

Priorización de estrategias para el abordaje de la judicialización en salud en América Latina y el Caribe

Carlos Eduardo Pinzón-Florez^I, Evelina Chapman^{II}, Leonardo Cubillos^{III}, Ludovic Reveiz^{IV}

^I Grupo de Investigación en Salud. Universidad de La Sabana. Chía, Colombia

^{II} Organização Pan-americana de Saúde. Brasília, DF, Brasil

^{III} World Bank Institute. Washington, DC, USA

^{IV} Department of Knowledge Management, Bioethics and Research. Pan American Health Organization. Washington, DC, USA

RESUMEN

OBJETIVO: Describir estrategias que contribuyan al abordaje integral de la judicialización de la salud en países de América Latina y El Caribe.

MÉTODOS: Se estructuró una búsqueda para identificar artículos que presentaran estrategias para el abordaje de la judicialización en salud. Se diseñó una encuesta, en donde se incluyeron actores del sistema de salud y del sector judicial. Se priorizaron las estrategias calificadas por más del 50,0% de los participantes como “muy relevantes”. Se categorizaron las estrategias según: gobernanza, prestación de servicios, recursos humanos, sistemas de información, financiación y productos médicos.

RESULTADOS: Se incluyeron 64 estudios en los cuales se identificaron 50 estrategias, relacionadas con las sub-funciones y componentes de los sistemas de salud. De las 165 personas que respondieron la encuesta, el 80,0% tenían entre 35-64 años. La distribución de hombres y mujeres fue homogénea. La mitad de los respondientes fue de Colombia (20,0%), Uruguay (16,9%) y Argentina (12,7%). Se priorizaron mayormente las estrategias que abordaron los aspectos de generación de evidencia científica útil para toma de decisión según las necesidades de salud de la población, el empoderamiento para la sociedad, y la generación de espacios de discusión de las medidas de inclusión o exclusión de tecnologías de salud. Los tomadores de decisión de la rama ejecutiva y judicial priorizaron las preguntas que abordaron las estrategias que garantizaran la rendición de cuentas.

CONCLUSIONES: Los resultados de este estudio contribuyen a la identificación de estrategias efectivas para el abordaje del fenómeno de la judicialización en salud, garantizando el derecho a la salud.

DESCRIPTORES: Decisiones Judiciales. Jurisprudencia. Derechos del Paciente. Derecho a la Salud. Prioridades en Salud, legislación & jurisprudencia. Sistemas de Saúde.

Correspondencia:

Ludovic Reveiz
Department of Knowledge
Management
Bioethics and Research – PAHO
525 23rd St NW, Washington,
DC 20037
USA
E-mail: reveizl@paho.org

Recibido: 15 jul 2014

Aprobado: 22 ago 2015

Como se cita: Pinzón-Florez CE, Chapman E, Cubillos L, Reveiz L. Priorización de estrategias para el abordaje de la judicialización en salud en América Latina y el Caribe. Rev Saude Publica. 2016;50:56.

Copyright: Este es un artículo de el acceso abierto distribuido bajo la términos de la licencia Atribución Creative Commons, lo que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor y la fuente los originales se acreditan.



INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud está consagrado en la mayoría de las constituciones de los países de América Latina y El Caribe, y en numerosos tratados regionales e internacionales de derechos humanos. Esto obliga a los Estados a garantizar, entre otros: disponibilidad oportuna y apropiada de servicios de salud; condiciones de trabajo saludables y seguras; vivienda adecuada; y alimentos nutritivos. Cuando los Estados no puedan garantizar este derecho de manera apropiada, deben adoptar medidas de conformidad con el principio de realización progresiva, que obliga a que se avance de la manera más expedita y eficazmente posible hasta el máximo de los recursos de los que dispongan^a.

El papel legítimo de un tribunal en el proceso de litigios en salud es una representación de los procesos democráticos y de la capacidad institucional del Estado para ejercerlos. Esta evolución demuestra un proceso de maduración social de los Estados, reconociendo los derechos humanos y su obligatoriedad de protección, y estableciendo claramente la gobernanza y gobernabilidad en términos de instaurar un mecanismo de rendición de cuentas incluyente en la sociedad^{12,20,b}.

