<b>The Lancet Inicio</b> Revistas Colecciones Multimedia Conferencias Información para Prese	entar un Libro
THE LANCET	<b>Bienvenido, Rafael Porra</b> : Reclamación Suscripción   Suscribir   Mi Cuenta   Cerrar Sesión
Online First Edición actual Todos los números Temas Especiales Multimedia Información para le Todo el contenido ▼ Búsqueda Búsqueda Avanzada	os autores
<artículo anterior<="" p=""> Volumen 385, No. 9975, e31-e32, 04 de abril 2015 Siguiente artículo&gt;</artículo>	Acceda a este artículo en ScienceDirect
Comentario	Opciones del Artículo
América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud  Jeanette Vega, Patricia Frenz  Online desde: 15 de octubre 2014	Email artículo Añadir a Mi Lista de Lectura Exportar referencia Crear Cita Alerta Citado por en Scopus (0)
Altmetric 20  DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61635-4	Solicitar permisos  Serie relacionados
Resumen Texto Completo Tablas y Figuras Referencias  Para lograr la cobertura universal de salud, se necesita una definición de lo que se garantiza que todo el mundo la cobertura. En vista de la brecha entre lo que es médicamente posible y lo que es financieramente viable, algún tipo de racionamiento es inevitable en todas las sociedades. Así que la decisión no se trata de si se debe priorizar, pero la mejor manera de lograr esto. <sup>1</sup> Sin embargo, este problema es a menudo descuidado o es una idea de último momento en el debate acerca de la	

cobertura universal de salud. Esta situación se debe a que el establecimiento de prioridades

parte del mundo, los países de esta región han introducido el establecimiento de prioridades

explícitas para definir sus planes de beneficios de salud. <sup>3,4</sup> defensores argumentan que los

explícito es contencioso, carga política y técnicamente difícil, y rara vez se estudia y poco conocido. <sup>2</sup>

Por lo tanto, las lecciones de América Latina son especialmente relevantes. Más que cualquier otra

Cobertura Universal de Salud en América Latina The Lancet

Publicado: 16 de octubre 2014

resultados son potencialmente más eficaces, equitativas, transparentes y eficientes que son prácticas implícitas de racionamiento, que incluyen las listas de espera, los ajustes de calidad, o tarifas a los usuarios. <sup>4</sup>

La primera lección es que los planes de beneficios toman diferentes formas y tamaños, y no se restringen a una lista de servicios esenciales para las sociedades con graves limitaciones de recursos. Giedion y colegas <sup>4</sup> ponen de manifiesto la heterogeneidad de enfoques utilizados por los países de América Latina para establecer prioridades y diseñar y entregar los planes de beneficios. El ámbito de aplicación se extiende de ancho para reducir, en términos de tipos de tecnologías utilizadas, las prioridades de control de la enfermedad, y las poblaciones elegibles. Por ejemplo, de Uruguay Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) es integral para todo el mundo y proporciona atención universal integral de los trastornos de salud en todo el ciclo de vida, sobre todo a nivel de atención primaria, y un amplio catálogo de servicios de diagnóstico y terapéuticos más complejos, independientemente de . proveedor <sup>5</sup> de Chile *Acceso universal con Garantías Explícitas* Plan (AUGE) incluye derechos legalmente aplicables a un amplio conjunto de servicios para un grupo priorizado de enfermedades, pero no niega la atención de salud para otros trastornos, que permanecen sujetos a las listas de espera. <sup>6</sup> Por lo tanto, AUGE es integral para algunas enfermedades. De Colombia *Plan* Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS) selecciona las intervenciones a través de grupos de enfermedades para establecer un conjunto de servicios de atención de salud garantizados por el Estado, lo que significa que todas las personas puedan recibir un conjunto limitado de servicios. <sup>7</sup>

Otros planes están diseñados para subpoblaciones elegibles. Los mexicanos *Seguro Popular* planes de beneficios para las personas fuera del sistema de la seguridad social priorizar la cobertura catastrófica para los beneficios complejas (*Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos* [FPGC]), junto con grupos de intervenciones en *Catálogo universal de Servicios ESENCIALES de Salud* (causas).

8 del Perú *del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud* (PEAS) prioriza los trastornos de salud, sino que proporciona servicios de atención de salud esenciales más limitadas para grupos específicos.

9 *Plan Nacer* en Argentina y *el Paquete Básico de Salud* (PBS) en Honduras se centran en la atención de salud para madres y niños pobres.

10, 11 Todos estos programas son ejemplos de cobertura de los grupos de población específicos con algunas intervenciones, en lugar de los planes universales.

