

Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global

Marco de trabajo, medidas y metas

mayo de 2014



Organización
Mundial de la Salud



GRUPO DEL BANCO MUNDIAL

Colaboradores

Organización Mundial de la Salud

Ties Boerma, Director, Estadísticas y Sistemas de Información Sanitarios; David Evans, Director, Financiación de los Sistemas de Salud; y Marie-Paule Kieny, Subdirectora General, Sistemas de Salud e Innovación.

El Banco Mundial

Patrick Eozenou, Economista, Salud, Nutrición y Población; Tim Evans, Director, Salud, Nutrición y Población; y Adam Wagstaff, Gerente de Investigación, Desarrollo Humano y Servicios Públicos.

Agradecimientos

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial desean agradecer al Gobierno de Japón y a la Fundación Rockefeller por su generosa contribución financiera para el desarrollo y publicación de este documento.

© Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/el Banco Mundial 2014

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Los resultados, las interpretaciones y las conclusiones expresadas en esta publicación no necesariamente reflejan la opinión del Banco Mundial, su Consejo de administración o los gobiernos que representan. El Banco Mundial no garantiza la precisión de los datos incluidos en esta publicación. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud o del Banco Mundial, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud o el Banco Mundial los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud o el Banco Mundial podrán ser considerados responsables de daño alguno causado por su utilización.

Introducción

La tendencia hacia la cobertura universal de salud (UHC, por sus siglas en Inglés), que asegura el acceso a los servicios de salud para cualquier persona sin que ello suponga dificultades financieras, es una corriente que se ha extendido a nivel mundial (1). Esto ha resultado en un aumento notable de la necesidad de experiencia, evidencia y medidas de progreso y, al mismo tiempo, ha convertido la cobertura universal de salud en uno de los objetivos prioritarios de la agenda de desarrollo posterior a 2015 (2). El presente documento propone un marco de trabajo para realizar el monitoreo de los avances hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global. El objetivo es informar y guiar el debate y las evaluaciones relativas a la cobertura equitativa y completa de los servicios de salud esenciales, y la protección financiera. El monitoreo de los avances hacia estos dos componentes de la cobertura universal de salud resulta complementario, a la vez que decisivo, para alcanzar los objetivos de salud con unos resultados deseables; por ejemplo, acabar con las muertes que podrían evitarse y promover la esperanza de vida sana, además de reducir la pobreza y proteger los ingresos familiares.

El presente documento fue redactado de forma conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM) a partir de consultas y debates con representantes de países, técnicos especializados y socios de desarrollo y salud a nivel mundial (3). Un borrador de este documento estuvo disponible para su consulta en Internet entre los meses de diciembre de 2013 y febrero de 2014. Se recibieron cerca de 70 propuestas y comentarios de países, socios de desarrollo, la sociedad civil, académicos y otros actores interesados. Las propuestas recibidas fueron resumidas y analizadas en una reunión con expertos a nivel nacional y global en Bellagio (Italia), en marzo de 2014 (4). El documento se modificó para reflejar las opiniones surgidas durante estos debates.

Cobertura universal de salud: hacia un marco de trabajo común para realizar el monitoreo del progreso

La cobertura universal de salud se define como el resultado deseado del funcionamiento del sistema de salud, un contexto en el que cualquier persona que necesite acceder a los servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y servicios paliativos) pueda hacerlo, sin que ello suponga dificultades financieras (5). La cobertura universal de salud tiene dos componentes interrelacionados: por un lado, todos aquellos factores que intervienen en unos servicios de salud esenciales^a y de calidad según las necesidades; por el otro, la protección financiera frente a las necesidades de salud, incluyendo las situaciones de pobreza provocadas por los pagos directos en el momento en que se necesita el servicio. Toda la población debería poder beneficiarse de ambos componentes.

Este documento propone un marco de trabajo para realizar el monitoreo de la cobertura universal de salud como parte de un marco de trabajo integral para el monitoreo del desempeño de los sistemas nacionales de salud (6). El monitoreo de la cobertura universal de salud debería ser parte integral del análisis del progreso

general en salud, y el desempeño de los sistemas. Esto requiere una evaluación periódica de los insumos (finanzas, personal de salud y medicamentos), productos (prestación de servicios), cobertura de las intervenciones, impactos sobre la salud y los determinantes sociales de la salud. En este contexto, y de acuerdo con su definición, el monitoreo de la cobertura universal de salud afecta a dos componentes diferenciados del desempeño del sistema de salud: los niveles de cobertura de los servicios de salud y la protección financiera, con un especial énfasis en la equidad. Avanzar hacia la cobertura universal de salud a través de estos componentes es un objetivo importante para los sistemas de salud, pero no sustituye a otros objetivos de salud igualmente importantes, como la necesidad de mejorar la tasa de supervivencia o la esperanza de vida sana.

Monitoreo a nivel nacional

El propósito de realizar un monitoreo de la cobertura universal de salud a nivel nacional es garantizar que el progreso hacia una cobertura universal refleje el perfil único propio de cada país en relación con sus características demográficas y epidemiológicas, con su sistema de salud, su nivel de desarrollo económico y las demandas y expectativas de su población. Estas características específicas de cada país resultan decisivas a la hora de decidir sobre qué factores debe realizarse el monitoreo; por ejemplo, las economías emergentes deberían centrarse en cómo extender los servicios esenciales en zonas remotas, mientras que los países desarrollados deberían centrar sus esfuerzos en adaptar la oferta de servicios de salud disponibles en función del creciente envejecimiento de la población. Mientras que el contexto nacional define las medidas que deberán utilizarse, los aspectos a analizar (una cobertura con servicios esenciales de calidad y protección financiera) resultan esenciales para todos los países, independientemente de su nivel de ingresos, su perfil demográfico o sus necesidades de salud.