En el año 2005, la cobertura universal en salud se convirtió en el objetivo de todos los sistemas de salud de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como estrategia efectiva para el alcance del acceso a los servicios de salud necesarios para establecer la salud de las poblaciones, sin incurrir en ningún riesgo económico empobrecedor por parte de los individuos. A mediano y largo plazo, el aumentar la cobertura en servicios de salud con sostenibilidad financiera permitirá mejorar las condiciones de salud y bienestar, y promover el desarrollo humano sostenible^c. Varios países del mundo han presentado acelerada demanda de la población por servicios universales de salud con calidad. Este incremento de la demanda no está frecuentemente armonizado con el desarrollo de los sistemas, y se asocia con un deterioro en la prestación de los servicios de salud, ya sea por factores endógenos o exógenos de los propios sistemas^{14,c,d,e}.

Los litigios en salud han sido eficientes para adquirir dichos servicios de salud de manera efectiva. Estos mecanismos son cada vez más usados; esto se refleja en el incremento exponencial del número de sentencias judiciales relacionadas con la exigencia del cumplimiento del derecho a la salud por parte del Estado. Como consecuencia, el poder judicial ha participado cada vez más en la definición y redefinición de las políticas de salud, y asimismo, ha venido evolucionando y redefiniendo: el tipo de respuestas, las funciones que debe ejercer dentro del sistema de salud, y el papel dentro del ejercicio del derecho a la salud^{13,39}. Si bien pueden ser una solución mediata al acceso a la salud y una garantía al derecho individual a la salud, las tutelas y los amparos judiciales penales y civiles, por ejemplo, pueden requerir aumentar el financiamiento público de la salud, de una manera eficiente y sustentable, para evitar que incida de manera negativa en la sostenibilidad financiera del sistema de salud^{13,39}.

El objetivo de este artículo fue describir estrategias que contribuyan al abordaje integral de la judicialización de la salud en países de América Latina y el Caribe.

MÉTODOS

Se realizó un estudio con dos aproximaciones metodológicas. La primera fue una revisión de la literatura para identificar estrategias que abordaran la judicialización de la salud. La segunda fue una encuesta para priorizar las estrategias identificadas.

Búsqueda de la Literatura

Se realizó una búsqueda avanzada de la literatura (enero de 2000 – julio de 2013) en las siguientes bases de datos: PubMed; biblioteca Cochrane y Lilacs, así como en *Google Scholar*. En razón a que no existen estrategias de búsquedas validadas para este tema, se identificaron las siguientes palabras clave y sinónimos, utilizando el buscador PubMed:

^a Naciones Unidas, Asamblea General. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: informe provisional del relator. New York; 2006. (A/61/338).

^b World Health Organization. Social Health Insurance: sustainable health financing, universal coverage and social health insurance: report by the Secretariat: Fifty-eight World Health Assembly. Provisional agenda item 13.16. New York; 2005. (A58/20). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20302/1/A58_20-en.pdf

^c Iunes R, Cubillos-Turriago L, Escobar ML. Universal health coverage and litigation in Latin America. Washington (DC): World Bank; 2012 [citado 2015 oct 25]. Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/2578031269390034020/EnBreve_178_English_Web.pdf

^d Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra; 2010 [citado 2012 abr]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf

^e Savigny D, Taghreed Adam, editors. Systems thinking for health systems strengthening. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO; 2009 [citado 2014 ene]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44204/1/9789241563895_eng.pdf?ua=1

((“litigation”[tw] OR judicialization [tw] OR lawsuits [tw] OR judiciary [tw] OR legislation and jurisprudence [Subheading] OR jurisprudence [tw] OR court [tw])) AND ((“health”[MeSH Terms] OR “health”[All Fields])) AND ((Latin america* OR South America* central America* OR caribbean* OR Anguilla OR (Antigua Barbuda) OR Argentina OR Aruba OR Bahamas OR Barbados OR Belize OR Bermuda OR Bolivia OR Brazil OR brasil OR (British Virgin Islands) OR (Cayman Islands) OR Chile OR Colombia OR (Costa Rica) OR Cuba OR Dominica OR (Dominican Republic) OR (republica dominicana) OR “El Salvador” OR Ecuador OR (French Guiana) OR Grenada OR Guadalupe OR Guatemala OR Guyana OR Haiti OR Honduras OR Jamaica OR Martinique OR Mexico OR Montserrat OR (Netherlands Antilles) OR Nicaragua OR Panama OR Paraguay OR Peru OR (Puerto Rico) OR (Saint Kitts Nevis) OR (Saint Lucia) OR (Saint Vincent Grenadines) OR Suriname OR (Trinidad Tobago) OR Uruguay OR Venezuela)).

