

ARTICULO DE REVISION / REVISION ARTICLE

Políticas y Programas que reducen los gastos catastróficos de salud en países de bajos y medianos ingresos

Policies and programs that reduce catastrophic health expenditures in low and middle income countries

Giménez Caballero E¹, Flores L², Peralta N²

RESUMEN

Objetivo: Identificar las políticas y programas que han logrado reducir el gasto catastrófico de salud, en los países de bajos y medianos ingresos.

Métodos: Revisión sistemática de publicaciones entre enero de 2013 y diciembre de 2017 mediante una estrategia de búsqueda secuencial con palabras claves y selección mediante criterios de inclusión PICO. Incluimos estudios experimentales, casi experimentales y otros diseños de comparación controlados.

Resultados: Identificamos 5.668 publicaciones que evalúan gastos catastróficos, de los cuales 4.678 se relacionaban con distintas intervenciones sanitarias frecuentes que actúan sobre el modelo de financiamiento, 860 utilizaron metodologías rigurosas y 443 correspondían a países de bajos y medianos ingresos. Revisamos títulos y resúmenes y preseleccionamos 44 publicaciones que fueron revisadas exhaustivamente. Incluimos 8 publicaciones para el análisis: 3 realizadas en China, 2 en India, 1 en Lao, 1 en Indonesia y 1 en México. En la evaluación de impacto, 4 no demostraron variaciones estadísticamente significativas. Otros 4 demostraron reducción del gasto catastrófico, mediante distintos modelos de seguros de gestión pública. Conclusiones: Es posible ampliar la protección financiera de la población y evitar gastos catastróficos ante enfermedades, bajo ciertas condiciones y mediante intervenciones específicas como esquemas de aseguramiento público. El acervo de evidencias rigurosas es escaso y se necesitan más estudios sobre otros modelos de intervenciones.

Palabras claves: protección financiera en salud, financiamiento de salud, gasto de bolsillo de salud, gasto catastrófico de salud, cobertura universal de salud.

ABSTRACT

Objective: Identify the policies and programs that have managed to reduce catastrophic health spending in low and middle-income countries.

Methods: A systematic review of publications between January 2013 and December 2017 through a strategy of sequential search with keywords and selection using PICO inclusion criteria. We included experimental, quasi-experimental and other controlled comparison designs.

Results: We identified 5,668 publications that assess catastrophic expenditures, of which 4,678 were related to different frequent health interventions that act on the financing model, 860 used rigorous methodologies and 443 corresponded to low and middle-income countries. We reviewed titles and abstracts, and 44 publications were pre-selected and extensively revised. We included 8 publications for the analysis: 3 carried out in China, 2 in India, 1 in Lao, 1 in Indonesia and 1 in Mexico. In the impact evaluation, 4 did not show statistically significant variations. Another 4 showed a reduction in catastrophic spending, through different models of public management insurance. Conclusions: It is possible to expand the financial protection of the population and avoid catastrophic expenses in the face of diseases, under certain conditions and through specific interventions such as public insurance schemes. The collection of rigorous evidence in scarce and more studies are needed on other models of interventions.

Key words: financial protection in health, health financing, out of pocket payments, catastrophic health expenditure, universal health coverage.

¹Universidad Nacional de Concepción. Concepción, Paraguay

²INVESTIGACIÓN PARA EL DESARROLLO. Asunción, Paraguay

Correspondencia: Edgar Giménez Caballero edgica@gmail.com

Recibido el 13 de junio de 2018, aprobado para su publicación el 8 de agosto de 2018

INTRODUCCIÓN

Las barreras económicas generan exclusión del sistema de salud, son arreglos inequitativos y pueden empujar a la pobreza. Por eso, algunas políticas y programas de salud tienen como objetivo la protección financiera de la población⁽¹⁻⁴⁾. Esto es relevante en países de bajos y medianos ingresos con sistemas segmentados y financiamiento limitado. En ellos se busca ampliar la cobertura mediante Atención Primaria de Salud, con diversos arreglos financieros y como parte de políticas de desarrollo y reducción de la pobreza⁽⁵⁻⁷⁾. También se ha puesto énfasis en los determinantes sociales de la salud⁽⁸⁾; en la atención centrada en personas^(2,9); la gestión de redes integradas⁽¹⁰⁾; el incremento del financiamiento público con fondos agrupados⁽³⁾; la promoción de la investigación, innovación y evaluación de tecnologías⁽¹¹⁾; y la salud en todas las políticas^(2,12).

