considerar cómo y por qué se tomaron esas decisiones, los conflictos entre los contenidos del PBS y el derecho a la salud plantean el interrogante de cuál sería la mejor forma de diseñar planes que prevengan litigios y “protejan” y “garanticen” el derecho a la salud de una población en su conjunto.⁹ Encontrar una manera de equilibrar la función de los tribunales con la necesidad de establecer prioridades en los servicios de salud requerirá una consideración explícita del derecho a la salud y una atención especial a este tema.¹⁰

Descripción del derecho a la salud

El derecho a la salud está incluido en leyes nacionales e internacionales, tratados multilaterales y tratados sobre derechos humanos en relación con temas específicos que protegen todos los aspectos, desde la raza y el género hasta la edad.¹¹ El derecho a la salud es universalmente reconocido por todos los estados miembro de las Naciones Unidas, en lo que respecta a la Declaración Universal de los Derechos Humanos.¹² Este derecho está consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se explica con mayor detalle en el Comentario General 14 de este documento y se enfatiza en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Cuadro 1).¹³

Casi todos los países han adherido a al menos un tratado internacional que reconoce el derecho a la salud,¹⁴ y muchos países también han incorporado este derecho en sus constituciones nacionales. La constitución del 36 por ciento de los estados miembro de las Naciones Unidas garantiza el derecho a la salud, y otro 13 por ciento aspira a protegerlo; y en algunos casos, las constituciones nacionales reconocen el derecho a la salud pública o el derecho a servicios de salud (Cuadro 2).¹⁵ Más allá de las constituciones nacionales, los estados también han incorporado el derecho a la salud en su legislación nacional, respaldando este derecho con leyes nacionales.

Si el derecho a la salud, en particular, no se encuentra incorporado en la constitución nacional o en las leyes nacionales de un país no implica necesariamente que un ciudadano no pueda presentar una demanda judicial. Los individuos podrían objetar que la negación de algún beneficio esperado atenta contra su derecho a la salud consagrado en el derecho internacional, como se mencionó anteriormente, o que contradice algún otro derecho garantizado a nivel nacional, tales como el derecho a la vida o a la dignidad.¹⁶ Por consiguiente, se puede proteger el derecho a la salud mediante la ratificación de tratados

internacionales, la constitución o leyes nacionales, o una combinación de los tres. Como resultado del gran número de casos que se presentan para revocar la negación de un determinado beneficio en salud,¹⁷ los países que poseen tanto leyes nacionales que garantizan específicamente el derecho a la salud, como leyes que no lo hacen, deben decidir cómo responder a estas acciones.

La posibilidad que tiene un ciudadano de presentar demandas relacionadas con el derecho a la salud requiere de vías y mecanismos que le permitan hacerlo. Los litigios vinculados a este derecho deberían gestionarse de manera tal que reconozcan los desafíos que conlleva asignar recursos escasos durante el diseño de un PBS y garantizar, al mismo tiempo y en consonancia con los valores sociales, la priorización efectiva de los tratamientos más justos, eficaces y equitativos. Esta acción no implica negar u obstaculizar el derecho que tienen los ciudadanos a iniciar acciones legales. Los ciudadanos deberían tener la posibilidad de revocar las decisiones del gobierno, por lo que es clave que exista una vía para impugnar legalmente los contenidos del PBS. En cambio, los interrogantes que deberían plantearse son los siguientes: ¿cuál es la mejor manera de gestionar estas demandas para garantizar que los litigios relacionados con el derecho a la salud preserven los derechos de toda la población, incluyendo la protección de las poblaciones marginadas, y no solo a quienes llevan su derecho a la salud a los tribunales? y, ¿cómo se puede proteger un establecimiento sólido de prioridades de la vulnerabilidad del PBS frente al derecho a la salud?

CUADRO 1. El derecho a la salud incorporado en leyes internacionales

<i>Declaración Universal de los Derechos Humanos</i> Artículo 25	"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, incluyendo [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios" ^a
<i>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</i> Artículo 12	"Reconoce(n) el derecho de toda persona al disfrute de una salud física y mental del más alto nivel posible " ^b
<i>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</i> Comentario general 14	Explica las tres obligaciones de los estados respecto del derecho a la salud: respetar, proteger y garantizar ^c
<i>Organización Mundial de la Salud</i> Preámbulo de la Constitución	"El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano" ^d

a. Naciones Unidas (1948).

b. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (1966).

c. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (2000).

d. OMS (2006).

CUADRO 2. El derecho a la salud incorporado en leyes internacionales

Brasil ^a	Artículo 196	"La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas dirigidas a reducir el riesgo de enfermedad y otros daños, y el acceso universal e igualitario a todas las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación".
Colombia ^b	Artículo 49	"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. [...] Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes".
Letonia ^c	Artículo 111	"El Estado protegerá la salud humana y garantizará un nivel básico de asistencia médica para todos".
Kenia ^d	Artículo 43	"Cada persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, lo que comprende el derecho a servicios de salud, incluyendo la salud reproductiva".
Sudáfrica ^e	Sección 27	"Todos tienen derecho a acceder a servicios de salud, incluyendo servicios de salud reproductiva. [...] El estado debe adoptar medidas legislativas y otras medidas razonables, con los recursos disponibles, para lograr el ejercicio progresivo de cada uno de estos derechos".

a. Constitución de Brasil (1988).

b. Constitución de Colombia (1991).

c. Constitución de Letonia (1992).

d. Constitución de Kenia (2010).

e. Constitución de Sudáfrica (1996).

Casos en los que las demandas por el derecho a la salud ponen a prueba la estabilidad de los PBS

El presupuesto público que delimita el alcance de un plan constituye un componente esencial de todo PBS. Por lo tanto, a raíz de las decisiones judiciales que obligan al gobierno a financiar un tratamiento excluido intencionalmente, se desvían recursos públicos destinados a tratamientos cuya inclusión en el PBS se decidió de forma explícita. En la mayoría de los casos, la judicialización del derecho a la salud puede obligar al gobierno a financiar medicamentos costosos que el sistema de salud público no cubre a miembros de la población que ya poseen una posición privilegiada en el sistema de salud, soslayando de este modo a los individuos más vulnerables que más necesitan los servicios esenciales.¹⁸

El desvío de fondos públicos de los PBS puede representar un problema, especialmente, en aquellos casos en los que la evidencia disponible sugiere que los tribunales terminan otorgando un acceso desproporcionado a medicamentos experimentales o de baja prioridad, que a menudo no están incluidos en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS o en el formulario nacional de medicamentos.¹⁹ En 2014, Ole Frithjof Norheim y Bruce Wilson seleccionaron un conjunto de 192 demandas relacionadas con el derecho a la salud que se presentaron en la Corte Suprema de Justicia (Sala Constitucional) de Costa Rica contra la Caja Costarricense de Seguro Social. Seleccionaron de forma aleatoria 37 casos en los que el poder judicial le concedió al individuo el tratamiento deseado y analizaron la severidad de la enfermedad sin el nuevo medicamento, la efectividad y costo-efectividad del nuevo medicamento, así como la calidad de la evidencia disponible sobre estos tres últimos aspectos. Luego, los investigadores clasificaron la enfermedad y el tratamiento de cada caso en cuatro grupos de prioridad: prioridad alta, prioridad media, prioridad baja, o experimental. Del

total de 37 casos evaluados, Norheim y Wilson llegaron a la conclusión de que el 73 por ciento de los tratamientos «podía clasificarse como de baja prioridad o experimentales, y los beneficios en salud que ofrecen para enfermedades muy graves, a un alto costo para el sistema de salud, pueden describirse como “marginales”».²⁰

Además, es posible que los tribunales otorguen acceso a tratamientos para los que existen alternativas genéricas o menos costosas.²¹ Por ejemplo, un estudio halló que del total de medicamentos que los tribunales brasileros ordenaron cubrir en última instancia, cerca del 80 por ciento tenía alternativas terapéuticas disponibles en el sistema de salud.²² Si bien se podría cuestionar si, en última instancia, se debería haber incluido alguno de estos medicamentos en la lista estándar de medicamentos a nivel de las políticas implementadas, es posible que la función de los tribunales no haya sido adecuada, puesto que ordenaron la provisión individual de un tratamiento que no está incluido en esta lista y al que, de cualquier manera, los ciudadanos pueden acceder mediante otros programas de medicamentos. Véase el Recuadro 1 para obtener más información sobre un caso modelo. Cabe destacar que desde 2001, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica modificó su jurisprudencia y desde entonces no favorece el uso de medicamentos comerciales.

Algunos tribunales también se remiten a la opinión del médico que prescribe sin tener en cuenta evidencia importante sobre el tratamiento. En un estudio de las decisiones tomadas por los tribunales de Río de Janeiro en Brasil en los años 2007 y 2008, Miriam Ventura y otros colegas revelaron que en el 97 por ciento de los casos las decisiones se tomaron solo sobre la base de evidencia médica que presentó el profesional de salud que prescribe. Al evaluar estos casos, los tribunales consideraron el valor clínico de la prescripción del médico, pero no tuvieron en cuenta las regulaciones existentes o la defensa que brindó el sistema de salud.²³ Véase el Recuadro 2

para obtener más información sobre un caso modelo en Uruguay, en el que el tribunal de revisión basa su decisión, en gran medida, en la recomendación del médico que prescribe.

Específicamente, al no considerar la posible efectividad del sorafenib para tratar el cáncer del Sr. Edward Hernandez (véase el Recuadro 2), el sistema judicial le otorga demasiada importancia y le presta una atención excesiva solo a la opinión del médico que receta. Este alto grado de dependencia en la opinión del médico presenta algunas dificultades, especialmente, cuando las fuentes de financiación de los litigios relacionados con el derecho a la salud no se pueden definir con precisión. Es posible que las

compañías farmacéuticas financien indirectamente a médicos, pacientes, grupos de pacientes u ONG para que utilicen el proceso judicial con el objetivo de obtener fondos del gobierno para financiar sus productos.²⁴ En Brasil, los ensayos clínicos pueden utilizarse para distribuir estratégicamente un nuevo medicamento, incentivando a los participantes del ensayo para que, con el apoyo de médicos, abogados, jueces y asociaciones de pacientes, presenten demandas para obtener dicho medicamento.²⁵ Asimismo, los litigios relacionados con el derecho a la salud pueden recompensar de manera desproporcionada a los individuos más ricos²⁶ y aquellos que más conocen sus derechos legales.²⁷

CUADRO 1 SRA. Vera Salazar Navarro vs. Caja Costarricense de Seguro Social, 01-0090007-CO (2001)

La Caja Costarricense de Seguro Social reemplazó el medicamento comercial que le recetaron a la Sra. Navarro para tratar su esclerosis múltiple por una alternativa genérica menos costosa. A pesar de que la Caja de Seguro Social alegó que los efectos y composición de la alternativa genérica eran iguales, la Sra. Navarro argumentó que el reemplazo de la droga exacta que le prescribieron violaba su derecho a la salud.^a

La Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia sostuvo que la Caja de Seguro Social debía proporcionar a la Sra. Navarro la misma droga que le recetaron, dado que el reemplazo del medicamento violaba su derecho a la salud.

a. Hogerzeil, Samson, and Casanovas (2004); y Sra. Vera Salazar Navarro vs. Caja Costarricense de Seguro Social (2001).

CUADRO 2 Edward Hernández vs. Fondo Nacional de Recursos, No. 393/2011 (2011)

El Fondo Nacional de Recursos de Uruguay apeló la decisión del tribunal inferior que obligaba la cobertura de sorafenib para tratar el cáncer de hígado del Sr. Hernández hasta que se decidiera la inclusión de este medicamento en el Formulario Terapéutico de Medicamentos. En la apelación, el Fondo alegó que el medicamento sorafenib no estaba incluido en el Formulario Terapéutico de Medicamentos para tratar el cáncer de hígado, y que, por lo tanto, cuando negó la cobertura de dicho medicamento solo estaba siguiendo un procedimiento. El medicamento estaba incluido solo para el tratamiento de cáncer de riñón.

La Segunda Sala del Tribunal Civil de Apelaciones falló a favor del Sr. Hernández y consideró que el Fondo Nacional de Recursos negó ilegalmente la cobertura del sorafenib al Sr. Hernández. El tribunal declaró lo siguiente:

La negación (del Fondo Nacional de Recursos) de la cobertura del medicamento recetado por el médico tratante, basada en la normativa vigente de dicho organismo en ese momento, y en el hecho de que el medicamento solo estaba indicado para otro tipo de cáncer, carece de todo tipo de fundamento lógico o científico, y por tanto, a juicio del Tribunal, la decisión fue manifiestamente ilegal, en especial, dado que el testimonio del experto indicaba que la medicación objeto de esta demanda es apropiada para la enfermedad del demandante (págs. 5-6).

El tribunal hizo especial hincapié en la opinión del médico que receta:

Las prescripciones y terapias que un médico elige no pueden estar determinadas por políticos y autoridades administrativas. [...] Si se permite que las autoridades administrativas ordenen a los médicos qué hacer, esto implicaría poner a los pacientes en manos de los poderes políticos (pág. 4).

Después de citar garantías constitucionales legales nacionales e internacionales del derecho a la salud, así como la ratificación de leyes internacionales, el tribunal también destacó los derechos de los pacientes:

La profesión médica debe regirse por el principio de discrecionalidad, que se manifiesta en la elección que hace el médico de un medicamento para el tratamiento de un paciente, con conocimiento de las particularidades del caso y el hecho de que todos los consumidores tienen derecho a un tratamiento que les cause la menor cantidad de problemas o riesgos, en vista de todos los beneficios científicos que la medicina puede poner a disposición del paciente (pág. 4).

a. Edward Hernández vs. Fondo Nacional de Recursos (2011)

No obstante, otra evidencia sugiere que los litigios relacionados con el derecho a la salud tienen un impacto neto positivo en la sociedad, en especial, porque permiten que, principalmente, los individuos más desfavorecidos obtengan medicamentos a los que no pueden acceder a pesar de estar incluidos en el formulario de medicamentos del gobierno.²⁸ Por ejemplo, en Río Grande del Sur, Brasil, la posibilidad de recurrir a los tribunales para acceder a medicamentos podría permitir a los miembros más pobres de la sociedad responsabilizar al estado por brindar un acceso a la atención pleno y de calidad.²⁹ El estudio llega a la conclusión de que incluso la minoría de individuos que reclama medicamentos no incluidos en el formulario no implica necesariamente que sean los más beneficiados o que están representadas por abogados particulares.³⁰ La variación que presenta la evidencia subraya, incluso con mayor fuerza, la necesidad de considerar el derecho a la salud en las primeras fases, de participar en un proceso sólido de establecimiento de prioridades durante el diseño de un PBS y de concretar la prestación pública de servicios en consonancia con un establecimiento de prioridades adecuado a fin de proteger el derecho a la salud, teniendo en cuenta también las realidades de asignar los escasos recursos disponibles.³¹

El rol central del sistema judicial

Si bien la judicialización del derecho a la salud puede comprometer la estabilidad de los PBS, el poder judicial también cumple una función esencial en la defensa de este derecho. El papel del sistema judicial ha sido fundamental para impugnar decisiones imprudentes que excluyen tratamientos que se pueden considerar como esenciales o para criticar a los gobiernos que no brindaron acceso a la atención garantizada en el PBS. En el primer caso, por ejemplo, los tribunales visibilizan la necesidad de otorgar a los individuos acceso a medicamentos vitales para

el VIH/SIDA que el gobierno debería haber financiado en primer lugar y que, como consecuencia, han incidido en cambios importantes en las políticas sobre las decisiones de cobertura de tratamientos.³² (El Recuadro 3 presenta un caso fundamental sobre el tratamiento para la transmisión materno-infantil del VIH/SIDA en Sudáfrica).

En el segundo caso, el poder judicial también desempeña un rol fundamental al identificar beneficios que el gobierno prometió como parte de un PBS y que luego no brindó, tal como se mencionó en la sección anterior.

En 1993, Colombia reformó su sistema de salud mediante la ley 100 que reconoció a la salud como un derecho humano. Esta ley estableció la prestación de ciertos servicios esenciales en forma gratuita y ordenó una reforma en la provisión de servicios y el aseguramiento social.³³ A raíz de esta reforma, se reestructuró el sistema de salud y se crearon dos niveles de beneficios. El primer nivel, conocido como Plan Obligatorio de Salud (POS), constituyó un régimen contributivo; mientras que el segundo, que se conoce como Plan Obligatorio de Salud–Subsidiado (POS-S) estableció un régimen subsidiado que cubría solo la mitad de los beneficios que ofrecía el POS.³⁴ Después de la sanción de la ley 100 y de la implementación de esta reforma, hubo un aumento drástico en los litigios relacionados con el derecho a la salud en Colombia.³⁵ Esta mayor utilización del sistema legal evidenció que la ley no pudo alcanzar el objetivo de mejorar el acceso a los servicios y los estándares de atención que se había propuesto. Los ciudadanos recurrieron al sistema judicial para exigir acceso a tratamientos de salud que, a pesar de estar garantizados con la sanción de la ley 100, no se les brindaron de manera adecuada.³⁶ En 2008, el sistema judicial no pudo tramitar el número insuperable de 142.952 tutelas que se interpusieron.³⁷

RECUADRO 3 **Ministro de Salud vs. Campaña de Acción en favor del Tratamiento (N.º 2)**
ZACC 15; 2002 (5) SA 721; 2002 (10) BCLR 1033 (2002)

En un esfuerzo para hacer frente a la transmisión materno-infantil del VIH, el gobierno de Sudáfrica inició un programa piloto para distribuir nevirapina a mujeres embarazadas.³⁸ El medicamento, que previene la transmisión materno-infantil del HIV, se suministraría gratuitamente en centros de formación e investigación seleccionados, pero no así en establecimientos de salud públicos. En la apelación, los demandantes afirmaron que la restricción del programa a centros piloto violaba, entre otros derechos, su derecho a la salud. El gobierno alegó cuatro razones que justifican la restricción del programa a centros de formación e investigación seleccionados:

1. Existen dudas sobre la eficacia de la nevirapina si no fuese posible brindar los servicios incluidos en el plan integral de atención a un beneficiario; estos servicios comprenden diagnóstico, asesoramiento, monitoreo y provisión de leche de fórmula, vitaminas y antibióticos.
2. La resistencia al medicamento suscita dudas.
3. Existen inquietudes sobre los riesgos para la seguridad.
4. No hay certeza sobre la capacidad del sector de salud pública para ofrecer un plan integral de tratamiento.

Al sostener que el gobierno violó la Sección 27 de los derechos constitucionales de las personas que necesitaban la nevirapina pero que no pudieron acceder a ella, el tribunal declaró que, si bien era razonable que el gobierno evaluara la eficacia del programa antes de su expansión a nivel nacional, se debía limitar el período experimental.

Los incisos (1) y (2) de la Sección 27 de la Constitución obligan al gobierno a diseñar e implementar con los recursos disponibles un programa integral y coordinado para que las mujeres embarazadas y los recién nacidos ejerzan de manera progresiva su derecho al acceso a servicios de salud que les permitan prevenir la transmisión materno-infantil del VIH (pág. 75).

a. Ministro de Salud vs. Campaña de Acción en favor del Tratamiento (N.º 2), (2002).

A fin de abordar las deficiencias que presentaba la reglamentación de la ley 100 a mayor escala, la Corte Constitucional colombiana agrupó 22 tutelas en el caso T-760 (véase el Recuadro 4).³⁸ De los 22 casos que se unificaron en el caso T-760, 20 se relacionaban con principios bien establecidos que la Corte había defendido en reiteradas ocasiones, pero que las aseguradoras y prestadores de salud públicos no cumplieron debido a una gestión y regulaciones deficientes.³⁹ El caso T-760 analizó si la imposibilidad de conceder a los individuos el acceso a la atención establecido por la ley 100 constituía una violación

de su derecho al respeto, protección y promoción de la salud garantizado por la Constitución. Si bien la Corte solo revisó 22 demandas, su decisión se extendió más allá de las demandas presentadas por los 22 accionantes y responsabilizó al gobierno por cuestiones más amplias tales como la progresividad, imparcialidad y empoderamiento de la sociedad.⁴⁰

La ley 100 garantizaba que para el año 2000 el POS y el POS-S cubrirían los mismos servicios básicos y se les asignaría una cantidad similar de recursos y que, como resultado, se brindaría a todos los colombianos el mismo acceso a servicios de salud *de*

jure independientemente de su nivel de ingresos.⁴¹ Cabe destacar que cuando se trató el caso T-760, aún no se había alcanzado este objetivo. La Corte reconoció la evidente progresión de la reforma en curso; no obstante, también reconoció que para el 2008 —15 años después de la promulgación de la ley 100— la legislatura no había cumplido con lo prometido en la reforma del sistema de salud y, como resultado de ello, el gobierno no protegía el derecho a la salud de los ciudadanos.⁴² Por consiguiente, independientemente de su decisión sobre las 22 tutelas, la Corte ordenó al gobierno unificar el contenido y financiación de los planes de beneficios del POS y del POS-S, exigiendo la rendición de cuentas al gobierno por los compromisos que asumió en la ley 100.⁴²

El caso T-760 incluyó lenguaje que puede ser útil para que el gobierno de Colombia comprenda cómo interpreta el derecho a la salud y resuelve las tutelas la Corte Constitucional colombiana. (En el Recuadro 4 se describen en mayor detalle las explicaciones que brindó la Corte y el lenguaje que utilizó). Asimismo, este caso introduce una nueva función de los tribunales en la defensa del derecho a la salud a un nivel que va más allá de las demandas individuales por tratamientos o servicios y exige la rendición de cuentas al gobierno a un nivel de políticas más amplio.⁴³ La pregunta que debe plantearse, entonces, sería la siguiente: ¿cuál es la función apropiada que las cortes deben desempeñar, por ejemplo, al responsabilizar a los gobiernos por no asignar recursos de manera progresiva a la salud, ignorar compromisos legislativos en materia de acceso a la salud, o no cumplir adecuadamente con los mandatos del derecho internacional o constitucional? Por un lado, la intervención judicial puede tener un impacto significativo al impulsar el cumplimiento de intervenciones de salud que se estipularon por vía legislativa. Por otro lado, los tribunales no siempre poseen la capacidad de analizar o anticipar cómo los fallos sobre las distintas políticas implementadas podrían afectar involuntariamente las prioridades de salud. Es fundamental lograr un

equilibrio delicado entre un poder judicial pasivo y otro activo en exceso a fin de proteger los mecanismos de establecimiento de prioridades en salud y, al mismo tiempo, garantizar el derecho a esta.