Monitoreo a nivel global

Habida cuenta del gran interés por acelerar el progreso hacia la cobertura universal de salud, es importante establecer criterios comunes normalizados que permitan el monitoreo en el tiempo, y la comparación entre países. El propósito del marco de trabajo global que se define en este documento, es motivar a los países a que adopten un enfoque compartido para el monitoreo de la cobertura universal de salud, aplicando indicadores internacionales normalizados para medir el progreso. Un monitoreo periódico a nivel global permite comparar los avances hacia la cobertura universal de salud de forma que los países pueden aprender unos de otros. No obstante, el monitoreo a nivel global no debe sustituir el monitoreo a nivel nacional; en ese sentido, se estimula a los países a diseñar sus propias medidas de cobertura universal de salud utilizando este marco de trabajo para reflejar mejor su contexto. Además, debido a la naturaleza dinámica y a la aplicación progresiva de la cobertura universal de salud, las prioridades del monitoreo serán diferentes en cada país.

Principios rectores

Los siguientes principios rectores guían el presente marco de trabajo para realizar el monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud.

- El marco de trabajo deberá comprender dos medidas separadas aunque interrelacionadas: cobertura de la población con servicios de salud esenciales y

cobertura de la población con protección financiera. El progreso en ambas medidas deberá medirse simultáneamente.

- Dichas medidas de cobertura deberían comprender todo el espectro de intervenciones de salud esenciales (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación) y sus costos asociados.
- Las medidas de cobertura con servicios de salud y protección financiera deberían beneficiar a toda la población a lo largo de su curso de vida, incluyendo todas las edades y ambos géneros.
- Las medidas deberían contemplar todos los niveles del sistema de salud. Algunas intervenciones, como los impuestos sobre el tabaco, se aplican en todo el conjunto de la sociedad, mientras que otro tipo de actuaciones, como el tratamiento obstétrico de emergencia, se facilita en instituciones de salud. Asimismo, las medidas de protección financiera deberían abarcar todos los niveles del sistema de salud, ya que, los costos derivados de los servicios pueden variar en gran medida.
- Las medidas a nivel global deberán ser pertinentes para todos los países, independientemente de su nivel nacional de ingresos. A diferencia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, que se centran sobre todo en los países con una renta de ingresos media o baja, los objetivos de desarrollo y las metas de la agenda posterior a 2015 conciernen a todos los países por igual. Incluso los países que disponen de un mayor número de indicadores para medir su progreso deberían seguir también los estándares comunes de medida, así como incluir medidas globales.
- Estas medidas deberían desagregarse por estratos socioeconómico y demográfico, permitiendo así un análisis de la distribución equitativa de servicios y de la cobertura de protección financiera. En todos los sistemas de salud existe una importante estratificación del riesgo debido a la mala salud y a las posibilidades de acceder y pagar servicios de acuerdo con el nivel de ingreso de cada hogar, del lugar de residencia, del género y de otros factores.

Consideraciones metodológicas

Deben tenerse en cuenta varias premisas y consideraciones metodológicas a la hora de aplicar los principios mencionados en las dos medidas de la cobertura universal de salud: la cobertura de los servicios esenciales de salud y la protección financiera.

Cobertura de los servicios esenciales de salud

Las medidas para el monitoreo de las intervenciones de salud específicas y la reducción de los factores de riesgo, pueden clasificarse de distintas formas, dependiendo de las condiciones, el tipo de intervención, las características de la población meta y el nivel de ejecución de las intervenciones. En este marco de trabajo para el monitoreo de la cobertura universal de salud las medidas se agrupan en dos categorías principales que cubren toda la tipología de intervenciones: prevención (que incluye los servicios para la promoción de la salud y la prevención) y tratamiento (donde se incluyen los servicios de tratamiento, rehabilitación y paliación). Existen múltiples indicadores de cobertura de servicios. Se trata de ser moderados y utilizar una pequeña representación de éstos para analizar los avances. Proponemos pues una serie de indicadores

“trazadores” que sirvan para monitorear el progreso hacia cobertura universal de salud y que estén basados en los siguientes criterios.

- **Relevancia:** ¿Los indicadores están midiendo las condiciones de salud prioritarias? ¿La intervención es eficaz en relación a los costos? ¿El servicio o condición en cuestión (por ejemplo, promoción de la salud) puede ser potencialmente un gasto mayor en salud?
- **Calidad:** ¿Los indicadores representan una cobertura efectiva o ajustada en términos de calidad? O bien ¿podrían utilizarse indicadores complementarios para obtener información sobre la calidad de los servicios?
- **Disponibilidad:** Dichos indicadores, ¿se miden de una forma periódica, fiable y comparable (por ejemplo, con numeradores, denominadores, estratificación equitativa) con los instrumentos disponibles (por ejemplo, encuestas en hogares o sistemas de información de instituciones de salud)?

Existen muy pocos indicadores que cumplan con estos tres criterios. La aplicación de estos criterios pone al descubierto la existencia de varios indicadores de cobertura de servicios con intervenciones preventivas relevantes y de calidad (7). De hecho, existen ya varios indicadores reconocidos por su fiabilidad a la hora de analizar la cobertura de servicios con intervenciones, ya sea para promover la salud o para prevenir enfermedades. Entre ellos, se encuentran los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la cobertura de servicios (por ejemplo, la cobertura de vacunaciones), además de otros indicadores utilizados para monitorizar la cobertura de intervenciones cuyo objetivo es prevenir enfermedades no transmisibles (como el no uso del tabaco).

