

# DISEÑO Y COSTEO DE UN PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD EN UN PAÍS DE INGRESO MEDIO-BAJO. EL CASO DE HONDURAS

Por Pamela Góngora<sup>1</sup> y Ursula Giedion<sup>2</sup>. Basado en el [webinar](#) presentado por Pamela Góngora, Natalia Jorgensen, Rodrigo Muñoz y Ursula Giedion el 18 de mayo de 2021.



“Ningún país, por más rico que sea, está en capacidad de proveer a toda la población todas las tecnologías o intervenciones que podrían mejorar la salud o prolongar la vida”. (OMS, 2010: 21)

## 1. INTRODUCCIÓN

Honduras es un país pequeño (9,7 millones de habitantes) y de ingreso medio-bajo (PIB per cápita US\$2.661) ubicado en América Central, al borde del Mar Caribe (FMI, 2020). Según datos oficiales de 2018 (INE, 2019), el 61,9% de su población se encuentra por debajo de la línea de pobreza y 38,7% en situación de pobreza extrema (i. e. debajo de la línea de indigencia). La esperanza de vida al nacer es de 73,8 años (año 2017), la tasa de mortalidad infantil es de 14 por cada 10.000 nacidos vivos y la razón de mortalidad materna de 60 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (SESAL, 2019). Las tres causas principales de muerte y discapacidad son la violencia interpersonal, los desórdenes del período neonatal y las cardiopatías isquémicas (IHME, 2020). También hay que destacar la presencia de enfermedades transmisibles aún no resueltas como la tuberculosis, el dengue y el Zika (SESAL, 2018).

Como todos los países de ingreso medio-bajo, Honduras enfrenta grandes limitaciones para satisfacer las demandas en salud de su población, incluyendo, en muchos casos, las necesidades más básicas. Los recursos para la salud son siempre limitados, pero en contextos como el hondureño la restricción presupuestaria es aún más grande. Ante la brecha entre los recursos disponibles y las demandas sanitarias, Honduras ha venido priorizando los recursos en salud por la vía del hecho; la asignación de los recursos para la salud ha estado determinada por el gasto de los prestadores o las presiones que ejercen los distintos actores según su capital político o económico. No existe una lista explícita de las prestaciones en

salud a las que los hondureños tengan derecho. Esta priorización implícita de los recursos se ve reflejada en grandes listas de espera para acceder a las prestaciones de salud, baja calidad en los servicios o altos pagos de bolsillo por parte de los ciudadanos (Klein, Day, & Redmayne, 1997). A fines de 2019, por ejemplo, debido a falta de cupo, insumos y hasta de médicos especialistas, más de 13.000 pacientes se encontraban en lista de espera quirúrgica (HRN, 2019). Varios centros públicos de salud se encuentran en condiciones deficientes, ofreciendo a la población servicios de salud de baja calidad (Carmenate-Milián, Herrera-Ramos, & Ramos-Cáceres, 2016). Las carencias de cobertura efectiva explican el elevado gasto de bolsillo en salud (48,7% del gasto total en salud), con niveles superiores al promedio de América Latina y el Caribe (28,2%) (OMS, 2020).

Ante esta situación, en 2018-2019 el Gobierno de la República de Honduras solicitó al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) una cooperación técnica, liderada por la Red CRITERIA del BID, para elaborar un Conjunto Priorizado de Prestaciones en Salud para Honduras (CPPSH) como un camino hacia la cobertura universal de salud (CUS) (Banco Interamericano de Desarrollo, 2019).

Los conjuntos de prestaciones en salud, o planes de beneficios en salud (PBS), como también se les conoce en la literatura internacional, son una herramienta de priorización en salud. Los PBS involucran la estructuración de procesos en el marco de los cuales se establece una metodología para definir de manera explícita las prestaciones en salud a garantizar y el costeo de las mismas. Esto permite una mayor eficiencia del gasto en salud al promover que los recursos limitados sean usados en las prestaciones en salud que mayor bienestar proporcionan a la población en su conjunto. El proceso de construcción de un PBS implica, además, acordar mecanismos para la participación y deliberación entre los diferentes actores y entidades (Gutiérrez, Giedion, Muñoz, & Ávila, 2015). La participación y deliberación requiere de un esfuerzo político y técnico importante pero contribuye a la

consolidación de una política de priorización en salud legítima, sostenible y resistente a ciclos políticos. Cada vez más países alrededor del mundo adoptan conjuntos explícitos por su beneficio como herramienta para avanzar en el camino hacia la CUS<sup>3</sup>.

A la luz de los beneficios de una política de PBS, y en el marco de la cooperación técnica entre Honduras y el BID, se inició un proyecto para elaborar una propuesta de PBS para Honduras. **El proyecto se estructuró buscando garantizar una fuerte inserción local, con consultores y técnicos de distintas disciplinas y con el apoyo de especialistas en la academia para resolver temas específicos** (ver Gráfico 1).

**¿Cómo priorizar prestaciones en salud? ¿Qué prestaciones priorizar? ¿Qué costo tienen las prestaciones a priorizar?** Estas son las preguntas iniciales que se plantearon las autoridades hondureñas en 2019 y que el equipo interinstitucional y la Red CRITERIA del BID buscaron responder.

## 2. PASOS ESENCIALES Y PREGUNTAS FUNDAMENTALES

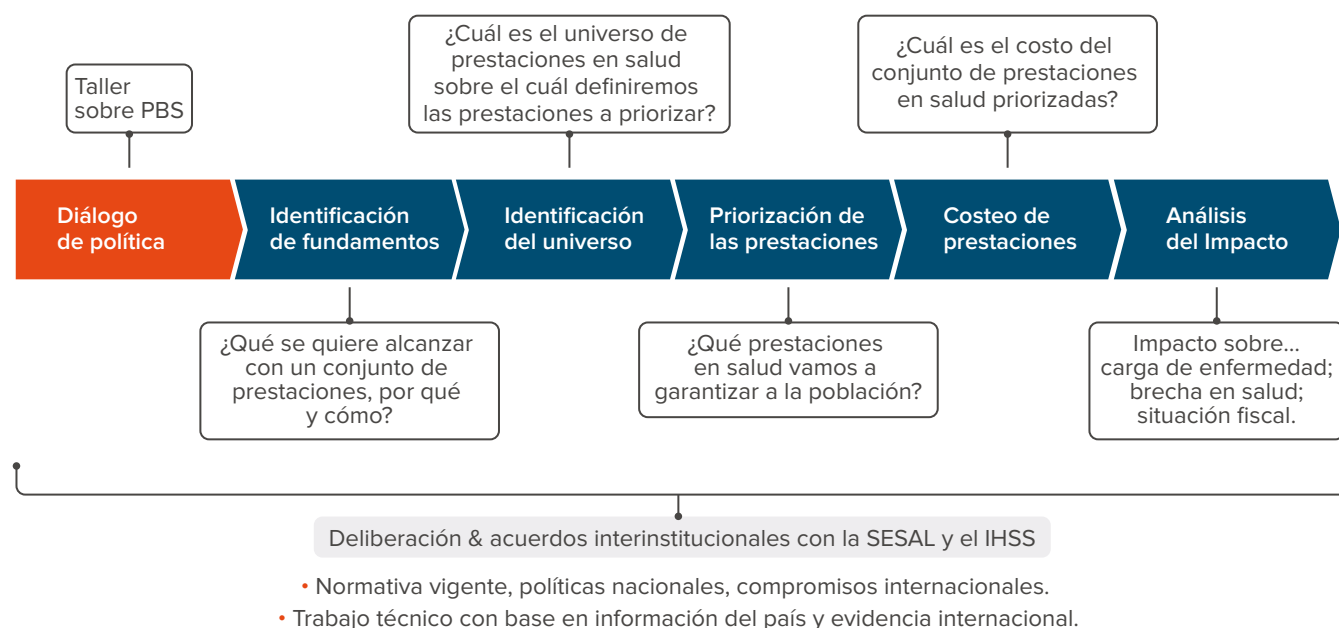
El proceso de construcción del **Conjunto Priorizado de Prestaciones en Salud para Honduras (CPPSH)** se llevó a cabo en seis pasos, según se detalla en el [Gráfico 2](#). Más allá de los elementos técnicos y metodológicos, cada paso incluyó procesos de discusión y deliberación en los que se buscó conciliar las recomendaciones técnicas internacionales —muchas provenientes de la academia— con las particularidades y limitaciones del contexto hondureño. En este sentido, se conformó un equipo interinstitucional de trabajo, amplio y diverso, con técnicos de la Secretaría de Salud de Honduras (SESAL) y del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). Este equipo interinstitucional, junto con la Red CRITERIA del BID y un grupo de consultores locales e internacionales contratados por el BID, trabajó de manera coordinada durante casi dos años para diseñar un PBS que garantice el derecho a la salud en igualdad de condiciones para toda la población de Honduras.