Colombia promulgó la ley 1438 en enero de 2011 con el objetivo de fortalecer la estructura del sistema de salud. Esta ley ordenó la adopción de medidas necesarias para alcanzar la cobertura universal y buscó unificar los beneficios en un marco de sostenibilidad financiera. Con el objetivo de fortalecer el proceso de establecimiento de prioridades, la ley 1438 dictaminó el uso de métodos claros y transparentes para definir prioridades e involucrar a los actores de interés en este proceso.⁴⁴ Pero incluso así, las cortes colombianas profieren sentencias sobre un número incalculable de tutelas cada año, lo que plantea el siguiente interrogante; ¿cuál es la mejor forma de diseñar PBS alineados con el derecho a la salud y menos vulnerables a impugnaciones legales?

RECUADRO 4 T-760/08, Corte Constitucional (2008)

En la sentencia T-760, la Corte Constitucional de Colombia fue más allá de fallar a favor de los demandantes que interpusieron las 22 tutelas al exigir soluciones más amplias para las deficiencias generales que presentaba la normativa del sistema de salud. No obstante, cabe destacar que la Corte también reconoció las limitaciones del derecho a la salud y el acceso a los servicios. Sostuvo que el derecho a la salud no es ilimitado, y en varios casos, la Corte negó a un individuo acceso a un tratamiento o servicio requerido por este.³ Estos casos incluyen tutelas para solicitar tratamientos estéticos y de prevención de la obesidad antes de que la enfermedad ocasiona daños irreversibles para la vida o la integridad personal. La Corte estableció lo siguiente:

El plan de beneficios no tiene que ser infinito, sino que puede circunscribirse a cubrir las necesidades y prioridades de salud determinadas por los órganos competentes para asignar de manera eficiente los escasos recursos disponibles (3.5.1).

La Corte hizo hincapié en su confianza en las recomendaciones del médico tratante cuando este sugiere que se requiere un servicio de salud (4.4.2). Cuando existe un conflicto entre las opiniones del médico tratante y del Comité Técnico Científico de la entidad promotora de salud, “la decisión de un médico tratante de ordenar un medicamento excluido del POS, por considerarlo necesario para salvaguardar los derechos de un paciente, prevalece y debe ser respetada, salvo que el Comité Técnico Científico considere lo contrario basado en (i) conceptos médicos de especialistas en el campo en cuestión, y en (ii) un conocimiento completo y suficiente del caso específico en discusión” (4.4.4).

La Corte Constitucional de Colombia identificó las instancias en las que la falta de un plan obligatorio para cubrir un servicio de salud en particular negaría el derecho a la salud de un individuo:

(i)[L]a negación de servicios de salud viola o amenaza los derechos a la vida y la integridad personal de aquellos que los requieren.

(ii)[N]o se puede reemplazar el servicio por otro incluido en el plan obligatorio.

(iii)[E]l paciente no puede costear directamente el servicio ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio mediante otro plan diferente.

(iv) [E]l servicio médico fue ordenado por un profesional adscrito a la entidad responsable de prestar el servicio a aquellos que lo solicitan (4.4.3).

a. T-760/08 (2008).

Reducir la vulnerabilidad de los PBS ante demandas relacionadas con el derecho a la salud

La vulnerabilidad de los PBS frente a las demandas vinculadas al derecho a la salud varía ampliamente

entre los distintos países. Mientras algunos países han enfrentado una gran cantidad de demandas judiciales basadas en el derecho a la salud para acceder a un beneficio negado, otros han respetado ampliamente la legislación y la estructura del sistema de salud.⁴⁵ Asimismo, en los países en los que

previamente no se presentaban acciones judiciales en torno a la salud, se comenzaron a tratar los primeros casos impugnando los contenidos de los PBS.⁴⁶ Por lo tanto, en ambos casos es fundamental considerar la judicialización del derecho a la salud durante el diseño de los PBS para mantener la estabilidad e integridad de estos planes en caso de que se inicien acciones judiciales en su contra.

Garantizar que la toma de decisiones incorpora la ética y se basa en una metodología sólida

Ningún PBS puede cubrir todos los tratamientos, medicamentos, servicios o dispositivos existentes en el marco de un esquema de cobertura universal en salud, puesto que este esquema no sería razonable en términos financieros. Es probable que utilizar métodos claros, transparentes y precisos para determinar la inclusión y exclusión de servicios conceda mayor solidez a los fundamentos que se presentan ante un tribunal. Los gobiernos deberían aplicar estos métodos de forma rigurosa y sistemática en el establecimiento de prioridades, y recopilar documentación adecuada acerca de cómo se tomaron las decisiones. Esto contribuye a crear un registro en el que los tribunales puedan basarse para emitir fallos sin tener que cuestionar la legitimidad de una decisión de establecimiento de prioridades. Asimismo, cuando sea posible, se deben fundamentar estos métodos, así como también las decisiones de cobertura. Otro caso de Colombia, *Estrella Mórrigan vs. Coomeva EPS* (véase el Recuadro 5) pone de manifiesto lo que puede suceder en el sistema judicial cuando la decisión de negar acceso a un beneficio carece de una explicación exhaustiva y de una justificación clara. Respecto del caso en cuestión, por lo general, la comunidad médica considera a la labioplastia una cirugía genital cosmética.⁴⁷ No obstante, debido a la falta de información sobre los efectos de la hipertrofia de labios menores, la Corte ordenó revisar la decisión

de negar la cobertura del procedimiento a fin de evaluar el impacto que tiene esta enfermedad en la salud reproductiva y sexual.⁴⁸ Es evidente que cuando hay un incremento exponencial de las demandas relacionadas con el derecho a la salud, justificar las decisiones de cobertura puede resultar excesivamente costoso e ineficaz, e incluso en algunos casos, inviable. No obstante, en los casos en los que el poder judicial sostiene que el gobierno debería cubrir todos los beneficios a fin de garantizar el derecho a la salud, la defensa de los componentes del PBS requiere que se citen los métodos sólidos que se utilizaron para tomar decisiones de inclusión. La recomendación de un medicamento en particular que efectúa el médico que prescribe puede y debe ser contrastada con los argumentos de otro médico con igual formación que respaldan la exclusión del mismo medicamento.

Las decisiones de inclusión de los PBS también deberían considerar aspectos éticos vinculados a la asignación de recursos públicos escasos y las decisiones de equidad necesarias para diseñar un plan de beneficios. (Véase el Capítulo 13 para un análisis más detallado de los principios éticos y la inclusión). Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el ejercicio progresivo del derecho a la salud requiere que los estados utilicen la mayor cantidad de recursos disponibles para garantizar de manera eficiente y efectiva el más alto nivel posible de salud de la población.⁴⁹ Esto requiere alcanzar un equilibrio entre las necesidades de salud individuales y colectivas, en función de la capacidad de financiación de la salud pública de un país en particular.⁵⁰ Los casos en los que el poder judicial autoriza el reembolso de medicamentos costosos a unos pocos individuos podrían poner en riesgo el objetivo de alcanzar el más alto nivel posible de salud para todos. Esto se aplica especialmente a los casos en los que la decisión del poder judicial requiere el desvío de recursos públicos valiosos destinados a tratamientos de alta efectividad y bajo costo hacia servicios de baja prioridad y alto costo,⁵¹

sobre todo en el contexto de un proceso adecuado de establecimiento de prioridades. En los casos en los que los tribunales están dispuestos a reconocer la naturaleza de la asignación justa y equitativa de recursos públicos escasos, debe quedar claro que se tuvieron en especial consideración tanto los aspectos éticos como a los grupos más vulnerables y marginados. En 1997, la Corte Constitucional de Sudáfrica se negó a reconocer un derecho incondicional a la salud humana para todas las personas:

El estado debe gestionar sus recursos limitados a fin de dar respuesta a todas estas demandas. Habrá ocasiones en las que esto implicará adoptar un enfoque holístico para las necesidades del conjunto de la sociedad, en vez de

centrarse en las necesidades específicas de determinados individuos de la sociedad.⁵²

Incluso cuando los tribunales están dispuestos a reconocer la necesidad de asignar los escasos recursos públicos desde un punto de vista ético y de la eficiencia, es posible que consideren que es responsabilidad del gobierno probar que el financiamiento de un tratamiento esperado por un demandante implicaría desviar recursos de otro tratamiento esencial para la población en general. Por consiguiente, es clave la defensa del gobierno —esto es, demostrar que las decisiones se tomaron de manera justa, explícita y considerada, teniendo en cuenta las cuestiones financieras adecuadas—.

RECUADRO 5 Estrella Mórrigan vs. Coomeva EPS (T-310/10), 2010

En Colombia, a una mujer de 25 años le prescribieron una ninfoplastia (o labioplastia) para tratar una hipertrofia de labios menores. El procedimiento fue negado por el Comité Técnico Científico de la entidad promotora de salud (Coomeva EPS) a la que estaba afiliada, debido a que se consideró que este procedimiento no estaba incluido dentro de la cobertura del POS, el plan de beneficios en salud de Colombia financiado con recursos públicos, y no poseía un “objetivo funcional” (pág. 1). Estrella Mórrigan sostuvo que la negación de la labioplastia violó su derecho a la salud.^a Cuando decidió negar la tutela, el juzgado municipal señaló que el “procedimiento no es indispensable para el mejoramiento del estado de salud. No practicarlo no pone en riesgo la salud o vida digna. [...] Es más estético que funcional” (pág. 2).

En la apelación, la Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional consideró que la salud sexual y reproductiva son componentes esenciales del derecho a la salud de un individuo. No pudo establecer si el médico tratante y el Comité Técnico Científico habían investigado adecuadamente si la hipertrofia de labios menores afectaba gravemente la salud reproductiva y sexual de la demandante. Sostuvo que se debía evaluar el impacto de la enfermedad en la salud reproductiva y sexual de la accionante y autorizar el procedimiento si los efectos eran “graves” (pág. 7).

La Sala de Revisión no descarta que el médico que valoró a Estrella Mórrigan haya tenido en cuenta, específicamente, el impacto de su enfermedad en la salud reproductiva, por una parte, y en la salud sexual, por otra. Sin embargo, debido a la generalidad de su opinión, esta Sala no puede establecer con claridad si ese asunto fue o no considerado por el médico. Esta ausencia implica que la Corte, siguiendo su jurisprudencia, ha de tutelar el derecho a la salud de la accionante; pedir que sea valorada nuevamente, considerando en particular su salud sexual y, en caso de requerirse el servicio, ordenar que el mismo sea practicado (pág. 7)

a. *Estrella Mórrigan vs. Coomeva EPS (2010)*.

Diseñar políticas y normativas sólidas

El sistema legal de un país determina la función que desempeña el sistema judicial, así como el tribunal que tratará la demanda,⁵³ lo que a su vez puede influenciar el enfoque del sistema judicial para abordar demandas vinculadas al derecho a la salud.⁵⁴ Los sistemas de derecho civil típicamente se basan en una constitución escrita que detalla códigos específicos y define derechos y obligaciones básicos, mientras que los jueces son los encargados de aplicar este derecho.⁵⁵ En general, los tribunales no están obligados a seguir el precedente de las decisiones judiciales anteriores sobre asuntos similares, aunque es habitual que en la práctica lo tengan en cuenta.⁵⁶ Los sistemas de derecho civil poseen cortes constitucionales separadas,⁵⁷ como se observó en América Latina, región en la que se resuelven tutelas y amparos. A diferencia de los sistemas de derecho civil, en los sistemas de derecho consuetudinario tanto las leyes como las opiniones judiciales constituyen legislación vinculante. Los tribunales cumplen una función en la interpretación de las leyes; y, debido al impacto que pueden tener en la definición de leyes en los sistemas de derecho consuetudinario, se basan en el precedente para seguir decisiones judiciales previas en casos similares.⁵⁸ A modo de ejemplo, la mayoría de los países de América Latina se rigen por un sistema de derecho civil, mientras que los Estados Unidos, Inglaterra e India se basan en un sistema de derecho consuetudinario. Otros países, como Sudáfrica y Kenia, se rigen por una combinación de los dos sistemas. Por lo tanto, el efecto que puede tener una legislación y políticas sólidas varía en función del grado en el que los tribunales dependan de ellas; no obstante, los contenidos de las políticas y su impacto para lograr un desarrollo sólido y responsable de los PBS continuarán siendo fundamentales.

Revisar las opiniones judiciales sobre el derecho a la salud emitidas en el pasado y considerar cómo se toman las decisiones y cómo ha definido cada país

el derecho a la salud constituirá un requisito importante para implementar políticas y leyes sólidas, y para diseñar PBS de manera apropiada para que estén alineados con las circunstancias específicas de un país. En los casos en los que el derecho a la salud se ha interpretado de manera razonable según la legislación nacional y con la debida consideración de la asignación equitativa de recursos y del proceso de establecimiento de prioridades, garantizar que los contenidos y el financiamiento del PBS se alineen apropiadamente con esa interpretación puede ayudar a defender el derecho a la salud⁵⁹ y lograr que el PBS sea menos susceptible a demandas vinculadas a este derecho. Sin embargo, cabe destacar que en los casos en los que las decisiones judiciales no deben basarse en otras tomadas con anterioridad, es posible que las decisiones judiciales previas sobre el derecho a la salud no determinen necesariamente por sí solas cómo las cortes definirán este derecho en el futuro.

Si bien a menudo se define a los PBS como listas positivas de derechos, servicios y tratamientos, algunos sistemas también han diseñado listas negativas de exclusión. Por ejemplo, el Artículo 15 de la ley 1751 de Colombia dispone que el Ministerio de Salud y Protección Social de este país debe elaborar listas de beneficios incluidos y excluidos.⁶⁰ Algunos tribunales, incluyendo los de Colombia, han alegado que el hecho de que un beneficio no esté incluido es algo diferente y separado de la exclusión explícita, y que las listas explícitas de exclusión deben ser evaluadas en mayor profundidad a fin de garantizar el respeto del derecho a la salud de un individuo.⁶¹ No obstante, exigir el diseño de listas de exclusión explícita podría requerir que se tomen decisiones de inclusión y exclusión sobre *todos* los tratamientos y tecnologías disponibles —una tarea difícil considerando el escenario cambiante de los servicios y tratamientos disponibles—. Además, es posible que este carácter explícito no reconozca el valor de la discreción en un sistema bien regulado en el que un proceso confiable, funcional y riguroso de

establecimiento de prioridades guía el diseño, implementación y actualización de los PBS.

Instaurar un proceso de apelaciones previo a la revisión judicial

Durante la toma de decisiones importantes sobre los contenidos de un PBS, los legisladores también deberían considerar implementar un proceso formal que permita revocar dichas decisiones. Es probable que se soslayen servicios importantes o que los pacientes enfrenten dificultades para acceder a la atención que tienen derecho a recibir, por lo que se debe instaurar un proceso para que los individuos puedan reivindicar sus derechos e impugnar los contenidos del PBS. Si no se comienza por los tribunales, entonces, ¿por dónde?

Brindar la posibilidad de apelar una decisión antes de la revisión judicial de una decisión de exclusión podría no solo desviar casos de las cortes, sino incrementar la confianza de los tribunales en la forma en la que se toman las decisiones de inclusión y exclusión. Asimismo, estos procedimientos de apelaciones administrativas permitirán a los gobiernos recopilar datos primarios sobre dónde y cómo se podría fortalecer o corregir el proceso de diseño del plan de beneficios o su contenido. Los tribunales han evidenciado una tendencia a suscribir a un proceso justo y equitativo de establecimiento de prioridades. Por ejemplo, recientemente, la Corte Suprema de México no autorizó el reembolso del medicamento costoso Soliris (eculizumab) —que se emplea para el tratamiento de la hemoglobinuria paroxística nocturna, una enfermedad rara y potencialmente mortal— y ordenó a la comisión responsable de diseñar el PBS revisar la lista de medicamentos.⁶² Un proceso de apelación permite que se lleve a cabo una revisión independiente de una decisión de exclusión, implementando procesos que ya son transparentes, explícitos, metódicos, éticos y basados en evidencia, y que se utilizan para tomar la decisión inicial, tal como se recomendó en capítulos anteriores. El uso de árbitros independientes e

informados antes de la revisión judicial ha tenido éxito en otros contextos, tales como los tribunales de compensación de vacunas en los Estados Unidos, en los que el personal médico revisa una solicitud de compensación y brinda una recomendación a un asistente especial designado por el tribunal encargado de tomar una decisión que luego puede ser apelada en un tribunal civil.⁶³

Algunos países —de los cuales Inglaterra constituye uno de los ejemplos más representativos— permiten que se lleve a cabo una revisión independiente y que los actores de interés participen en el diseño del PBS. Por ejemplo, los individuos pueden apelar decisiones del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) —agencia de evaluación de tecnologías en salud de Inglaterra y Gales— si consideran que dicho organismo tomó una decisión injusta, se excedió en su competencia o efectuó una recomendación irracional en vista de la evidencia disponible.⁶⁴ Incluso después de que la comisión de apelaciones profiere su decisión, los individuos pueden buscar la revisión judicial de aquellas decisiones que consideran que se basan en procedimientos injustos, discriminatorios o irracionales.⁶⁵ Asimismo, la ley 1122 sancionada en Colombia en 2007 creó tribunales administrativos en la Superintendencia Nacional de Salud y les otorgó la facultad de la función jurisdiccional,⁶⁶ y en la actualidad, estos tribunales resuelven alrededor de 1500 casos por año.⁶⁷ No cabe duda de que la estructura de los procesos de apelación para impugnar el PBS varía de manera significativa en función del sistema judicial y los procesos legales de cada país. Asimismo, la decisión de implementar o no un proceso obligatorio de revisión independiente que filtre las impugnaciones antes de que se presenten ante los tribunales depende en gran medida de cada país. No obstante, en la mayoría de los contextos, la inclusión general de un proceso de revisión independiente podría contribuir a disminuir la vulnerabilidad de un PBS ante los litigios frecuentes y firmes basados en el derecho a la salud.

Involucrar al poder judicial en la conversación

En última instancia, es posible que los aportes del poder judicial sean necesarios para diseñar PBS que mejor contemplen el derecho constitucional a la salud y reduzcan la vulnerabilidad del plan frente a los litigios. La función que desempeña este derecho varía según el sistema de salud; y el grado en el que los países se basan en los derechos a la salud y los incorporan puede depender de su nivel de ingresos.⁶⁸ Además, en los casos en los que el sistema judicial de un país considera que la financiación pública de cada servicio es fundamental para la defensa del derecho a la salud, no existe cantidad apropiada de métodos, consideraciones éticas o procesos de apelación que pueda evitar que se interpongan demandas judiciales contra el PBS. En consecuencia, es fundamental comprender la perspectiva del sistema judicial.

El nivel de participación que se le asigna al sistema judicial varía según el país. Idealmente, designarle una función al sistema judicial en el proceso de toma de decisiones del PBS y garantizar que se sienta cómodo con dicho proceso, podría alentarle a considerar la interpretación más apropiada del derecho a la salud que permita lograr un equilibrio justo entre la prestación de tratamientos a un individuo y el derecho a la salud de toda la población en su conjunto, así como también las necesidades de los grupos más vulnerables y marginados. En un gran número de países de América Latina, incluyendo Brasil, Costa Rica y Uruguay, SaluDerecho (la iniciativa sobre establecimiento de prioridades, equidad y mandatos constitucionales) ha tenido éxito en involucrar al poder judicial en un enfoque en el que participan múltiples actores de interés para evaluar la judicialización del derecho a la salud. La iniciativa SaluDerecho “ha logrado mejoras en la participación, transparencia y rendición de cuentas entre los actores de interés, lo que influye en los cambios institucionales y organizacionales” para comprender las demandas vinculadas al derecho a la

salud desde la perspectiva de un enfoque basado en los derechos humanos.⁶⁹ Fomentar la participación del poder judicial ha logrado que los jueces accedan a información sobre medicina basada en evidencia y ha fortalecido el proceso de toma de decisiones que se lleva a cabo durante el diseño de un PBS.⁷⁰ Además de promover la comunicación interna dentro del país, es posible que la asistencia que brindan las organizaciones internacionales de salud para orientar el diálogo sobre la mejor forma de equilibrar los derechos individuales a la salud y el derecho social a esta a nivel poblacional cumpla una función esencial.⁷¹

Conclusiones

El poder judicial desempeña un papel fundamental en la defensa del derecho a la salud, dado que además de garantizar a los ciudadanos el acceso a servicios sanitarios que tienen derecho a recibir, procura que las decisiones de inclusión en el PBS que el gobierno tome sean justas y adecuadas. Cuando el poder judicial ordena al gobierno financiar servicios de baja prioridad y de alto costo, esto podría causar un desvío de recursos crítico para el PBS, lo que puede poner en riesgo la estabilidad del plan de beneficios en su totalidad. Una adecuada consideración del derecho a la salud y de la judicialización del derecho a la salud durante el diseño de los PBS le permitiría a los responsables de formular políticas minimizar, o al menos disminuir, la vulnerabilidad de los planes ante las demandas relacionadas con el derecho a la salud.