La relativa escasez de buenos indicadores de cobertura de **tratamiento** refleja la dificultad a la hora de definir las necesidades para condiciones que afectan solo a una parte de la población y que, a menudo, requieren atención institucionalizada, como en el caso del tratamiento del cáncer o las apendicitomías. Este aspecto resulta fundamental ya que, a menudo, las enfermedades que requieren una hospitalización o un tratamiento a largo plazo están asociadas con riesgos financieros mayores, hasta el punto de que algunas personas pueden prescindir de estos servicios porque no pueden pagarlos. Incluso en los países desarrollados, de los cuales existe un mayor número de datos disponibles, se utilizan muy pocos indicadores de cobertura de tratamiento de forma habitual (8). No obstante, en casos como la hipertensión o la diabetes (en los que se utilizan exámenes clínicos), las encuestas en hogares pueden ayudar a definir el volumen de población que necesita estos servicios y también el número de casos tratados.

Así pues, basándonos en los indicadores acordados por la OMS para realizar el monitoreo de la cobertura de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las enfermedades no transmisibles, este marco de trabajo propone medir la cobertura de una serie de intervenciones trazadoras para la prevención y el tratamiento (ver los ejemplos ilustrativos a continuación). Este conjunto esencial de intervenciones puede ir definiéndose a lo largo del tiempo, a medida que y una vez estén disponibles unas medidas de cobertura fiables y comparables en otras áreas de intervención, como la rehabilitación y los servicios paliativos.

Muchos de estos indicadores incluyen un componente cualitativo, a menudo denominado “cobertura efectiva”, en vez de medir simplemente la cobertura de “contacto”. Para otros servicios, se necesitan indicadores adicionales para evaluar la calidad de la cobertura en los servicios.

Cobertura de la protección financiera

Existen dos indicadores, utilizados habitualmente para analizar el nivel de protección financiera en salud: la incidencia de gasto “catastrófico” en salud y la incidencia de la pobreza debido a pagos directos por servicios de salud (pagos directos).^b El primero hace referencia al número de hogares, de todos los estratos económicos, cuyos pagos en salud son superiores a sus recursos financieros; el segundo indicador registra hasta qué punto los gastos en salud pueden afectar la economía doméstica y empujar a algunas familias por debajo del umbral de la pobreza.^c

El indicador de pobreza no incluye a aquellas familias que empobrecen todavía más a causa de los gastos en salud. Una forma muy sencilla de calcular estos valores es añadir la cifra de familias no pobres que han empobrecido debido a sus gastos en salud a la cifra de familias pobres que deben realizar pagos directos o de bolsillo. El total resultante es el número de hogares que se han visto empujados hacia la pobreza, o todavía más si ya lo estaban, a causa de los gastos en servicios de salud.

En realidad, lo que analizan estas dos medidas de protección financiera es la *falta* de protección financiera en salud; ambas medidas podrían calibrarse de nuevo para que el 100% de la cobertura de salud cuente con una plena protección financiera (9). De esta forma, el indicador de gastos catastróficos mostraría la “protección frente a los gastos catastróficos” y mediría el porcentaje de la población que no experimenta estos pagos, con efectos catastróficos para las familias. El indicador de empobrecimiento mostraría la “protección frente al empobrecimiento” y mediría el porcentaje de la población que no empobrece como consecuencia de los gastos directos en salud. La medida de empobrecimiento adicional sugerida serviría para medir el porcentaje de familias pobres que no empobrecen todavía más por culpa de los gastos directos en salud.

Equidad en la cobertura

El compromiso con la equidad es un elemento fundamental de la cobertura universal de salud. Sin embargo, en los países que trabajan para avanzar hacia la cobertura universal de salud existe el riesgo de que los sectores más pobres y desfavorecidos de la población se queden atrás (10). En ese sentido, además de medir los niveles de cobertura de los servicios esenciales de salud y de protección financiera, resulta crucial disponer de diferentes medidas adaptadas a cada uno de los elementos “estratificadores” demográficos y socioeconómicos existentes. Para analizar el nivel de equidad en la cobertura de salud a nivel nacional, la elección de los elementos estratificadores debería realizarse teniendo en cuenta tanto los elementos destacados como los elementos que pueden medirse, según los datos disponibles.

El marco de trabajo global propone tres elementos principales que pueden medirse por separado y compararse en todos los escenarios: ingresos por hogares, nivel de gastos o riqueza (cobertura del segmento más pobre de la población en comparación con los segmentos más ricos),^d lugar de residencia (rural o urbano) y género.

Metas para evaluar el progreso de un país hacia la cobertura universal de salud

Establecer metas específicas con plazos definidos resulta determinante para avanzar hacia la cobertura universal de salud. Esto implicará tener que analizar los datos disponibles y definir unos objetivos de mejora suficientemente ambiciosos, aunque alcanzables, de cobertura equitativa de los servicios de salud y de protección financiera.

El objetivo absoluto y definitivo de la cobertura universal de salud en relación con la cobertura de servicios es que cualquier persona pueda obtener los servicios de salud esenciales que necesita, es decir, una cobertura de salud del 100%. Éste es el objetivo principal, sin embargo, también resulta práctico establecer metas basadas en datos empíricos de referencia y en tendencias registradas en el pasado (entre la población en general y sobre todo entre los más pobres), teniendo en cuenta cualquier problema surgido a la hora de evaluar las necesidades y la cobertura efectiva. En el caso de algunos servicios preventivos, tales como la cobertura de vacunación de determinados antígenos, se pueden alcanzar resultados más ambiciosos en cuanto a niños totalmente vacunados se refiere, si estos objetivos se basan en los niveles actuales y en las tendencias del pasado; no obstante, un objetivo menor al ideal puede que se ajuste mejor con el criterio de “suficientemente ambicioso pero aun así alcanzable”. Las metas también deben contemplar los posibles problemas de medición. En algunos servicios, como en el tratamiento de la hipertensión, la cobertura efectiva llegará al 100% solamente si el tratamiento resulta 100% efectivo, lo cual no es muy común en este caso. Del mismo modo, los indicadores de tratamiento (como en el caso de la infección por VIH) se basan a menudo en estimaciones que pocas veces son lo suficientemente precisas como para alcanzar una cobertura del 100%. Como consecuencia, este marco de trabajo establece un objetivo de *al menos* el 80% de la cobertura de servicios de salud esenciales, independientemente del nivel de riqueza, lugar de residencia o género.^e

Con respecto a la protección financiera, los datos disponibles sugieren que un objetivo del 100% resulta ambicioso aunque alcanzable, tanto a la hora de proteger a la población en general de los pagos en salud catastróficos y empobrecedores, como a la hora de conseguir una mayor equidad entre los estratos de la población.