Una segunda lección se refiere a las grandes capacidades institucionales necesarias para definir y actualizar periódicamente los planes de beneficios. Instituciones encuentran cumpliendo su promesa de muchos recursos; Se requiere liderazgo político y técnico sostenido respaldado por fundamentos jurídicos. Los buenos procesos técnicos son una condición sine qua non, que abarca la salud evaluación de las necesidades y la evaluación de las nuevas tecnologías y alternativas de intervención y la planificación y organización de servicio de entrega. Políticamente, equilibrando diversificados y en ocasiones contradictorios, se necesitan intereses. Medidas regulatorias sólidas tienen que estar en su lugar para mantener los intereses creados de servir estrechos intereses localistas de la industria, grupos específicos, o de las organizaciones y, por consiguiente distorsión de los objetivos nacionales de salud. Por ejemplo, por la ley en Chile la definición de AUGE requiere el uso de epidemiológica, la carga de la enfermedad, y los estudios de costo-efectividad y debe tener en cuenta las preferencias sociales y la viabilidad. Procedimientos de consulta obligatorios están dirigidas por un Consejo consultivo técnico independiente. <sup>12</sup> A pesar de la transparencia del proceso chileno, sigue habiendo dudas sobre la imparcialidad y el nivel de participación del público.

The Lancet s nueva serie de Cobertura Universal de Salud (UHC) cartas de América Latina en las complejas fuerzas políticas, económicas y sociales que la formulación de políticas de salud forma. Un documento de Política de Salud adjunto examina la asociación entre la estructura de financiación de los sistemas de salud y UHC. En las últimas décadas, las políticas importantes e iniciativas estratégicas en la salud y el desarrollo han sido adoptadas por América Latina, con la participación activa y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, la OMS y otros asociados. América Latina es un laboratorio para estudiar la mecánica de aplicación de UHC.

Leer más

<sup>13</sup> Por otra parte, los planes de beneficios que mejoran la cobertura universal de salud debe ser respaldada por recursos suficientes a transformar una lista de prioridades en la realidad de los servicios de calidad disponibles, accesibles y aceptables. Por lo tanto, la movilización de recursos financieros y la inversión en recursos humanos y la infraestructura son fundamentales para la cobertura universal de salud. <sup>14</sup>



Ueslei Marcelino / Reuters / Corbis Ver imagen grande

En tercer lugar, a pesar de los planes de beneficios y sus procesos de definición continúan evolucionando en los países de América Latina, un mejor seguimiento y evaluación a nivel nacional se necesitan con urgencia para establecer si los planes se han traducido en una mejora efectiva de la salud y la equidad sanitaria y los ciudadanos más satisfechos. En México, existen evidencias de que *el Seguro Popular* ha contribuido a cerrar las brechas entre la cobertura del servicio, protección financiera, y el tratamiento de las personas con trastornos de salud. <sup>15</sup> En Chile, después de la inclusión de cáncer de mama en AUGE en 2005, biopsias casi se duplicaron y las tasas de cirugía con la reconstrucción del seno más que triplicado. Más importante aún, la detección temprana de todos los casos de cáncer de mama diagnosticados en la etapa 1 mejoró de 68% a 75%, y el diagnóstico tardío (etapa 4) disminuyeron de 9% a 4%. <sup>16</sup> Sin embargo, el potencial para el desplazamiento de personas cuyos trastornos no son cubierta por los planes sigue siendo una preocupación de equidad. <sup>13</sup>

A nivel mundial, se necesita un programa de desarrollo de la investigación y la competencia a futuro en el establecimiento de prioridades para difundir lo que se conoce más ampliamente, investigar lo que no se conoce, y el desarrollo de capacidades de apoyo para hacer lo que tiene que hacer para acelerar la acción en la cobertura universal de salud. Aprender más de América Latina es un punto de partida.

JV y PF eran miembros de la Secretaría de la Comisión de Reforma de Salud en Chile. Declaramos intereses en conflicto.

## Referencias

1 Glassman, A y Chalkidou, K. El establecimiento de prioridades en materia de salud:. creación de instituciones para la más inteligente gasto público

http://www.cgdev.org/files/1426240\_file\_priority\_setting\_global\_health\_FINAL.pdf; 2012. (consultado el 19 de septiembre 2014). )

Ver el artículo

- 2 Kapiriri, L. ¿Qué tan efectivo tiene el paquete esencial en la mejora de la salud sido el establecimiento de prioridades en los países de bajos ingresos ?. *Soc Sci Med* . 2013 ; **85** : 38-42 Ver el artículo | CrossRef | PubMed | Scopus (1)
- 3 Sojo, A. Beneficios para la salud garantías en América Latina: equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio. http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/25601/L717.pdf; 2006. ((consultado el 25 de septiembre 2014).)