Referencias

Fuentes de información

- Afonso da Silva, Virgílio, and Fernanda Vargas Terrazas. 2011. "Claiming the Right to Health in Brazilian Courts: The Exclusion of the Already Excluded?" *Law and Social Inquiry* 36 (4): 825-53. doi:10.1111/j.1747-4469.2011.01252.x.
- Biehl, João, Mariana P. Socal, and Joseph J. Amon. 2016. "The Judicialization of Health and the Quest for State Accountability: Evidence from 1,262 Lawsuits for Access to Medicines in Southern Brazil." *Health and Human Rights Journal* 18(1): 209-20.
- Constitution of Brazil. 1988. "Brazil's Constitution of 1988 with Amendments through 2014." Translated by Keith S. Rosenn. Constitute Project. www.constituteproject.org/constitution/Brazil_2014.pdf.
- Constitution of Colombia. 1991. "Colombia's Constitution of 1991 with Amendments through 2005." Translated by Marcia W. Coward, Peter B. Heller, Anna I. Vellve Torras, and the Max Planck Institute. Constitute Project. www.constituteproject.org/constitution/Colombia_2005.pdf.
- Constitution of Latvia. 1991. "Latvia's Constitution of 1922, Reinstated in 1991, with Amendments through 2007." Constitute Project. www.constituteproject.org/constitution/Latvia_2007.pdf.
- Constitution of Kenya. 2010. "Kenya's Constitution of 2010." Constitute Project. www.constituteproject.org/constitution/Kenya_2010.pdf?lang=en.
- Constitution of South Africa. 1996. "South Africa's Constitution of 1996 with Amendments through 2012." Constitute Project. www.constituteproject.org/constitution/South_Africa_2012.pdf?lang=en).
- Cubillos, Leonardo, Maria-Luisa Escobar, Sebastian Pavlovic, and Roberto Iunes. 2012. "Universal Health Coverage and Litigation in Latin America." *Journal of Health Organization and Management* 26 (3): 390-406. doi:10.1108/14777261211239034.
- Daniels, Norman, Sofia Charvel, Adriane H. Gelpi, Thalia Porteny, and Julian Urrutia. 2015. "Role of the Courts in the Progressive Realization of the Right to Health: Between the Threat and the Promise of Judicialization in Mexico." *Health Systems and Reform* 1 (3): 229-34. doi:10.1080/23288604.2014.1002705.
- Dittrich, Rebecca, Leonardo Cubillos, Lawrence O. Gostin, Kalipso Chalkidou, and Ryan Li. 2016. "The International Right to Health: What Does It Mean in Legal Practice and How Can It Affect Priority Setting for Universal Health Coverage?" *Health Systems and Reform* 2 (1): 23-31. doi:10.1080/23288604.2016.1124167.
- Dittrich, Rebecca. 2016. "Healthcare Priority Setting in the Courts: A Reflection on Decision-Making When Healthcare Priority Setting Is Brought to Court." Working Paper, version 2. International Decision Support Initiative (iDSI).
- Escobar, María-Luisa, Leonardo Cubillos, and Roberto Iunes. 2015. "Looking for Evidence of the Impact of Introducing a Human Rights-Based Approach in Health: The SaluDerecho Experience." *Health and Human Rights Journal* 17 (2): 57-70.
- Ferraz, Octavio Luiz Motta. 2009. "The Right to Health in the Courts of Brazil: Worsening Health Inequities?" *Health and Human Rights* 11 (2): 33-45. doi:10.2307/25653101.
- . 2011. "Brazil: Health Inequalities, Rights, and Courts: The Social Impact of the Judicialization of Health." In Yamin and Gloppen, *Litigating Health Rights*, 76-102.
- . 2016. "Letter to the Editor: Moving the Debate Forward in Right to Health Litigation." *Health and Human Rights Journal, Perspectives*. www.hhrjournal.org/2016/12/letter-to-the-editor-moving-the-debate-forward-in-right-to-health-litigation/.
- Flood, Colleen M., and Aeyal Gross. 2014. "Litigating the Right to Health: What Can We Learn from a Comparative Law and Health Care Systems Approach." *Health and Human Rights Journal* 2 (16): 62-72.
- Gideon, Ursula, and Manuela Villar Uribe. 2009. "Colombia's Universal Health Insurance System." *Health Affairs* 28 (3): 853-63. doi:10.1377/hlthaff.28.3.853.
- Gloppen, Siri. 2008. "Litigation as a Strategy to Hold Governments Accountable for Implementing the Right to Health." *Health and Human Rights Journal* 10 (2): 21-36.
- Goodman, Michael P. 2009. "Female Cosmetic Genital Surgery." *Obstetrics & Gynecology* 113 (1): 154-59. doi:10.1097/AOG.0b013e318190c0ea.
- Gostin, Lawrence O., and Devi Sridhar. 2014. "Global Health and the Law." *New England Journal of Medicine* 370 (18): 1732-40. doi:10.1056/NEJMr1314094.
- Heymann, Jody, Adèle Cassola, Amy Raub, and Lipi Mishra. 2013. "Constitutional Rights to Health, Public Health and Medical Care: The Status of Health Protections in 191 Countries." *Global Public Health* 8 (6): 639-53. doi:10.1080/17441692.2013.810765.
- Hogerzeil, Hans V., Melanie Samson, and Jaume Vidal Cassanovas. "Ruling for Access: Leading Court

- Cases in Developing Countries on Access to Essential Medicines as Part of the Fulfillment of the Right to Health.” Department of Essential Drugs and Medicines Policy, World Health Organization, 2004.
- Lopes, Luciane Cruz, Silvio Barberato-Filho, Augusto Chad Costa, and Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro. 2010. “Rational Use of Anticancer Drugs and Patient Lawsuits in the State of São Paulo, Southeastern Brazil.” *Rev Saude Publica* 44 (4): 1–9. doi:10.1590/S0034-89102010000400005.
- Machado, Marina Amaral de Ávila, Francisco de Assis Acurcio, Cristina Mariano Ruas Brandão, Daniel Resende Faleiros, Augusto Afonso Guerra Jr., Mariângela Leal Cherchiglia, and Eli Iola Gurgel Andrade. 2011. “Judicialization of Access to Medicines in Minas Gerais State, Southeastern Brazil.” *Rev Saude Publica* 45 (3): 1–7. doi:10.1590/S0034-89102011005000015.
- Mora, Daniel Alzate. 2014. “Health Litigation in Colombia: Have We Reached the Limit for the Judicialization of Health?” *Health and Human Rights Journal, Perspectives*. www.hhrjournal.org/2014/09/health-litigation-in-colombia-have-we-reached-the-limit-for-the-judicialization-of-health/.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). “Appeals.” NICE Technology Appraisal and Highly Specialized Technologies Appeals. www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-technology-appraisal-guidance/technology-appraisal-and-highly-specialised-technologies-appeals.
- Norheim, Ole Frithjof, and Bruce M. Wilson. 2014. “Health Rights Litigation and Access to Medicines: Priority Classification of Successful Cases from Costa Rica’s Constitutional Chamber of the Supreme Court.” *Health and Human Rights Journal* 16 (2): 47–61.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. 1966. “The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.” New York: United Nations. www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx.
- Office of the High Commissioner for Human Rights and World Health Organization. 2008. “The Right to Health.” Human Rights Fact Sheet No. 31. New York: United Nations. www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf.
- Perehudoff, Katrina, Brigit C. Toebes, and Hans V. Hogerzeil. 2016. “A Human Rights-Based Approach to the Reimbursement of Expensive Medicines.” *World Health Organization Bulletin* 94 (12): 935–36. doi:10.2471/BLT.15.166371.
- Petramale, C. 2016. “Brazil: Right to Health or a Strategy to Bypass the Regulation of New Drugs?” PowerPoint presentation at HTAi (Health Technology Assessment international), Tokyo, May.
- Rodriguez-Monguio, Rosa, and Alberto Infante Campos. 2004. “Universal Health Care for Colombians 10 Years after Law 100: Challenges and Opportunities.” *Health Policy* 68: 129–42. doi:10.1016/j.healthpol.2003.10.004.
- Rumbold, Benedict, Rachel Baker, Octavio Ferraz, Sarah Hawkes, Carleigh Krubiner, Peter Littlejohns, Ole F. Norheim, et al. 2017. “Universal Health Coverage, Priority Setting, and the Human Right to Health.” *The Lancet Online*: 1–3. doi:10.1016/S0140-6736(17)30931-5.
- Tantivess, Sripen and Viroj Tangcharoensathien. 2016. “Coverage Decisions and the Court: A Public Health Perspective on Glucosamine Reimbursement in Thailand.” *Health Systems and Reform* 2 (2): 106–11. doi:10/10802328860420161128514.
- Todos Por Un Nuevo País. 2016. “Función Jurisdiccional.” www.supersalud.gov.co/es-co/delegadas/jurisdiccional-y-conciliaci%C3%B3n/funcion-jurisdiccional.
- United Nations. 1948. “Universal Declaration of Human Rights.” www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html.
- United Nations Economic and Social Council. 2000. “General Comment no. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant).” United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. www.refworld.org/docid/4538838d0.html.
- University of California Berkeley, School of Law. n.d. “The Common Law and Civil Law Traditions.” www.law.berkeley.edu/library/robbins/pdf/CommonLawCivilLawTraditions.pdf.
- U.S. Department of Health and Human Services. 2017. “National Vaccine Injury Compensation Program.” Washington, DC: Department of Health and Human Services. www.hrsa.gov/vaccinecompensation/.
- Vargas-Zea, Nicolás, Hector Castro, Fredy Rodríguez-Páez, Diana Téllez, and Ricardo Salazar-Arias. 2012. “Colombian Health System on Its Way to Improve Allocation Efficiency—Transition from a Health Sector Reform to the Settlement of an HTA Agency.” *Values in Health Regional Issues* 1: 218–22. doi:10.1016/j.vhri.2012.09.004.

- Ventura, Miriam, Luciana Simas, Vera Lúcia Edais Pepe, and Fermin Roland Schramm. 2010. "Judicializacao da saude, acesso a justica e a efetividade do direito a saude [Judicialization of the right to health, access to justice and the effectiveness of right to health]." *Revista de Saude Coletiva* 20 (1): 77–100. doi:10.1590/S0103-73312010000100006.
- Wang, Daniel Liang Wei. 2013. "Can Litigation Promote Fairness in Healthcare? The Judicial Review of Rationing Decisions in Brazil and England." Ph.D. dissertation. London: London School of Economics.
- Wilson, Bruce M. 2011. "Costa Rica: Health Rights Litigation: Causes and Consequences." In Yamin and Gloppen, *Litigating Health Rights*, 132–54.
- World Bank Group. 2016. "Key Features of Common Law or Civil Law Systems." Washington, DC: World Bank. <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/legislation-regulation/framework-assessment/legal-systems/common-vs-civil-law>.
- World Health Organization (WHO). 2006. "Constitution of the World Health Organization." Geneva: WHO. www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- Yamin, Alicia Ely. 2005. "The Right to Health under International Law and Its Relevance to the United States." *American Journal of Public Health* 95 (7): 1156–61. doi:10.2105/AJPH.2004.055111.
- . 2014. "Promoting Equity in Health: What Role for Courts?" *Health and Human Rights Journal* 2 (16): 1–9.
- Yamin, Alicia Ely, and Siri Gloppen, eds. 2011. *Litigating Health Rights*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Yamin, Alicia Ely, and Oscar Parra-Vera. 2009. "How Do Courts Set Health Policy? The Case of the Colombian Constitutional Court." *PLoS Medicine* 6 (2): 147–50. doi:10.1371/journal.pmed.1000032.
- . 2010. "Judicial Protection of the Right to Health in Colombia: From Social Demands to Individual Claims to Public Debates." *Hastings International and Comparative Law Review* 33 (2): 101–30.
- Zuniga, Jose M., Stephen P. Marks, and Lawrence O. Gostin, eds. 2013. *Advancing the Human Right to Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Zweigert, Konrad, and Hein Koetz. 1998. "Law-Finding and Procedure in Common Law and Civil Law." In *Introduction to Comparative Law*, 3rd ed., edited by Konrad Zweigert and Hein Koetz (Oxford: Oxford University Press), 246–74.
- Corte de Justicia de la Nacion [Mexican Supreme Court], Mexico. September 17.
- Case 42755708. 2010. A02405-10/18. District Court of Administrative Cases, Latvia. June 2. Translated by Lawyers Collective (New Delhi, India) and partners for the Global Health and Human Rights Database. www.globalhealthrights.org.
- Edward Hernandez v. Fondo Nacional de Recursos*. [National Monetary Fund]. 2011. Decision No. 393/2011 Tribunal de Apelaciones en lo Civil de Segundo Turno [Second Chamber of the Court of Civil Appeals], Montevideo. December 21. Trans. Lawyers Collective (New Delhi, India) and partners for the Global Health and Human Rights database. www.globalhealthrights.org
- Eisai Limited and The National Institute for Health and Care Excellence and the Alzheimer's Society and Shire Pharmaceutical Limited*. 2007. CO/85/2007. High Court of Justice Queen's Bench Division Administrative Court, England. August 10.
- Estrella Mórrigan v. Coomeva EPS*. 2010. Case T-310/10, Corte Constitucional [Constitutional Court], Sala Primera de Revisión [First Review Court]. M.P.: María Victoria Calle Correa, Sentencia T-310/10, Colombia. April 30. Translated by the Lawyers Collective (New Delhi, India) and partners for the Global Health and Human Rights Database. www.globalhealthrights.org.
- Gila Louzon v. Government of Israel*. 2005. HCJ 4013/05. Supreme Court Sitting as the High Court of Justice, Israel. August 8. Translation provided by Lawyers Collective (New Delhi, India) and partners for the Global Health and Human Rights Database. www.globalhealthrights.org.
- Law 1122. 2007. El Congreso de Colombia (Colombian Congress). http://legal.legis.com.co/document?obra=rlaboral&document=rlaboral_7680752a7f6d404ce0430a010151404c.
- Law 1751. 2015. El Congreso de Colombia (Colombian Congress). Bogotá: Ministry of Health and Social Protection. www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.
- Minister of Health v. Treatment Action Campaign (No 2)*. 2002. ZACC 15; 2002 (5) SA 721; 2002 (10) BCLR 1033. Constitutional Court, South Africa. July 5. Global Health and Human Rights Database. www.globalhealthrights.org.
- Ms. Vera Salazar Navarro v. Caja Costarricense de Seguro Social*. 2001. 01-0090007-CO. Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia [Constitutional Chamber of the Supreme Court of Justice], Costa Rica. September 26. <https://vlex.co.cr/vid/-498423898?ga=2.58789165.126941346.1495133543-774767361.1495133500>.

Casos legales

Amparo en Revision [Motion for review in the Amparo trial]. 2014. 350/2014. Segunda Sala de la Suprema

Sentencia C 313 de 2014 (Ruling C-313 of 2014). 2014. Corte Constitucional [Constitutional Court], Colombia. www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm.

Soobramoney v. Minister of Health. 1997. Case CCT 32/97, [1997] ZACC 17; 1998 (1) SA 765 (CC); 1997 (12) BCLR 1696. Constitutional Court, South Africa. November 27. Global Health and Human Rights Database. www.globalhealthrights.org.

State of Mato Grosso v. Marina de Almeida Andrade. 2005. RE 400040/MT. Supremo Tribunal Federal [Federal Supreme Court], Brazil. June 20. No translation provided, Global Health and Human Rights Database. www.globalhealthrights.org.

T-760/08. 2008. Corte Constitucional [Constitutional Court], Sala Segunda de Revisión [Second Court of Review]. M.P.: Manuel José Cepeda Espinoza, *Sentencia T-760/08* Colombia. July 30. Edited and translated by the Global Health and Human Rights Database. www.globalhealthrights.org.

Notas finales

1. Ferraz (2009).
2. *Ibid.*
3. Yamin (2014); and Yamin and Parra-Vera (2009).
4. Ferraz (2016); and Cubillos and others (2012).
5. Gloppen (2008); see, for example, *T-760* (2008).
6. See, for example, *Edward Hernandez v. Fondo Nacional de Recursos* (2011).
7. Yamin and Gloppen (2011).
8. Norheim and Wilson (2014).
9. United Nations Economic and Social Council (2000), quoting General Comment no. 14.
10. Rumbold and others (2017).
11. Office of the High Commissioner for Human Rights and World Health Organization (2008); and Yamin (2005).
12. United Nations (1948).
13. Office of the High Commissioner for Human Rights (1966); WHO (2006); and United Nations Economic and Social Council (2000).
14. Gostin and Sridhar (2014); and Zuniga, Marks, and Gostin (2013).
15. Heymann and others (2013).
16. See, for example, *Gila Louzon v. Government of Israel* (2005).
17. Cubillos and others (2012).
18. Ferraz (2011).
19. Norheim and Wilson (2014).
20. *Ibid.*
21. Ferraz (2016).
22. Machado and others (2011).
23. Wang (2013); and Ventura and others (2010).
24. Wilson (2011); Wang (2013); Afonso da Silva and Terrazas (2011); and Lopes and others (2010).

25. Petramale (2016).
26. Afonso da Silva and Terrazas (2011).
27. Machado and others (2011).
28. Biehl and others (2016).
29. *Ibid.*
30. *Ibid.*
31. Rumbold and others (2017).
32. Yamin and Gloppen (2011); see, for example, *State of Mato Grosso v. Marina de Almeida Andrade* (2005); and Hogerzeil, Samson, and Cassanova (2004).
33. Rosa and Alberto (2004).
34. Giedion and Uribe (2009), Yamin and Parra-Vera (2009).
35. Mora (2014).
36. Yamin and Parra-Vera (2009).
37. Mora (2014).
38. Yamin and Parra-Vera (2010).
39. Yamin and Parra-Vera (2009).
40. *Ibid.*
41. Rosa and Alberto (2004).
42. Yamin and Parra-Vera (2010).
43. *Ibid.*
44. Vargas-Zea and others (2012).
45. See, for example, *Gila Louzon v. Government of Israel* (2005); *Case 42755708* (2010); and Mora (2014).
46. Tantivess and Tangcharoensathien (2016).
47. Goodman (2009).
48. *Estrella Mórrigan v. Coomeva* (2010).
49. Pehudoff, Toebes, and Hogerzeil (2016).
50. Flood and Gross (2014).
51. Ferraz (2009).
52. *Soobramoney v. Minister of Health* (1997, section 31).
53. Yamin (2014).
54. Dittrich (2016).
55. Zweigert and Kotz (1998); World Bank Group (2016).
56. *Ibid.*
57. World Bank Group (2016).
58. University of California Berkeley, School of Law (n.d.).
59. Rumbold and others (2017).
60. Law 1751 (2015).
61. *Sentencia C-313/14* (2014).
62. Daniels and others (2015); *Amparo en Revision 350/2014* (2014).
63. U.S. Department of Health and Human Services (2017).
64. NICE (n.d.).
65. *Eisai Limited* (2007).
66. Law 1122 (2007).
67. Todos Por Un Nuevo País (2016).
68. Flood and Gross (2014).
69. Escobar, Cubillos, and Iunes (2015, p. 68).
70. Escobar, Cubillos, Iunes (2015).
71. Petramale (2016).

COMENTARIO DEL FORMULADOR DE POLÍTICAS

El plan garantizado de beneficios en salud de Chile enfrenta desafíos políticos

Antonio Infante

En pocas palabras: En Chile, el sistema de salud garantiza un plan de servicios esenciales, pero debe enfrentar distintas presiones para que se amplíen los beneficios, traspasando los niveles de sostenibilidad.

A principios de siglo, muchos chilenos expresaron su insatisfacción con el sistema de salud del país compuesto por dos niveles. Una minoría (alrededor del 15 por ciento) conformada por chilenos sanos y con recursos económicos recibía atención en salud a través de aseguradoras y prestadores privados, conocidos como ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional), mientras que la mayoría de los ciudadanos (cerca del 75 por ciento de la población) estaba afiliada a la aseguradora pública que se conoce como FONASA (Fondo Nacional de Salud). (La población restante, alrededor del 10 por ciento, recibía atención a través de las Fuerzas Armadas o carecía de cobertura). FONASA brindaba una cobertura subsidiada y casi universal, pero a raíz de las limitaciones en los recursos, a menudo, ofrecía una atención deficiente y se generaban largas listas de espera. Esta segmentación de la población por ingresos y riesgos generó profundas desigualdades en los resultados

en salud. Por ejemplo, las mujeres chilenas que no habían recibido educación tenían un 6,6 más de probabilidades de morir de cáncer de la vesícula biliar y un 4,9 más de probabilidades de morir de cáncer cervical en comparación con sus compatriotas que contaban con estudios universitarios.¹

Los gobiernos anteriores enfrentaron objeciones políticas en su relación con el sistema de salud, lo que generó huelgas de médicos y un fuerte rechazo del poderoso Colegio Médico de Chile. Los líderes chilenos habían observado que los esfuerzos de otros países para reformar el sistema de salud se postergaron y fracasaron —los Estados Unidos y los esfuerzos que implementó la administración Clinton constituyen uno de los ejemplos más representativos—. El presidente de Chile Ricardo Lagos era plenamente consciente de que llevar a cabo una reforma de salud crearía un escenario políticamente complejo. No obstante, Lagos consideraba que la reforma de salud

era necesaria y decidió llevarla a cabo a pesar de los cambios políticos inevitables que se producirían como resultado.²

Las políticas de la reforma de salud

Fue necesario llevar a cabo un proceso cuidadoso y bien diseñado para elaborar un plan de reforma del sector salud que beneficiara a los ciudadanos y, al mismo tiempo, evitara y neutralizara la oposición política que podría socavar la iniciativa en su totalidad. En el 2000, Lagos eligió al Dr. Hernán Sandoval, un amigo cercano y colega, para liderar el proceso de reforma a través de la creación de una Comisión Interinstitucional de Salud. Con el objetivo de informar el diseño, Sandoval se comunicó con el ex asesor de Hillary Clinton, David Michaels, para obtener más información sobre su fallido intento de reforma. Gracias a este intercambio, Sandoval comprendió que, para que el proceso de reforma tuviera éxito, este debía incluir desde el comienzo a políticos y a grupos de interés político, y no solo a expertos técnicos. A fin de obtener una amplia aceptación social, la reforma debía ofrecer beneficios a todos los chilenos y no solo a los individuos más desfavorecidos.³

Por consiguiente, Sandoval buscó asesoramiento técnico y, al mismo tiempo, solicitó la opinión del público. En las primeras fases del proceso, la Comisión de Salud convocó grupos focales y realizó talleres en los que participaron las partes interesadas a nivel nacional, incluyendo el Colegio Médico de Chile, con el objetivo de comprender mejor sus prioridades y preocupaciones. Luego, cuando se dieron a conocer los lineamientos generales de la propuesta de la reforma surgieron debates en el congreso y en los medios de comunicación que fomentaron la participación del público.⁴

La reforma propuesta se centraba en la implementación de un plan de beneficios en salud conocido como AUGE (Acceso Universal con Garantías

Explícitas) cuyo objetivo era brindar acceso equitativo a toda la población para un conjunto de problemas de salud. La priorización de las enfermedades que se incluirían en esta lista se basó en dos criterios: (1) su relación con la carga de enfermedad de Chile y (2) la costo-efectividad de las posibles soluciones asociadas a estas. Para el conjunto de patologías priorizadas, la reforma garantizaba no solo un acceso justo a los tratamientos, sino también oportunidad, calidad de la atención y protección financiera tanto en los sectores públicos como privados. Las enfermedades priorizadas se seleccionarían a través de un proceso técnico participativo, que conjugaba el asesoramiento de actores claves con análisis técnicos de la carga de enfermedad, la capacidad del sistema de salud y la costo-efectividad. Las condiciones no priorizadas seguirían recibiendo subsidios públicos, pero continuarían en el sistema vigente, en el que la prestación de los servicios estaba sujeta a criterios de racionamiento implícito a través de listas de espera.