En el 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una de las metas es alcanzar la cobertura universal de salud (CUS) en el 2030 y se ha señalado que ésta es la idea más poderosa que hoy tiene la salud pública^(13,14). Implica: 1) la cobertura poblacional, es decir la población que tiene derecho y acceso; 2) la cobertura de servicios específicos a los que tienen derecho y acceso; y 3) la cobertura financiera, o cuánto hay que pagar para utilizar esos servicios⁽²⁾. Se puede lograr protección financiera para un conjunto de servicios esenciales invirtiendo 5% a 6% del PIB con fondos mancomunados que representen el 80% del total⁽³⁾.

Para analizar el financiamiento se puede recurrir a las cuentas nacionales de salud⁽¹⁵⁾ o indicadores de gastos en la utilización de servicios. Se denomina gasto de bolsillo de salud (GBS) a los gastos por honorarios, procedimientos diagnósticos o terapéuticos, hospitalizaciones, medicamentos, dispositivos médicos u otros directamente relacionados con la atención ante una enfermedad. Se considera gasto catastrófico de salud (GCS) cuando el GBS supera un límite de capacidad de pago de los hogares. Se denomina gasto empobrecedor cuando el GBS pone a los hogares por debajo de la línea de pobreza, o cuando profundiza la situación de pobreza⁽¹⁶⁾. El umbral más utilizado para GCS es 40% de la capacidad de pago de los hogares⁽¹⁷⁻²⁰⁾. También se utilizan otros límites como 50% y 60%⁽²¹⁾, 30%⁽²²⁻²⁴⁾ y 20%^(25,26) o como una proporción del ingreso total^(27,28) o de los gastos del hogar⁽²⁹⁾.

Para ampliar la protección financiera, las políticas utilizan priorizaciones. Son explícitas cuando se especifican la población, las enfermedades y servicios

que se cubren; o implícita, cuando no hay una declaración, pero se implementan mecanismos de priorización con la asignación de recursos, asignación de números, lista de espera y otras formas de control de la oferta⁽³⁰⁾. Esta definición es clave puesto que ciertas enfermedades se asocian con gastos excesivos^(31,32). Las intervenciones pueden ser distintas: planes de beneficios o de garantías, derechos específicos, ampliación de cobertura o regulaciones sobre los precios^(30,33). Para financiarlas se recurre a impuestos generales o selectivos, contribuciones basadas en el trabajo o modalidades de aseguramiento público y privado^(2-4,33).

La efectividad de estas políticas para proteger a la población de gastos excesivos ante enfermedades es variable: Una revisión sistemática publicada en 2014 reportó evidencias débiles sobre la efectividad de las intervenciones para reducir GBS, señalando que los programas de seguro que reducen o eliminan los copagos proporcionan cierta protección financiera y que existen brechas de conocimiento, sobre todo en países de ingresos bajos y medianos⁽³⁴⁾.

Otra revisión publicada en 2016 aportó evidencias limitadas sobre la reducción neta del GBS. Las evidencias fueron más concluyentes sobre una distribución más progresiva de los recursos mediante un seguro universal y una política de acceso a medicamentos y que los copagos y aranceles son regresivos y afectan más a los pobres⁽³⁵⁾. Otra publicación de ese año sugirió que distintos modelos de microseguros de salud destinados a hogares de bajos ingresos en Asia y África, proporciona protección financiera contra GCS. Los autores señalaron que se requiere de más investigaciones para cubrir los vacíos de conocimiento para hacer recomendaciones de políticas⁽³⁶⁾.

MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo general del estudio fue identificar, según evidencias rigurosas, las intervenciones de políticas y programas que han logrado reducir los GCS y GES en los países de bajos y medianos ingresos mediante una revisión sistemática de publicaciones de los últimos 5 años.

Se diseñó una estrategia de búsqueda mediante palabras claves y criterios de inclusión aplicados secuencialmente. Los criterios de inclusión se ajustaron a las revisiones sistemáticas para el desarrollo⁽³⁷⁾ los cuales se denominan PICO por sus siglas en inglés: **Poblaciones** de países de bajos y medianos ingresos, según la clasificación del Banco

Mundial⁽³⁸⁾. **Intervenciones** sobre el sistema de salud en el marco de políticas, planes y/o programas, bajo distintos modelos de protección social, seguridad social o de aseguramiento, que tengan como objetivo principal o secundario: reducir el GBS; o incrementar la protección financiera; o la equidad del financiamiento; o ampliar el acceso o la cobertura de los servicios; o la cobertura universal de salud. **Comparación** de resultados mediante diseños cuantitativos experimentales o casi experimentales, u otros diseños que controlan sesgos de manera rigurosa; o variables de resultados fueron los gastos excesivos por motivos de salud definidos como gastos catastróficos según las definiciones propuestas por Xu⁽¹⁶⁾ y otras que utilizan una proporción sobre los gastos totales del hogar. Fueron excluidas aquellas que utilizan otras definiciones.