**GRÁFICO 1** Estructura del proyecto



## GRÁFICO 2

### Pasos para la construcción de la Política de un Conjunto Priorizado de Prestaciones en Salud



Cada espacio de deliberación y construcción conjunta tuvo en cuenta el trabajo técnico adelantado previamente por Honduras, la normativa vigente y los diversos documentos de política pública que desarrollan las últimas reformas y planes de acción para alcanzar las metas sanitarias que se ha trazado el país.

## 2.1. PASO 1. DIÁLOGO DE POLÍTICA

El proceso de construcción del CPPSH tuvo como antesala el desarrollo de un taller de capacitación sobre planes de beneficios en salud (PBS) realizado en Tegucigalpa en 2017. Al taller asistieron técnicos y directivos de la Secretaría de Salud (SESAL), del Instituto Hondureño de Seguridad Social en Salud (IHSS) y de la Secretaría de Finanzas (SEFIN). En el marco de este taller se inició un diálogo de política en torno a los métodos analíticos para la priorización de atenciones en salud, a los métodos de costeo y a los elementos fundamentales para el diseño de un PBS sostenible, legítimo y coherente (Glassman, Giedion, & Smith, 2017).

Este taller permitió resaltar la necesidad de implementar una política de priorización explícita en salud en Honduras. La participación en la mesa de la SESAL, el IHSS y la SEFIN abonó además el terreno para iniciar procesos de diálogo más fluidos entre dichas instituciones, elemento fundamental para la construcción de un PBS sostenible y coherente con la realidad sanitaria y fiscal del país.


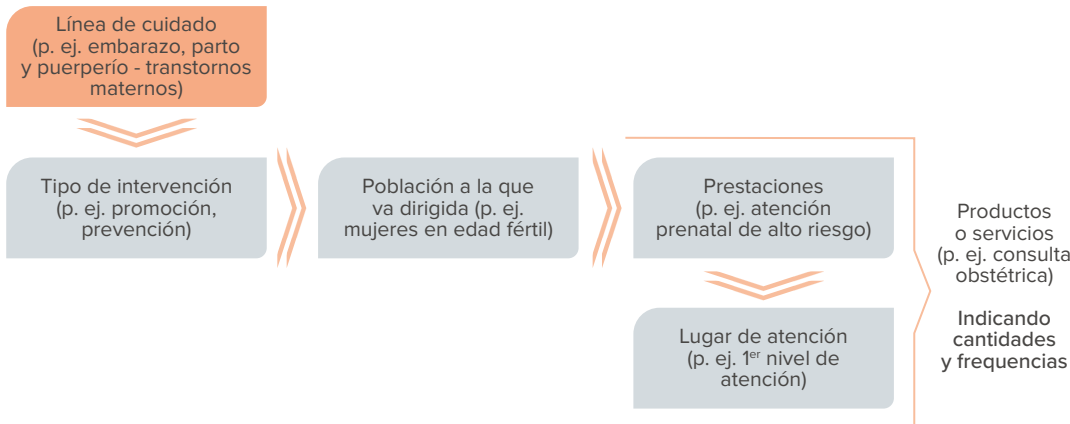
## 2.2. PASO 2. DEFINICIÓN DE LOS FUNDAMENTOS DEL PLAN DE BENEFICIOS

El diseño de esta política de priorización explícita se inició formalmente en 2019, una vez firmada la cooperación técnica con el BID. Para empezar, era importante definir los elementos fundamentales que caracterizarían al Conjunto Priorizado de Prestaciones en Salud para Honduras (CPPSH). Los elementos fundamentales de un PBS fijan la hoja de ruta para definir los contenidos del conjunto y la metodología para costear las prestaciones priorizadas. Los fundamentos, en última instancia, responden a las preguntas de qué se quiere alcanzar con una política de un conjunto de prestaciones en salud, por qué se busca adoptarla y cómo se llega a ella. Los objetivos de la política de priorización explícita, las motivaciones para adoptarla, su alcance prestacional y poblacional, el punto de partida y la estructura que adoptará fueron todos elementos discutidos y acordados en el marco de las reuniones con el equipo interinstitucional. En la [Tabla 1](#) se puede ver el resumen de los principales elementos acordados que debían caracterizar al Conjunto Priorizado de Prestaciones en Salud para Honduras (CPPSH).

El objetivo acordado incorpora los elementos característicos de la cobertura universal en salud y define los valores sociales que guiarán el ejercicio de priorización. Las motivaciones del conjunto reconocen el papel de los PBS en la concreción del derecho a la salud (Giedion,

**TABLA 1**

## Elementos fundamentales del Conjunto Priorizado de Prestaciones en Salud para Honduras

¿Qué?	<b>Objetivo Principal</b>	Garantizar a toda la población el acceso equitativo, efectivo, oportuno y de calidad a las prestaciones y servicios de salud (promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos) esenciales a lo largo del curso de vida sobre la base de la suficiencia operativa y financiera del sistema de salud.
¿Por qué?	<b>Motivación central</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar el derecho a la salud en igualdad de condiciones para todos los habitantes de Honduras (Artículo 145, Constitución Política de Honduras). El CPPSH representa la concreción del derecho a la salud y es una oportunidad para avanzar en el cierre de brechas en salud.</li> <li>• Desarrollar una herramienta de política que permita de manera estratégica: (i) alinear las metas sanitarias con la asignación de recursos; (ii) mejorar la gestión de la provisión de los servicios; y (iii) asegurar la eficiencia del gasto en salud con equidad.</li> <li>• Cumplir con la normativa actual, y en particular con la Ley del Sistema Nacional de Salud &amp; Ley Marco del Sistema de Protección Social.</li> </ul>
Alcance	¿Quién?	100% de la población que habita en territorio hondureño, sin importar el subsector al cual pertenezcan o el régimen de aseguramiento.
	¿Qué?	Prestaciones esenciales a lo largo del curso de vida; y servicios de salud pública o de interés sanitario.
	¿Dónde?	Prestaciones en salud individuales de primer y segundo nivel de atención.
Punto de partida		<p>Conjunto base construido por la SESAL (CGPSS, 2019).</p> <p>Disease Control Priorities - DCP3 3ª edición, (University of Washington, 2018) (Dean, y otros, 2018) – Tres planes de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Universal health coverage (UHC);</li> <li>• Essential universal health coverage (EUHC);</li> <li>• Highest priority package.</li> </ul>
Estructura	<b>Líneas de cuidado</b>	<p>Líneas de cuidado priorizadas en el Plan Estratégico Institucional (PEI 2018-2022).</p>  <p>Nivel de detalle alto: para cada prestación se identifican los productos o servicios necesarios y para cada producto o servicio se listan los insumos requeridos y se definen las frecuencias de cada evento en salud.</p>

Bitrán, Tristao, & Cañón, 2014) y en la promoción de la eficiencia del gasto en salud. Entre las motivaciones, los miembros del equipo interinstitucional resaltaron también la necesidad e intención de trabajar en la reducción de las inequidades en salud, que es quizá la motivación central del CPPSH. El **alcance poblacional y prestacional** que se definió se encuentra en línea con el objetivo central del conjunto y el deseo de avanzar hacia la cobertura universal. Como **punto de partida** para la construcción del conjunto se reconocieron los avances que Honduras había adelantado en la materia; en particular, una lista preliminar de atenciones, servicios y medicamentos, entre otras tecnologías en salud, que la SESAL identificó como primordiales en el ejercicio de la práctica médica en el país (SESAL, 2019). Este listado se complementó y estandarizó con el conjunto de prestaciones del proyecto DCP3 (Disease Control Priorities, 3ª edición), que lista las prioridades para el control de enfermedades en los países de ingreso medio-bajo en el mundo, sobre la base de evaluaciones económicas en salud (University of Washington, 2018) (Dean, y otros, 2018).