Las encuestas realizadas sugirieron una amplia aceptación pública de la reforma,⁵ incluso cuando el proyecto de esta y el proceso de priorización posterior suscitaron un intenso debate en el sector salud. No obstante, el concepto mismo de “priorización” generó controversias entre los actores clave. Algunos grupos de apoyo reconocieron que la priorización constituía un prerrequisito para brindar a los segmentos más pobres y marginados de la población un acceso más equitativo a los servicios de salud. Mientras que otras personas expresaron su desacuerdo; los críticos, por ejemplo, afirmaron que la priorización simplemente utilizaba los mismos criterios con un nombre diferente y que pospondría la atención médica para quienes tuvieran la mala suerte de contraer una condición no priorizada. Sostenían que, en su lugar, el gobierno simplemente debía incrementar la asignación de recursos disponibles al sector público de modo que todas las personas pudieran acceder a los tratamientos que necesitaban.

Además, como se esperaba, el Colegio Médico presentó una fuerte oposición a la reforma. Los médicos (y las ISAPRES) temían que brindar una mejor atención en el sector público alejaría a la clientela del sector privado y afectaría su situación financiera. Asimismo, se opusieron a los protocolos y guías clínicas de la reforma porque consideraban que constituían una potencial amenaza para su autonomía profesional. La aceptación pública permitió al presidente Lagos y a Sandoval seguir adelante con la reforma a pesar de las objeciones planteadas por los detractores de la iniciativa.

Una década con una mejor salud

Una década más tarde, es evidente el impacto que ha tenido el proceso de reforma del AUGE. Tanto los sistemas públicos como privados lograron un cumplimiento casi perfecto del mandato legal, garantizando un acceso oportuno y equitativo a una atención de alta calidad para las condiciones garantizadas. Como resultado de esto, más familias chilenas actualmente poseen acceso a tratamientos que antes estaban restringidos al sector de la sociedad con el mayor poder adquisitivo. Entre 2005 y 2008, por ejemplo, la cobertura del tratamiento de cinco condiciones crónicas cubiertas por el AUGE aumentó drásticamente entre los beneficiarios afiliados a la aseguradora pública FONASA —de un 27 por ciento a un 39 por ciento para la hipertensión; de un 44 por ciento a un 65 por ciento para la diabetes tipo 2; de un 67 por ciento a un 100 por ciento para la diabetes tipo 1; de un 16 por ciento a un 36 por ciento para la epilepsia infantil; y de un 20 por ciento a un 30 por ciento para la depresión—. ⁶ Asimismo, el AUGE contribuyó a proteger financieramente a los pacientes, dado que entre 2005 y 2014 la proporción de gastos de bolsillo (que representa un porcentaje del gasto total en salud) disminuyó de un 42 por ciento a un 32 por ciento. ⁷ Incluso así, Chile se sitúa

entre los países con gastos de bolsillo más altos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE); por lo tanto, este aspecto merece mayor atención por parte del gobierno.

Tal vez, el impacto más relevante de la reforma es que parece haber mejorado la salud de los chilenos. Un acceso temprano a los cuidados preventivos parece haber ayudado a reducir la carga de enfermedades crónicas entre 2002 y 2006. Más específicamente, se registró una disminución del 11 por ciento en la tasa de letalidad por hipertensión y del 48 por ciento por diabetes tipo 1, así como también disminuciones simultáneas en la hospitalización. ⁹ Los investigadores también han documentado una caída en la mortalidad por enfermedades comunes, que probablemente se deba a una mayor calidad en la atención; por ejemplo, el riesgo de muerte un año después de un infarto agudo de miocardio disminuyó en un 50 por ciento entre el período previo a la implementación del AUGE y el período posterior, debido a que los pacientes recibían la farmacoterapia recomendada, tanto durante la hospitalización como después del alta hospitalaria. ¹⁰

¿Cuál es el futuro de las condiciones no garantizadas?

El éxito del proceso de reforma del AUGE requirió de una amplia aceptación social, que se consiguió a través de la participación de todos los actores de interés del país y de los líderes políticos del gobierno. No obstante, el esquema presenta limitaciones que el gobierno debe abordar.

Los desafíos más relevantes en términos políticos se relacionan con la estructura misma del AUGE: un conjunto de condiciones priorizadas, con condiciones no priorizadas incluidas en la cobertura pero que no están sujetas a garantías de oportunidad o calidad. Esta estructura ha resultado ser un arma de doble filo. Por un lado, el hecho de que ninguna

condición se excluyera explícitamente de la cobertura permitió generar una mayor aceptación de la política, lo que ayudó a neutralizar las objeciones más comunes relacionadas con la equidad y los derechos éticos y legales de los pacientes. Por otro lado, los tiempos de espera prolongados para las condiciones no priorizadas crean tensiones constantes en el sistema de salud y disminuyen la satisfacción del público en general. Asimismo, debido a las listas de espera, el gobierno enfrenta presiones para ampliar el alcance de las garantías para un número aún mayor de condiciones, lo que representa un riesgo para la capacidad del sistema de salud y su solvencia fiscal. Quizás sea inviable resolver definitivamente estas tensiones, lo que resalta la importancia de implementar procesos justos, transparentes y basados en evidencia para gestionar las presiones políticas que podrían surgir durante cualquier revisión adicional de la lista de garantías.

Referencias

- Aguilera, Ismael, Antonio Infante, Héctor Ormeño, and Carlos Urriola. 2015. *Chile: Implementation of the Universal Access with Explicit Guarantees (AUGE) Reform*. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/187657/1/WHO_HIS_HGF_CaseStudy_15.3_eng.pdf?ua=1.
- Bitrán, Ricardo, Liliana Escobar, and Patricia Gassibe. 2010. "After Chile's Health Reform: Increase in Coverage and Access, Decline in Hospitalization and Death Rates." *Health Affairs* 29 (12): 2161–70. doi:10.1377/hlthaff.2010.0972.
- Bitrán y Asociados. 2008. *The Politics of the AUGE Health Reform in Chile: A Case Study*. Washington, DC: Results for Development Institute. www.r4d.org/knowledge-center/politics-auge-health-reform-chile-case-study.
- Escobar, Liliana, and Ricardo Bitrán. 2014. "Chile: Explicit Health Guarantees (GES)." In *Health*

Benefit Plans in Latin America: A Regional Comparison, edited by Ursula Giedion, Ricardo Bitrán, and Iñez Tristao (Washington, DC: Inter-American Development Bank), 43–75. <http://publications.iadb.org/handle/11319/6484>.

- Nazzal, Carolina, Patricia Frenz, Faustino T. Alonso, and Fernando Lanás. 2016. "Effective Universal Health Coverage and Improved 1-Year Survival after Acute Myocardial Infarction: The Chilean Experience." *Health Policy and Planning* 31 (6): 700–705. doi:10.1093/heapol/czv120.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2015. "OECD Health Statistics 2014: How Does Chile Compare?" Paris: OECD. www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014.pdf.
- World Health Organization (WHO). 2017. "Out-of-Pocket Health Expenditure (% of Total Expenditure on Health) | Data." WHO Global Health Expenditure database. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.TO.ZS?locations=CL>.

Notas finales

1. Aguilera and others (2015).
2. Bitrán y Asociados (2008).
3. Ibid.
4. Escobar and Bitrán (2014).
5. Ibid.
6. Bitrán, Escobar, and Gassibe (2010).
7. WHO (2017).
8. OECD (2015).
9. Bitrán, Escobar, and Gassibe (2010).
10. Nazzal and others (2016).

RECURSOS ADICIONALES



La **International Decision Support Initiative (iDSI)** es una alianza global entre instituciones gubernamentales, universidades y centros de pensamiento destacados que tiene como objetivo brindar apoyo coordinado a los responsables de políticas para los procesos de priorización en la cobertura universal en salud. La iDSI proporciona productos de conocimientos y asistencia práctica orientada hacia la demanda para ayudar a que tanto los responsables de políticas como los donantes puedan tomar mejores decisiones y lograr mejorar la salud. Forman parte de esta alianza innovadora el Global Health and Development Group del Imperial College London, el Center for Global Development, el programa tailandés Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) y la institución de Sudáfrica Priority Cost Effective Lessons for Systems Strengthening South Africa (PRICELESS SA). La iDSI recibe fondos de la Fundación Bill y Melinda Gates, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido y la Fundación Rockefeller. www.idsihealth.org

Imperial College London

El **Global Health and Development Group** se unió al **Imperial College** London en septiembre de 2016 como un organismo con una estructura de pago por servicio sin fines de lucro radicado en el Centre for Health Policy del Institute of Global Health Innovation. Su equipo conformado por economistas y expertos en salud global busca mejorar la salud en el mundo a través de un uso más efectivo y equitativo de los recursos. Su intención es proporcionar asesoramiento y asistencia práctica a gobiernos, pagadores de salud, médicos, académicos, entre otros organismos locales, para que puedan fortalecer la capacidad de desarrollar políticas en salud basadas en evidencia, y diseñar y utilizar métodos y procesos que permitan poner en práctica esta capacidad en el contexto local de su país. www.imperial.ac.uk/centre-for-health-policy/our-work/global-health-and-development-group/



El **Center for Global Development (CGD)** o Centro para el Desarrollo Global trabaja para reducir la pobreza y la desigualdad en el mundo a través de investigaciones de alta calidad y de un compromiso activo con la comunidad política, con la intención de que el mundo sea un lugar más próspero, justo y seguro para todos.

Las políticas y prácticas de los ricos y los más poderosos —en las naciones ricas, al igual que en las potencias emergentes, instituciones internacionales y corporaciones globales— tienen un impacto significativo en los pobres del mundo. Nuestro objetivo es mejorar estas políticas y prácticas a través de investigaciones y estableciendo el compromiso político de ampliar las oportunidades, reducir las desigualdades y mejorar la vida de las personas en todo el mundo.

Al combinar investigaciones con propuestas prácticas, buscamos ir más allá de solo ofrecer conocimientos sobre el desarrollo. Planteamos y promovemos debates a fin de desarrollar políticas y prácticas innovadoras en áreas tales como el comercio, la asistencia, la salud, la educación, el cambio climático, la movilidad laboral, la inversión privada, el acceso a financiamiento y la gobernanza global con vistas a fomentar una prosperidad compartida y un mundo cada vez más interdependiente. www.cgdev.org



La **Unidad Internacional del HITAP** se creó en 2013 como parte del programa tailandés Health Intervention and Technology Assessment Program

(HITAP). Esta unidad colabora con socios y redes de trabajo internacionales con el objetivo de mejorar la evaluación de intervenciones y tecnologías en salud en relación con la cobertura universal y la capacidad de priorización en los países de ingresos bajos y medios. La Unidad Internacional del HITAP proporciona a sus clientes los medios necesarios para crear instituciones que se dediquen a llevar a cabo evaluaciones de tecnologías en salud y procesos de priorización a nivel local, nacional e internacional sobre la base de investigaciones, actividades de desarrollo de capacidad y productos de conocimiento. Para llevar a cabo esta iniciativa, la Unidad hace uso de sus experiencias locales e internacionales para trabajar a nivel global con organizaciones internacionales, organizaciones sin fines de lucro y gobiernos extranjeros con el propósito de desarrollar prácticas globales de priorización basadas en evidencia. www.hitap.net



EL PRICELESS SA (Priority Cost Effective Lessons for System Strengthening South Africa) está auspiciado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Witwatersrand en la Facultad de Ciencias de la Salud, junto con el Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica y la unidad Rural Public Health and Health Transitions Research (Aginccourt) de la Universidad de Witwatersrand. A partir de su lanzamiento en 2009, el PRICELESS SA trabaja en pos de una toma de decisiones más inteligente para las inversiones en salud en Sudáfrica. Contribuye al desarrollo de herramientas e información basada en evidencia con la finalidad de ayudar a identificar el mejor modo de aprovechar los escasos recursos disponibles y así poder tomar mejores decisiones al priorizar intervenciones de salud pública. El objetivo es proporcionar información que permita mejorar el

modo en el que se asignan los recursos y se establecen prioridades para mejorar la salud pública. www.pricelessa.ac.za

Guide to Economic Analysis and Research (GEAR) Online Resource

En marzo de 2017, el Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) de Tailandia, junto con la International Decision Support Initiative (iDSI), lanzaron una plataforma global para ayudar a países de ingresos bajos y medios, académicos, investigadores y profesionales en la evaluación de tecnologías en salud de todo el mundo a llevar a cabo estudios de economía de la salud adecuados y relevantes para la formulación de políticas. Explora las soluciones e interrogantes de investigación a través de mapas conceptuales, recomendaciones y comparaciones entre guías, y a partir de la interacción con expertos en el área.

www.gear4health.com

Welcome to

Are you working on priority setting in health?

GEAR Online Resource

Guide to Economic Analysis and Research (GEAR)
A global platform specializing in helping low- and middle-income countries academics, researchers and health technology assessment (HTA) practitioners worldwide conduct high quality, policy relevant healthcare research.

Solutions to your health economics research and challenges

- Guideline Comparison**
Explore national, regional, & global methods guidelines for researchers
- Mind Mapping**
Visually organized research information
- Interactive Platform**
Open discussion with experts globally
- GEAR survey**
Create surveys and contribute experience
- HTA Methodological Pool**
Link HTA methodological issues to possible solutions
- Referenced Research**
Examine research papers and solutions within GEAR
- User Demographic**
Discover users' and respondents' demography and background
- Downloadable Content**
Download mind map results in .png, .csv, metadata and plain text

For more information, contact: gear4health@hitap.net

WHO ERIC Research HITAP

Otros recursos:

Centro de Investigación Nacional para el Desarrollo de la Salud de China www.nhei.cn/nhei_en/center_en/web/index.jsp

DCP3 (Prioridades para el control de enfermedades, tercera edición) dcp-3.org

Guías para el análisis de costo-beneficio de la Escuela de Salud Pública T.H. Chan de Harvard <https://sites.sph.harvard.edu/bcaguidelines>

Red Criteria del Banco Interamericano de Desarrollo www.redcriteria.org

Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud (IHME) www.healthdata.org

Red de Aprendizaje Conjunto para la Cobertura Universal en Salud (JLN) www.jointlearningnetwork.org

Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres www.lshtm.ac.uk

Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (RedETSA) de la OPS www.redetsa.org

Revise2020 www.niche1.nl/projects/id=34/title=revise_2020_rethinking_the_valuation_of_interventions_to_improve_priority_setting

Prioridades en Salud Global 2020 de la Universidad de Bergen www.uib.no/en/rg/glob-pri/73571/priorities-global-health-2020

Escuela de Salud e Investigación Relacionada de la Universidad de Sheffield www.sheffield.ac.uk/scharr

Centro para la Economía de la Salud de la Universidad de York www.york.ac.uk/che

Proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud USAID www.hfgproject.org

Sistemas de Salud de la OMS www.who.int/topics/health_systems/en/

COLABORADORES

RICARDO A. BITRÁN es un destacado economista de la salud sénior de Chile, con 35 años de experiencia como asesor político, investigador y profesor en Chile, los Estados Unidos y en más de 40 países en desarrollo, entre los que se incluyen a casi todos los países de América Latina y el Caribe. Es socio fundador de Bitrán y Asociados, una consultora internacional especializada en políticas de salud con sede en Santiago. Profesionalmente, se centra en el desarrollo y evaluación de las reformas de financiación en el sector de la salud y de proyectos de inversión en la salud tanto pública como privada. Anteriormente, trabajó 10 años en Abt Associates Inc. en Cambridge, Massachusetts. Primero como economista de la salud y luego como investigador sénior. Cuenta con un máster en Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile, un MBA en Finanzas y un doctorado en Economía de la Salud de la Universidad de Boston.

MARK BLECHER es el director general de la salud y el desarrollo social del Tesoro Nacional de Sudáfrica y especialista en medicina en la salud pública. Su trabajo se centra en los presupuestos de salud de las provincias, poniendo especial interés en la economía relacionada con la prestación de servicios, el VIH y otros programas de salud. Ha ganado experiencia en administración pública, financiamiento de la salud, planificación y gestión a través de distintos empleos en el gobierno a nivel provincial y nacional. También ha publicado varios artículos sobre financiamiento de la salud en la revista *South African Health Review*. Completó sus estudios en Medicina

en la Universidad de Witwatersrand, Johannesburg, y tiene un doctorado en Economía de la Salud de la Universidad de Ciudad del Cabo.

JESSE B. BUMP es profesor de Políticas de Salud Global del Departamento de Salud Global y Población, y director ejecutivo del programa Takemi Program in International Health de la Escuela de Salud Pública T.H. Chan de Harvard. Su investigación se centra en las fuerzas históricas, políticas y económicas que constituyen algunos de los determinantes fundamentales de la mala salud, y en la efectividad de los sistemas de salud. También aborda cuestiones importantes de la historia de la salud global y de economía política para analizar estas macro fuerzas y desarrollar estrategias que permitan obtener mejores soluciones.

THANAPORN BUSSABAWALAI es asistente de investigación del Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), financiada por el Fondo de Investigación de Tailandia (TRF) mediante la beca Senior Research Scholar (RTA5980011). Su investigación está relacionada con la evaluación de tecnologías en salud. Anteriormente, trabajó en la Administración de Alimentos y Medicamentos de Tailandia, específicamente en la División de Control de Medicamentos. Tiene un título de grado de la Facultad de Ciencias Farmacéuticas y un máster en Economía de la Salud y Gestión de la Atención en Salud de la Facultad de Economía de la Universidad de Chulalongkorn.

CHERYL CASHIN es directora principal de programas en el Instituto de Resultados para el Desarrollo en Washington, DC. Es economista de la salud con especialización en diseño, implementación y evaluación de políticas para el financiamiento de la salud en países de ingresos bajos y medios. Se centra principalmente en el poder adquisitivo y el pago a proveedores para una cobertura universal en salud.

KALIPSO CHALKIDOU fue la directora del Global Health and Development Group del Imperial College London mientras se escribía este libro. Bajo este cargo, ayudó a los gobiernos a desarrollar capacidad técnica e institucional en relación con el uso de evidencia para informar políticas de salud, a medida que los países avanzan hacia la cobertura universal. Lideró la fundación de la International Decision Support Initiative (iDSI), una red internacional que busca mejorar la salud en todo el mundo a través del gasto en salud basado en evidencia en países de ingresos bajos y medios. En agosto de 2017, se unió al Centro para el Desarrollo Global como investigadora sénior y directora del programa de salud global. Asimismo, continúa siendo líder de la iDSI.

ANGELA Y. CHANG se graduó recientemente del Departamento de Salud Global y Población de la Escuela de Salud Pública T.H. Chan de Harvard y es investigadora postdoctoral del Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington. Se especializa en la aplicación de teorías y métodos de distintas disciplinas tales como la economía de la salud, los sistemas de salud y la ciencia de las decisiones, y temas relacionados con la salud global (VIH/SIDA, multimorbilidad, equidad, entre otras) para el análisis de datos y el desarrollo de nuevas técnicas de modelación matemática.

KARL CLAXTON es profesor del Centro para la Economía y del Departamento de Economía de la Universidad de York, donde se encuentra a cargo

del curso de la Maestría en Ciencias en Economía de la Salud. Fue miembro fundador del Technology Appraisal Committee del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE, en inglés) del Reino Unido y contribuyó al desarrollo de la Guía de Métodos y del Caso de Referencia Internacional para la Evaluación Económica del NICE. Sigue trabajando en el desarrollo, comunicación e implementación de métodos que permitan informar mejor las decisiones respecto a la salud global.

LEONARDO CUBILLOS es residente del Departamento de Psiquiatría del Centro Médico Dartmouth Hitchcock y asesor sénior de políticas de la Escuela de Medicina de Dartmouth, donde también contribuye al trabajo de investigación en torno a la prestación de servicios de salud. Tiene más de 15 años de experiencia en medicina, políticas de salud y salud global. Antes de unirse al Dartmouth College, trabajó como especialista sénior en salud para el Banco Mundial en América Latina, India y África. También fue asesor del ministro de salud, luego del director general nacional de aseguramiento en salud y viceministro de salud interino del Ministerio de Salud de Colombia.

SAUDAMINI DABAK es miembro del Instituto de Desarrollo de Ultramar y asesora técnica del HITAP, financiada por el Fondo de Investigación de Tailandia (TRF) mediante la beca Senior Research Scholar (RTA5980011). Participa en las actividades de coordinación e investigación relacionadas con el fortalecimiento de los sistemas de salud. Antes de unirse al HITAP, trabajó como consultora en el Grupo del Banco Mundial. Tiene un título de grado en Economía de la Universidad de Mumbai y un máster en Economía y Desarrollo Internacional de la Escuela de Estudios Internacionales Avanzados Paul H. Nitze de la Universidad Johns Hopkins.

REBECCA DITTRICH ha encabezado una serie de proyectos de la iDSI sobre aspectos legales y políticos de la priorización y la evaluación de tecnologías en salud. Previamente a esto, trabajó para el O'Neill Institute for National and Global Health Law en el Centro de Derecho de la Universidad de Georgetown. Hace poco recibió el título de J.D. (*Juris Doctor*) del Centro de Derecho de la Universidad de Georgetown y su máster en Salud Pública (MPH) de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins con una especialización en sistemas y políticas de salud.

RUTH R. FADEN es la fundadora del Instituto de Bioética Johns Hopkins Berman y fue su directora desde 1995 hasta 2016. Su investigación actual se centra en la teoría de justicia social, el aprendizaje dentro de los sistemas de salud, el diseño de sistemas de salud y la priorización, y el acceso a los beneficios de la inversión global en investigación biomédica. Es autora y editora de varios libros y artículos sobre bioética y políticas públicas, entre ellos se encuentra el libro *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy* que escribió en colaboración con Madison Powers. También formó parte del equipo Priority-Setting Institutions for Global Health Working Group del Centro para el Desarrollo Global, que publicó el informe *Priority-Setting in Health: Building Institutions for Smarter Public Spending*.