Se incluyeron artículos con revisión de pares entre enero de 2013 y diciembre de 2017. Se utilizó el IDRC

research database collection / electronic collection catalogue (EBSCO, OECD iLibrary, SciELO, World Bank eLibrary, PubMed) y Google Scholar, siguiendo las siguientes fases: 1) identificación publicaciones claves, 2) revisión de tesauros, 3) aplicación secuencial de palabras clave, 4) revisión de títulos y resúmenes, 5) revisión completa de publicaciones preseleccionadas aplicando criterios PICO, 6) selección de artículos y 7) análisis mediante una matriz que cotejó la categorización de los países por nivel de ingreso, el periodo de evaluación, el contexto del sistema de salud, las características de las políticas y programas, el diseño metodológico y la definición de los resultados. Finalmente, se sintetizó las evidencias sobre la reducción del GCS. No pudo determinarse el tamaño del efecto de forma cuantitativa, debido a la variedad de metodologías, por lo que se realizó una categorización de intervenciones y resultados de manera dicotómica: reduce GCS o no reduce GCS (Tabla 1).

Tabla 1. Estrategia de Búsqueda Utilizando Palabras Claves

PASOS DE BUSQUEDA SISTEMÁTICA CON PALABRAS CLAVES
1. (catastrophic? OR impoverishment? OR out of pocket) AND (health) AND (expenditure? OR spending OR payment? OR cost?)
2. AND (intervention? OR program? OR polic* OR politic? OR plan? OR insuranc* OR assurance? OR fund* OR coverage OR access OR universal health coverage OR primary health care)
3. AND (experimental OR cuasi experimental OR regression discontinuity OR propensity score matching OR difference? In difference? OR impactevaluation)
4. AND (Africa OR Asia OR Caribbean OR West Indies OR South America OR Latin America OR Central America OR Afghanistan or Albania or Algeria or Angola or Argentina or Armenia or Armenian or Azerbaijan or Bangladesh or Benin or Byelarus or Byelorussian or Belarus or Belorussian or Belorussia or Belize or Bhutan or Bolivia or Bosnia or Herzegovina or Hercegovina or Botswana or Brazil or Bulgaria or Burkina Faso or Burkina Fasso or Upper Volta or Burundi or Urundi or Cambodia or Khmer Republic or Kampuchea or Cameroon or Camerons or Cameroon or Camerons or Cape Verde or Central African Republic or Chad or China or Colombia or Comoros or Comoro Islands or Comores or Mayotte or Congo or Zaire or Costa Rica or Cote d'Ivoire or Ivory Coast or Croatia or Cuba or Djibouti or French Somaliland or Dominica or Dominican Republic or East Timor or East Timur or Timor Leste or Ecuador or Egypt or United Arab Republic or El Salvador or Eritrea or Ethiopia or Fiji or Gabon or Gabonese Republic or Gambia or Gaza or Georgia Republic or Georgian Republic or Ghana or Gold Coast or Grenada or Guatemala or Guinea or Guiana or Guyana or Haiti or Honduras or Hungary or India or Maldives or Indonesia or Iran or Iraq or Jamaica or Jordan or Kazakhstan or Kazakh or Kenya or Kiribati or Korea or Kosovo or Kyrgyzstan or Kirghizia or Kyrgyz Republic or Kirghiz or Kirgizstan or Lao PDR or Laos or Lebanon or Lesotho or Basutoland or Liberia or Libya or Macedonia or Madagascar or Malagasy Republic or Malaysia or Malaya or Malay or Sabah or Sarawak or Malawi or Mali or Marshall Islands or Mauritania or Mauritius or Agalega Islands or Mexico or Micronesia or Middle East or Moldova or Moldovia or Moldovian or Mongolia or Montenegro or Morocco or Ifni or Mozambique or Myanmar or Myanma or Burma or Namibia or Nepal or Netherlands Antilles or New Caledonia or Nicaragua or Niger or Nigeria or Pakistan or Palau or Palestine or Panama or Paraguay or Peru or Philippines or Philipines or Phillipines or Phillippines or Papua New Guinea or Romania or Rumania or Roumania or Rwanda or Ruanda or Saint Lucia or St Lucia or Saint Vincent or St Vincent or Grenadines or Samoa or Samoan Islands or Navigator Island or Navigator Islands or Sao Tome or Senegal or Serbia or Montenegro or Seychelles or Sierra Leone or Sri Lanka or Solomon Islands or Somalia or Sudan or Suriname or Surinam or Swaziland or South Africa or Syria or Tajikistan or Tadjikistan or Tadjikistan or Tadjik or Tanzania or Thailand or Togo or Togolese Republic or Tonga or Tunisia or Turkey or Turkmenistan or Turkmen or Uganda or Ukraine or Uzbekistan or Uzbek or Vanuatu or New Hebrides or Venezuela or Vietnam or Viet Nam or West Bank or Yemen or Yugoslavia or Zambia or Zimbabwe or developing countries or transitional countries or under developed countries or underdeveloped countries or middle income countries or low countries)