Finalmente, en las sesiones de deliberación y consenso entre los técnicos que conformaron el equipo interinstitucional **se acordó que el CPPSH se estructuraría de acuerdo a líneas de cuidado o líneas de salud, según las prioridades en salud definidas en el Plan Estratégico Institucional (PEI 2018-2022)**. Estas prioridades son: (a) mujeres en condición de embarazo, niños menores de 5 años y adultos mayores; (b) enfermedades priorizadas por el país (infecciosas y vectoriales) y enfermedades no transmisibles priorizadas; (c) morbilidad en general, según curso de vida, y vulnerabilidad, focalizando las prestaciones en la promoción, prevención y atención primaria en salud. Para cada una de las líneas de cuidado se definirían los tipos de intervención a tener en cuenta y los grupos poblacionales a atender. A partir de esto, se identificarían para cada grupo poblacional las prestaciones<sup>4</sup> en salud a garantizar y el lugar de atención para dicha prestación. Se acordó que el CPPSH adoptaría un nivel de detalle relativamente alto; para cada prestación se especificarían los productos o servicios necesarios para realizar dicha prestación con integralidad y para cada producto o servicio se listarían los insumos requeridos (p. ej. medicamentos) y se definirían las frecuencias de cada evento en salud.

### 2.3. PASO 3. IDENTIFICACIÓN DEL UNIVERSO DE PRESTACIONES A EVALUAR

Una vez definidos los elementos fundamentales del conjunto, se realizó **un proceso para identificar las prestaciones en salud que podrían ser potenciales candidatas a ser evaluadas para su inclusión en el conjunto de prestaciones**.

El universo, en esencia, está conformado por las prestaciones contenidas en el Conjunto base construido por la Dirección General de Redes Integradas de Servicios de la SESAL (SESAL, 2019). Este listado de prestaciones en salud constituye un avance importante para identificar las acciones individuales y colectivas en salud con alto impacto social. Este listado se complementó y estandarizó con el conjunto de prestaciones del proyecto DCP3. En este sentido, la definición del universo de prestaciones en salud no partió de cero; el trabajo que ya venía adelantando Honduras fue el punto de partida, y luego se buscó complementarlo con la mejor evidencia internacional posible. En efecto, el DCP3 es quizá el mejor ejercicio que se ha llevado a cabo para definir prioridades en salud para países de ingreso medio-bajo.

### 2.4. PASO 4. PRIORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES EN SALUD

Tras establecer el universo de prestaciones en salud a evaluar —**se identificaron un total de 112 prestaciones en salud candidatas a ser evaluadas**—, se llevó a cabo el proceso de evaluación de cada una de ellas. Para evaluar las prestaciones se usó un método analítico que debía corresponderse con los objetivos que persigue el conjunto. Así, el proceso de priorización buscó identificar los criterios, o elementos de valor social, que guiarían el proceso de priorización; definir la operativización de dichos criterios; identificar las fuentes de información; y realizar la evaluación de cada una de las prestaciones en salud a ser evaluadas.

En línea con el objetivo central del CPPSH, y en el marco del proceso deliberativo entre los integrantes del equipo interinstitucional, se acordó priorizar las prestaciones en salud de acuerdo con **tres criterios de inclusión: eficiencia, equidad y protección financiera en salud**. Cada uno de los criterios busca promover el bienestar de los hondureños y un buen uso de los limitados recursos en salud.

- » **Eficiencia:** la eficiencia en la asignación de los escasos recursos en salud implica priorizar aquellas prestaciones que ofrecen un mejor beneficio en salud en relación con sus costos en un contexto local.
- **Operativización:** para incorporar este criterio en la evaluación se recolectó información sobre la costo-efectividad de cada una de las prestaciones. Los análisis de costo efectividad relacionan el costo de las prestaciones frente a la efectividad de estas en términos de salud. Esto permite organizar las prestaciones de tal forma que se prioricen aquellas que brinden el mayor beneficio



en salud posible por cada lempira invertida. Para determinar si una prestación es o no costo-efectiva se parte por consultar en bases de datos internacionales la razón de costo-efectividad incremental (ICER, por sus siglas en inglés) para luego compararla con los umbrales de costo-efectividad estimados para el contexto hondureño (Ochalek J et al., 2018) (Woods B, 2016) (Pichón-Riviere et al., 2017). De estas bases internacionales se intentó siempre utilizar los ICER derivados de estudios desarrollados en contextos similares al de Honduras. El ICER se interpreta como la cantidad de lempiras o dólares adicionales que se requieren para lograr una unidad adicional en salud (i. e. año de vida ajustado por discapacidad evitado o AVAD evitado<sup>5</sup>). El umbral de costo-efectividad, por su parte, indica las unidades de salud que genera el sistema actualmente, en el margen; por lo tanto, una prestación con un costo por unidad de salud superior a este umbral implica una pérdida mayor en términos de salud, por lo que no resulta costo-efectiva para dicho sistema sanitario.

» **Equidad:** la principal motivación para establecer el CPPSH es cerrar las brechas de equidad en salud y, en particular, mejorar las condiciones en salud de las personas en situación de vulnerabilidad socio-económica.

- **Operativización:** idealmente, para este criterio se habría realizado un análisis de distribución de la carga de enfermedad y el acceso a los servicios de salud por nivel socioeconómico. Sin embargo, lamentablemente dicha información no estaba disponible para Honduras. Tras discusiones con el equipo interinstitucional y luego de analizar la información disponible en la literatura y en el país, se decidió adoptar un enfoque pragmático a partir de los indicadores del Objetivo 3 (Salud y bienestar) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS - Agenda 2030) (Secretaría de Coordinación General de Gobierno, 2019). En este sentido, las prestaciones en salud que se asocian de manera directa con alguno de los 14 indicadores del Objetivo 3 se clasifican como prestaciones dirigidas a aumentar la equidad en salud<sup>6</sup> y toman el valor “1”, caso contrario toman el valor “0”.

» **Protección financiera:** uno de los objetivos del CPPSH es proteger a los hogares de penurias financieras cuando enfrentan una necesidad en salud. Las prestaciones que sobrepasan la capacidad adquisitiva de los hogares y que se presentan en situaciones inesperadas (i. e. no contempladas dentro del presupuesto mensual del hogar) suelen generar presiones importantes sobre el gasto en salud de los hogares.

- **Operativización:** para identificar el grado de protección financiera que puede brindar la inclusión de distintas prestaciones en salud se utilizó un indicador compuesto por dos sub-indicadores que considera:

**1. El costo de la prestación en salud** en relación con el nivel promedio de ingreso de los hogares. De esta forma, el sub-indicador puede tomar 6 valores de acuerdo al costo de cada prestación:

- $C_A = 1$  si  $\rightarrow C_i \leq \$6,55$  (ingreso per cápita diario);
- $C_A = 2$  si  $\rightarrow \$6,55 < C_i \leq \$49,79$  (ingreso per cápita semanal);
- $C_A = 3$  si  $\rightarrow \$49,79 < C_i \leq \$199,17$  (ingreso per cápita mensual);
- $C_A = 4$  si  $\rightarrow \$199,17 < C_i \leq \$597,50$  (ingreso per cápita trimestral);
- $C_A = 5$  si  $\rightarrow \$597,50 < C_i \leq \$1195,00$  (ingreso per cápita semestral); o
- $C_A = 6$  si  $\rightarrow C_i > \$1195,00$  (ingreso per cápita semestral).

**2. El grado de predictibilidad de cada prestación en salud;** si la prestación en salud es de tipo quirúrgico o corresponde a un evento agudo se considera que no es predecible y que, por tanto, presenta mayor riesgo financiero para las familias. A partir de estos dos sub-indicadores se conforma un indicador compuesto que permite clasificar las prestaciones en tres categorías de protección financiera (baja, media y alta). Este sub-indicador toma valor 1 si es un evento agudo y 0 si no lo es. La información proviene del DCP3 y se validó con médicos locales.