Las tasas de mejora necesarias para alcanzar estas metas de cobertura de salud durante los próximos 15 años (hasta 2030) pueden establecerse a partir de los niveles de cobertura de 2015, con unos objetivos intermedios propuestos para 2020 y 2025.

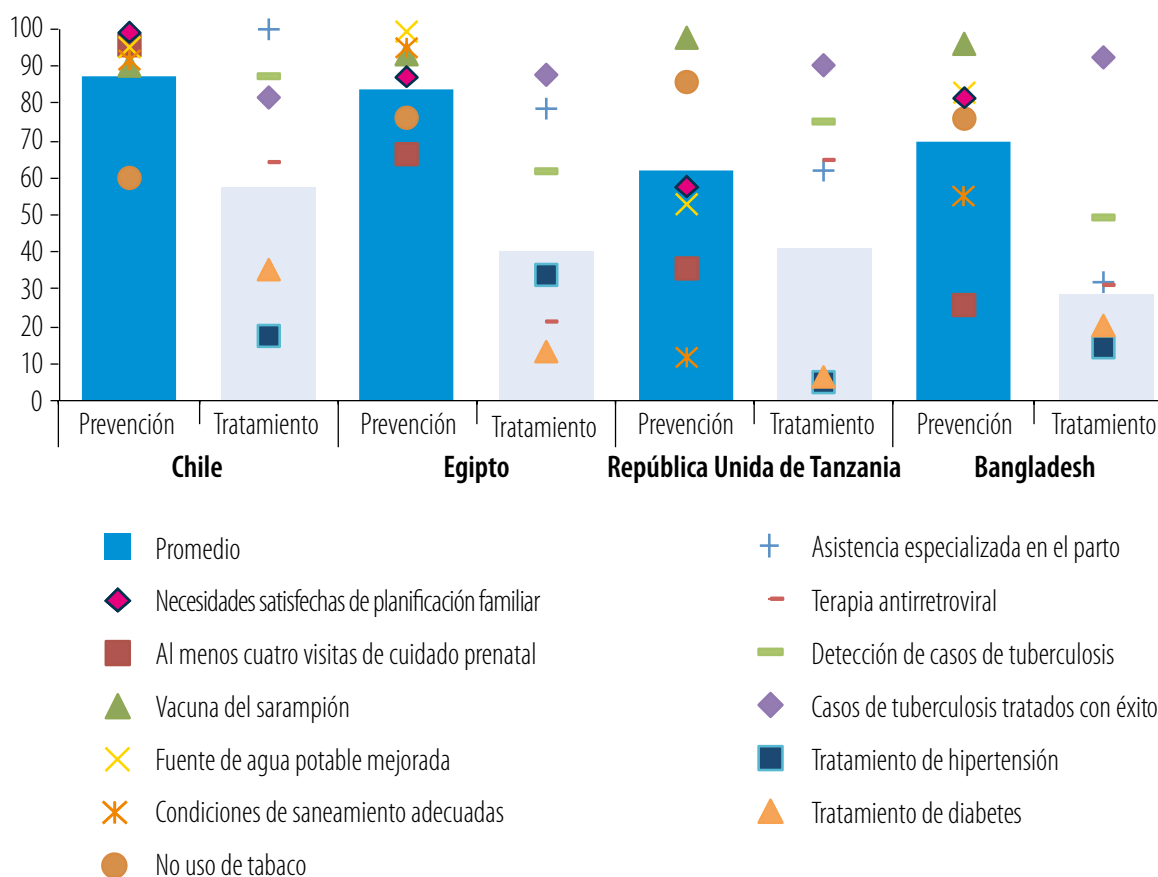
Medidas ilustrativas para realizar el monitoreo de la cobertura universal de salud a nivel global

Este apartado establece metas de cobertura universal de salud y los indicadores ilustrativos de cobertura de servicios de salud esenciales y protección financiera, basados en el marco de trabajo y el enfoque metodológico de medición descritos anteriormente y agrupados por regiones.^f

Medidas para una cobertura de servicios esenciales

A continuación se exponen ejemplos ilustrativos de los indicadores de cobertura de servicios esenciales utilizados en el marco de trabajo para realizar el monitoreo. En el primer ejemplo, se utilizan los datos de cuatro países para comparar la cobertura en los servicios de tratamiento y prevención (Figura 1). Para los servicios de prevención, se identifican seis indicadores: necesidades satisfechas de planificación familiar, al menos cuatro visitas de cuidado prenatal, vacuna del sarampión para los niños, fuente de agua potable mejorada, condiciones de saneamiento adecuadas y no uso de tabaco. Para los servicios de tratamiento, se identifican otros seis indicadores en cinco áreas de intervención: atención especializada durante el parto, terapia antirretroviral, detección de casos de tuberculosis y éxito en el tratamiento (unidos

Figura 1. Tasas de cobertura de servicios para seis intervenciones de prevención ilustrativas y seis intervenciones de tratamiento ilustrativas en cuatro países^a