RESULTADOS

El paso 1 incluyó 5.668 publicaciones, 4.678 estaban relacionadas con alguna de las intervenciones que reducen GBS, es decir, el paso 2 de la búsqueda. Aplicando el paso 3, quedaron 860 publicaciones y con el paso 4, 443 publicaciones. Revisando títulos y resúmenes se preseleccionamos 44 publicaciones para revisión exhaustiva. Como resultado, seleccionamos 8 publicaciones que cumplieron con los criterios PICO: 7 eran de países del continente asiático (3 de China, 2 de India, 1 de Indonesia y 1 de Lao) y 1 de América Latina (México). Considerando el nivel de ingreso, 3 eran de países de ingresos medios bajos (2 de India y 1 de Lao) mientras que los 5 restantes eran de países de ingresos medios altos (3 de China, 1 de Indonesia y 1 de México). Ningún estudio de países de ingresos bajos cumplió con los criterios PICO (Tabla 2).

Todas las intervenciones tuvieron alguna forma de participación estatal, con priorización explícita, de tipo “aseguramiento” dirigido a la población pobre, rural o a la población sin cobertura de seguridad social o a la población sin seguro médico (Tabla 3).

En cuanto al tiempo transcurrido desde el inicio del programa y la evaluación, la variación fue de 1 a 9 años: 1 año en los estudios realizados en Indonesia y México, 4 años en los 2 estudios realizados en India, 5 a 6 años en 2 estudios de China, 8 años en el estudio de Lao y 9 años en un estudio de China (Tabla 4).

Las variables dependientes para evaluar las modificaciones, los efectos, la efectividad o el impacto, describieron variaciones del GBS. En los estudios de China, 2 definieron el GCS con el umbral de 40% mientras que 1 utilizó umbrales de 20%, 30%, 40% y 60% de la capacidad de pago. El estudio de México lo definió a partir de 30% de la capacidad de pago. Los 2 estudios de la India utilizaron umbrales de 25% y de 40% a 80% de la capacidad de pago, y considerando 10% a 50% de los gastos totales del hogar. El estudio realizado en Indonesia utilizó el umbral de 15% sobre los gastos totales y el de Lao el 10% de los gastos totales de los hogares (Tabla 4).

En cuanto al diseño del estudio, sólo 1 lo describió como experimental (México), 4 utilizaron Propensity Score Matching para seleccionar la muestra de intervención y control (2 de India, 1 de Lao y 1 de Indonesia); 1 utilizó diferencia de diferencias para comparar grupos (China); 2 realizaron estudios longitudinales con pruebas estadísticas de significancia antes y después de la intervención (China).

Los efectos estadísticamente significativos sobre el GCS se identificaron en 4 publicaciones:

- a) El estudio de México demostró una reducción del GCS en los hogares rurales con acceso a establecimientos bien dotados de personal de salud.
- b) El estudio realizado en China por Guo y colaboradores demostraron que el reembolso del NCMS redujo la incidencia y la intensidad de los GCS, y que este impacto fue mayor luego del lanzamiento de la nueva reforma. Después del reembolso, la incidencia de GCS fue 0.073 en el 2009 y 0.021 en 2012.
- c) El estudio realizado en Lao demostró una reducción de GCS. Las estimaciones señalaron que el 6% de las personas aseguradas y el 9% de las personas sin seguro viven en hogares con gastos catastróficos. Para aquellos que fueron hospitalizados, el impacto del CBHI en los GCS fue aún más pronunciado: 14.7% para asegurados y 27.4% para no asegurados.
- d) Un estudio realizado en India por Barnes y colaboradores demostró cierta reducción del GCS, con un nivel de significancia de 10%.