La suma de los dos sub-indicadores puede tomar valores entre uno (1) y siete (7), siendo 7 el que mayor impacto tiene sobre la protección financiera de las familias. Si el Valor<sub>pf</sub> es igual a 1 o 2, se considera que la inclusión de la prestación no tiene impacto o tiene un bajo impacto en términos de protección financiera; si el Valor<sub>pf</sub> es igual a 3 o 4 la prestación se clasifica como de impacto medio; y si el Valor<sub>pf</sub> toma valores iguales a 5, 6 o 7 la prestación se clasifica como de alto impacto.

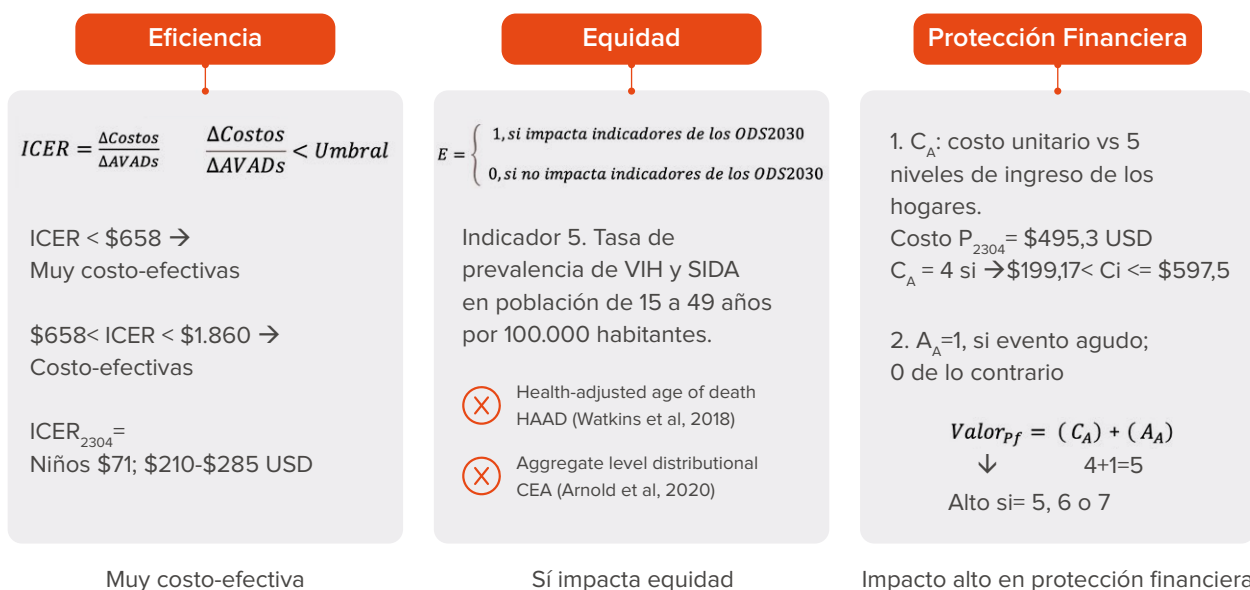
En el **Gráfico 3** se presenta a manera de ejemplo la evaluación de la prestación en salud núm. 2.304 “*Manejo de paciente VIH positivo en primer nivel de atención*”. En nuestro ejemplo, el ICER oscila entre \$210-285 (población adulta), valor que se encuentra por debajo de los dos umbrales que ha estimado la literatura para Honduras (\$658 y \$1.860); por lo tanto, la prestación se clasifica como costo-efectiva. Eso implica que las unidades en

Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) – Agenda 2030. En el caso de la prestación de nuestro ejemplo, uno de los 14 indicadores, el 5, es la “Tasa de prevalencia de VIH y SIDA en población de 15 a 49 años por 100.000 habitantes”. Dado que el “*Manejo de paciente VIH positivo en primer nivel de atención*” puede contribuir a la reducción en prevalencia de VIH/SIDA en población de 15 a 49, se clasifica dicha prestación como favorecedora a cerrar brechas en salud.

Finalmente, para determinar si la inclusión de la prestación núm. 2.304 tiene un impacto positivo en términos de protección financiera en salud, primero se compara el costo unitario de la prestación con respecto a 5 niveles de ingreso de los hogares (ingreso per cápita diario, semanal, mensual, trimestral y semestral). El costo de la prestación fue estimado como parte del proyecto. Dado que el costo de la prestación núm. 2.304 “*Manejo de paciente VIH positivo en primer nivel de atención*” es de US\$495,30, el sub-indicador (CA) toma valor igual a 4

### GRÁFICO 3

#### Ejemplo de evaluación de la prestación núm. 2.304 “*Manejo de paciente VIH positivo en primer nivel de atención*”.



salud adicionales que genera el “*Manejo de paciente VIH positivo en primer nivel de atención*” son mayores a las unidades en salud que el sistema actual deja de producir (ya que los recursos se están destinando a financiar la prestación bajo evaluación).

Para determinar si la prestación tiene o no un impacto positivo en términos de equidad o cierre de brechas se toma como referencia el listado de los 14 indicadores del Objetivo 3 (Salud y Bienestar) de los Objetivos de

(i. e. supera el ingreso trimestral de un hogar). Para el segundo sub-indicador se evalúa si la prestación en salud está asociada a un evento en salud agudo, no predecible (AA). En el caso de la prestación de nuestro ejemplo, se considera que el VIH/SIDA corresponde a un evento en salud agudo, no predecible, razón por la cual el sub-indicador toma valor igual a 1 (AA). El indicador de protección financiera (Valor<sub>pf</sub>) resulta de la suma de ambos sub-indicadores. En el caso de nuestro ejemplo, el Valor<sub>pf</sub> es igual a 5, por lo que se considera que la inclusión de la

prestación “*Manejo de paciente VIH positivo en primer nivel de atención*” genera un alto grado de protección financiera en salud a los hogares.

En el proceso de evaluación se utilizaron diversas fuentes de información nacionales e internacionales. Los datos para realizar el análisis de costo-efectividad provienen de la literatura y de bases internacionales; en particular, del [Análisis mundial de costo-efectividad en salud del Centro Médico Tufts](#). La información para el indicador de equidad se toma principalmente de la “Agenda Nacional 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible” (AN-ODS) (Secretaría de Coordinación General de Gobierno, 2019). Finalmente, la información para el indicador de protección financiera se toma de tres fuentes: (i) del ejercicio de costeo que se llevó a cabo en el marco de este proyecto (Paso 5), basado en fuentes nacionales e internacionales; (ii) de datos de ingreso de los hogares en Honduras (Banco Mundial); y (iii) de datos provistos por el [estudio del DCP3](#) sobre el grado de predictibilidad de las prestaciones en salud (i. e. indicador binario que es igual a 1 si la prestación en salud está asociada a un evento en salud agudo, no predecible) (University of Washington, 2018).

RESULTADOS DEL EJERCICIO DE PRIORIZACION:  
CONTENIDOS DEL CPPSH

Tras evaluar cada una de las 112 prestaciones sobre la base de estos tres criterios, se realizó un ranking para organizarlas en tres conjuntos de acuerdo al grado de prioridad. Priorizar las prestaciones en tres conjuntos permite al país concebir lo que sería la ruta de expansión prestacional en el tiempo, una vez que se garanticen las

prestaciones en salud del primer conjunto a la totalidad de la población<sup>7</sup>. Al interior de cada conjunto las prestaciones se encuentran organizadas según su ranking, de manera que las primeras en la lista son aquellas que son más costo-efectivas, tienen un mayor impacto en términos de equidad en salud y cuya inclusión genera más protección financiera a los hogares.

En el conjunto de primera prioridad (Conjunto 1) se encuentran las prestaciones relacionadas con la atención materno-infantil y la cobertura completa de las inmunizaciones junto con la atención de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia y riesgo. En general, las prestaciones aquí priorizadas corresponden a prestaciones en salud de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y algunas de diagnóstico que en su mayoría se llevan a cabo en el primer nivel de atención.

En el conjunto de segunda prioridad (Conjunto 2) se encuentran predominantemente prestaciones para tratar enfermedades no transmisibles, como la intervención coronaria para infarto agudo o el tratamiento de la esquizofrenia. En este sentido, este conjunto incorpora prestaciones en salud de mayor complejidad, algunas de las cuales deben ser atendidas en el segundo nivel de atención.