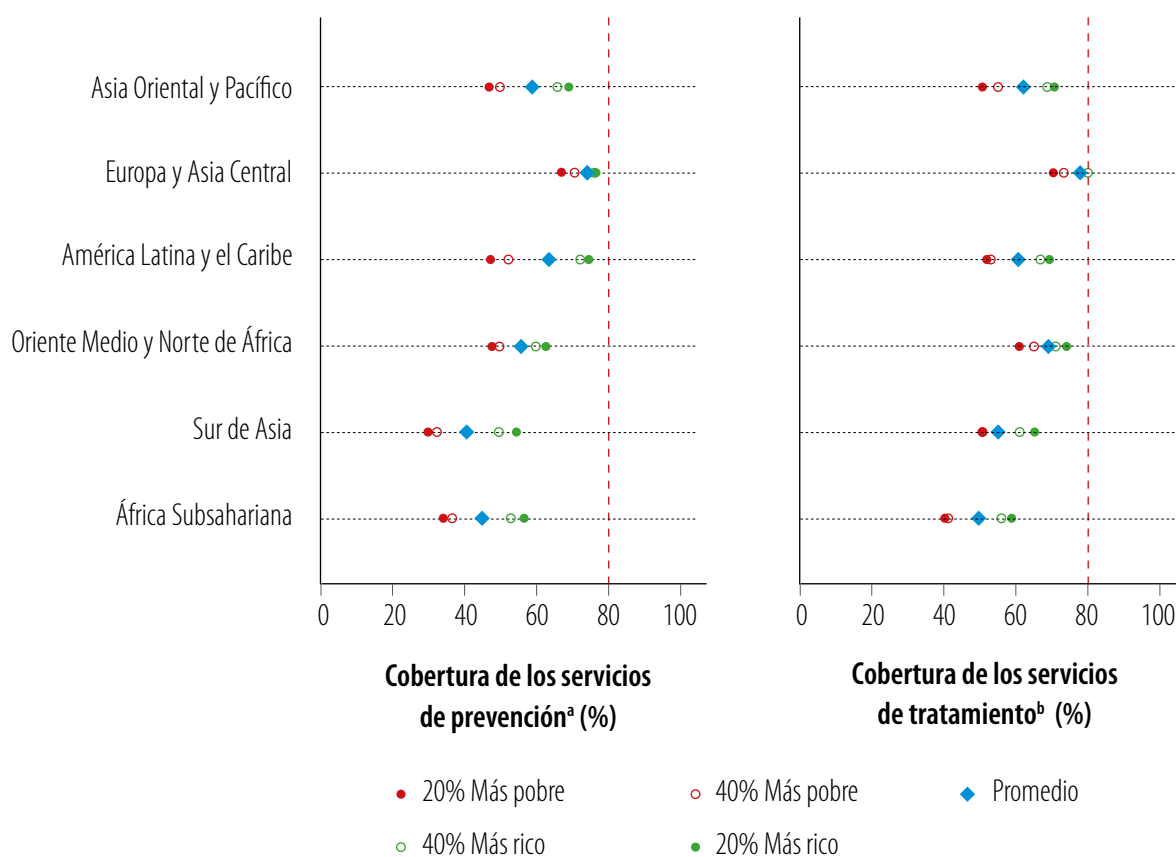
^a Puntos, valores de cobertura para intervenciones aisladas; barras, valores sin ponderar. Para calcular los valores, los indicadores de agua y saneamiento, así como los indicadores de detección de casos de tuberculosis y de éxito en el tratamiento, se combinan en un único indicador para cada área de intervención.

Fuente: encuestas en hogares y datos de instalaciones de 2010 o posteriores.

en un único indicador), tratamiento de la hipertensión y tratamiento de la diabetes. Los puntos en la [Figura 1](#) muestran el nivel de cobertura en cada intervención; la barra muestra los datos sin ponderar de la tasa de cobertura en las intervenciones de prevención y tratamiento (7).

Una segunda ilustración muestra el total agregado y las medidas de equidad en la cobertura de servicios para las intervenciones de prevención y tratamiento clasificadas por regiones, según datos de la Encuesta Mundial de Salud de 2002–2003⁸ ([Figura 2](#)). El déficit de cobertura en relación con el objetivo de cobertura del 80% (línea de puntos rojos) puede atribuirse a la carencia en la cobertura de servicios de prevención y tratamiento. En ambos casos, la cobertura de servicios de prevención y tratamiento es menor en el 20% y el 40% de la población más pobre que en el 80% y 60% de la población más rica de todas las regiones. Además, a medida que el promedio de cobertura se acerca al umbral del 80% propuesto, el diferencia de cobertura entre

Figura 2. Cobertura de servicios de prevención y tratamiento, por región



^a Servicios de prevención: mamografía, citología del cuello del útero, cuidado prenatal (más de cuatro visitas), vacuna del sarampión, fuente de agua potable mejorada, nivel de saneamiento adecuado y no uso de tabaco.

^b Servicios de tratamiento: atención especializada durante el parto, terapia antirretroviral, tratamiento de la tuberculosis, tratamiento de la diabetes, cuidado dental y cirugía ocular.