URSULA GIEDION es especialista en salud con más de 20 años de experiencia internacional en políticas relacionadas con los sistemas de salud. Desde 2010 trabaja mayormente como consultora principal del Banco Interamericano de Desarrollo, donde brinda asesoramiento técnico a países de América Latina en el área de financiamiento de la salud y priorización explícita. Además es coordinadora de la Red CRITERIA, una red regional que se centra en la priorización explícita y el diseño de planes de beneficios en salud.

AMANDA GLASSMAN es vicepresidenta ejecutiva y miembro principal del Centro para el Desarrollo Global en Washington, DC. Su investigación se centra en el establecimiento de prioridades, la asignación de recursos, la relación calidad-precio en salud global y los datos para el desarrollo. Antes de su actual puesto, fue directora de políticas de salud global en el Centro de 2010 a 2016. Tiene más de 25 años de experiencia trabajando en políticas de salud y protección social en América Latina y en otras partes del mundo en desarrollo.

EDUARDO GONZÁLEZ-PIER es un distinguido investigador invitado del Centro para el Desarrollo Global. Por más de 20 años ha trabajado en puestos de alto rango y ha promovido cambios en políticas de salud y protección social en México. Recientemente, fue viceministro de salud, director ejecutivo de FUNSALUD (Fundación Mexicana para la Salud) y director de finanzas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tiene un doctorado en Economía de la Universidad de Chicago.

MARELIZE GÖRGENS es miembro de las Prácticas Mundiales de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial, en donde se encuentra a cargo de un programa global sobre la eficiencia y efectividad de programas de VIH/SIDA. Su trabajo se centra en la evaluación de la efectividad en la práctica y en las ciencias para la implementación y la toma de decisiones. Ha publicado numerosos artículos sobre estos temas y forma parte del consejo editorial de varias revistas académicas. Además, ha colaborado con más de 30 gobiernos en Asia y África para abordar problemas complejos de implementación y toma de decisiones en materia de desarrollo humano.

LAWRENCE O. GOSTIN es director y presidente fundador del O'Neill Institute for National and Global Health Law del Centro de Derecho de la Universidad de Georgetown y ha alcanzado el máximo nivel

académico de Georgetown, “Profesor Universitario”, otorgado por el rector de la universidad. Es miembro de la Academia Nacional de Medicina y del Consejo de Relaciones Exteriores, y miembro de la Royal Society for Public Health. También es director del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Salud Pública, Leyes y Derechos Humanos y ha colaborado en importantes comités, incluido el comité asesor del director general para la reforma de la OMS.

JAVIER GÚZMAN es director del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos de Colombia. Previamente, fue director del área de medicamentos y tecnologías en salud del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Ha trabajado en políticas de salud pública y ha ejercido como médico, investigador, analista y legislador por 17 años.

KATHARINA HAUCK es profesora especializada en economía de la salud de la Escuela de Salud Pública del Imperial College London. Es experta en economía en materia de enfermedades infecciosas, con un especial interés en el VIH/SIDA, el impacto económico de epidemias, el análisis de intervenciones complejas de salud pública y la asistencia médica, y también en el rol del comportamiento de los individuos en la transmisión de enfermedades infecciosas.

NEIL HAWKINS es profesor de Evaluación de Tecnologías en Salud de la Universidad de Glasgow. Su investigación se enfoca en la síntesis de evidencia y la modelación matemática para la toma de decisiones, en el diseño de planes de reembolso basados en el desempeño, y en la eficiencia de la asignación de capital para el desarrollo de tecnologías en salud. Previamente, fue vicepresidente de ICON PLC, donde lideró el área de economía de la salud global y fue miembro de la junta de directores de Oxford

Outcomes Ltd. Es un estadístico certificado (*Chartered Statistician*) por la Royal Statistical Society y cuenta con un máster en Estadística Aplicada de la Universidad de Sheffield Hallam, otro en Economía de la Salud de la Universidad de York y un MBA de la Universidad de Oxford.

ROBERT HEGGIE es investigador asistente del equipo de investigación Health Economics and Health Technology Assessment (HEHTA) de la Universidad de Glasgow. Su investigación se centra en la evaluación económica y el análisis de costo-efectividad, particularmente por su relevancia en el establecimiento de prioridades en países de ingresos bajos y medios. Trabajó como economista asistente en gobiernos locales y nacionales y tiene un MSc en Economía de la Universidad de Birmingham y un máster en Economía de la Universidad de Glasgow.

ANTONIO INFANTE es director del Servicio de Salud de Santiago, Chile. Ha tenido una extensa carrera profesional en el sistema de salud pública de Chile y ha trabajado en distintos puestos en los diferentes niveles de atención. También se desempeñó como consultor nacional e internacional para varias agencias de salud en distintos países del mundo.

DEAN T. JAMISON es profesor emérito de Salud Global en la Universidad de California, San Francisco. Anteriormente, fue economista investigador sénior y director del Banco Mundial, donde también fue autor principal del informe *World Development Report: Investing in Health* de 1993. Fue elegido como miembro de la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos y hace poco fue copresidente de la Commission on Investing in Health de *The Lancet* junto con Lawrence H. Summers. Tiene un máster en Ingeniería de la Universidad de Stanford y un doctorado en Ciencias Económicas de la Universidad de Harvard.

CARLEIGH B. KRUBINER es becaria de investigación del Instituto de Bioética Johns Hopkins Berman. Desde 2014, trabaja con la iDSI para desarrollar métodos que permitan integrar la ética y la equidad en los procesos de priorización en salud. Ha trabajado con la Joint Learning Network en políticas de beneficios orientadas a la atención primaria, en el desarrollo de un marco ético para el consorcio Future Health Systems y en la modelación económica para la inversión en intervenciones para el VIH en el marco del proyecto Sida 2031 y el Fondo Mundial. Posee un doctorado de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins.

JEREMY A. LAUER ha estado trabajando con la OMS desde el 2000 en el uso e interpretación de modelos matemáticos en evaluaciones económicas y ha contribuido con una serie de trabajos influyentes sobre la costo-efectividad de intervenciones para un gran número de condiciones de salud. Ha liderado distintos equipos interdisciplinarios en América Latina y África con el objetivo de adaptar los resultados de evaluaciones económicas al contexto nacional. Actualmente, se encuentra trabajando en la finalización de una actualización del programa WHO-CHOICE que se centra en la costo-efectividad e incluye más de 500 intervenciones en 22 áreas de enfermedades, lesiones y factores de riesgo.

RYAN LI es asesor del Global Health and Development Group del Imperial College London. Está a cargo de la supervisión de las actividades de institucionalización de las evaluaciones económicas en Indonesia y Vietnam llevadas a cabo por la iDSI y también supervisa investigaciones sobre la ética en la priorización y la transmisión de conocimiento. Es líder del proyecto ROAD2H, un proyecto de investigación que busca mejorar los sistemas nacionales de aseguramiento en salud a través de la inteligencia artificial. Tiene más de 10 años de experiencia en materia de guías clínicas y mejoramiento de la

calidad. Estudió Psicología Experimental en la Universidad de Oxford y tiene un doctorado de la Universidad College London.

GERALD MANTHALU es subdirector del Ministerio de Salud de Malawi, donde trabaja desde 2003. Se encuentra a cargo de la planificación estratégica, la asignación de recursos, el financiamiento de la salud y los análisis de políticas en el sector salud. Participó del desarrollo y revisión del primer Plan Esencial de Beneficios en Salud (EHP, en inglés) (2004–2010) y lideró la revisión del tercer EHP (2017–2022).

ALEC MORTON es profesor de la Universidad de Strathclyde. Ha trabajado para la Aerolíneas de Singapur, la Universidad Nacional de Singapur y la Escuela de Economía de Londres; ha ejercido como profesor visitante en la Universidad de Carnegie Mellon en Pittsburgh, Universidad de Aalto en Helsinki y la Universidad de Ciencias y Tecnologías de China en Hefei; y previamente, estuvo en comisión de servicios en la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido. Se ha titulado en la Universidad de Manchester y en la Universidad de Strathclyde.

DOMINIC NKHOMA es economista principal del Ministerio de Agricultura, Riego y Desarrollo del Agua de Malawi. Fue director de la Unidad de Desarrollo de Políticas del Ministerio de Salud de Malawi de junio de 2014 a diciembre de 2016, tras haber trabajado en el ministerio desde 2003. Lideró un programa de reformas exhaustivo para el sector de la salud que cubría áreas de financiamiento, descentralización de los servicios, fortalecimiento de los sistemas de cadena de suministro y cambios relacionados con la contratación.

JESSICA OCHALEK es becaria de investigación del Centro para la Economía de la Salud de la Universidad de York. Su investigación se centra en torno a la priorización en países de ingresos bajos y medios

y, en particular, en la implementación de evaluaciones económicas en estos contextos. Tiene un MSc en Economía de la Salud de la Universidad de York, un MPH de la Universidad de Boston y un título de grado en Estudios Globales de la Universidad de Wisconsin–Milwaukee.

ANNETTE ÖZALTIN es analista sénior en ThinkWell. Se especializa en la convergencia de investigaciones, el diseño de políticas y la implementación de programas. Actualmente, su trabajo está enfocado en el desarrollo de soluciones innovadoras para abordar problemas relacionados con el financiamiento de la salud, particularmente respecto a la sostenibilidad de servicios de inmunización y planificación familiar, y su integración en la atención primaria.

JANKA PETRAVIC es jefa de investigación sénior en el Burnet Institute. Su trabajo se centra en el nexo entre la recolección de datos y el análisis, modelación y posterior aplicación en los sistemas biológicos y la salud poblacional. Tiene experiencia en la aplicación de modelos Optima para diferentes áreas de enfermedades en África, Asia y América Latina, y ha publicado más de 80 artículos científicos.

ANDREW PHILLIPS es epidemiólogo con formación en matemáticas radicado en la Universidad College London. Cuenta con vasta experiencia en estudios de cohortes de VIH, ensayos aleatorizados y en un modelo basado en el individuo respecto a la transmisión y progresión del VIH y los efectos de la terapia antirretroviral. Esta última constituye la base de los análisis de costo-efectividad utilizados para informar cuestiones de políticas de salud pública relacionadas con el VIH en África subsahariana y el Reino Unido.

YOGAN PILLAY es el subdirector general de la división de VIH/SIDA, Tuberculosis y Salud Materno-infantil del Departamento Nacional de Salud de

Sudáfrica. Bajo este cargo, es responsable de numerosas áreas, entre las que se incluyen la salud materno-infantil y de la mujer; VIH/SIDA; infecciones de transmisión sexual y manejo y control de la tuberculosis. Es coautor, junto con Anne-Emanuelle Birn y Timothy H. Holtz, del libro *Textbook of Global Health* publicado recientemente en la Oxford University Press.

WARANYA RATTANAVIPAPONG trabaja en el HITAP, financiada por el TRF mediante la beca Senior Research Scholar (RTA5980011). Además, ha participado de varios proyectos para colaborar con la formulación de políticas en Tailandia y en muchos otros países, incluidos Bután, Indonesia y Vietnam. Su interés es llevar a cabo evaluaciones económicas e investigaciones relacionadas con la farmacoeconomía. En 2008, obtuvo un título de grado en Farmacia emitido por la Universidad de Srinakharinwirot. En 2013, se le otorgó el Capacity Building of Researchers in Health Policy y la beca System Research Scholarship de la International Health Policy Program Foundation para cursar la maestría en Economía de la Salud y Modelación para la Toma de Decisiones de la Universidad Sheffield.

PAUL REVILL es investigador sénior del Centro para la Economía de la Salud de la Universidad de York. Sus principales intereses de investigación son las evaluaciones económicas aplicadas en el sector de la salud en países de ingresos bajos y medios, en especial África subsahariana y más específicamente en relación con el VIH. El objetivo primordial de su trabajo es garantizar que los recursos asignados a la salud se inviertan de manera adecuada de modo tal que se obtengan las mayores mejoras en la salud y el bienestar de la población, reconociendo las complejidades reales de los sistemas de salud.

BENJARIN SANTATIWONGCHAI trabaja como asistente de proyectos en el HITAP, financiada por el

TRF mediante la beca Senior Research Scholar (RTA5980011). En la actualidad, coordina proyectos internacionales del HITAP y participa en actividades de investigación en el plano internacional. Ha trabajado en numerosos proyectos del HITAP desde 2013. Tiene un título de grado en Farmacia de la Universidad de Mahidol, Tailandia, y un máster en Economía de la Salud de la Universidad de York.

MARK SCULPHER es profesor de Economía de la Salud en el Centro para la Economía de la Salud de la Universidad de York. Su área de especialidad son las evaluaciones económicas. Cuenta con más de 250 publicaciones revisadas por pares y es coautor de dos libros importantes relacionados con esta área. Ha sido miembro del Technology Appraisal Committee del NICE y actualmente ocupa un puesto en el Diagnostics Advisory Committee del mismo instituto. También ha asesorado a distintos sistemas de salud a nivel internacional sobre métodos de evaluación de tecnologías en salud.

RACHEL SILVERMAN es analista de políticas sénior del Centro para el Desarrollo Global, con especial interés en el financiamiento para la salud global y las estructuras de incentivos. De 2011 a 2013, trabajó para el Centro colaborando en investigaciones y análisis sobre la relación calidad-precio, incentivos, estimaciones y coherencia política en el área de salud global. Antes de unirse al CGD, estuvo dos años apoyando programas de fortalecimiento democrático y buena gobernanza en Kosovo con el Instituto Nacional Democrático.

PETER C. SMITH es profesor emérito de Política de Salud del Imperial College Business School, con un particular interés en la productividad y financiación pública de los servicios de salud. Ha realizado numerosas publicaciones sobre aspectos económicos de los sistemas de salud y la salud global, y ha asesorado a muchos gobiernos y agencias internacionales.

YOT TEERAWATTANANON es líder fundador del HITAP, financiado por el TRF mediante la beca Senior Research Scholar (RTA5980011), que trabaja con el objetivo de informar decisiones políticas, como por ejemplo el desarrollo de planes de beneficios y de listas de medicamentos esenciales. También es miembro fundador de la HTAsiaLink, una red regional de más de 30 agencias responsables de la priorización en salud de 19 países de Asia. Tiene un PhD en Economía de la Salud y más de 100 publicaciones académicas internacionales.

KITTIPHONG THIBOONBOON es economista de la salud en el HITAP, financiado por el TRF mediante la beca Senior Research Scholar (RTA5980011). Sus principales intereses son el uso de métodos de evaluación económica para apoyar a los responsables de la formulación de políticas en el sector de la atención en salud. Tiene experiencia en el uso de modelos para evaluar la costo-efectividad de intervenciones de salud (tales como el cribado neonatal o los medicamentos) en Tailandia y en el desarrollo de revisiones sistemáticas (tales como la vacuna contra el rotavirus). Posee un título de grado en Economía de la Universidad de Srinakharinwirot, Tailandia, y un máster en Economía de la Salud de la Universidad de York.

RANJEETA THOMAS es investigadora asociada en el Centre for Health Policy de la Imperial College Business School del Imperial College London. Sus intereses de investigación se centran en la economía de la salud en relación con los países en desarrollo y la microeconomía aplicada; también se enfoca en las evaluaciones de impacto de programas sociales. Antes de trabajar en el Imperial College London, se desempeñó como investigadora en el Centro de Investigación de Economía de la Salud de la Universidad de Oxford. Tiene un PhD en Economía de la Universidad de York.

STÉPHANE VERGUET es profesor adjunto de Salud Global en el Departamento de Salud Global y Población de la Escuela de Salud Pública T.H. Chan de Harvard. Sus investigaciones multidisciplinarias se centran en la ciencia de las decisiones y el establecimiento de prioridades en el sector salud, particularmente en el desarrollo de modelos matemáticos y computacionales para la toma de decisiones a fin de mejorar el diseño de políticas de salud. Entre sus intereses de investigación se incluye la economía de la salud, los análisis de costo-efectividad, la equidad y el desempeño de los sistemas de salud. Más recientemente, ha estado trabajando en la estimación de beneficios no relacionados con la salud, en especial aspectos de las políticas e intervenciones de salud asociados a los beneficios derivados de la reducción de la pobreza y la protección de riesgos financieros.

THOMAS WILKINSON es economista de la salud y farmacéutico clínico. Está a cargo del programa PRICELESS SA de la iDSI en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Witwatersrand, Johannesburg. Anteriormente, trabajó en el desarrollo de guías clínicas y en el equipo de asesoramiento internacional del NICE en el Reino Unido, donde dirigió proyectos de asistencia técnica para países de ingresos bajos y medios, como por ejemplo para el fortalecimiento de la capacidad en evaluaciones de tecnologías en salud e investigaciones de métodos de evaluación económica. Antes del NICE, era gestor de grupos terapéuticos en la agencia PHARMAC (Pharmaceutical Management Agency) de Nueva Zelanda.

DAVID J. WILSON es el principal líder global del Banco Mundial en el área de ciencias de las decisiones y prestación, y también es director del Programa Global de VIH/SIDA. Antes de unirse al Banco Mundial, trabajó por 20 años como académico, profesional del desarrollo y asesor de salud global en Zimbabue. Ha trabajado en aproximadamente 50

países de todos los continentes. Ha publicado más de 100 artículos científicos y ha dado más de 1000 disertaciones científicas.

DAVID P. WILSON es director sénior de programas relacionados con las ciencias de las decisiones en la Fundación Bill y Melinda Gates, profesor de Modelación Matemática de Economía y Epidemiología en el Burnet Institute y director general del Optima Consortium for Decision Science. Su trabajo se centra en la generación y difusión de evidencia cuantitativa para la toma de decisiones en salud y el desarrollo de países de ingresos bajos y medios. Ha publicado alrededor de 250 artículos científicos y ha dado más de 500 disertaciones científicas.

OLIVIA WU es directora de la unidad de investigaciones del HEHTA en la Universidad de Glasgow y directora de la Complex Reviews Support Unit del Instituto Nacional de Investigación en Salud. También es responsable de la toma de decisiones en el Technology Appraisal Committee del NICE del Reino Unido y se ha desempeñado como asesora en economía de la salud para distintas agencias gubernamentales de países de ingresos bajos y medios. Su investigación se centra en las metodologías de evaluación de tecnologías en salud, especialmente en las áreas de síntesis de evidencia, evaluación económica y toma de decisiones.

GLOSARIO

Análisis de costo-beneficio: proceso sistemático para calcular y comparar los costos y beneficios, expresados en dólares, de un programa, decisión o política.

Análisis de costo-efectividad: proceso sistemático para calcular y comparar los costos y beneficios, por resultados relevantes, de un programa, decisión o política.

Análisis de decisión multicriterio (MCDA, en inglés): alternativa al análisis de costo-efectividad que aporta un marco general para respaldar la toma de decisiones en lugar de un marco específico para el sector de la salud. Se basa en la observación de que las oportunidades de inversión alternativas, en general, tienen distintas dimensiones, y toda recomendación para la toma de decisiones debería basarse en el desempeño agregado de las alternativas en relación con estas múltiples dimensiones.

Análisis extendido de costo-efectividad (AECE): enfoque de análisis de costo-efectividad que combina la evaluación económica tradicional con otros aspectos distributivos (p. ej., aspectos financieros y relacionados con la salud). El AECE, por lo tanto, se utiliza para abordar objetivos más amplios que el análisis de costo-efectividad, ya que orienta el diseño de políticas de salud en general y de planes de beneficios en particular.

Años de vida ajustados por calidad (AVAC): medida utilizada para cuantificar la carga de la enfermedad. Un AVAC equivale a un año de “perfecta salud”.

Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD): medida utilizada para cuantificar la carga de la enfermedad. Un AVAD se puede considerar como un año de vida “saludable” perdido. Los AVAD combinan los años de vida perdidos por muerte prematura en la población y los años perdidos por discapacidad para aquellas personas que padecen alguna enfermedad y sus consecuencias.

AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas): plan de beneficios en salud de Chile, implementado dentro de un marco de garantías sociales. Describe una serie de servicios altamente costo-efectivos con acceso y calidad garantizados.

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS): concepto multidimensional que incluye dominios relacionados con el funcionamiento físico, mental, emocional y social. En lugar de centrarse simplemente en medidas directas de la salud de la población, la expectativa de vida y las causas de muerte, se enfoca en el impacto que tiene el estado de salud en la calidad de vida.

Cobertura Universal en Salud (CUS): según la Organización Mundial de la Salud, la CUS implica garantizar “que todas las personas y las comunidades

tengan acceso a servicios de salud preventivos, curativos y paliativos y de promoción y rehabilitación, de calidad y efectividad suficientes, de acuerdo con las necesidades de los individuos, asegurando a la vez que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras”.

Evaluación de tecnologías en salud (ETS): evaluación sistemática de las propiedades, los efectos y el impacto de las tecnologías de la salud.

Financiación pública universal (FPU): financiación pública completa (para la atención en salud) independientemente de si los servicios se prestan de manera pública o privada.

FONASA (Fondo Nacional de Salud): organismo público que administra el seguro social de salud de Chile. La gran mayoría de los chilenos se encuentran afiliados a este sistema de salud financiado por el gobierno.

Fondo de Medicamentos contra el Cáncer (Cancer Drugs Fund, CDF): programa que se introdujo en el Reino Unido en 2010 para incrementar el acceso a aquellos medicamentos contra el cáncer que no habían sido incluidos en el Sistema Nacional de Salud para su uso habitual. Sin embargo, al introducirlos, se ignoraron ciertos criterios de costo-efectividad. Por esto, el CDF se reestructuró y se convirtió en un fondo con acceso controlado.

Fondo Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria (Fondo Mundial): organización internacional fundada en 2002 con la finalidad de terminar con la epidemia del VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.

Fundación Bill y Melinda Gates: la fundación privada más grande del mundo, fundada por Bill y Melinda Gates en el año 2000. Sus objetivos son mejorar la atención en salud, reducir la pobreza en el mundo y ampliar las oportunidades de educación y el acceso a las tecnologías de la información en América.