Ver el artículo

4 División de Salud del Banco Interamericano de Desarrollo y la Protección Social. Giedion U, R Bitrán, Tristán I, eds. Los planes de beneficios de salud en América Latina: una comparación regional. Mayo, 19 de septiembre 2014).

Ver el artículo

5 Aran, Dy Laca, H. El sistema de salud de Uruguay. *Rev Salud Pública de México* . 2013 ; **53** : 265-274 ( . (en español) )

Ver el artículo

6 Sandoval Orellana, H. Mejor salud para Chile: sanitario, político y base financiera para la necesidad y oportunidad de la reforma del sistema de salud chileno. *Cuad Médicos Soc*. 2004; **43**: 5-20 (. (en español))

Ver el artículo

7 . Giedion, U y Uribe, MV . sistema de seguro universal de salud de Colombia *Salud Aff (Millwood)* . 2009; **28** : 853-863

Ver el artículo | CrossRef | PubMed | Scopus (13)

- 8 Frenk, J, Gómez-Dantés, O y Knaul, F. La democratización de la salud en México: innovaciones financieras para la cobertura universal. *Bull Organ Mundial de la Salud* . 2009 ; **87** : 542-548 Ver el artículo | CrossRef | PubMed | Scopus (32)
- 9 Congreso de la República. Ley marco para el seguro de salud universal. Perú. http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/44\_1.pdf; 2009. (consultado el 25 de septiembre 2014, en español).)

Ver el artículo

10 Johannes, L. ayuda basada en los resultados en salud: el Programa de Seguro de Salud Materno-argentino Chile. *OBApproaches* . 2007 ; **13** : 1-4

Ver el artículo

11 Rodríguez Herrera, A. La reforma de salud en Honduras. Santiago. http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/26905/lcl2541e.pdf; 2006. ( (consultado el 25 de septiembre 2014, en español). )

Ver el artículo

12 Vargas, V y Poblete, S. priorización de la salud: el caso de Chile. *Salud Aff (Millwood)* . 2008 ; **27** : 782-792

Ver el artículo | CrossRef | PubMed | Scopus (12)

13 Zúñiga Fajuri, A. Justicia y la Atención de Salud en AUGE: dilemas bioéticos asociados a la

distribución de los recursos escasos. *Acta bioeth* . 2011 ; **17** : 73-84 ( (en español). ) Ver el artículo | CrossRef

14 Dawes, A y González, F. Sobre la importancia de la oferta hospitalaria en las reformas de salud: el plan AUGE en Chile . Pontificia Universidad Católica de Chile , Santiago , 2010

Ver el artículo

15 Knaul, FM, González-Pier, E, Gómez-Dantés, O et al. La búsqueda de la cobertura universal de salud: el logro de la protección social para todos en México. *Lancet* . 2012 ; **380** : 1259-1279

Ver el artículo | Resumen | Texto Completo | Texto completo PDF | PubMed | Scopus (58)

16 Bitrán, R, Escobar, L, y Gassibe, P. Después de la reforma de salud en Chile: aumento de la cobertura y el acceso, la disminución de las tasas de hospitalización y mortalidad. *Salud Aff* (*Millwood*) . 2010 ; **29** : 2161-2170

Ver el artículo | CrossRef | PubMed | Scopus (10)

## **Los Diarios Lancet**

The Lancet Here
The Lancet Diabetes y Endocrinología
The Lancet VIH
The Lancet Mundial de la Salud
The Lancet Infectious Diseases
The Lancet Neurology
EBioMedicine
The Lancet Here
The Lancet VIH
The Lancet VIH
The Lancet VIH
The Lancet VIH
The Lancet Onc
The Lancet Psic

The Lancet Hematología
The Lancet VIH
The Lancet Oncology
The Lancet Psiquiatría
La Medicina Respiratoria Lancet

## Información y soporte

Sobre Nosotros
Información para los autores
Información para los lectores
Las Carreras Lancet
Servicio Al Cliente
Contáctenos
Política De Privacidad
Términos y Condiciones

## Suscripción

Su cuenta Opciones de suscripción Los suscriptores de impresión existente

Copyright © 2015 Elsevier Limited excepto determinados contenidos facilitados por terceros.

El Lancet® es una marca registrada de Reed Elsevier Properties SA, utilizada bajo licencia.

La página web Lancet.com es operado por Elsevier Inc. El contenido de este sitio está destinado a profesionales de la salud.

Las cookies son establecidas por este sitio. Para rechazar ellos o conocer más, visite nuestra página de cookies.