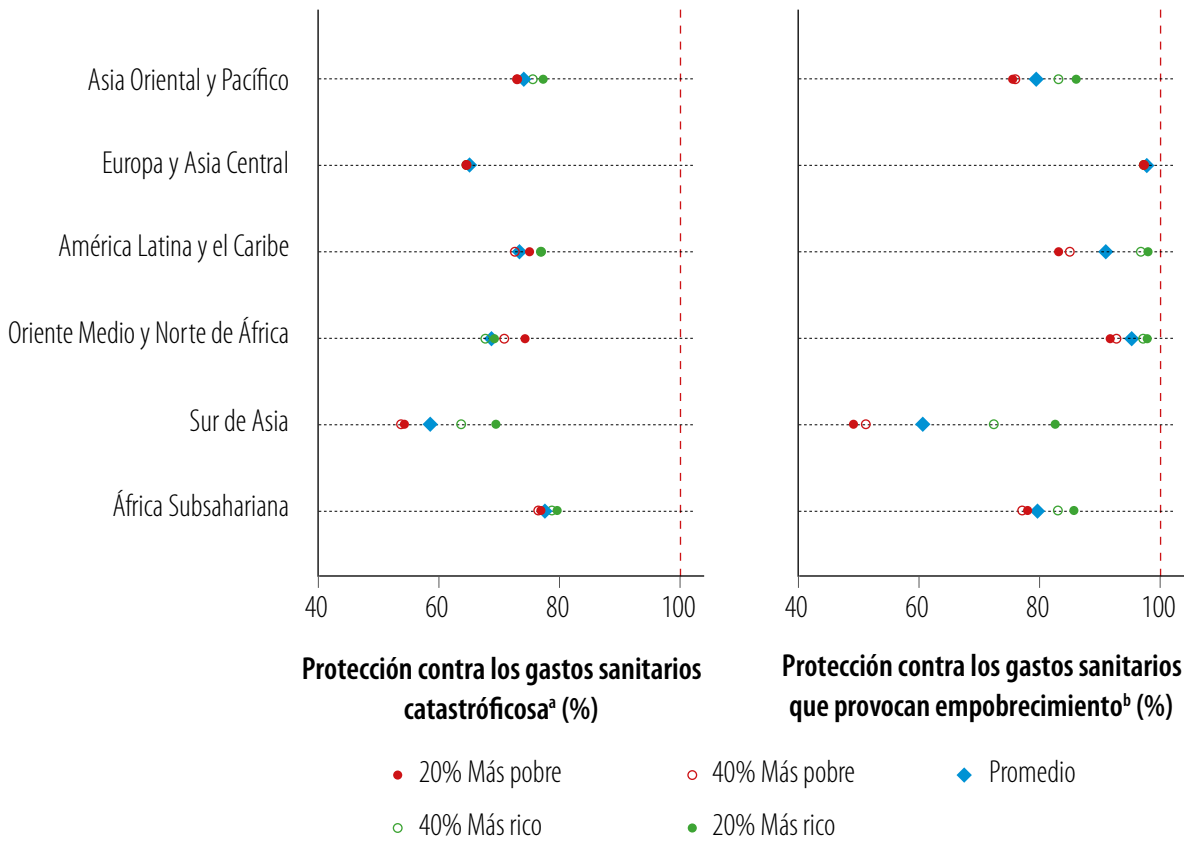
Fuente: Encuesta Mundial de Salud (2002–2003).

el 20% y el 40% de la población más pobre en relación con la población en general disminuye considerablemente. Estos datos sugieren que, en la mayoría de regiones, el nivel de cobertura en las intervenciones de tratamiento es más alto que en las intervenciones de prevención; sin embargo, esto podría reflejar cierto sesgo a la hora de recopilar los datos en vez de mostrar unas tasas de cobertura reales.^h

Medidas de protección financiera

Los mismos datos de la Encuesta Mundial de Salud se utilizaron para generar dos medidas de cobertura de la protección financiera: la fracción de hogares que no incurren en pagos catastróficos y la fracción de hogares a los que los pagos directos en salud no han hecho empobrecer ni entrar en el umbral de la pobreza. En ambos casos, se presentan los resultados relativos a toda la población y para el 20% y el 40% de la población más pobre.ⁱ

Figura 3. Medidas de protección financiera frente a los gastos catastróficos en salud y los gastos que provocan empobrecimiento, por región



^a Porcentaje de la población que gasta menos del 25% del presupuesto no alimentario en servicios de salud.

^b Porcentaje de la población que no se ha empobrecido o caído bajo el umbral de la pobreza debido a gastos directos en salud.

Fuente: Encuesta Mundial de Salud (2002–2003).

La **Figura 3** muestra que las tasas de protección financiera frente a los gastos catastróficos son mucho menores que las tasas de protección financiera contra el empobrecimiento. En ese sentido, el déficit de cobertura respecto al objetivo de cobertura del 100% en protección financiera es mucho menor en el caso de la protección frente a los gastos de empobrecimiento, a diferencia de la protección frente a los gastos catastróficos. La comparación, en términos de equidad entre los gastos catastróficos y los gastos que provocan el empobrecimiento muestra que el 20% y el 40% más pobre de la población están menos protegidos frente los gastos que generan empobrecimiento; sin embargo, los datos relativos a los gastos catastróficos de la población más pobre solamente son peores en el sur de Asia.

Recomendaciones

El marco de trabajo que se presenta en este documento puede utilizarse para transformar el objetivo de la cobertura universal de salud en medidas de progreso que sean válidas y comparables entre los países. Juntas, estas medidas ofrecen una panorámica del funcionamiento del sistema de salud en relación a la cobertura de los servicios esenciales de salud y a la protección financiera, para la población en general y para algunos grupos especialmente críticos en base a sus ingresos domésticos, nivel de gastos o riqueza, lugar de residencia y género. Utilizando las metas e indicadores ilustrativos expuestos en el presente documento, los países pueden identificar las carencias de su cobertura de salud y determinar hasta dónde y a qué ritmo deben mejorar el funcionamiento de sus sistemas de salud para progresar en su camino hacia la cobertura universal de salud.

Este marco de trabajo común para monitorear la cobertura universal de salud ha sido diseñado para facilitar la comparación entre países de los avances hacia la cobertura universal de salud. Se espera que cada país aporte medidas complementarias de cobertura de servicios de salud, además de introducir estratificadores de equidad adicionales que sirvan para adaptar el monitoreo de la cobertura universal de salud en cada contexto.

El monitoreo de la cobertura universal de salud no reemplaza otras medidas que sirvan para impulsar el funcionamiento de los sistemas de salud, tales como la mejora del estado de salud o de la distribución y densidad de trabajadores del sector salud. Es más, debería considerarse una parte esencial dentro de un marco de trabajo más amplio en el que las aportaciones al sistema estén directamente relacionadas con los datos y los resultados de salud. Las medidas aquí propuestas pueden contribuir notablemente a valorar el funcionamiento de los sistemas de salud y a obtener los resultados de salud deseados.