GAVI, la Alianza para la Vacunación: asociación internacional público-privada para la salud global creada en el 2000 con el objetivo de brindar acceso equitativo a nuevas y poco utilizadas vacunas a los habitantes de los países más pobres del mundo.

Iniciativa Internacional de Apoyo a la Decisión (International Decision Support Initiative, iDSI): asociación internacional y multidisciplinaria de profesionales e investigadores de la salud, impulsada en 2012 luego de la publicación de un informe realizado por el Centro para el Desarrollo Global que se centraba en el establecimiento de prioridades para una mejor inversión en salud. Esta iniciativa, dirigida por el Institute of Global Health Innovation (Instituto para la Innovación en Salud Global) del Imperial College London, aboga por “mejores decisiones para una mejor salud”.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): institución del gobierno federal de México fundada en 1943.

Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (National Institute for Health and Care Excellence, NICE): organismo que brinda orientación y asesoramiento a nivel nacional para mejorar la protección social y la atención en salud en el Reino Unido. Se creó originalmente para reducir la variación en la disponibilidad y la calidad de los tratamientos y la atención médica del Sistema Nacional de Salud.

ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional): sistema privado de seguros de salud y prestadores de servicios de Chile. Este sistema ofrece atención en salud a una minoría, principalmente a personas con mayores ingresos.

Monitoreo y evaluación (MyE): el *monitoreo* consiste en un conjunto de metodologías interrelacionadas que se aplican para la recolección y análisis de datos. Es un procedimiento sistemático que se realiza durante la implementación y la puesta en marcha de un proyecto o política con la finalidad de mejorar los procesos de diseño y adopción. La evaluación se refiere al análisis de los resultados de un proyecto o política, y se lleva a cabo con el fin de ajustar el diseño o brindar información para futuros proyectos o políticas. Analiza los resultados a largo plazo e identifica cómo y por qué algunas actividades llegaron a ser exitosas y otras no. El monitoreo se suele llevar a cabo con mayor frecuencia que la evaluación.

Objetivos de Desarrollo Sostenible: conjunto de 17 objetivos que buscan erradicar la pobreza y el hambre, luchar contra la desigualdad y la injusticia, combatir el cambio climático, entre otros. El 25 de septiembre de 2015, los líderes de 193 estados miembro de las Naciones Unidas aceptaron estos objetivos como parte de la nueva agenda para el desarrollo sostenible a nivel mundial. La descripción de estos 17 objetivos y sus metas para el 2030 se encuentran disponibles en la página de Naciones Unidas: www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/.

Organización Mundial de la Salud (OMS): agencia de las Naciones Unidas que se especializa en salud pública a nivel internacional. Fue fundada el 7 de abril de 1948 y, por esto, en este día se celebra el día mundial de la salud. Su principal función consiste en dirigir y coordinar cuestiones relacionadas

con la salud internacional dentro del sistema de las Naciones Unidas.

Países de ingresos bajos y medios (PIBM): para el año fiscal 2017, las economías de ingresos bajos se definieron como aquellas con un ingreso nacional bruto (INB) per cápita de \$1025 o menor en el año 2015; las economías de ingresos medios y bajos son aquellas cuyo INB per cápita oscila entre \$1206 y \$4035; y las economías de ingresos medios y altos, aquellas con un INB per cápita de entre \$4036 y \$12.475.

Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (President's Emergency Plan for AIDS Relief, PEPFAR): iniciativa del gobierno de Estados Unidos impulsada en 2003 para ayudar a salvar las vidas de quienes padecen VIH/SIDA en el mundo.

Plan Esencial de Beneficios en Salud (Essential Healthcare Package, EHP): plan de beneficios en salud de Malawi, creado en 2002 para guiar la planificación y el financiamiento de los servicios de salud, y garantizar que los servicios estén orientados a las cargas de enfermedad y de mortalidad locales.

Plan estratégico del sector de la salud: plan estratégico que orienta las actividades de las autoridades del sistema de salud pública y sus socios. Por lo general, se diseña para implementarse a mediano plazo (cinco años).

Plan Integral de Atención en Salud (PIAS): plan de beneficios en salud de Uruguay que tiene como objetivo ofrecer el mismo paquete de servicios esenciales a toda la población.

Plan Nacer: programa de salud y plan de beneficios creado en Argentina luego de una profunda crisis económica y política en 2001. Este programa

está conformado por un conjunto limitado de intervenciones orientadas a la prevención, tratamiento y reducción de la mortalidad y las enfermedades infantiles.

Plan Obligatorio de Salud (POS): plan explícito de beneficios dentro del sistema de salud universal de Colombia que se implementó desde 1993 hasta 2015.

Planes de beneficios en salud (PBS): lista definida de servicios de salud financiados con fondos públicos y de las condiciones financieras de dicha cobertura (tales como la distribución de costos). Algunos países utilizan PBS para cubrir las necesidades básicas de salud de toda la población; otros los utilizan para cubrir las necesidades de salud de algunos grupos, como por ejemplo embarazadas, niños, adultos mayores o pobres.

Programa para la Evaluación de Tecnologías e Intervenciones en Salud (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP): unidad de investigación semiautónoma sobre tecnologías en salud del Ministerio de Salud Pública de Tailandia. El HITAP es socio principal de la iDSI.

Programa presupuestal y análisis marginal (PBMA, en inglés): enfoque analítico desarrollado para abordar las restricciones impuestas por los costos de transición. Adopta un enfoque más práctico respecto a la evaluación de cambios relativamente moderados y viables en contraposición a la adherencia a patrones históricos. Este programa es un complemento del análisis de costo-efectividad.

Programas horizontales de salud pública: conjunto de servicios de salud financiados mediante fondos públicos para la prevención y asistencia médica de las condiciones de salud prevalentes.

Programas verticales de salud pública: programas que se centran especialmente en intervenciones que no están integradas por completo en los sistemas de salud.

Protección de riesgos financieros (PRF): protección que busca evitar que las personas deban afrontar dificultades financieras vinculadas al pago de servicios de salud. Un componente clave de la cobertura universal en salud.

Red de Aprendizaje Conjunto para la Cobertura Universal en Salud (Joint Learning Network for Universal Health Coverage, JLN): red de profesionales y responsables de políticas de todo el mundo quienes se encargan de desarrollar productos de conocimiento con el objetivo de acortar la brecha entre la teoría y la práctica y ampliar la cobertura a todas las personas del mundo.

Red de Prioridades para el Control de Enfermedades (Disease Control Priorities Network, DCPN): proyecto de siete años gestionado por el Departamento de Salud Global de la Universidad de Washington y el Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud. El programa se diseñó con el objetivo de promover y respaldar el uso de análisis económicos para el establecimiento de prioridades tanto a nivel global como nacional. Esta red fue financiada por la Fundación Bill y Melinda Gates en el año 2009.

Seguro Popular: sistema de seguro de salud de México destinado a ciudadanos de ingresos bajos. Está compuesto por dos planes de beneficios: uno cubre servicios ambulatorios y de hospitalización habituales, y el otro incluye servicios poco frecuentes y de alto costo.

Plan Nacional de Seguro de Salud (National Health Insurance Scheme, NHIS): sistema nacional de seguro de salud creado por el gobierno de Ghana para proveer servicios básicos de salud. El NHIS cubre el 95 por ciento de la carga de enfermedad del país.

Sistema Nacional de Salud (National Health Service, NHS): sistema nacional de salud pública del Reino Unido. Es el sistema de pagador único más grande y antiguo del mundo.

Terapia antirretroviral (TAR): combinación de varios medicamentos antirretrovirales que se utilizan para retrasar la progresión viral del VIH. Si bien aún no hay cura para el VIH, la TAR ayuda a controlarlo para que quienes padezcan esta enfermedad puedan vivir más y mejor. También ayuda a reducir el riesgo de transmisión. Ver también VIH.

Tuberculosis (TB): enfermedad infecciosa causada por una bacteria, que se caracteriza por el crecimiento de nódulos en los tejidos, especialmente en los pulmones.

Tutelas: recurso de amparo constitucional que los ciudadanos de Colombia pueden presentar ante el sistema judicial para proteger su derecho a la salud.

VIH (virus de la inmunodeficiencia humana): virus que se propaga a través de fluidos corporales y que debilita el sistema inmune destruyendo las células T o células CD4. El VIH puede avanzar y convertirse en síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que constituye la etapa final de la infección por VIH.

WHO-CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost-Effective): iniciativa introducida por la Organización Mundial de la Salud en 1998 para ayudar a los países a definir sus prioridades en salud. El equipo de este programa trabaja con responsables de políticas de distintos países, brindando información sobre costo-efectividad, costos y estrategias de planificación para orientar la toma de decisiones.

ÍNDICE

- Accidente cerebrovascular, 308
- ACE. Ver Análisis de costo-efectividad;
- Acreditación, 76-77, 94-95
- Actualización de PBS. Ver Reforma and revisión de PBS
- Acuerdos de costos compartidos, 340
- Addo-Cobiah, Vivian, 105
- AECE. Ver Análisis extendido de costo-efectividad
- Afiliación, 76-77, 99, 345, 375
- Agencia Europea de Medicamentos (EMA), 50
- Airoldi, Mara, 187
- Ajuste: métodos de costo-efectividad para informar, 153, 154, 248, 249, 295, 296; cálculo de costos para las primas, 225-226, 194; y consideraciones éticas, 346, 347, 350, 301, 319, 320; explicitud del PBS necesaria para, 2, 20-21; mitigación del daño mediante, 317-18; y ciclo de políticas, 288, 291, 293; y marcos políticos, 209, 210, 273, 285. Ver también Reforma y revisión de PBS
- Ajustes de inflación, 16
- Albúmina, 308
- Alemania: grandfathering de las decisiones fiscales, 105; asignación de recursos en, 114, 115; participación de las partes interesadas en, 64; transparencia en, 51
- Alianza GAVI, 330
- Aminoácidos, 308
- Análisis comparativo, 16, 94, 107, 116
- Análisis de costo-efectividad (ACE), 135-166; enfoques y cuestiones analíticas, 141-145, 155-163; umbral de costo-efectividad, 153-155; limitaciones, 136-138, 156-159, 238-245; y cálculo de costos, 227-228; definición, 135-136, 157; recolección de evidencia, 139-141, 238-250; implementación, 145-150; razón de costo-efectividad incremental (RCEI), 147-153, 161, 162, 171, 175, 264-265, 278; limitaciones del, 198, 258-261; en México, 24; priorización a través del ACE y sus extensiones, 256-260; y objetivos sociales, 157-61, 169-70; herramientas para, 19, 33; e incertidumbre, 158-159. Ver también Análisis extendido de costo-efectividad; Análisis de costo-efectividad generalizado; Beneficios farmacéuticos
- Análisis de costo-efectividad generalizado (ACEG), 185, 186-187. Ver también Análisis de costo-efectividad; Análisis extendido de costo-efectividad
- Análisis de decisión multicriterio, 37, 156-157, 190-198; modelo aditivo, 190-193; alternativa al ACE, 37, 130, 156-157; y AECE, 199; medicamentos esenciales de acuerdo con, 317; modelos multiplicativos, 193, 195-197; y objetivos sociales, 185, 190-198, 201
- Análisis de sensibilidad determinístico, 284
- Análisis extendido de costo-efectividad (AECE), 167-181; aplicaciones, 129-130, 172-176; beneficios del, 168-173, 198-199; limitaciones del, 258-262; y optimización, 257; y objetivos sociales, 198-199. Ver también Análisis de costo-efectividad
- Análisis sobre el sector salud llevado a cabo por el Banco Mundial en Irán, 43; en Uruguay, 45, 62
- Ansiedad. Ver Depresión y ansiedad
- Anticoncepción y planificación familiar: exclusión de la cobertura, 41, 106, 116, 213; incentivos económicos para cubrir, 93, 112; y política de salud, 130, 206-211, 213; y beneficios no relacionados con la salud, 131, 206-211, 213
- Antirretrovirales, 56, 143. Ver también Terapia antirretroviral (TAR)
- Años de vida ajustados por calidad (AVAC) y años de vida ajustados por discapacidad (AVAD): enfoques del ACE, 140, 144, 148-155, 161-162, 168-170, 176, 186-190, 287; y ética, 354, 355; y VIH/SIDA, 302; y entornos de bajos ingresos, 186-187; en estudios de medicina, 301-302; y resultados no relacionados con la salud, 206, 298, 209, 210-212; y herramientas de optimización, 256-258, 259, 260, 261
- Años de vida ajustados por discapacidad (DALY). Ver Años de vida ajustados por calidad y Años de vida ajustados por discapacidad
- Argentina: cobertura de medicamentos, 51; ampliación del PBS, 77-78, 87-89, 100; financiación del PBS, 96; objetivos del PBS en, 12; mortalidad infantil en, 78; Plan Nacer (SUMAR), 60, 77-78, 87-89, 93, 95, 96, 100; transparencia en, 49, 60
- Arquitectura institucional, 29, 33
- Arquitectura. Ver Bases y arquitectura de los PBS; Arquitectura institucional
- Arrow, Kenneth, 326
- Artritis reumatoide, 306
- Asamblea General de las Naciones Unidas: Resolución A/69/132 (2014), 255; Resolución A/67/L.36 (2012), 4
- Asignación de recursos: asequibilidad y principios éticos, 184, 189, 366-367; herramientas analíticas, 255, 256-257, 260, 261-275; codificación del presupuesto, 111-116; ACE para, 136, 139-144, 154-156, 159-162; coherencia con los objetivos de la políticas, 106-118; y limitaciones o restricciones, 254-255, 267-275; contabilidad de costos y sostenibilidad, 223-228, 230; análisis de costo-efectividad para respaldar, 200-201; y AECE, 167; consideraciones éticas, 353-356; planificación a largo plazo, 107-111; modelos matemáticos, 261-267; modelos de optimización, 254-277; priorización, 255-262; gasto público respecto al PBS, 83-85, 86; llevar las decisiones al plano financiero, 104, 105
- Asignación. Ver Asignación de recursos
- Asistencia a los países pobres. Ver Organizaciones y países donantes
- Asistencia internacional a países pobres. Ver Organizaciones y

- países donantes
- Atención en salud a largo plazo, 368
- Australia: desafíos del Plan de Beneficios Farmacéuticos, 39, 40, 41–42; codificación de diagnósticos en, 95; cobertura de medicamentos en, 43; Ley Nacional de Salud, 39; Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, 39, 40–41, 253; instituciones destinadas al establecimiento de prioridades, 216, 253; opinión pública en políticas de salud en, 54, 55
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID): sobre las decisiones de cobertura de medicamentos, 51; asistencia técnica que solicitó República Dominicana, 62
- Banco Mundial: asistencia para la ampliación de la cobertura en México, 24; sobre el monitoreo y la evaluación, 74; y herramientas de optimización, 233, 261, 266; sobre los objetivos de la CUS, 256
- Base de datos Cochrane, 107, 299
- Base de datos EconLit, 107
- Bases y arquitectura de los PBS, 29–33, 219, 272, 341
- Beneficios farmacéuticos, 315; medicamentos de comparación, 16; 139, 140, 159, 190, 227, 243, 256, 316; y tribunales, 387, 388; entorno de procesos de toma de decisiones y priorización, 58, 298, 317–318; eliminación de medicamentos obsoletos y poco efectivos, 53, 367; prestación y MyE, 95, 97, 107–109, 111; y normas explícitas, 16, 67; estudios de sobreutilización de medicamentos, 299–314; planes de beneficios farmacéuticos, 318–319; y cuestiones políticas, 247; opinión del público, 63–64; reembolso de medicamentos, 12, 16; programa de medicamentos o Lista de Medicamentos Esenciales, 315, 317–318; preferencias de las partes interesadas, 58–60; evaluaciones de tecnologías, 316–317; y transparencia, 46–47. Ver también Formularios; países y programas específicos
- Blecher, Mark, 15, 105
- Bowie, Cameron, 161
- Brasil: codificación del presupuesto en, 112; el poder judicial como parte interesada en la toma de decisiones del PBS, 397; demandas por el derecho a la salud en, 386–387; transparencia en, 51
- Bronquiectasias estables no asociada a fibrosis quística, 307
- Bronquitis, 305, 307
- Brucelosis, 307
- Buchanan, James, 246
- Bulgaria, limitaciones en las consultas de atención primaria, 111
- Bump, Jesse B., 322, 325
- Bussabawalai, Thanaporn, 298
- Calidad de los servicios, 17; garantías para los beneficiarios, 94–95; y toma de decisiones, 60–61; prestación de, 94–95; ética relacionada con, 345
- Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), 137–140
- Canadá: Red de Cuidados Cardíacos de Ontario, 62; financiamiento de la atención en salud, 110; asignación de recursos para la atención salud, 256–257
- Cáncer cervical, 49, 88
- Cáncer colorrectal, 305
- Cáncer de esófago, 305
- Cáncer de huesos y articulaciones, 138, 141, 306, 308
- Cáncer de la vesícula biliar, 88
- Cáncer de próstata, 137–141, 306
- Cáncer de pulmón, 203, 305
- Cáncer o insuficiencia renal, 44, 88, 305, 306, 352, 357, 388
- Cáncer oral, 305
- Cáncer pancreático, 305
- Cáncer: Fondo de Medicamentos contra el Cáncer (CDF), 45, 354; y ACE, 137–141; enfoques de costo-efectividad para el tratamiento, 137, 198; cobertura para, 41, 88; beneficios explícitos para, 123; tratamientos poco efectivos para, 191–192, 367; y utilización de los medicamentos, 299–313; y cuidados paliativos, 211–212; y priorización, 61, 82–83, 222; e incentivos para los prestadores, 94; el rol del apoyo del público y políticas para los tratamientos, 61, 322, 326, 337; y cirugía reconstructiva, 212; mecanismos de reaseguro y otro tipo de financiación separada para gastos catastróficos, 25, 41, 45, 116, 226, 352, 354; factores socioeconómicos en, 402; transparencia y reconocimiento de la cobertura de, 49–50. Ver también tipos de cáncer específicos
- Carapinha, João L., 49
- Carcinoma hepatocelular, 306
- Cargos al usuario, 5, 109, 129–130, 161, 240, 332–334. Ver también Copagos; Distribución de costos
- Cashin, Cheryl, 130, 140, 218
- Caso de Referencia Internacional, 128
- Center for Review and Dissemination (Centro de Revisiones y Divulgación) (MEDLINE), 299
- Centro para el Desarrollo Global, 25
- Centro para la Economía de la Salud (Universidad de York), 354
- Cetogénesis, 308
- Chalkidou, Kalipso, 274, 382
- Chang, Angela Y., 322, 325
- Chile, 402–403; iniciativas de educación para los beneficiarios en, 91–93, 99; Asociación Médica de Chile, 402–403; cálculo de costos, 225–228, 231; limitaciones en la cobertura, 10, 88, 211, 404; cobertura de medicamentos, 51; Fondo Nacional de Salud (FONASA), 49, 52, 85, 87, 226–228, 402, 404; financiación y costo-efectividad, 84–86, 107–109, 113–116, 185, 198; gobernanza de, 26, 30, 43, 60–61, 95, 100, 106; Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), 226–228, 402–403; revisiones periódicas del PBS en, 12, 16, 17, 56, 90, 213–214; desafíos políticos para el PBS en, 20, 87, 323, 402–405; Fondo Ricarte Soto, 116; Superintendencia de Salud, 50; transparencia en, 49, 51–53; PBS Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), 20, 26, 43, 46–47, 50, 52, 56, 60, 84–88, 90–94, 95, 99–101, 106, 109, 113–114, 198, 213, 323, 402–404
- China, 109, 112, 174
- Chipre, 111
- Chongtrakul, P., 190