Las otras 4 publicaciones no demostraron variaciones estadísticamente significativas.

Tabla 2. Publicaciones incluidas para el análisis

ID	Documento	País	Clasif.
Mx	(39) Jeffrey Grogger, Tamara Arnold, Ana Sofia León, Alejandro Ome; Heterogeneity in the effect of public health insurance on catastrophic out-of-pocket health expenditures: the case of Mexico, Health Policy and Planning, Volume 30, Issue 5, 1 June 2015, Pages 593–599, https://doi.org/10.1093/heapol/czu037	México	Ingresos medios altos
Ch1	(40) Jing S, Yin A, Shi L, Liu J. Whether New Cooperative Medical Schemes reduce the economic burden of chronic disease in rural China. PLoS One 2013;8:e53062. doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0053062 PMID:23326382	China	

Continúa →

Tabla 2. Publicaciones incluidas para el análisis (continuación)

ID	Documento	País	Clasif.
Ch2	⁽⁴¹⁾ Guo N, Iversen T, Lu M, Wang J, Shi L. Does the new cooperative medical scheme reduce inequality in catastrophic health expenditure in rural China? BMC Health Serv Res. 2016;16:653	China	Ingresos medios altos
Ch3	⁽⁴²⁾ Wang Q, Liu H, Lu ZX, Luo Q, Liu JA. Role of the new rural cooperative medical system in alleviating catastrophic medical payments for hypertension, stroke and coronary heart disease in poor rural areas of China. BMC Public Health. 2014;14(1):907-16	China	
Indo	⁽⁴³⁾ Sparrow R, Suryahadi A, Widyanti W (2013) Social health insurance for the poor: Targeting and impact of Indonesia's Askeskin programme. Social Science & Medicine 96: 264-271	Indonesia	
Lao	⁽⁴⁴⁾ Alkenbrack S, Lindelow M. The Impact of Community-Based Health Insurance on Utilization and out-of-Pocket Expenditures in Lao People's Democratic Republic. Health Econ. 2013;24:379	Lao	Ingresos medios bajos
Ind1	⁽⁴⁵⁾ K. Barnes, A. Mukherji, P. Mullen, N. Sood. Financial risk protection from social health insurance. J. Health Econ., 55 (2017), pp. 14-29	India	
Ind2	⁽⁴⁶⁾ Karan A, Yip W, Mahal A. Extending health insurance to the poor in India: an impact evaluation of Rashtriya Swasthya Bima Yojana on out of pocket spending for healthcare. Soc Sci Med. 2017;31(181):83-92	India	

Tabla 3. Intervenciones y población meta

ID	Intervención	Población
Mx	Sistema de Protección Social en Salud. Seguro Popular de salud. Implementado desde 2004	Población sin seguro. Sector Informal. Pobres.
Ch1 Ch2 Ch3	Seguro público de salud NCMS implementado desde el 2003. El fondo se constituye con aportes del Estado y de los hogares y proporcionan reembolsos para atención ambulatoria y hospitalizaciones.	Población rural y pobre.
Indo	El programa Askeskin es de aseguramiento para el sector informal para expandir la seguridad social mediante un paquete de servicios ambulatorios y de hospitalización. Se introdujo en 2006	Población del sector informal y pobre.
Lao	Seguro comunitario para trabajadores informales de Lao. Gubernamental. Cubre un paquete de servicios ambulatorios y de internación. Se implementa desde el 2001.	Población urbana y sub urbana.
Ind1	Vajpayee Arogyashree Scheme (VAS), seguro orientado hacia enfermedades con gastos catastróficos. Implementado desde el 2010	Población rural y pobre.
Ind2	Rashtriya Swasthya Bima Yojana' (RSBY). Seguro público implementado desde el 2008. Busca proteger a la población pobre contra gastos excesivos por hospitalizaciones. No cubre atención ambulatoria	Población pobre.