Adicionalmente, se revisaron las referencias bibliográficas de los estudios identificados para citas adicionales. Un revisor evaluó los títulos y resúmenes identificados por la búsqueda, y dos revisores evaluaron de manera independiente los estudios que cumplían con los criterios de inclusión, a saber: (a) estudios cuya temática fuera la judicialización de la salud; (b) estudios que incorporaran mecanismos o estrategias, o ambos, para abordar los litigios en los diferentes sistemas de salud de la región; y (c) evaluación de la implementación de sentencias estructurales de las cortes. Además se revisaron las páginas Web de los Ministerios de Salud e instituciones pertinentes. La búsqueda se limitó a los idiomas español, francés, inglés y portugués, y se restringió geográficamente a América Latina y el Caribe.

Elaboración del Instrumento (Encuesta)

Un grupo compuesto por expertos en epidemiología, en salud pública, en sistemas y servicios de salud, y en salud global los estudios identificados. En base a los hallazgos de la revisión, se elaboró un mapa de las diferentes estrategias evaluadas o propuestas por los autores de los estudios (Tabla 1).

Categorización de las Estrategias

Las estrategias fueron clasificadas en relación a las funciones del sistema de salud, desde la perspectiva del pensamiento sistémico propuesto por la OMS⁶: 1) gobernanza, 2) financiamiento, 3) acceso a productos médicos y tecnologías, 4) sistemas de información, 5) recursos humanos y 6) provisión de los servicios²¹. El instrumento se desarrolló en el programa SurveyMonkey®. Las estrategias fueron redactadas y revisadas hasta que se obtuvo un consenso por parte de todos los miembros del grupo, asegurando que fueran cortas y concretas, no ambiguas y se constituyeran en estrategias coherentes y evaluables, desarrollando así el instrumento final. Las estrategias se redactaron en idioma español e inglés.

Población y Participantes

Se seleccionaron los países de América Latina y El Caribe y en cada uno se seleccionaron decisores en las tres ramas del poder público (legislativo, judicial y ejecutivo). Los participantes fueron identificados mediante observatorios de sistemas de salud de la región, incluyendo la iniciativa regional sobre priorización, equidad y mandatos constitucionales para la región de las Américas, impulsada por el Instituto del Banco Mundial⁶, y una búsqueda en PubMed y Lilacs de actores clave en este campo en países de América Latina y el Caribe. Diecisiete participantes pertenecían a países que no hacen parte de América Latina y el Caribe; sin embargo, son tomadores de decisión e investigadores que han aportado en la legislación y conocimiento sobre judicialización en salud en la región, y fueron identificados en la búsqueda de la literatura. Las características de los participantes son resumidas en la Tabla 2.

Análisis Estadístico

Para evaluar la validez del constructo del instrumento que se diseñó, se realizó un análisis factorial por componentes principales. Se efectuó un análisis descriptivo de las respuestas dadas por los participantes, teniendo en cuenta la ocupación actual y el país donde trabajan. Se realizó un análisis

⁶ Instituto del Banco Mundial. Iniciativa regional sobre priorización, equidad y mandatos constitucionales: una plataforma sostenible para fomentar coaliciones que impulsen la realización progresiva del derecho a la salud. Washington (DC); 2011 [citado 2012 abr]. Disponible en: http://wbi.worldbank.org/wbi/Data/wbi/wbicms/files/drupal-acquia/wbi/spanish_progress_derecho_noreg.pdf

Tabla 1. Estrategias por categoría de análisis.