- Cirrosis o pacientes cirróticos, 198, 308
- Cirugía cerebral, 330
- Cirugía de cataratas, 88
- Cistitis, 307
- Claxton, Karl, 135
- Cobertura o gasto grandfathering, 105
- Cobertura Universal en Salud: y protección financiera, 3; financiamiento, obligatorio, 4; el PBS para definir el conjunto de servicios para, 5, 127; reforma del PBS como medio para respaldar la, 299; mejorar los resultados en salud, 3; monitoreo y evaluación, 74-75; y priorización o establecimiento de prioridades, 254-277; para promover la protección financiera y prevenir la insolvencia, 4; intento de reforma fallido de la administración Clinton, 402; transición hacia, 5, 9, 80, 183-184, 198, 218-219, 235; estudios de utilización para respaldar la, 312-313
- Codificación del presupuesto, 20, 106, 111-116
- Coherencia: entre agencias, 106, 117-118; entre beneficios y recursos, 30-32, 105; entre asignación de recursos y costos, 32, 106-108; consecuencias de la falta de, 29, 41, 105; entre la toma de decisiones y las estructuras analíticas, 36, 38-39, 53-59, 67, 129-130, 133; entre el diseño y los objetivos, 80, 81, 82-91; como principio que guía los PBS, 29, 93-94, 107-108
- Colecistectomía, 41, 88
- Cólera, 307
- Colombia: y juicio clínico, 362; Comisión de Regulación en Salud de Colombia, 57; Defensoría del Pueblo, 43; cobertura de medicamentos, 51; financiación de PBS, 10, 107, 113-115, 118; gobernanza en, 38-42, 45, 56, 60; reforma de salud y objetivos, 12, 87, 99, 100, 345, 350; Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), 51, 56; Plan Obligatorio de Salud (POS), 40, 43, 60, 86, 350, 362, 391; Mórrigan vs. Coomeva EPS (2010), 392-395; formulación de políticas en, 12, 14-16, 54, 56, 57; política sobre la salud en, 29, 44; POS Pópuli app, 49; información pública y transparencia en, 30, 49, 51, 60; leyes relacionadas con el derecho a la salud y el poder judicial en, 60, 337, 386, 391-392, 392-395, 396, 397; Instituto del Seguro Social, 40; Unidad de Pago por Capitación (UPC), 58
- Comisión Lancet en Cirugía Global, 213
- Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud (OMS), 341, 348
- Competencia: análisis de tecnologías que compiten entre sí, 242-244; en mercados de seguros de salud, 52, 100; en mercados de medicamentos, 109
- Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994), 209
- Conflictos de intereses, 30, 31, 49-50, 53, 64, 326
- Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 211, 323, 392
- Control de carga viral (VLM), 354
- Copagos, 91, 99, 184, 198, 334, 348-349. Ver también Distribución de costos; Cargos al usuario
- Corrección de la miopía, 358
- Corte Europea de Auditores, 50
- Costa Rica: Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE), 328, 328; Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS, 327, 328, 385; cobertura de medicamentos y transparencia en, 51; Navarro v. Caja Costarricense de Seguro Social (2001), 386; economía política y PBS en, 322, 327-331; litigios sobre el derecho a la salud, 385-386, 397
- Costeo de PBS, 218-237; análisis de costos aplicados a las políticas, 10, 225-230; desafíos, 230-232, 240-245; métodos de costeo, 220-225; marco, 218-219, 233-235; recursos y prioridades, 231-234; y objetivos sociales, 182-205
- Coulter, Angela, 54
- Cubillos, Leonardo, 381
- Cuestionario de cinco dimensiones de EuroQol (EQ-5D), 187, 213
- Cuidados neonatales e infantiles, 308. Ver también Niños e infantes
- Cuidados o servicios preventivos: sesgos a favor de, 41; ACE y presupuestación para, 233, 254, 258-266, 283, 287; y niños, 88, 389; criterios y toma de decisiones sobre, 91, 167, 168-170, 366; financiamiento de donantes para, 116; evidencia sobre los beneficios de, 362, 404; incentivos, 94, 101, 105; reducción de errores médicos, 368; y medicamentos, 306-307; recomendaciones sobre, 74-77, 82; función social del PBS respecto a, 291-292, 349; garantías no cumplidas, 88-89. Ver también Vacunación
- Cuidados paliativos, 20, 88, 206, 211-212, 308, 352, 354, 358, 367-368
- Cumbre Mundial sobre Salud de la Mama (2013), 213
- Dabak, Saudamini, 298
- Decisión del médico, 364, 369
- “Declaración de Bangkok sobre Priorización y Cobertura Universal en Salud” (PMAC), 256
- Depresión y ansiedad: y análisis de costo-efectividad, 174, 186-187, 190, 212, 234; reconocer la necesidad de incluirlas en la cobertura, 292, 384-385, 404
- Derecho constitucional a la salud, 323, 386
- Derechos de los pacientes, 347, 359-361, 368. Ver también Leyes relacionadas con el derecho a la salud
- Desafíos para la atención en salud. Ver Limitaciones y desafíos para la prestación de atención en salud
- Desafíos políticos para el PBS, 20; limitaciones en la prestación, 245-248; motivos, 16, 17. Ver también Países específicos
- Diabetes tipo 1, 61
- Diabetes, 60, 88, 93, 287, 403
- Diarrea, 90, 174, 176, 367
- Dinamarca, participación de las partes interesadas en, 65
- Discapacidad y personas con discapacidad: cobertura para, 352, 369; y mediciones de la calidad de vida, 213. Ver también Años de vida ajustados por calidad (AVAC) y Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)

- Disentería, 307
- Diseño y ciclo de políticas: coherencia y claridad, 83–84; y ética y equidad, 341–375; y viabilidad financiera, 84–87; y gobernanza, 36–39, 41; estrategias no financieras, 16; objetivos, 79–83; naturaleza constante del, 78–79; impacto de las políticas sobre, 327, 328–330, 332, 334–338, 342; y revisión, 87–91; suficiencia de insumos, 87; período, 79
- Diseño y revisión de PBS, 36–72, 79–91; coherencia y claridad, 5–7, 82–84; limitaciones en, 240, 248; elementos fundamentales de, 10–16; estructuras de toma de decisiones, 53–59; diagnóstico y evaluación, 80–83; consideraciones éticas y de equidad, 346, 348, 351, 352–353, 374, 375; factores externos que influyen en, 16–17; viabilidad financiera, 84–87; buena gobernanza y, 36–39; ciclo de monitoreo y evaluación, 76, 77–91; recomendaciones no vinculantes, 16; objetivos, 82; formulación de políticas, 78–87; revisión, 87–91; participación de las partes interesadas, 26, 36–38, 58–67; lapso de tiempo, 78, 79; transparencia, 8–10, 38–53
- Distribución de costos: consideraciones para el diseño de PBS, 5, 183, 340, 366; como impedimento para el acceso a los servicios, 129–130, 240, 344, 345, 348, 351; para servicios excluidos o de prioridad baja, 18, 109; implicancias políticas de, 332, 333. Ver también Copagos; Cargos al usuario
- Dittrich, Rebecca, 20, 323, 382
- Divulgación de la información y concientización: entre prestadores, 91–94; entre partes interesadas y beneficiarios, 43–44, 47–53, 60–61, 91–92, 323; período, 47–53
- Ébola, 10
- Economía política, 321–339; aplicaciones en el PBS, 322, 327–338; contexto de, 321–324; y ética, 322–323; estudios de PBS de países, 327–334; y legislación, 394–396; teorema del votante mediano, 246; priorización o establecimiento de prioridades, 325–327; participación de las partes y efecto de la legitimidad percibida respecto, 36–38
- Eficiencia y compra eficiente, 169, 172–173, 175, 353–356, 375
- Encefalopatía hepática, 308
- Enfermedad de Alzheimer, 198
- Enfermedad de Crohn, 307, 308
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 187–195, 308
- Enfermedad terminal. Ver Cuidados paliativos
- Enfermedad y trasplante de hígado, 308, 387, 388
- Enfermedades cardiovasculares y cardiopulmonares: y ACE, 285, 287; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 187–195, 308; incentivos para los servicios preventivos, 94; análisis de medicamentos para, 303–304, 306, 308, 309; y cuidados paliativos, 211; apoyo del público para la cobertura de, 60
- Enfermedades de la sangre, 307
- Enfermedades de la tiroides, 305
- Enfermedades de transmisión sexual, 190, 264, 265–266, 268–269, 307. Ver también VIH/SIDA
- Enfermedades del sistema digestivo, 307
- Enfermedades del sistema genitourinario, 307
- Enfermedades del sistema respiratorio, 307
- Enfermedades infecciosas y parasitarias, 307. Ver también enfermedades específicas
- Enfermedades parasitarias, 307
- Enfermedades y condiciones de salud. Ver tipos específicos de enfermedades y condiciones de salud
- Enfermedades y condiciones raras o poco frecuentes, 367
- Enfermedades y lesiones en la cadera, 88, 308
- Enfoque Sectorial Ampliado (Sector Wide Approach; SWAP), 116, 161, 292
- Epidemias, 151, 161–162, 336, 366
- Equidad. Ver Ética y equidad en la definición de beneficios; Protección de riesgos financieros y equidad
- Esclerosis múltiple, 306
- Escobar, María Luisa, 75
- España: asignación de recursos en, 111, 112; transparencia en, 51
- Estabilidad de los PBS, 386–390
- Estados Unidos: Ley de Atención Asequible (ACA), 49; grupo de defensa Community Catalyst, 49; cobertura de medicamentos y transparencia en Oregón, 51; objetivos del PBS, 12; inequidades en la prestación de servicios de salud en, 112; información sobre los PBS, 49; Medicaid para personas con discapacidad, 352; Medicaid en Oregón, 82, 108, 242; Medicare, 115; Academia Nacional de Medicina, 363; intento de reforma fallido de la administración Clinton, 402, 403
- Estandarización de las decisiones sobre políticas, 47–48, 51
- Estonia: Fondo de aseguramiento en salud de Estonia (EHIF), 51; asignación de recursos y ajuste de beneficios en, 109, 114
- Estructuras de pago, 12–13, 17, 105–106
- Estudio de Framingham (1948–), 287
- Etapas de funcionamiento: acreditación, 77, 66–95; afiliación, 76–77, 99, 344, 375; en el ciclo de monitoreo y evaluación, 76–77, 90–97. Ver también Implementación
- Ética y equidad en la definición de beneficios, 321–381; desafíos en el diseño de PBS, 20, 45, 340–342, 374; fijar distintas tarifas por grupo socioeconómico, 5–6; de las decisiones de cobertura, 362–374; y AECE, 171–172; importancia de, 341–346; monitoreo y evaluación, 80, 81; y política y economía política, 246, 321–324; asignación de recursos, 353–356; consideraciones sobre el respeto y la dignidad, 206, 207; en sistemas de dos niveles, 402. Ver también Economía política
- Etiopía: y financiamiento de donantes, 116, 117; implementación del AECE en, 130; impacto de la financiación pública universal en, 169–176
- Evaluación y análisis de impacto presupuestario, 13–15, 110, 366, 367. Ver también Costeo de PBS; Financiamiento de PBS
- Evaluación: de los resultados del PBS, 96–101; principios para el diseño, 80–87; organismos reguladores y evaluación científica, 50; período, 97. Ver también Monitoreo y evaluación
- Evaluaciones de tecnologías en salud (ETS) y agencias: eliminar medicamentos obsoletos, 53; fomento de la equidad mediante, 51; y listas de medicamentos esenciales, 316; incoherencia en,

- 56-57; y proceso de litigio, 397; participación pública en, 63-64; función e importancia de, 124-125; y transparencia, 50. Ver también agencias y países específicos
- Evidencia para informar PBS, 278-290; enfoques analíticos del ACE, 141-146; implementación del ACE, 28-39; consideraciones prácticas del ACE, 281-285; principios del ACE, 138-141, 278-279, 285-288; selección de ACE, 280-282; síntesis, 279-280; y la ética de respaldar decisiones de cobertura, 362-374; análisis de decisión multicriterio, 155-157; cuantificar la incertidumbre, 158-160; valor de la implementación del análisis, 157-158
- Exclusiones: principios éticos de, 323, 367; evidencia para, 281-282, 283; y gobernanza, 37-38; en el diseño de PBS, 10, 12, 13, 16, 18; ETS para, 109; cuidados paliativos en el caso de que el PBS excluya tratamientos curativos, 20; demandas relacionadas con el derecho a la salud, 382, 383-384, 396; de servicios que no cuentan con evidencia suficiente respecto a sus ganancias en salud, 367; en Sudáfrica, 123; y participación de las partes interesadas, 30
- Expectativa de vida, 186
- External Validity Assessment Tool (EVAT), 282
- Faden, Ruth, 20, 323, 340
- Fármacos y medicamentos: albúmina, 308; antibióticos, 307; Avastin/bevacizumab), 367; para el cáncer 306; para enfermedades cardiovasculares, 287; cofinanciación para pacientes más pobres, 18-19; esomeprazol, 309; factor VIII, 309; Herceptin, 322, 337; inmunosupresores, 306; América Latina y cobertura, 51; sofosbuvir, 123; trastuzumab, 123
- Fideicomisos de Atención Primaria (Primary Care Trusts) del Reino Unido, 17
- Fiebre paratifoidea, 307
- Fiebre tifoidea, 307
- Filipinas: análisis de costeo en, 225; Corporación de Seguros de Salud de Filipinas (PhilHealth), 226
- Financiación de PBS, 104-122; desafíos para los PIBM, 104-106, 117-118; desvíos de fondos públicos, 386-387; PBS explícitos necesarios para alinear las necesidades con las limitaciones de financiamiento, 25-26; financiamiento de servicios básicos, 4-8, aspectos fundamentales del financiamiento, 10-11; déficit de financiación, 41, 104-105; planificación a largo plazo, 107-111; y monitoreo y evaluación, 84-91; estrategias, 106-118
- Financiación pública universal (UPF): AECE de, 172-176; impacto en la vacunación y la tuberculosis, 169-176; rol en la protección de riesgos financieros, 162-163, 167-169
- Fondo Monetario Internacional (FMI), datos de poder adquisitivo, 301
- Fondo mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, 56, 245, 261
- Formularios, 46, 110, 385, 388. Ver también Beneficios farmacéuticos
- Fox, Ashley, 336
- Francia, 13, 51, 54
- Frenk, Julio, 186
- Fundación Bill y Melinda Gates, 172, 233, 279, 330
- Gastos catastróficos: y toma de decisiones, 82, 96, 331; definidos, 168; y AECE, 171, 202; PBS como medio para reducir, 79, 100, 349; flujos de financiación separados para prevenir, 25, 41, 45, 116, 226, 352
- Gastos de bolsillo: efecto de la diferencia de costos y gastos en, 219, 220-221, 228-230, 344; utilidad del AECE para calcular, 170-172, 173, 200, 201; y el elemento de protección financiera de los PBS, 256, 257, 345, 348-349, 366; el impacto del PBS en, 77, 94, 98, 99, 258, 350-351, 365-366, 375, 403; consideraciones políticas respecto a, 323, 330-331; escasez de información en PIBM, 171. Ver también Copagos; Distribución de Costos; Cargos al usuario
- Ghana: ampliación de los servicios bajo el Nuevo Partido Patriótico (NPP), 331-333, 345; diseño y políticas del PBS, 73, 211, 213, 323, 326, 331-334, 345; medicamentos en el PBS en, 49, 59-60; Ley del Sistema Nacional de Aseguramiento en Salud (2003), 332; Plan Nacional de Seguro de Salud (National Health Insurance Scheme, NHIS), 41, 73, 105, 211, 213, 323, 330-333, 345, 354; gobernanza y financiamiento deficientes en las políticas de, 10, 41, 105-106, 326; reformas, 354
- Giedion, Ursula, 3, 20, 28, 29, 31, 36, 127
- Glassman, Amanda, 3, 20, 29, 32, 75, 104, 127, 256, 321
- Gobernanza, 28-125; consecuencias de la mala gobernanza, 7-8, 17, 29, 38-40; definición y beneficios de, 36-39, 67; criterios explícitos para, 7, 8-10, 20; principios de, 36-72. Ver también Diseño y revisión de PBS; Financiamiento de PBS; Monitoreo y evaluación
- Goddard, Maria, 246
- González-Pier, Eduardo, 24, 105
- Gorgens, Marelize, 132, 243, 254
- Gostin, Lawrence G., 382
- Gottret, Pablo, 39
- Grecia, reforma del PBS en, 111
- Greer, Scott, 38
- Grupos de apoyo a pacientes, 5, 329
- Grupos de interés: y sensibilización, 61; y limitaciones en la prestación, 246-247; influencia en la cobertura de vacunas, 328-331; proceso político y PBS, 90, 245-247, 256, 321, 325, 336; disminuir la influencia de, 42, 54, 56, 64, 253, 353, 354; estrategias de, 327-329, 328-331, 335, 336; tensiones con estos grupos en el diseño de PBS, 7, 9
- Grupos focales, 324
- Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) enfoque, 106, 107, 112-113
- Guzmán, Javier, 20, 29, 31, 36
- Ham, Chris, 54
- Hauck, Katharina, 131, 238, 246
- Hawkins, Neil, 132, 278
- Health Transformation Program de Turquía, 349
- Heggie, Robert, 132, 278
- Hemofilia A/B, 306

- Hemorragia digestiva alta, 308
 Hemorragia intracerebral no traumática, 308
 Hepatitis C, 123, 261
 Hernia de núcleo pulposo, 88
 Herramientas analíticas. Ver Asignación de recursos
 Hiperplasia prostática, 88
 Hipertensión arterial pulmonar I, 305
 HITAP. Ver Programa de Evaluación de Tecnologías e Intervenciones en Salud
 Homeopatía, 192
 Honduras: Paquete Básico de Servicios de Salud (PBS), 352; viabilidad del PBS en áreas rurales, 95; actualización del PBS en, 90
 Honestidad de las partes interesadas, 63-64
 Implementación, 12, 90-97; insumos disponibles, 95; limitaciones de costos, 185-186, 240-243; demanda, 90; ética, 374, 375; fallas, 29, 38-40; organismo ejecutor, 95-97; beneficiarios informados, 90; monitoreo y evaluación, 16, 96; y monitoreo y evaluación del ciclo, 76; incentivos para los prestadores, 93-95; información del prestador, 90-92; regulación, 96; período, 77, 159. Ver también países y programas específicos
 IMPRESS Guía sobre el valor relativo de intervenciones para la EPOC (Guide to the Relative Value of COPD Interventions), 187
 Incentivos: prestador, 93-94; oferta y demanda, 219
 India: sistema de derecho consuetudinario en, 394-395; anticoncepción y planificación familiar en, 209, 210; descentralización en, 112; y AECE, 174, 185, 199; el Programa de Inmunización Universal de la India, 200; IndiaSIM, 200; National Technical Advisory Group on Immunization (NATGI), 200; tratamiento de la tuberculosis en, 168; vacunación en, 172
 Indonesia: asignaciones para el VIH/SIDA en, 261, 266-267; Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), 266-267
 Industria farmacéutica, 64; ventaja de PBS estables en investigación, 56; compartir medicamentos y dispositivos, 18; y litigios relacionados con el derecho a la salud, 387
 Infante, Antonio, 20, 26, 324, 402
 Infantes. Ver Niños e infantes
 Infección del tracto urinario, 307
 Infección meningocócica, 307
 Infección por pseudomonas, 307
 Infecciones bacterianas, 307
 Infecciones de la piel, 307
 Infecciones de tejidos blandos, 307
 Infecciones hospitalarias, 307
 Infecciones severas, 307
 Iniciativa Internacional de Apoyo a la Decisión (International Decision Support Initiative, iDSI), 232-234, 239, 299
 Inmunización universal, 200
 Inmunización. Ver Vacunación
 Insolvencia Ver Gastos catastróficos
 Inversiones: infraestructura, 375; del lado de la oferta, 375
 Irán, 43, 51, 55, 112
 ISaFE, 190
 Israel: financiamiento, 110, 114; revisiones del PBS en, 82, 105; Asociación Médica Israelí, 66; Seguro Nacional de Salud (National Health Insurance, NHI), 82; participación del público in, 60, 62, 65-66
 Jamison, Dean T., 129, 167
 Juicio clínico, 303, 323, 347, 361-362, 364, 369
 Kenia: sistema judicial en, 395; el derecho a la salud en la constitución de, 385; participación de las partes interesadas en, 59; transparencia en, 49
 Khanh, Phuong Nguyen, 106
 Kirguistán, 230
 Knaul, Felicia Marie, 107
 Krubiner, Carleigh, 20, 323, 340
 Lagos, Ricardo, 402-404
 Lauer, Jeremy A., 130, 182
 Lesiones en la cabeza, 308
 Letonia, derecho a la salud en la constitución nacional de, 385
 Leucemia, 305
 Ley de Atención Asequible (ACA, EE. UU.), 49
 Leyes internacionales y derecho a la salud, 382, 383-385, 388, 391
 Leyes relacionadas con el derecho a la salud, 382-401; en América del Sur y América Central, 25, 323, 328, 383; contextos y definiciones, 382-386; y estabilidad del PBS, 386-390; y el poder judicial, 389-392; disminuir la vulnerabilidad del PBS frente a las demandas, 20, 392-397
 Leyes y legislación: alineación del plan y los recursos consagrados en, 107-110; importancia de, 394-396; disminución del riesgo de acciones legales entre las partes interesadas, 60-62; reducir los litigios bajo PBS explícitos, 60-62, 392-397; derecho a la salud, 382-401; y política social, 207
 Li, Ryan, 382
 Liberia, diseño del PBS en, 10
 Limitaciones y desafíos de la prestación de atención en salud, 238-253; culturales, 5, 368; de diseño y estructurales, 5, 240; geográficos, 5; costos de implementación, 240-243; incorporación en evaluaciones económicas, 248-250; evidencia y datos limitados, 37, 110, 132, 269, 273, 278, 285, 287, 294-297; políticos, 245-248; demandas relacionadas con el derecho a la salud sobre la estabilidad de los PBS, 386-388; e interdependencias del sistema, 242-243; estimaciones poco precisas, 243-245; gobernanza deficiente, 245-248
 Linfoma no Hodgkin de células B, 305
 Linfoma, 88, 305
 Listas de medicamentos esenciales: consultar a organizaciones con, 299; anticoncepción y cuidados paliativos en la Lista de Medicamentos de la OMS, 209-211; costo-efectividad de, 315, 317, 361; y diseño de PBS, 254, 272; modelos de MCDA para, 190; y opinión pública, 124; y leyes que garantizan con el derecho a la salud, 386, 388