El marco de monitoreo propone el siguiente objetivo, metas e indicadores ilustrativos para la cobertura universal de salud (véase el [Recuadro 1](#)).

Invertir para mejorar el monitoreo de la cobertura universal de salud

El marco de trabajo para realizar el monitoreo de la cobertura universal de salud está concebido como un punto de partida. Actualmente el monitoreo de la cobertura universal de salud a nivel nacional y global está limitado por la falta de indicadores de cobertura de los servicios que sean relevantes, que tengan un nivel de calidad notable y permitan realizar análisis con los instrumentos existentes, especialmente en el ámbito de la cobertura de los servicios de tratamiento. El monitoreo del progreso en las medidas de protección financiera también se ve afectado por la falta de datos fiables. Se requiere una mayor inversión para desarrollar nuevos métodos que permitan desarrollar indicadores de cobertura universal de salud más completos. Por otro lado, invertir en la recolección de datos mediante encuestas en hogares e instituciones de salud, con preguntas homogeneizadas sobre los servicios prestados, resulta de gran utilidad para valorar la cobertura de servicios y de la protección financiera y constituye un bien común importante a nivel mundial, además de suponer una inversión de dinero de lo más rentable para alcanzar el objetivo principal de la cobertura universal de salud.

Recuadro 1. Objetivo, metas e indicadores ilustrativos de la cobertura universal de salud

Objetivo

Lograr la cobertura universal de salud. Todas las personas obtienen los servicios de salud esenciales de calidad que necesiten, sin que ello suponga dificultades financieras.

Metas

- En 2030, todas las poblaciones, independientemente de sus ingresos domésticos, del nivel de gastos o riqueza, del lugar de residencia o del género, disponen de una cobertura mínima del 80% de los servicios esenciales de salud.
- En 2030, todo el mundo disfruta de una protección financiera del 100% frente a los gastos directos en salud.

Indicadores

1. Cobertura de servicios de salud

1.1 Prevención

1.1.1 *Agregado*: cobertura con una serie de intervenciones trazadoras para los servicios de prevención.

1.1.2 *Equidad*: una medida de cobertura de los servicios de prevención, tal y como se han descrito previamente, estratificados por quintil de riqueza, lugar de residencia y género.

1.2 Tratamiento

1.2.1 *Agregado*: cobertura con una serie de intervenciones trazadoras para los servicios de tratamiento.

1.2.2 *Equidad*: una medida de cobertura de los servicios de tratamiento, tal y como se han descrito previamente, estratificados por quintil de riqueza, lugar de residencia y género.

2. Cobertura de la protección financiera

2.1 Gastos que provocan el empobrecimiento

2.1.1 *Agregado*: fracción de la población protegida frente al empobrecimiento derivado de los gastos directos en salud, compuesta por dos tipos de hogares: familias que, por su consumo, ya están por debajo del umbral de la pobreza y que incurrir en gastos directos en salud que los hundan todavía más en la miseria; familias que, por culpa de sus gastos directos en salud, se ven empujadas a entrar en la pobreza.

2.1.2 *Equidad*: fracción de hogares protegidos frente al empobrecimiento o frente a la posibilidad de empobrecer todavía más a causa de los gastos directos en salud, estratificados por quintil de riqueza, lugar de residencia y género.

2.2 Gasto catastrófico

2.2.1 *Agregado*: fracción de hogares protegidos frente a los gastos catastróficos derivados de los gastos directos en salud.

2.2.2 *Equidad*: fracción de hogares protegidos frente a los gastos catastróficos derivados de los gastos directos en salud, estratificados por quintil de riqueza, lugar de residencia y género.

La cobertura universal de salud y el desarrollo del marco de trabajo posterior a 2015

Realizar un monitoreo del progreso para alcanzar la cobertura universal de salud resulta fundamental para cumplir con los objetivos mundiales del Grupo del Banco Mundial y la OMS, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el emergente marco de desarrollo a nivel global posterior a 2015 (2). El Grupo del Banco Mundial ha establecido como objetivo mundial erradicar la pobreza extrema en el año 2030. La cobertura universal de salud es esencial para cumplir este objetivo, ya que servirá para prevenir el empobrecimiento de millones de familias provocado por los pagos directos en salud. La prioridad máxima de la OMS es garantizar el derecho a la salud y alcanzar los máximos niveles de salud para todos. La cobertura universal de salud asegura el derecho universal a los servicios de salud, que representan un factor muy importante en la mejora del estado de salud de la población en todos los países. Del mismo modo, el objetivo del Grupo del Banco Mundial a nivel global, que pretende promover una prosperidad compartida entre el 40% de la población más pobre de todos los países en desarrollo, está estrechamente relacionado con el enfoque a favor de la equidad de la OMS y con la recomendación del Grupo de Alto Nivel de la ONU de introducir la equidad en todas las medidas concebidas para más allá del año 2015.

Existe un consenso cada vez mayor sobre la necesidad de que la agenda posterior a 2015 retome la agenda inacabada de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud así como la carga cada vez más apremiante por hacer frente a las enfermedades no transmisibles (incluyendo la salud mental) y las lesiones. Los actuales indicadores de salud constituyen todavía hoy una base lo suficientemente fuerte como para construir sobre ellos, incluyendo los indicadores de cobertura de intervenciones (11) de los Objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud, tales como la cobertura de vacunaciones y terapias antirretrovirales, la prioridad recomendada de intervenciones en enfermedades no transmisibles (12, 13) y los indicadores de protección financiera (14). En el futuro, se trabajará y realizarán consultas con los países y socios correspondientes para identificar y definir indicadores de prevención y tratamiento específicos. La importancia de las influencias multisectoriales en la salud también debería reconocerse, aunque esta cuestión no se haya tratado en el presente documento. Es preciso proseguir los trabajos para vincular el monitoreo del progreso en la consecución de la cobertura universal de salud con el monitoreo de los factores sociales y medioambientales decisivos para alcanzar la salud y un desarrollo sostenible.