| Pregunta | Medidas Generales |
|-------------------------|---|
| Q1 | 1. ¿La generación de espacios de discusión de los actores del sistema de salud, incluyendo a los representantes de los pacientes, de los profesionales de la salud y de las poblaciones en situación de vulnerabilidad, es una medida efectiva para la prevención de los litigios en salud? |
| Q2 | 2. ¿El fomento, por parte del Estado, de la creación de agremiaciones científicas y civiles para fortalecer la toma de decisiones en salud, es una medida efectiva para la prevención de los litigios en salud? |
| Q3 | 3. ¿La creación de una política pública que esclarezca, de manera explícita, el manejo técnico y administrativo de los procedimientos, insumos, intervenciones o prestaciones no incluidas en el conjunto de prestaciones del sistema de salud, es una medida efectiva para prevenir los litigios en salud? |
| Q4 | 4. ¿La creación de una estrategia que esclarezca de manera explícita qué insumos y procedimientos médicos son excluidos del plan de atención en salud, así como la razón de su exclusión, es una medida efectiva para la reducción de los litigios en salud? |
| Q5 | 5. ¿Las estrategias explícitas para protegerse de la corrupción en las instituciones regulatorias públicas de salud (por ejemplo, sistemas de incentivos y sanciones), son una medida efectiva en la reducción de litigios? |
| Q6 | 6. ¿La institucionalización y/o fortalecimiento de comités en el ente rector (Ministerio de Salud o Secretaría de Salud), que vigilen y auditen las actividades de compra y venta de servicios de salud, así como su prestación adecuada por parte de los profesionales de la salud, es una medida efectiva para la reducción de los litigios en salud? |
| Q7 | 7. ¿La creación de la figura y la institucionalización de la defensoría de los usuarios o pacientes, es una estrategia efectiva para la reducción de los litigios en salud? |
| Q8 | 8. ¿La creación de espacios tipo comités asesores técnico-científicos para los tribunales judiciales, con el propósito de apoyar y soportar la decisión jurídica con evidencia científica, es una medida efectiva para la toma de decisiones, y así mismo, para la regulación de los litigios en salud? |
| Q9 | 9. ¿El otorgar poder sancionatorio a las instituciones de vigilancia y control del sistema de salud para el cumplimiento de los procesos y la prestación de servicios de salud, es una medida efectiva para la reducción de litigios en salud? |
| Liderazgo y gobernanza | |
| Q10 | 1. ¿La definición de una política pública de vigilancia de los litigios en salud es una estrategia útil en la regulación de la judicialización de la salud? |
| Q11 | 2. ¿La creación de observatorios para el conocimiento, seguimiento y toma de decisión de los litigios en salud, integrando actores de los sectores salud, ejecutivo y judicial, es una estrategia efectiva en la regulación de la judicialización de la salud? |
| Q12 | 3. ¿La capacitación y la asesoría por parte de personal idóneo del Ministerio de Salud a los miembros de los tribunales judiciales para las decisiones en relación al derecho a la salud, es una estrategia efectiva para la regulación de la judicialización de la misma? |
| Q13 | 4. ¿La capacitación y la asesoría por parte de personal idóneo de la comunidad científica en salud (personal académico, investigadores) a los miembros de los tribunales judiciales, es una estrategia efectiva para la regulación de la judicialización de la misma? |
| Q14 | 5. ¿La actualización continua de los servicios y/o conjunto de prestaciones basados en las necesidades y prioridades de salud de la población puede regular los litigios en salud? |
| Q15 | 6. ¿El establecimiento de prioridades en salud para prevenir posible gasto de bolsillo y, por consiguiente, gasto catastrófico en enfermedades de alto costo, es una medida efectiva para la regulación de la judicialización del derecho a la salud? |
| Q16 | 7. ¿La implementación de instituciones o agencias de evaluación de tecnologías en salud que tengan la capacidad para regular el mercado en salud y el ingreso de nuevas tecnologías, puede ser un mecanismo efectivo para la regulación de la judicialización en salud? |
| Q17 | 8. ¿La reducción de la asimetría de la información entre la oferta y demanda de la atención de la salud (acceso, calidad y satisfacción), puede ser una estrategia para garantizar la protección al consumidor y por consiguiente para la regulación de la judicialización de la salud? |
| Q18 | 9. ¿El establecimiento de un mecanismo pre-judicial de resolución de conflictos en salud puede ser una estrategia efectiva para la regulación de la judicialización de la salud? |
| Q19 | 10. ¿Informar debidamente a los pacientes y/o familiares sobre el derecho a la salud, los deberes del Estado y el sistema de salud en relación a la garantía de este derecho, son estrategias de empoderamiento para la sociedad que garanticen equidad y por consiguiente la regulación de los litigios en salud? |
| Q20 | 11. ¿La planeación e implementación de un sistema de vigilancia y control basado en la garantía de la cobertura de salud por parte de aseguradores y prestadores de salud es una medida equitativa, efectiva y eficiente para la reducción de los litigios en salud? |
| Q21 | 12. ¿El desarrollo de un plan estratégico para la distribución de farmacias y el abastecimiento de las mismas a nivel nacional y/o subnacional es una medida efectiva y eficiente para la reducción de litigios en salud? |
| Prestación de servicios | |
| Q22 | 1. ¿La garantía explícita en el financiamiento y el acceso a los servicios de salud, es una acción que puede disminuir la probabilidad de judicialización de la salud? |