Finalmente, en el conjunto de tercera prioridad (Conjunto 3) se encuentran prestaciones de segundo nivel de atención, como la atención a las enfermedades cardiovasculares, el tratamiento de cánceres infantiles en estadio temprano o el manejo de la enfermedad renal crónica.

TABLA 2      Contenidos del Conjunto Priorizado de Prestaciones en Salud para Honduras (CPPSH)		
Subconjunto	Descripción	Algunos ejemplos de prestaciones incluidas
Conjunto 1: primera prioridad.	<ul style="list-style-type: none"><li>• 74 prestaciones en salud (I Nivel de atención).</li><li>• Las más costo-efectivas y que más impactan en términos de equidad.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención prenatal de alto riesgo.</li><li>• Manejo de la desnutrición aguda grave asociada con infección aguda.</li><li>• Inmunización SRP (sarampión, rubeola, parotiditis).</li></ul>
Conjunto 2: segunda prioridad.	<ul style="list-style-type: none"><li>• 16 prestaciones en salud (II Nivel de atención).</li><li>• Prestaciones costo-efectivas con alto impacto en equidad y protección financiera.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Intervención coronaria para infarto agudo de miocardio.</li><li>• Diagnóstico de resistencia y tratamiento MDR para tuberculosis.</li></ul>
Conjunto 3: tercera prioridad.	<ul style="list-style-type: none"><li>• 22 prestaciones en salud (II Nivel de atención).</li><li>• Prestaciones no costo efectivas pero con alto impacto en equidad y protección financiera; y prestaciones con dificultad de implementación con cobertura universal en el corto plazo (debido a limitaciones de oferta o institucionales).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de la hipertensión en pacientes con comorbilidades (diabetes, enfermedad renal).</li><li>• Manejo del paciente adulto con diabetes tipo 2 (para insulina-dependientes no complicados).</li><li>• Manejo de la enfermedad renal.</li></ul>



## 2.5. PASO 5. COSTEO DEL CONJUNTO DE PRESTACIONES EN SALUD

Tras definir los contenidos del conjunto, se realizó el ejercicio de costeo de los mismos. Para costear las prestaciones se empleó una metodología de micro-costeo: se parte por estimar para cada prestación en salud el costo unitario y la cantidad esperada de casos. Para ello, lo más importante fue estimar la utilización (i. e. la cantidad de veces que la prestación se realiza en un año) y el costo de cada uno de los insumos que componen cada prestación en salud priorizada.

La meta principal del costeo fue poner en evidencia la brecha actual en salud. Esto es, para cada prestación priorizada, la diferencia entre lo que ofrece actualmente el país a su población (i. e. coberturas actuales – costo observado) y lo que costaría ofrecer la misma prestación, con calidad, a la totalidad de la población del país (i. e. cobertura efectiva – costo normativo). En otras palabras, el objetivo fue evidenciar la brecha entre los recursos actuales y los recursos necesarios para avanzar hacia la CUS en Honduras. Para llevar a cabo este ejercicio, se siguieron los siguientes pasos.

- » **Paso 1. Calcular el costo o los recursos requeridos para realizar una prestación en salud de calidad a todos quienes la necesiten.** Este costo, denominado costo normativo, requiere: (a) estimar la cantidad de personas que necesitan la prestación o, de manera más precisa, la cantidad anual de casos (p. ej. la incidencia de diabetes en el caso de la prestación “Tratamiento de la diabetes”); y (b) estimar el costo promedio por caso o costo unitario. De esta manera, el costo normativo de una prestación en particular es el resultado de la multiplicación entre la cantidad de casos esperados y el costo unitario.

**Costo normativo =**  
Cantidad de casos x Costo por caso

En la [tabla 4](#) se presenta un ejemplo, el de la prestación núm. 201 “Planificación familiar (sin implantes)”. Para obtener el costo unitario de la prestación se partió por identificar los productos o servicios que se requieren para brindar la prestación con calidad. En nuestro ejemplo, vamos a necesitar cinco productos o servicios; y para cada uno se define la cantidad requerida para realizar dicha prestación en un año. También se debe definir la frecuencia o el porcentaje de casos que va a requerir cada producto o servicio (p. ej. el 33% de las mujeres en edad fértil requerirá anticonceptivos orales). Por último, se debe estimar el costo

unitario de cada producto o servicio (p. ej. el costo de una consulta para brindar consejos sobre anticoncepción en una zona urbana para la SESAL tiene un costo de 68 lempiras). El costo esperado de cada producto o servicio es el producto entre la cantidad, la frecuencia y el costo unitario. De la suma del costo de todos los productos y servicios resulta el costo por caso (i. e. por mujer) por año. Una vez que se obtiene el costo de la prestación, el mismo se multiplica con el número de casos esperados para un año (p. ej., en el caso de la SESAL, 548.173 mujeres en edad fértil que desean acceder a la planificación familiar), para así obtener el costo normativo total. Esto es lo que costaría entregar la prestación “Planificación familiar (sin implantes)” a toda la población que la necesita.

Se realizó un ejercicio similar para cada una de las prestaciones en salud de los conjuntos 1 y 2. Según se observa en el ejemplo, el ejercicio involucra en última instancia el diseño de funciones de producción para cada prestación, buscando efectividad clínica y eficiencia en el uso de recursos. Por ejemplo, no es deseable que un médico proporcione consejos sobre anticoncepción: este servicio puede ser brindado por una enfermera con la calidad necesaria, lo cual está en línea con las guías de práctica clínica y es más económico.

- » **Paso 2. Calcular cuánto cuesta lo que se está entregando actualmente (i. e. costo observado o presupuesto que actualmente se destina para cada prestación priorizada).** Desafortunadamente, el costo actual puede ser difícil de estimar en países con sistemas de información incipientes, como suele ser el caso en la mayoría de los países de ingreso medio-bajo. Una alternativa, sugerida por el DCP3, es hacer una aproximación de los recursos utilizados actualmente a partir del modelo de costo por caso normativo, pero utilizando la cantidad de casos atendidos, o cobertura actual, en lugar de la cantidad de casos que necesitan la prestación (i. e. casos esperados). El dato de casos atendidos se obtiene de registros estadísticos mensuales o encuestas existentes.

**Costo actual =**  
Cantidad de casos atendidos x Costo por caso

**TABLA 3**
**Ejemplo de costeo normativo: canasta de la prestación núm. 201  
“Planificación familiar (sin implantes)”**

#	Descripción de producto o servicio	Cantidad	Frecuencia	Costo unitario SESAL	Costo unitario IHSS	Costo total SESAL	Costo total IHSS
1	Consejos sobre anticoncepción en zona urbana (enfermera profesional).	1	51%	L 68	L 90	L 35	L 46
2	Consejos sobre anticoncepción en zona rural (auxiliar de enfermería).	1	49%	L 41	L 61	L 20	L 30
3	Depo-provera 150mg/ml/IM. 1 ampolla IM stat. (uso continuo).	1	50%	L 18	-	L 9	L 9
4	PRESERVATIVOS. 1 cada día (uso continuo).	365	16%	L 0,63	-	L 37	L 37
5	ANTICONCEPTIVO ORAL (ACO), 1 tableta cada día (uso continuo).	365	33%	-	L 2,70	L 331	L 331
Costo por caso:						L 432	L 453

Sector	SESAL	IHSS
Costo por caso (Lempiras de 2021)	432	453
Casos esperados en 2021	548.173	148.519
Costo normativo 2021 (millones de lempiras)	236,8	67,2

**TABLA 4**
**Ejemplo de estimación de brecha: canasta de la prestación  
“Planificación familiar (sin implantes)”**

Sector	SESAL	IHSS
Costo por caso (lempiras 2021)	432	453
Casos esperados en 2021	548.173	148.519
Costo normativo 2021 (millones de lempiras)	237	67
Tasa de cobertura actual	78%	
Casos atendidos 2021	427.293	115.768
Costo actual 2021 (millones de lempiras)	185	52
Brecha recursos 2021 (millones de lempiras)	52	15

» **Paso 3. Calcular la brecha en salud en términos del costo de cada prestación priorizada.** Una vez que se han estimado los dos tipos de costos para cada una de las prestaciones priorizadas, se calcula la brecha de recursos (i. e. el costo incremental) para cada una de las prestaciones.

$$\text{Brecha recursos} = \text{Costo normativo} - \text{Costo actual}$$

Siguiendo con el ejemplo anterior, en la Tabla 5 se presenta la estimación de la brecha de recursos para la prestación “Planificación familiar (sin implantes)”. Para el caso de la SESAL, por ejemplo, el costo normativo anual de esta prestación es de 237 millones de lempiras; este es el costo si todas las mujeres que necesitan esta prestación en efecto la reciben. La cifra contrasta con el costo actual o los recursos que actualmente se destinan para esta prestación (i. e. 185 millones de lempiras). En este último escenario de costo actual se estima una tasa de cobertura de 78%; i. e. el porcentaje de mujeres que en la actualidad recibe la prestación de planificación familiar (sin implantes), según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA). En este sentido, se estima que para esta prestación la brecha es de 52 millones de lempiras para la SESAL y 15 millones de lempiras para el IHSS.