- Lupus eritematoso sistémico, 306
- Lupus, 306
- MyE. Ver Monitoreo y evaluación
- Malaria, 56
- Malawi, 291–297; ejemplo de un país con altos niveles de pobreza, 291–292; información sobre, 295–297; Plan Esencial de Beneficios en Salud (Essential Healthcare Package, EHP), 159–160; finanzas, 292–294; e interdependencias del sistema, 293–295
- Mamografías, 41
- Manthalu, Gerald, 291
- Manual de la Red de Aprendizaje Conjunto para la Cobertura Universal en Salud sobre el costeo de servicios para el pago a proveedores, 232–233
- Marcapasos, 88
- Marie Stopes International, 116
- Maximización restringida, 136–139, 141
- Mecanismos de reaseguro: para enfermedades catastróficas o de alto costo, 115; en América Latina, 116
- Teorema del votante mediano, 246
- Medicamentos. Ver Beneficios farmacéuticos; Fármacos
- Médicos, resistencia a la política por parte de, 40
- MEDLINE (Centro de Revisiones y Divulgación), 299, 300
- Megiddo, Itamar, 200
- Mercado de seguros complementarios, 7
- Metabolismo, errores congénitos, 308
- Metástasis, 139, 141
- Methods for Economic Evaluation Project (Proyecto métodos de evaluación económica, Fundación Gates), 278–280
- Métodos de contabilidad de costo. Ver Costeo de PBS
- Métodos de costeo. Ver Costeo de PBS
- México: Fondo de Previsión Presupuestal, 109; Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), 15, 25, 41, 57, 110, 226, 345; Fondo para la Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), 25, 41, 93, 191, 294, 352; costeo, 225–228; Economía y Salud (1994 estudio de Funsalud), 24; reforma de la salud y problemas en, 185, 326; avance hacia la cobertura universal en salud en, 24–27; proceso de formulación de políticas en, 14–16, 56; Progresá (Programa de Educación, Salud y Alimentación), 24; litigios relacionados con el derecho a la salud en, 396; Seguro Popular (SP), 15, 24–25, 41, 73, 79, 93, 105, 107, 109, 114, 226, 352; SSPH (Sistema de Protección Social en Salud), 186; poblaciones objetivo en, 352; Programa Seguro Médico Siglo XXI para enfermedades poco frecuentes en niños, 357; estructura de PBS con dos paquetes, 25, 41, 79
- Miastenia gravis, 306
- Michaels, David, 403
- Microcosteo, 108–110
- Microsoft Excel, 190
- Mieloma múltiple, 305
- Modelo de Markov, 287
- Modelos de epidemiología, 256–260, 268–269
- Monitoreo y evaluación (MyE), 73–103; definición y criterios, 73–78; diseño y revisión, 78–91; y ética, 374, 375; evaluación de los resultados del PBS, 96–101; implementación y funcionamiento, 20, 90–97, 375; mandatos, 96; medición, 56; revisión, 87–91, 350–351
- Mortalidad materno-infantil, 12, 96, 100, 292, 360, 365. Ver también Mortalidad y Morbilidad
- Mortalidad y morbilidad: estimaciones y evidencia, 77, 78, 139, 141, 149, 154–155, 169, 200, 270; reducción como objetivo del PBS, 12, 96, 99–101, 292, 345, 360, 365
- Morton, Alec, 130, 175–176, 182, 187
- Mount, T. D., 173
- Mozambique, programas de VIH/SIDA en, 116
- Mwase, Takondwa, 161
- Neumonía y vacuna antineumocócica (PCV), 169–171, 174, 175, 304, 307, 326–331
- Neumonía, 169–171, 307
- Neutropenia febril, 307
- Nigeria: descentralización en, 112; equidad como motivación para adoptar PBS en, 345; participación de las partes interesadas en, 58; transparencia en, 49
- Niños e infantes: cobertura de tratamiento para el cáncer, 308, 352; diarrea, 90, 174, 175, 308, 367; PIBM, falta de criterios para abordar, 90–91, 261; niveles bajos de albúmina sérica, 308; circuncisión masculina, 264, 265–266, 268; tasas de mortalidad, 12, 78, 97, 100, 292, 359, 365; transmisión de VIH materno-infantil, 390; ictericia neonatal, 308; nutrición, 90, 261; prematuro, 308; priorización de las partes interesadas de, 60–61; garantías no cumplidas, 88–89
- Niskanen, William, 247
- Nkhoma, Dominic, 291
- Noruega: objetivos de la política del PBS en, 82; participación de las partes interesadas en, 65
- Nueva Zelanda: estructuras de la toma de decisiones en torno al PBS en, 54; PHARMAC (Pharmaceutical Management Agency), 108, 315–319
- Nutrición, 90, 261, 270, 272, 273–274
- Objetivos de Desarrollo Sostenible, 4, 255, 261, 270
- Objetivos sociales, enfoques de la atención en salud para cumplir, 182–205; fijar distintas tarifas por grupo socioeconómico, 5–6; comparación de métodos, 200–203; análisis de costo-beneficio, 199–201, 202; costo-efectividad, 9, 185–190, 198–200; empoderamiento de grupos pobres y marginados, 7; y PIBM, 182–186; toma de decisiones multicriterio, 190–199
- OCDE, países, 14, 64, 74, 404
- Ochalek, Jessica M., 135, 291
- Oftalmología, 88, 357
- OMS. Ver Organización Mundial de la Salud
- Oncología. Ver Cáncer
- OneHealth, herramienta de costeo, 232–233, 260
- Optima Consortium for Decision Science (OCDS), paquete de

- herramientas, 261
- Optimización matemática, 259–267, 268–270
- Optimización. Ver Asignación de recursos
- Organismos o entes reguladores, 50, 94–96
- Organización Mundial de la Salud (OMS): informe sobre equidad y cobertura universal en salud del grupo consultivo de, 341, 348; sobre la costo-efectividad de la anticoncepción, 208; financiación y análisis de costos, 154, 167, 185, 233, 242, 295; sobre la implementación de PBS, 62; sobre asignaciones de recursos en salud en África, 274; Guía de tratamiento del VIH (2013) y VLM, 354; y medicamentos y vacunas, 211, 299, 303, 330; sobre el monitoreo y la evaluación, 74; sobre los cuidados paliativos, 211; sobre las entidades públicas y privadas responsables de la prestación de servicios de salud, 198; sobre la cobertura universal en salud, 4, 45, 54, 74, 183, 256, 341, 383
- Organización Panamericana de la Salud, 330
- Organizaciones y países donantes: impacto en las políticas de planificación familiar, 106; impacto en las prioridades de salud y la prestación, 56, 115–118, 184, 240; impacto en el tratamiento del VIH/SIDA, 12, 56, 106, 116, 240, 266, 294
- Órtesis, 88
- Osteoporosis, 306
- Oxford Textbook of Public Health, 168
- Özaltın, Annette, 131, 139, 218
- Países Bajos: estudios de costo-efectividad en, 90; grandfathering en decisiones fiscales en, 105; estructura de la toma de decisiones respecto al PBS en, 57; asignación de recursos en, 114; transparencia en, 51;
- Países de ingresos bajos y medios (PIBM): ajustes de PBS en, 107–111, 113–114; limitaciones del ACE en, 238–241; estrategias de CEA para, 129–131, 162–163, 172–173, 185, 198–199; criterios de políticas de salud para niños, 90–91; comparación con países de ingresos altos, 5–6; influencia de los donantes sobre el PBS en, 8, 116, 266; ventajas del AECE en, 176, 198, 202; restricciones de evidencia y datos, 14, 37–38, 110, 132, 269–270, 273, 278, 285, 287, 294–297; protección de riesgos financieros en función de la equidad en, 7, 167–169, 176, 348; restricciones fiscales en la atención en salud en, 4–8, 37–38, 104–108, 111, 137–138, 273; brecha entre los recursos y los objetivos de la política, 104, 137–138; incorporación de restricciones no financieras a los ACE, 162–163; presupuestos basados en insumos en, 105, 111; problemas de monitoreo y evaluación en, 16, 105; efectos del gasto en salud en la mortalidad en, 154; beneficios no relacionados con la salud de los PBS en, 208–214; escasez de datos sobre gastos de bolsillo en, 171; métodos de pago, 105–106; factores de economía política relacionados con la ampliación de la cobertura en, 330–334, 336; priorización en, 5–6, 37–38, 182, 325; racionamiento en, 5–6; objetivos de la reforma y evaluación de variables, 100; dependencia de métodos de financiación y estructuras insuficientes, 111–112; escasez de personal en, 46–47, 137–138, 159–160, 240; estandarización y transparencia en, 51; transición hacia la CUS mediante PBS, 5–6, 73, 255. Ver también países específicos
- Palmer, Stephen, 245
- Paquete de herramientas Spectrum de Avenir Health, 260
- Partes interesadas: importancia de comunicar las políticas a, 26; participación y características, 36, 56–67
- Participación ciudadana. Ver Preferencias y opiniones del público
- PBS. Ver Planes de beneficios en salud
- Pérdida de audición, 88
- Peritonitis bacteriana, 308
- Perú: asignación y costos/consecuencias del déficit de financiación, 10, 29, 32, 41; diferencias de beneficios entre los prestadores, 40; Plan Esencial de Aseguramiento de Salud (PEAS), 40, 56, 83–84, 93, 105; FISSAL, 116; financiación, 83–84, 105, 109, 112, 116, 117; incentivos para los prestadores, 85–87; Plan Esperanza, 116; formulación de políticas, 40, 56, 345, 359; Listado Priorizado de Intervenciones en Salud (LPIS), 40, 56; Seguro Integral de Salud (SIS), 112
- Petravic, Janka, 254
- PHARMAC (Pharmaceutical Management Agency, Nueva Zelanda), 315–320
- PharmAccess Foundation (Países Bajos), 111
- Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC, New Zealand), 315–320
- Phillips, Andrew, 291
- Pillay, Yogan, 20, 123
- Planes de alta complejidad y alto costo, 25
- Planes de Beneficios en salud (PBS): alinear los acuerdos sobre codificación y asignación del presupuesto con los objetivos, 111–116; alineación del plan con los recursos disponibles en el tiempo, 106–111; alineación y coherencia de las funciones, 18–19, 28–29, 54–55; arquitectura y bases, 29; elementos fundamentales, 10–16, 29; desafíos, 104–106, 123–126, 291–297; coherencia, 29–33, 36, 38–39, 41, 53–59, 67, 80–91, 93–94, 105–108, 117, 129, 133; limitaciones, 238–254; costo-efectividad, 135–166; costos de, 218–237; diseño e implementación, 28–72, 184–186; fondos de donantes para, 116–118; consideraciones de ética y equidad en, 340–381; diseño y administración basados en evidencia, 278–289; protección de riesgos financieros y equidad, 167–181; financiamiento, 104–122; tipos y clasificación, 8–10, 12–14; implementación, 16; resultados mejorados, países con, 403–404; y leyes, 382–401; y legitimidad, 64–65; monitoreo y evaluación (MyE), 73–103; resultados no relacionados con la salud de, 206–217; principios respecto al funcionamiento, 12–13, 36–72; superación de desafíos políticos, 402–405; y sobreutilización, 298–314; beneficios farmacéuticos, 315–320; consideraciones políticas, 321–324; marco de economía política, 325–339; calidad de los servicios, 17; reformulación y actualización, 24; optimización de recursos, 254–277; selección de métodos, 8–10, 127–134; y objetivos sociales,

- 182–205; implementaciones exitosas, 24–27; resumen y elementos fundamentales, 3–16; basados en la oferta en lugar de en las necesidades, 25; sostenibilidad, 4, 9–11, 18–19, 25–26, 41, 317; adaptación a las condiciones locales, 18–19; dirigidos a poblaciones particulares, 352; como estrategia para la cobertura universal en salud, 73, 80, 112, 127. Ver también Análisis de costo-efectividad; Diseño y revisión de PBS; Ética y equidad al definir los servicios; Financiación de PBS; Resultados de beneficios no relacionados con la salud; Asignación de recursos
- Planes estratégicos, 261
- Planificación familiar 2020 (FP2020), 211
- Planificación familiar. Ver Anticoncepción y planificación familiar
- PLOS Medicine sobre monitoreo y evaluación, 74
- Poblaciones adineradas. Ver Poblaciones ricas
- Poblaciones de adultos mayores 61, 308, 341–342, 368
- Poblaciones marginadas, 7, 348–353, 359–361, 385, 397, 403.
Ver también Discapacidad y personas con discapacidad; Poblaciones rurales
- Poblaciones ricas: PBS que favorecen a, 349–351; y enfermedades no transmisibles, 326; y leyes relacionadas con el derecho a la salud, 387–388; carga impositiva sobre, 199; sistemas de dos niveles, 402
- Poblaciones rurales: equidad para, 333, 348, 350–351, 352, 365; intervenciones en, 24, 95, 96–98, 100–101, 137, 174, 291
- Poblaciones vulnerables. Ver Niños e infantes; Discapacidad y personas con discapacidad; Poblaciones de adultos mayores; Pobreza
- Pobreza, 7, 348–353, 359–361, 384, 397, 403. Ver también Poblaciones rurales
- Portugal, asignación de recursos en, 111
- Pouchitis aguda, 307
- Preferencias y opinión del público: al diseñar la política de salud, 61, 332, 333, 353; y objetivos sociales, 207, 213–214, 322
- Prevención de enfermedades. Ver Cuidados preventivos; Vacunación; enfermedades específicas
- PRF (protección de riesgos financieros), 167–171
- Prieto, Lorena, 41
- Prioridades para el Control de Enfermedades 3 (DCP3), 172, 174–175, 209, 234
- Priorización o establecimiento de prioridades: y problemas de financiación en países ricos y pobres, 182–183; racionamiento implícito, 18, 31–32, 111, 183; influencia de las organizaciones y países donantes, 56; en la política, 20, 245–248, 323, 325–327; y optimización de recursos, 255–262
- Proceso de selección de beneficios, 49–50, 127, 129–130, 176. Ver también Toma de decisiones
- Procesos judiciales: la buena gobernanza como método para abordar o reducir los litigios, 20, 43, 60–62; sobre la transparencia de los PBS, 45; impacto del ambiente político en, 328–331, 337–338; sobre el financiamiento público de, 40; decisiones y leyes relacionadas con el derecho a la salud, 43, 60, 382–397
- Programa de Evaluación de Tecnologías e Intervenciones en Salud (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP, Tailandia), 13, 63, 124, 228, 298, 299
- Programa de medicamentos. Ver Lista de medicamentos esenciales
- Programa presupuestal y análisis marginal (PBMA), 242
- Programas o sistemas de pagador único, 26, 266
- Prostatitis bacteriana, 307
- Protección de riesgos financieros y equidad, 167–181; práctica de la responsabilidad del riesgo presupuestario y la asignación de recursos del PBS, 113–116; aplicaciones del análisis extendido de costo-efectividad, 172–176; y formulación de políticas en PIBM, 7, 167–169, 176, 348. Ver también Ética y equidad en la definición de beneficios
- Proyecto de Prioridades para el Control de Enfermedades, 129, 172
- Puntos de veto y actores con poder de veto, 331, 336
- Quimioterapia, 308
- Racionamiento: racionamiento implícito, 18–19, 32, 111, 183; y PIBM, 5, 10; y economía política, 326; y priorización, 256
- Radioterapia, 41
- Rajkotia, Yogesh, 331, 332
- Rattanavipapong, Waranya, 298
- Rawlins, Michael, 59, 63
- Reasignación. Ver Asignación de recursos
- Recursos de protección, 383
- Reembolso, estructuras 12, 15, 105–106, 109
- Reforma y revisión de PBS: estudio de caso de Malau, 291–297; grandfathering de beneficios preexistentes, 82, 105; imprescindible de manera periódica, 12, 16, 17, 56–57, 90–91, 213; y sobreutilización, 298–314; principios y evaluación de, 16, 87–91, 100. Ver también Ajuste
- Reich, Michael, 336
- Reino Unido: Fondo de Medicamentos contra el Cáncer (CDF), 45, 355; costo-efectividad en, 89, 124, 154, 155, 189, 209, 244, 256; costeo en, 232, 233; cobertura de medicamentos en, 51, 326, 337; estructura y política de salud en, 14, 17, 337; proceso de litigio en, 397; Sistema Nacional de Salud (NHS), 18, 44, 154, 213, 322, 326, 337, 354; Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE), 45, 61, 63, 66, 124, 210, 233, 244, 248, 298, 337, 356, 396; beneficios no relacionados con la salud en, 212; entorno político en el marco de la política de salud en, 322, 326, 337, 354; organismos para el establecimiento de prioridades, 298; asignación de recursos en, 44, 45, 256; transparencia y participación del público en la política de salud, 45, 51, 61, 64–65, 66
- Repositorio Abierto de Conocimientos del Banco Mundial (página web del Banco Mundial), 232, 261, 266
- República Dominicana: desafíos del PBS, 29; financiación en, 105, 109, 116; gobernanza, 40; diseño del PBS en, 12, 14; Plan de Servicios de Salud (PDSS), 43; formulación de políticas en, 56; reforma del PBS en, 14, 57, 62; SIAP, 116; Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, 43, 62;

- transparencia de las políticas del PBS, 43, 45
- Resultados y beneficios no relacionados con la salud, 206–217; anticoncepción, 208–211; y AECE, 171–173; marco, 206–207, 213–214; cirugía de fístula obstétrica, 358; cuidados paliativos, 211–212, 358; servicios de reconstrucción y de estética, 212–214
- Revill, Paul, 135, 291
- Riesgo. Ver Protección de riesgos financieros y Equidad
- Rumania: ajuste de los beneficios en, 109; limitaciones en las consultas de atención primaria en, 111
- Ruanda, fondos de donantes destinados a fines específicos en, 116, 117
- Rusia, educación de los beneficiarios en, 52
- Salem, A. B. Z., 173
- Salud bucodental, 60, 88, 93, 212, 213, 331
- Salud de las mujeres, 357
- Salud Mesoamérica 2015 Iniciativa, 360
- Salud visual, 88, 358
- Sandoval, Hernan, 403
- Santatiwongchai, Benjarin, 298
- Savedoff, William, 39
- Sculpher, Mark, 128–129, 135, 185
- Sepsis y shock séptico, 308
- Servicios de atención especializada, 275
- Servicios de reconstrucción y de estética, 207, 213–214, 331
- SIDA. Ver VIH/SIDA
- Silverman, Rachel, 131, 206
- Síndrome de dificultad respiratoria, 308
- Síndrome de hiperestimulación ovárica, 308
- Síndrome nefrótico, 305
- Sinusitis bacteriana, 307
- Sinusitis, 307
- Sistemas descentralizados y descentralización, 17, 18, 33, 112, 247–247, 275, 331
- Smith, Peter C., 3, 36, 114, 127, 131, 142, 238, 245, 246
- Sobreutilización: carácter común de, 254–255; hallazgos y recomendaciones, 303–313; enfoque y alcance de la investigación, 298–304
- Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados, 111
- Socio-Technical Allocation of Resources (STAR), 270
- STAR herramienta de modelación (Fundación para la Salud), 270
- Subutilización: carácter común de, 254–255; incentivos para abordar, 94
- Sudáfrica: control de enfermedades en, 13, 142–145, 174; financiación en, 112, 142–145, 264–266, 274–275; objetivos de salud y derecho a la salud en, 44, 342, 345, 385, 389, 394, 395; primeros pasos para desarrollar un PBS más explícito, 20, 123–125; Seguro Nacional de Salud, 342; Informe Oficial sobre el Seguro Nacional de Salud, 124
- Sudán, financiación de programas de VIH/SIDA en, 261, 263, 264
- Tailandia: costo-efectividad en, 114, 124, 185, 190, 219, 225, 226, 227, 228, 230; costeo en, 219, 225–228, 228–230; financiación del PBS en, 10; Programa de Evaluación de Tecnologías e Intervenciones en Salud (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP), 13, 63, 124, 228, 298, 299; estudios de medicina e información sobre medicina en, 299–309; formulación de políticas en, 13, 31, 56, 63, 109, 298, 299; Sistema de Cobertura Universal (UC), 226, 227, 230
- Tanzania: análisis de costo-efectividad en, 285, 287; gestión de fondos de donantes destinados a fines específicos en, 116; asignación de recursos en, 111; participación de las partes interesadas en, 59; transparencia en, 49
- Tarifas. Ver Cargos al usuario
- Teerawattananon, Yot, 298
- Teorema del votante mediano, 246
- Terapia antirretroviral (TAR), 143, 145, 148–153, 261–266, 274
- Thiboonboon, Kittiphong, 298
- Thomas, Ranjeeta, 131, 238
- Tolerancia a lípidos y cetogénesis, 308
- Toma de decisiones: proceso de selección de beneficios en, 49, 127, 129–130, 176; burocrática, 246; consideraciones éticas en, 359–361, 370, 374; consideraciones respecto de la evidencia en, 372; buena gobernanza en, 14–16, 36, 38–39, 45, 53–67; y la política, 326; participación del público en, 60–62, 246
- Transparencia en el diseño y la revisión, 38–53; mejoras en la rendición de cuentas a través de, 43; características de, 47–53; desventajas y límites de, 45–48; y equidad, 45, 364; importancia moral de, 352–354; comprensión y legitimación del sistema por parte del público, 44–45; y las partes interesadas, 42, 63–65
- Trasplante de órganos, 305, 308
- Trasplante e insuficiencia renal, 305, 308
- Trasplante de médula ósea, 308
- Trastornos mentales. Ver Depresión y ansiedad
- Tratados y acuerdos comerciales, 47
- Tratamientos de comparación, 12–13, 16, 148–149, 244, 280, 281–284
- Tribunales. Ver Procesos judiciales
- Trombocitopenia inmune crónica, 306
- Tuberculosis: AECE para el tratamiento de, 168–176; priorización cuestionable de, 56
- Tukey, John, 288
- Tulloch, Gordon, 247
- Uganda: costeo del PBS en, 10; estructuras para la toma de decisiones en, 55, 56; fondos de donantes destinados a fines específicos en, 117; participación de las partes interesadas en, 59; transparencia en, 49
- Úlceras venosas de piernas, 307
- Úlceras en las piernas, 307
- Úlceras, 307, 308
- Universidad de York, 293
- Uruguay: cobertura de medicamentos en, 51; financiamiento en, 110; objetivos del PBS, 12, 344; Hernández vs. Fondo

- Nacional de Recursos (2011), 388; Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), 45, 343; formulación de políticas en, 12, 15, 92; demandas relacionadas con el derecho a la salud en, 387, 388, 397; transparencia y desafíos en, 49
- Vaccine (revista), 200
- Vacunación: y costeo, 228; AECE de la financiación pública universal, 169–176, 199, 257; equidad en la inclusión de, 350, 367; exclusión del PBS debido al financiamiento de donantes, 106, 116; e incentivos, 114; vacuna antineumocócica (PCV), 169–172, 174, 175, 327–331; y economía política, 322, 326, 328–331; tribunales de compensación de vacunas (EE. UU.), 396
- Valor del análisis del costo de la implementación, 157–160
- Ventura, Miriam, 386
- Verguet, Stéphane, 129, 167, 198
- Vietnam: análisis de costos en, 229; AECE en, 174; diseño de PBS en, 12, 13; programas de VIH/SIDA en, 106; monitoreo y evaluación en, 73; participación de las partes interesadas en, 66
- VIH/SIDA: limitaciones en el tratamiento, 138, 141, 336; y análisis de costo-efectividad, 140, 142–146, 149–153, 158, 167, 190, 228; impacto de la financiación de los donantes en, 12, 56, 106, 116, 240, 294; acceso equitativo al tratamiento de, 352, 354, 360–361, 382, 388.389; evaluar las intervenciones para, 13, 100, 140, 292, 293; financiamiento del tratamiento de, 242, 260–267; función del poder judicial en el acceso al tratamiento, 389; herramientas de optimización para sostener el financiamiento para, 255, 259, 264–270, 272–275; y antirretrovirales, 56; Guía de tratamiento del VIH de la Organización Mundial de la Salud (2013), 354
- WHO-CHOICE (sobre selección de intervenciones costo-efectivas), 141, 190, 242
- Wilkinson, Thomas, 315
- Wilson, Bruce, 386
- Wilson, David J., 254
- Wilson, David P., 243, 254
- Woods, Beth, 189
- Worasuda, Yongthong, 190
- Wu, Olivia, 132, 278
- Youngkong, Sitaporn, 56
- Zambia, análisis de costo-efectividad en, 149
- Zimbabue, programas de VIH/SIDA en, 151