Tabla 4. Diseños y Resultados

ID	Tiempo	Diseño	Variables	Resultados
M	1 año	Experimental	Independientes: aseguramiento, utilización de servicios, características del establecimiento. Dependientes: gasto de bolsillo y gasto catastrófico (30% de capacidad de pago)	Reducción significativa del GCS
Ch1	5 años	Intervención y controles. Diferencia de diferencias	Independientes: aseguramiento, diagnóstico de enfermedades crónicas, variables socioeconómicas. Dependientes: gasto de bolsillo, gasto empobrecedor, gasto catastrófico (40% de la capacidad de pago)	No significativo
Ch2	9 años	Estudio longitudinal 2009 y 2012 antes y después del reembolso	Independientes: aseguramiento y variables socioeconómicas. Dependientes: gasto de bolsillo, gasto catastrófico (20, 30, 40, 50 y 60% de la capacidad de pago)	Reducción significativa del GCS
Ch3	6 años	Antes y después del desembolso. Pruebas de OR. Regresión logística	Independientes: aseguramiento, variables socioeconómicas y diagnóstico de hipertensión, enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular. Dependientes: gasto de bolsillo, gasto empobrecedor, gasto catastrófico (40% de capacidad de pago), brechas de GCS.	No significativo
Indo	1 año	Intervención y controles. Propensity Score Matching	Independientes: socioeconómicas, aseguramiento, utilización. Dependientes: gasto de bolsillo y gasto catastrófico (15% del total de gastos)	No significativo
Lao	8 años	Intervención y controles. Propensity Score Matching	Independientes, socioeconómicas, aseguramiento, utilización. Dependientes: gasto de bolsillo y gasto catastrófico (10% del total de gastos)	Reducción significativa del GCS
Ind1	4 años	Intervención y controles. Propensity Score Matching	Gasto catastrófico como 40% a 80% de la capacidad de pago o como 10% a 50% del total de gastos	Reducción significativa del GCS
Ind2	4 años	Intervención y controles. Propensity Score Matching	Dependientes: aseguramiento, hospitalización. Independiente: gasto de bolsillo, gasto catastrófico (10% de gastos del hogar y 25% de capacidad de pago)	No significativo

DISCUSIÓN

Todas las intervenciones analizadas fueron implementadas entre el 2001 y el 2010, en distintos contextos territoriales, sociales, sanitarios, económicos y culturales. Estas fueron orientadas de acuerdo a problemas comunes de países con ingresos bajos y medios: exclusión de pobres y de trabajadores informales; oferta limitada en áreas rurales; subsistemas desiguales y alta participación del gasto de bolsillo⁽³⁹⁻⁴⁶⁾. Las diferentes intervenciones plantean que no hay un camino único para alcanzar la cobertura universal de salud: a) instalar un sistema de protección social, como el Seguro Popular de Salud de México⁽²²⁻²⁴⁾, b) seguridad social para trabajadores informales en Indonesia⁽⁴³⁾, c) aseguramiento de un paquete de servicios en la India^(45,46) o d) aseguramiento con reembolso en China⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

Cuando hay cobertura asegurada es esperable que se incremente la utilización de servicios. Este incremento puede aumentar el gasto de bolsillo y otras variaciones pueden relacionarse a la disponibilidad, accesibilidad, complejidad y calidad de servicios, aspectos que no están suficientemente descriptos para analizarlos.

Aún con estas limitaciones, resulta notorio que todas las intervenciones con impacto se basan en modelos de priorización explícita y de aseguramiento. Esta situación puede deberse a un sesgo que privilegia evaluaciones econométricas. Otros tipos de intervenciones pueden privilegiar la evaluación de otros resultados. La evaluación de políticas y programas de salud será más amplia si consideran distintas dimensiones: a) acceso y utilización, b) equidad y protección financiera y c) la salud de la población. La resultante es una valoración de los efectos.

La mayoría de los estudios derivan de encuestas de hogares y no de diseños específicos para calcular gastos catastróficos. Es conveniente contar con información precisa que asocie este tipo de gastos con un conjunto específico de enfermedades, de servicios necesarios para atenderlas y cómo se distribuye en la población el riesgo de padecerlas y las posibilidades de atención. Especialmente será de utilidad considerar estudios específicos sobre las enfermedades y servicios relacionados con las metas de salud de los ODS.

Es difícil hacer comparaciones y sintetizar de manera agregada las evidencias generadas en esta revisión debido a las variaciones metodológicas y definiciones utilizadas. Para hacer recomendaciones de políticas y programas basadas en evidencias se requiere de más investigaciones y evaluaciones con diseños rigurosos.