Referencias

1. The world health report – health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/>, accessed 29 April 2014).
2. A new global partnership: eradicate poverty and transform economies through sustainable development. Report of the High-level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda. New York: United Nations; 2013 (<http://www.post2015hlp.org/wp-content/uploads/2013/05/UN-Report.pdf>, accessed 29 April 2014).
3. Technical meeting on measurement and monitoring of universal health coverage, Singapore, 17–18 September 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/universal_health_coverage_meeting_sept2013/en, accessed 29 April 2014).
4. Meeting on measurement of trends and equity in coverage of health interventions in the context of universal health coverage, Rockefeller Foundation Center, Bellagio, 17–21 September 2012. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/entity/healthinfo/country_monitoring_evaluation/UHC_Meeting_Bellagio_Sep2012_Report.pdf?ua=1, accessed 29 April 2014).

5. Monitoring progress towards universal health coverage: a conversation with civil society partners, 21 January 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/entity/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_Meeting_CivilSociety_Jan2014_Report.pdf?ua=1, accessed 29 March 2014).
6. World Health Organization, International Health Partnership. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/documentation/en, accessed 29 April 2014).
7. Boerma T, Abouzahr C, Evans D, Evans T. Monitoring the coverage of services in the context of universal health coverage. *PLoS Med.* Forthcoming
8. Health at a glance: Europe 2012. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2012 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/healthataglanceeurope.htm>, accessed 7 May 2014).
9. Saksena P, Hsu J, Evans DB. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS Med.* Forthcoming
10. Gwatkin DR, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet.* 2011;377(9784):2160–1. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62058-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62058-2) PMID: 21084113
11. Monitoring maternal, newborn and child health; understanding key progress indicators. A report prepared by Countdown for Maternal, Newborn and Child Health, Health Metrics Network and WHO. Geneva: World Health Organization; 2011.
12. Resolution A/RES/66/2. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. New York: United Nations General Assembly; 2012 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/2, accessed 29 April 2014).
13. Resolution EB130.R7. Follow-up to the High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. In: Executive Board 130th session, Geneva, 16–23 January 2012. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2012 (EB130/2012/REC/1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130-REC1/B130_REC1-en.pdf, accessed 29 April 2014).
14. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood).* 2007;26(4):972–83. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.972> PMID: 17630440

Notas finales

- ^a En el contexto de este marco de trabajo, se utiliza la palabra “esenciales” para describir los servicios que un país considera que deben estar inmediatamente disponibles para todas las personas que lo necesiten. Esta condición puede variar en función del contexto. El monitoreo a nivel global se centrará en un subconjunto de servicios prioritarios que todos los países esperan poder ofrecer.
- ^b A pesar de que el resultado de los indicadores puede variar, existe una amplia aceptación de los conceptos.
- ^c Otros dos indicadores que también se utilizan a veces, a pesar de que son menos comprensibles y accesibles para las personas encargadas de formular las políticas, son la “profundidad de la pobreza” (hasta qué punto los pagos directos en salud pueden empeorar el nivel de pobreza preexistente en un hogar) y el “exceso positivo catastrófico base” (la cantidad media por la cual los hogares afectados por gastos catastróficos pagan más que el umbral utilizado para describir los gastos catastróficos en salud).
- ^d A menudo, el segmento más pobre de la población se define a través de los datos del índice de ingresos de un hogar, que permiten analizar la cobertura por quintil de riqueza, el 40% o el 20% de hogares más pobres.
- ^e Deberán realizarse más análisis sobre los plazos de tiempo en la cobertura de intervenciones de prevención y tratamiento, además de estimaciones en base a los resultados de 2015 y de las tasas de mejora de la cobertura hasta 2030, para poder definir de forma más específica la meta de cobertura de los servicios de tratamiento.
- ^f Las regiones del Grupo del Banco Mundial son, en términos generales, similares a las de la OMS, pero no son las mismas: Asia Oriental y Pacífico (Región del Pacífico Occidental de La OMS), Europa y Asia Central (Región Europa de la OMS), América Latina y el Caribe (Región de las Américas de la OMS), Oriente Medio y Norte de África (Región del Mediterráneo Oriental de la OMS), sur de Asia (Región de Asia Sudoriental de la OMS) y África subsahariana (Región de África de la OMS).

- ^g La Encuesta Mundial de Salud, llevada a cabo en 70 países durante el período 2002-2003, se basa en un cuestionario realizado en hogares que respondía a la necesidad y la recepción de un gran número de intervenciones para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, reduciendo la carga de las enfermedades crónicas y las lesiones, así como los gastos en salud y otros gastos (incluidos los alimentarios) a nivel doméstico. El 40% de los hogares más pobres se definieron a través del “índice de riqueza” en hogares, que proporciona la estratificación necesaria para establecer las medidas de igualdad requeridas en la cobertura de los servicios y de la protección financiera.
- ^h Sobre los resultados obtenidos en la Encuesta Mundial de Salud, es probable que la mayoría de cifras relativas a las tasas de cobertura de servicios de tratamiento sean sobreestimadas, puesto que la información la producen los propios usuarios y, en consecuencia, no se contemplan los datos de personas con enfermedades que no se han diagnosticado.
- ⁱ En el caso de los gastos catastróficos, la capacidad para pagar se calculó en función del consumo no alimentario. El umbral de gastos catastróficos se situó en el 25%. Para calcular el empobrecimiento, el umbral de pobreza a nivel internacional se situó en 1,25 dólares estadounidenses al día.