Una vez que se calcula el costo normativo y el costo observado (o actual) de cada prestación priorizada, y su correspondiente brecha, se calcula el costo total de los conjuntos de primera y segunda prioridad, sumando los valores de todas las prestaciones. El ejercicio de costeo de estos conjuntos se realizó de manera separada para la SESAL y el IHSS debido a las diferencias en la estructura demográfica de las poblaciones que atiende cada institución —el sexo y edad son determinantes de varios problemas de salud y esta estructura no es la misma para la Secretaría y el Seguro— y a las diferencias en la oferta de salud de cada una (p. ej. los salarios de los médicos o de las enfermeras son distintos).

Para realizar estos cálculos con esta metodología de micro-costeo se utilizaron diversas fuentes. La tasa de necesidad, o la probabilidad de que un miembro de la población objetivo requiera de la prestación que se está costeoando, se estima principalmente a partir del estudio *Global Burden of Disease* (GBD), que contiene datos de incidencia y prevalencia de un conjunto de problemas o condiciones de salud, por sexo y edad (IHME, 2020). Para la cantidad de casos actuales y el costo unitario de los servicios o productos que conforman cada prestación se utilizó información local de la SESAL, el IHSS, el INE y algunos hospitales y datos provenientes de encuestas nacionales (p. ej. ENDESA), entre otras fuentes internacionales.

## RESULTADOS DEL EJERCICIO DE COSTEO: COSTO DEL CPPSH

En la Tabla 6 se presentan los resultados del costeo. El costo normativo anual del Conjunto 1, por beneficiario, es de US\$73 para la SESAL y US\$72 para el IHSS<sup>8</sup>. Estos valores se encuentran por encima del costo observado/actual; esto es, de los recursos que actualmente asigna el sistema de salud a las prestaciones en salud priorizadas, que son US\$29 para la SESAL y US\$33 para el IHSS. Esto significa una brecha de \$44 para SESAL y de \$39 para IHSS. La brecha en IHSS es menor que en SESAL debido a que las tasas de cobertura actuales en IHSS son mayores que en SESAL. Si al conjunto de primera prioridad se le suman las prestaciones del conjunto de segunda prioridad (i. e. Conjunto 1 y Conjunto 2), se observa una brecha aún mayor, de US\$69 para la SESAL y US\$73 para el IHSS. Contando ambos conjuntos, la brecha es más alta en el caso del IHSS que en el caso de la SESAL.

**TABLA 5**

**Costos para lograr cobertura universal del Conjunto Priorizado de Prestaciones en Salud para Honduras (CPPSH), según sector, en dólares por beneficiario**

Sector	SEAL	IHSS
<b>Conjunto 1</b>		
Costo actual	\$29	\$33
Costo normativo	\$73	\$72
Brecha	\$44	\$39
<b>Conjunto 1+2</b>		
Costo actual	\$34	\$42
Costo normativo	\$103	\$115
Brecha	\$69	\$73

**TABLA 6****Estimación de prevención de carga de enfermedad para Honduras**

Conjunto	Cantidad de prestaciones	AVADs abordados por las líneas de salud incluidas en el conjunto	AVADs abordados por las líneas de salud incluidas en el conjunto*
1	74	827.257	32,4%
2	16	172.276	6,7%
3	22	605.602	23,9%
Total	112	1.605.135	62,8%

\*Como % del total de AVADs de Honduras.

Las diferencias que observamos en el costeo entre SESAL e IHSS no se explican completa o únicamente por las diferencias en cobertura poblacional. Revisar el costeo unitario para cada prestación conduce a indagar más a fondo en busca de posibles ineficiencias que expliquen, por ejemplo, por qué en el Conjunto 1+2 la brecha es mayor para el IHSS que para la SESAL. Analizando los datos, se encuentra que la diferencia en la brecha se explica por las diferencias del precio de un solo medicamento, el aerosol (Formoterol+Budesonida) utilizado en la prestación para Asma y EPOC. Este medicamento cuesta casi cuatro veces más en el IHSS que en SESAL. Si el IHSS comprara este medicamento al precio que lo compra la SESAL, su costo en medicamentos en los conjuntos de primera y segunda prioridad se reduciría en un 31%.

Así, el ejercicio de costeo tiene gran utilidad más allá de calcular los recursos necesarios (Giedion, Gongora, Muñoz, & Godoy, 2021). La utilidad de este ejercicio es mucho mayor cuando se lo hace rutinariamente como una herramienta para identificar potenciales ineficiencias, lo que permite optimizar las funciones de producción de las prestaciones con mayor impacto. Esto va en línea con la propiedad dinámica de una política de priorización explícita en salud; un conjunto de prestaciones nunca termina por diseñarse. Por lo contrario, debe estar siempre evolucionando para reconocer los cambios a los que están expuestos los sistemas sanitarios, las dinámicas del mercado y, desde ya, el perfil epidemiológico de la población.

## 2.6. PASO 6. ANÁLISIS DE IMPACTO DEL CONJUNTO DE PRESTACIONES

Después de definir los elementos fundamentales del conjunto, de priorizar las prestaciones y de costearlas, se realizaron tres análisis de impacto de esta política de priorización explícita en salud: (i) impacto en salud, en términos de reducción en la carga de enfermedad de Honduras; (ii) impacto sobre el presupuesto fiscal; y (iii) impacto en términos de cierre de brechas en salud.

1. El impacto sobre la carga de enfermedad de Honduras se estima en términos de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Un AVAD, como se explicó anteriormente, representa un año de vida saludable perdido debido a mortalidad o discapacidad asociada a enfermedades específicas. De acuerdo con datos del GBD, la carga de enfermedad de Honduras para el año 2019 fue de 2.557.292 AVADs (IHME, 2020); y, según lo evidenció el ejercicio de costeo, el país no brinda actualmente cobertura efectiva de las prestaciones priorizadas en el CPPSH. Tras evaluar cada una de las prestaciones en salud y las condiciones que las mismas están atendiendo, se encontró que los conjuntos 1, 2 y 3 (112 prestaciones) abordan el 62,8% de la carga de enfermedad del país (1.605.135 AVADs). Y el conjunto de primera prioridad (Conjunto 1) es el que tendría mayor impacto en salud, como se observa en la Tabla 6.
2. Para que el CPPSH pueda ser efectivamente garantizado a toda la población es importante contrastar el costo del conjunto con el presupuesto de cada subsector (i. e. SESAL e IHSS). El análisis de impacto fiscal muestra que garantizar el Conjunto 1 a la totalidad de su población absorbería 87% del presupuesto asistencial disponible para la SESAL y 61% del presupuesto asistencial de IHSS. Si se incluyen las prestaciones del conjunto de segunda prioridad, el costo del Conjunto 1+2, con cobertura efectiva, requeriría del 123% del presupuesto asistencial actual de la SESAL y 96% del de IHSS.
3. El análisis de cierre de brecha, posible gracias al ejercicio de costeo, evidencia bajas coberturas en varias prestaciones en salud de máxima prioridad. Por ejemplo, la atención de la infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años en primer nivel de atención registra una cobertura de apenas 35%. Esta es una prestación

altamente costo-efectiva y que impacta positivamente en términos de equidad en salud. De manera similar, el manejo de leishmaniasis, otra prestación altamente costo-efectiva y que favorecería particularmente a poblaciones vulnerables en áreas rurales, solo está siendo garantizado al 21% de la población objetivo, de acuerdo con las estimaciones de utilización actual del ejercicio de costeo. Al agregar todas las prestaciones del Conjunto 1, se encuentra que, en el caso de la SESAL, la brecha es de aproximadamente 7.808 millones de lempiras, valor que corresponde a casi 53% del presupuesto asistencial actual.