CONCLUSIÓN

Las evaluaciones de impacto sobre el gasto catastrófico de salud que utilizan metodologías rigurosas son limitadas. Aún más limitadas son las publicaciones que se refieren a países de ingresos bajos. Aún no se ha logrado uniformidad metodológica para el análisis de la protección financiera en los sistemas de salud. Con limitaciones, hay evidencias que algunos modelos de aseguramiento, bajo ciertas condiciones, pueden reducir los gastos excesivos de la población. Pero no necesariamente significan que sólo con estos modelos sea posible hacerlo. Se requiere de más estudios para hacer recomendaciones políticas y programas más efectivos para lograr cobertura universal de salud con protección financiera en el 2030.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frenk J. El concepto y la medición de la accesibilidad. *Salud Pública de México*. 1985; 27(5):438-453.
2. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Informe de un Grupo Científico de la OMS; Ginebra: OMS; 2008. Serie de informes técnicos: clasificación NLM: W 84.6 ISBN 978 92 4 336373 2
3. Organización Mundial de la Salud. Financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo 2010. Informe de un Grupo Científico de la OMS; Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf
4. Murray CJ, Frenk J. Sistemas de Salud: Un marco para evaluar el desempeño de los Sistemas de Salud. OMS. 2000; *Recopilación de artículos número: 149-162*. http://whqlibdoc.who.int/boletin/2000/RA_2000_3_149-162_spa.pdf
5. Tobar, F. (2000). Políticas de Salud. Modalidades y Tendencias. Programa de Investigación Aplicada. Programa de Investigación Aplicada. Instituto Universitario ISALUD. Buenos Aires.
6. Kruk, Margaret Elizabeth, Porignon, Denis, Rockers, Peter C. and Van Lerberghe, Wim, (2010), The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives, *Social Science & Medicine*, 70, issue 6, p.904-911, <https://EconPapers.repec.org/RePEc:eee:socmed:v:70:y:2010:i:6:p:904-911>.
7. Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, et al. Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews. *Lancet*. 2008;372(9642):928-39.
8. Organización Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf
9. OPAS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C.: OPAS; 2007.
10. OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, © 2010.
11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud del mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra, Suiza.
12. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Adelaida, 2010.
13. WHO. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. ISBN 978 92 4 156511 0. Ginebra, 2015.

14. Margaret Chan. Alocución ante la 65 Asamblea Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/gb/eb-wha/pdf_files/WHA65/A65_3-sp.pdf
15. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y OPS (2003). Cuentas Nacionales de Salud. Asunción Paraguay. Disponible en: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=64-cuentas-de-salud-paraguay-octubre-2003&Itemid=253
16. Xu, Ke. Organización Mundial de la Salud. Distribución del Gasto en Salud y gastos catastróficos. Metodología; Numero 2; 2005. Informe de un Grupo Científico de la OMS; Ginebra: OMS; 2005.
17. Xu, Ke, David B Evans, Kei Kawabata, Riadh Zeramdini, Jan Klavus, Christopher J L Murray. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003; 362: 1111-7 (http://www.who.int/entity/health_financing/documents/lanet-catastrophic_expenditure.pdf, accessed 06 May 2015)
18. Abeldaño (2017). Analysis of household expenditure on healthcare in Argentina, as a component of universal health coverage. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5):1631-1640,
19. Barros Aluisio J. D., Bastos João Luiz, Dâmaso Andréa H. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2017 July 26]; 27(Suppl 2): s254-s262. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400012>.
20. Liu et al. Financial protection of rural health insurance for patients with hypertension and diabetes: repeated cross-sectional surveys in rural China. *BMC Health Services Research* (2016) 16:481
21. Zhonghua Wang Xiangjun Li Mingsheng Chen. Catastrophic health expenditures and its inequality in elderly households with chronic disease patients in China. *International Journal for Equity in Health* Sample doi:10.1186/s12939-015-0134-6. 2015
22. Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R., & Lino Sosa-Manzano, C. (2015). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud Pública de México*, 47. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4687/4535>
23. Thomas Weid, Martin Emmert, Oliver Schöffski, El impacto de los gastos catastróficos como amenaza existencial para las familias no asalariadas en el área metropolitana de la ciudad de México, *Atención Familiar*, Volume 21, Issue 4, 2014, Pages 103-108, ISSN 1405-8871, [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)300293](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)300293).
24. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O. Financial protection in health: updates for Mexico to 2014. *Salud Publica Mex* 2016;58:341-350. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7886>
25. Pérez G, Silva A. (2015) Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. Serie Documentos de trabajo sobre economía regional. Banco de la República. ISSN 1692-3725. Cartagena, Colombia.
26. Peticara M. (2008) Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. CEPAL Serie Políticas Sociales N 141. ISSN versión electrónica 1680-8983. Santiago de Chile.
27. Castillo Laborde, C. Villalobos P. (2013) Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. *Rev Med Chile* 2013; 141: 1456-
28. Díaz-González, Eliseo; Ramírez-García, José Bertín. Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México. *Papeles de Población*, vol. 23, núm. 91, 2017. Universidad Autónoma del Estado de México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11250327008>
29. Bernal N, Carpio MA, Klein TJ. The effects of access to health insurance: evidence from a regression discontinuity design in Peru. *J Public Econ*. Próximo 2017.
31. Jaspers L, Colpani V, Chaker L, et al. The global impact of non-communicable diseases on households and impoverishment: a systematic review. *Eur J Epidemiol*. 2015;30:163-188. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Scholar]
32. ACTION Study Group, Kimman M, Jan S, Yip CH, Thabrany H, Peters SA, et al. Catastrophic health expenditure and 12-month mortality associated with cancer in Southeast Asia: results from a longitudinal study in eight countries. *BMC Med*. 2015; 13: 190. Crossref, Medline
33. World Health Organization. The World Bank (2015). Tracking universal health coverage first global monitoring report. ISBN 978 92 4 156497 7. France.
34. Essue BM, Kimman M, Svenstrup N, Lindevig Kjoegoe K, Lea Laba T, Hackett ML, Jan S. The effectiveness of interventions to reduce the household economic burden of illness and injury: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2015;93(2):102.
35. Kolasa, K., & Kowalczyk, M. (2016). Does cost sharing do more harm or more good? - a systematic literature review. *BMC Public Health*, 16, 992. <http://doi.org/10.1186/s12889-016-3624-6>

36. Habib SS, Perveen S, Khuwaja HMA. The role of micro health insurance in providing financial risk protection in developing countries: a systematic review. *BMC Public Health* 2016;16:281.
37. Waddington, H., White, H., Snilstveit, B., Hombrados, J., Vojtkova, M., Davies, P., . . . Tugwell, P. (2012). How to do a good systematic review of effects in international development: A tool kit. *Journal of Development Effectiveness*, 4(3), 359–387. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1080/19439342.2012.711765>
38. World Bank Country and Lending Groups. Disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
39. Jeffrey Grogger, Tamara Arnold, Ana Sofia León, Alejandro Ome; Heterogeneity in the effect of public health insurance on catastrophic out-of-pocket health expenditures: the case of Mexico, *Health Policy and Planning*, Volume 30, Issue 5, 1 June 2015, Pages 593–599, <https://doi.org/10.1093/heapol/czu037>
40. Jing S, Yin A, Shi L, Liu J. Whether New Cooperative Medical Schemes reduce the economic burden of chronic disease in rural China. *PLoS One* 2013;8:e53062. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0053062> PMID:23326382
41. Guo N, Iversen T, Lu M, Wang J, Shi L. Does the new cooperative medical scheme reduce inequality in catastrophic health expenditure in rural China? *BMC Health Serv Res.* 2016;16:653.
42. Wang Q, Liu H, Lu ZX, Luo Q, Liu JA. Role of the new rural cooperative medical system in alleviating catastrophic medical payments for hypertension, stroke and coronary heart disease in poor rural areas of China. *BMC Public Health.* 2014;14(1):907–16.
43. Sparrow R, Suryahadi A, Widyanti W (2013) Social health insurance for the poor: Targeting and impact of Indonesia's Askeskin programme. *Social Science & Medicine* 96: 264–271
44. Alkenbrack S, Lindelow M. The Impact of Community-Based Health Insurance on Utilization and Out-of-Pocket Expenditures in Lao People's Democratic Republic. *Health Econ.* 2013;24:379.
45. K. Barnes, A. Mukherji, P. Mullen, N. Sood Financial risk protection from social health insurance *J. Health Econ.*, 55 (2017), pp. 14-29
46. Karan A, Yip W, Mahal A. Extending health insurance to the poor in India: an impact evaluation of Rashtriya Swasthya Bima Yojana on out of pocket spending for healthcare. *Soc Sci Med.* 2017;31(181):83–92.