**¿Cómo cerrar las brechas en salud y avanzar hacia la CUS?** En el corto plazo, doblar el presupuesto es virtualmente imposible, en especial en países de ingreso medio-bajo o en escenarios de desaceleración económica. Una opción puede ser reasignar parte de los recursos actuales, pero tampoco es realista dejar de brindar prestaciones en salud que el sistema sanitario venía proporcionando, aún cuando no sean costo-efectivas. El camino indicado es quizá un escenario gradual. Este camino debería comenzar por priorizar a las poblaciones más vulnerables. Además, el país podría realizar aumentos reales progresivos al presupuesto cada año, de 4% a 5%,

por ejemplo, destinando toda inversión adicional al primer nivel de atención, que es donde se realizan las prestaciones del Conjunto 1. Esta senda permitiría cerrar la brecha en más del 50% para el año 2025. Paralelamente, es ideal identificar oportunidades de mejora en términos de eficiencia técnica y asignativa, aprovechando la información que brinda el ejercicio de costeo, como quedó en evidencia, por ejemplo, con el caso del aerosol utilizado para el Asma y EPOC.

En definitiva, para avanzar hacia la CUS es recomendable que Honduras dirija sus esfuerzos a garantizar la cobertura efectiva, en el corto o mediano plazo, de todas las prestaciones en salud incluidas en el conjunto de primera prioridad (i. e. Conjunto 1). Estas son prestaciones que responden a las necesidades en salud más apremiantes de una persona a lo largo del curso de vida y que son brindadas en el primer nivel de atención. Esta aproximación, consistente desde un enfoque ético y de derechos, permite cerrar brechas y alcanzar las metas en salud propuestas. Antes de incorporar a un conjunto de prestaciones de mediana o baja prioridad, es fundamental asegurar una cobertura poblacional casi universal de los servicios más prioritarios para una población (Voorhoeve, Ottersen, & Norheim, 2016)<sup>9</sup>.

#### GRÁFICO 4

#### Cierre de brechas en salud en Honduras, Conjunto 1





### 3. LECCIONES: CÓMO DISEÑAR UN PBS

---

El ejercicio de construir una política de PBS en Honduras fue el resultado de un trabajo en equipo que buscó conciliar lo deseable con lo posible, dadas las condiciones del contexto hondureño y las restricciones de recursos que enfrenta inevitablemente toda construcción de política pública. **Hubo gran cantidad de lecciones; las principales quizá puedan resumirse en seis puntos.**

1. **Diseñar un PBS va más allá de construir una lista de beneficios o prestaciones en salud.** Además, este proceso trasciende el mismo ejercicio de evaluación de tecnologías en salud. El diseño de un PBS implica construir una política pública de priorización explícita alrededor de un núcleo de servicios.
2. **Es necesario enfrentar con mucho pragmatismo la brecha entre los métodos que recomienda la academia y lo que se puede hacer en el contexto de un país de ingreso medio o bajo.** Es imperante tener en cuenta las restricciones de datos y la importancia de asegurar que los métodos que se establezcan puedan ser fácilmente replicables por la institucionalidad del país, así como comunicados a los distintos actores que conforman el sistema de salud. Esto es fundamental para garantizar la sostenibilidad de la política de PBS. El proceso de construcción de una política de priorización explícita requiere de flexibilidad y capacidad de adaptación.
3. **El proceso de construcción de un PBS abre las puertas a discutir aspectos fundamentales de la política de salud para avanzar hacia la CUS.** A lo largo del ejercicio surgieron temas de gran importancia, generando una oportunidad para considerar mejoras en los distintos frentes; entre otros temas: deficiencias de oferta sanitaria

asociadas a prestaciones de máxima prioridad, problemas de eficiencia en el uso de los recursos de la salud y mecanismos de financiamiento.

4. **Construir un PBS no tiene que ser un ejercicio que “empiece de cero”.** No se trata de inventar la rueda. Es práctico y además estratégico partir de lo que ya existe y reconocer en este sentido los beneficios de los métodos que otros ya han utilizado, así como los avances que ha tenido el país.
5. **El trabajo presentado en este informe de política no es una tarea terminada, ya que los resultados serán revisados y ajustados por el gobierno.** Además, incluso una vez que surge un acuerdo final, el PBS debe actualizarse periódicamente para no perder validez y para identificar oportunidades de mejora y de aumento de eficiencia.
6. **Finalmente, construir un PBS requiere tiempo y compromiso.** Más allá del tiempo destinado a los análisis cuantitativos, es crucial dedicar tiempo suficiente a los espacios de diálogo con los técnicos y directivos de las instituciones del país, reconocer el papel de los distintos actores y escuchar activamente inquietudes y propuestas. Diseñar un PBS es en sí mismo construir una política pública; por lo tanto, es imperante invertir tiempo para construir confianza y garantizar que todos los actores relevantes sean involucrados en el ejercicio de construcción conjunta.

La experiencia con Honduras muestra, además, que aún cuando las circunstancias son difíciles, **es posible utilizar métodos analíticos para diseñar un PBS en países de ingreso medio-bajo.** De hecho, el gobierno de Honduras está interesado en utilizar el CPPSH para un proyecto piloto que incorpore los resultados en el esquema actual de financiamiento por resultados, en **una muestra más de los beneficios de la priorización y el costeo de servicios de salud.**





## GLOSARIO

<b>AECE</b>	Análisis extendido de costo-efectividad
<b>AVAD</b>	Años de vida ajustados por discapacidad
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>CPPSH</b>	Conjunto priorizado de prestaciones en salud para Honduras
<b>CUS</b>	Cobertura universal de salud
<b>DCEA</b>	Distributional cost-effectiveness analysis (en español, análisis distribucional de costo efectividad)
<b>DCP3</b>	Disease Control Priorities (en español, prioridades para el control de enfermedades)
<b>ENDESA</b>	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
<b>GBD</b>	Global burden of disease (en español, carga de enfermedad global)
<b>ICER</b>	Incremental cost-effectiveness ratio (en español, razón de costo efectividad incremental)
<b>IHSS</b>	Instituto Hondureño de Seguridad Social
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras
<b>IRA</b>	Infección respiratoria aguda
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PBS</b>	Plan de beneficios en salud
<b>SEFIN</b>	Secretaría de Finanzas de la República de Honduras
<b>SESAL</b>	Secretaría de Salud de la República de Honduras



## NOTAS

<sup>1</sup> Pamela Góngora es consultora de la Red Criterios de la División de Protección Social y Salud del BID.

<sup>2</sup> Ursula Giedion es coordinadora de la Red Criterios de la División de Protección Social y Salud del BID.

<sup>3</sup> Una gran cantidad de países de Europa y al menos 60 países de ingreso medio-bajo han diseñado y adoptado conjuntos de prestaciones en salud (Glassman, Giedion, & Smith, 2017).

<sup>4</sup> Una prestación en salud se define como “el conjunto de bienes y servicios de salud dirigidos a satisfacer y atender apropiadamente las necesidades y demandas de salud que el Estado se compromete a garantizar a la población, implicando derechos y obligaciones para los actores del sistema” (SESAL, 2019).

<sup>5</sup> Los AVAD resumen, mediante estudios de carga de la enfermedad, el impacto de la mortalidad y discapacidad asociado a enfermedades específicas en distintas comunidades (Drummond, Sculpher, Claxton, Stodda, & Torrance, 2015). Un AVAD representa los años de vida perdidos por muerte prematura y los años vividos con una discapacidad de severidad y duración especificadas. Un AVAD es, por lo tanto, un año de vida saludable perdido.

<sup>6</sup> Para operativizar el criterio de equidad el DCP3 usa el indicador “edad promedio de muerte ajustada por salud” (en inglés, health-adjusted average age of death o HAAD). Tras varias sesiones de deliberación con el equipo interinstitucional, se decidió no usar ese indicador por considerarse que no logra capturar el interés del país por cerrar las brechas en salud que se derivan de las inequidades socioeconómicas.

<sup>7</sup> Desde una perspectiva ética y de derecho a la salud, es deseable inclinar la balanza en favor de la cobertura poblacional: incorporar en un conjunto de prestaciones en salud a prestaciones de mediana o baja prioridad sin antes asegurar la cobertura universal (o prácticamente universal) de los servicios más prioritarios no es equitativo, ya que acentúa las desigualdades existentes y niega el derecho a la salud a las personas en mayor situación de vulnerabilidad (WHO, 2014) (Voorhoeve, Ottersen, & Norheim, 2016).

<sup>8</sup> Este costo no difiere mucho del costo estimado en ejercicios similares como el del DCP3, donde el conjunto de máxima prioridad para países de ingreso bajo se estima en US\$58 (University of Washington, 2018).

<sup>9</sup> Voorhoeve, Ottersen, & Norheim, 2016: “algunas formas de hacer tradeoffs son generalmente inaceptables (incompatibles con los principios enunciados). Incluyen: optar por ampliar la cobertura de servicios de baja o mediana prioridad antes de que haya una cobertura casi universal para servicios de alta prioridad”. (Original: “There is no single right path to universal health coverage (UHC). However, the Report argues that some ways of making trade-offs are generally unacceptable (inconsistent with the principles outlined). They include: Choosing to expand coverage for low- or medium-priority services before there is near-universal coverage for high-priority services”).



## BIBLIOGRAFÍA

Banco Interamericano de Desarrollo. (2019). *Proyectos*. Recuperado el 24 de Febrero de 2020, de HO-T1293 : Apoyo a la elaboración del Plan Nacional de Beneficios en Salud (PNBS) en Honduras: <https://www.iadb.org/es/project/HO-T1293>

Banco Mundial. (abril de 2020). *Honduras: panorama general*. Recuperado el 2 de abril de 2020, de <https://www.bancomundial.org/es/country/honduras/overview>

Carmenate-Milián, L., Herrera-Ramos, A., & Ramos-Cáceres, D. (2016). Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo Modelo de Salud Propuesto. *Archivos de Medicina*, 12(4), 1-10.

Dean, J., Gelband, H., Horton, S., Jha, P., Laxminarayan, R., Mock, C., & Nugent, R. (Eds.). (2018). *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty* (third edition ed., Vol. Volume 9). Washington, DC: World Bank.

Drummond, M., Sculpher, M., Claxton, K., Stodda, G., & Torrance, G. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (4th Edition ed.). Oxford University Press.

FMI. (2020). *Honduras Country Data*. Recuperado el 2 de Abril de 2020, de International Monetary Fund: <https://www.imf.org/en/Countries/HND#countrydata>

Giedion, U., Bitrán, R., Tristao, I., & Cañón, O. (2014). Explicitar lo implícito: Análisis de siete planes de beneficios en salud de América Latina. En U. Giedion, R. Bitrán, I. Tristao, U. Giedion, R. Bitrán, I. Tristao, & O. Cañón (Edits.), *Planes de beneficios en salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Giedion, U., Gongora, P., Muñoz, R., & Godoy, H. (4 de Mayo de 2021). The hidden beauty of costing health. Obtenido de <https://blogs.iadb.org/salud/en/the-hidden-beauty-of-costing-health/>

Glassman, A., Giedion, U., & Smith, P. (2017). What's, what's out? Designing Benefits for Universal Health Coverage.

Gobierno de la República de Honduras. (2016). *Hacia la salud universal: Logros y desafíos del Sector Salud de Honduras*.

Gutiérrez, C., Giedion, U., Muñoz, A. L., & Ávila, A. (Julio de 2015). Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud: Nota 2: Un enfoque sistémico. *Banco Interamericano de Desarrollo, Nota Técnica No.838*.

HRN. (9 de Diciembre de 2019). *Más de 13 mil pacientes están en lista de espera quirúrgica en Honduras*. Tegucigalpa, Honduras.

IHME. (2020). *Institute for Health Metrics and Evaluation*. Obtenido de Global Burden of Disease (GBD): <http://www.healthdata.org/gbd>

INE. (2019). *Indicadores cifras de país 2018*. Instituto Nacional de Estadísticas. Tegucigalpa: Cifras país.

Klein, R., Day, P., & Redmayne, S. (1997). Managing Scarcity: Priority Setting and Rationing in the National Health Service. *BMJ*, 314:313.

Secretaría de Coordinación General de Gobierno. (2019). *Agenda Nacional 2030: Objetivos de desarrollo sostenible de Honduras*. Aprobado en Primera Sesión Ordinaria de la CN-ODS el 4 de diciembre de 2019.

SESAL. (Diciembre de 2018). *Listado Nacional de Medicamentos Esenciales 2018-2020*. Gobierno de la República de Honduras, Secretaría de Salud. Tegucigalpa: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

SESAL. (2018). *Perfil epidemiológico de Honduras: 2010 al 2016*. Tegucigalpa: Gobierno de la República de Honduras, Secretaría de Salud.

SESAL. (2019). *Actualización de la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil en Honduras para el año 2015*. Secretaría de Salud, Unidad de Vigilancia de la Salud. Tegucigalpa: Gobierno de la República de Honduras.

SESAL. (2019). *Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud*.

University of Washington. (2018). *DCP3*. Obtenido de Department of Global Health: <http://dcp-3.org/es>

Verguet, S., & Jamison, D. (2017). Benefits beyond Health Evaluating Financial Risk Protection and Equity through Extended Cost-Effectiveness Analysis. En A. Glassman, U. Giedion, & P. Smith (Edits.), *What's in, what's out: designing benefits for universal health coverage*. Washington DC: Center For Global Development.

Voorhoeve, A., Ottersen, T., & Norheim, O. (2016). Making fair choices on the path to universal health coverage: a précis. *Health Economics, Policy and Law*, 11, 71–77.

WHO. (2003). Beyond Access and Utilization: Defining and Measuring Health System Coverage. En *Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism* (págs. 221-234). Switzerland: World Health Organization.

WHO. (2014). *Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2019). *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage. 2019 Global Monitoring Report*. World Health Organization, Conference Edition.

WHO. (2020). *Universal coverage - three dimensions*. Obtenido de Health financing for universal coverage. World Health Organization: [https://www.who.int/health\\_financing/strategy/dimensions/en/](https://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/)

Woods B, R. P. (2016). Country-level costeffectiveness thresholds: initial estimates and the need for further. *Value in Health*.

## DOCUMENTOS RELACIONADOS DE LA RED CRITERIA

Ursula Giedion, U., Bitrán, R., y Tristao, I. (Ed.) (2014). Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://criteria.iadb.org/es/comparacion-regional-planes-beneficios-salud-america-latina>

Sabignoso, M. (2017) Planes de beneficios en salud y financiamiento basado en resultados: dos aliados por la cobertura universal y efectiva en salud. Webinar de la Red CRITERIA del Banco Interamericano de Desarrollo. Marzo 30 de 2017. <https://criteria.iadb.org/es/pbs-financiamiento-basado-resultados-cobertura-universal>

Giedion, U., Muñoz, A.L., y Ávila, A. (2015) Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud. Nota 1: Introducción. Nota técnica No. 837. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/publicacion/15422/serie-de-notas-tecnicas-sobre-procesos-de-priorizacion-en-salud-nota-1>

Sourdis, C., Giedion, U., Muñoz, A.L., y Ávila, A. (2015) Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud. Nota 2: Un enfoque sistémico. Nota técnica No. 838. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://criteria.iadb.org/es/node/228>

Red CRITERIA (2012). Costeo de planes de beneficio en salud, basado en la presentación de Dr. Ricardo Bitrán. BREVE No.2 de la Red CRITERIA del Banco Interamericano de Desarrollo. Octubre de 2012. <https://criteria.iadb.org/es/node/203>

Red CRITERIA (2014). Listas de espera: un mecanismo de priorización del gasto en salud. BREVE No.15 de la Red CRITERIA del Banco Interamericano de Desarrollo. <https://criteria.iadb.org/es/breve-15-listas-espera-mecanismo-priorizacion>

## BREVE 26

Copyright © 2022 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.