Continua

Tabla 1. Estrategias por categoría de análisis. Continuación

| | |
|------------------|--|
| Q23 | 2. ¿La implementación de estrategias de atención primaria en salud es un mecanismo eficiente y efectivo en el logro de la equidad en el acceso y en el financiamiento y, por consiguiente, puede ser una medida para la reducción de litigios en salud? |
| Q24 | 3. ¿La implementación de estrategias para el aumento del acceso en salud en áreas rurales (eHealth, centros de salud de primer nivel de complejidad en áreas rurales o de difícil acceso, incentivos económicos para la retención de los profesionales de la salud en áreas rurales, transporte en áreas con barreras de acceso geográfico), es una medida efectiva para la regulación de los litigios en salud? |
| Q25 | 4. ¿La redistribución de recursos financieros para la atención de las poblaciones en situación de vulnerabilidad es una medida que mejora la equidad en salud y, así mismo, reduciría los litigios en salud? |
| Q26 | 5. ¿La homologación del plan de servicios entre los diferentes subsectores en sistemas de salud segmentados, es una estrategia efectiva para la reducción de la inequidad en el acceso y, por consiguiente, en la regulación de litigios en salud? |
| Q27 | 6. ¿La creación de programas de transferencias condicionadas de dinero como estrategia de reducción de las inequidades y de empoderamiento de la sociedad civil es una medida efectiva para la regulación de los litigios en salud? |
| Q28 | 7. ¿Optimizar los tiempos de espera para la prestación de los servicios de salud es una medida efectiva para la reducción del número de litigios en salud? |
| Q29 | 8. ¿La contratación de personal de la salud adicional para optimizar la atención en salud es una medida efectiva para la reducción de litigios en salud? |
| Q30 | 9. ¿Los mecanismos de contratación de servicios de salud por mecanismos legales es una estrategia efectiva para la reducción de los litigios en salud? |
| Q31 | 10. ¿La generación e implementación de un sistema de incentivos para la atención en salud con calidad y eficiencia, por parte de los profesionales de la salud, es una medida efectiva para la reducción de litigios en salud? |
| Q32 | 11. ¿El establecimiento de convenios interinstitucionales para la prestación de servicios de salud es una medida efectiva para garantizar el acceso eficiente a dichos servicios y, así mismo, para la reducción de los litigios en salud? |
| Q33 | 12. ¿La implementación de un sistema de incentivos a la oferta de servicios de salud, por parte de los aseguradores y/o prestadores, es una estrategia que garantiza el acceso a los servicios y, por lo tanto, garantizará el derecho a la salud de manera efectiva y eficiente? |
| Q34 | 13. ¿Incentivar la prescripción de medicamentos genéricos es una medida efectiva para la regulación de los litigios en salud? |
| Recursos humanos | |
| Q35 | 1. ¿Contar con programas de licenciatura y post grado en derecho a la salud es una estrategia óptima para la regulación de los litigios en salud? |
| Q36 | 2. ¿La capacitación oportuna a los profesionales de la salud y jueces para la toma de decisión en casos de tutelas judiciales es una estrategia efectiva en la regulación de los litigios en salud? |
| Q37 | 3. ¿La formación de profesionales en auditoría de procesos y gestión en salud, es una estrategia efectiva para el control de la calidad y gestión de la prestación de los servicios de salud y, así mismo, una estrategia para prevenir los litigios en salud? |
| Q38 | 4. ¿El establecimiento de un sistema de certificación de los profesionales y de acreditación de las instituciones de la salud para la prestación de servicios de salud con calidad es una estrategia efectiva para la regulación de los litigios en salud? |
| Q39 | 5. ¿Desarrollar un plan estratégico para la formación y distribución del recurso humano en su país puede ser una estrategia efectiva para la reducción de los litigios en salud y, por consiguiente, para la regulación de los litigios en salud? |
| Información | |
| Q40 | 1. ¿El desarrollo e implementación de guías de práctica clínica y/o protocolos pueden ser una estrategia para la regulación de los litigios en salud? |
| Q41 | 2. ¿El desarrollo de un plan nacional para la elaboración de guías de práctica clínica, protocolos de manejo o directrices para la prestación de servicios de salud es una estrategia efectiva para la regulación de los litigios en salud? |
| Q42 | 3. ¿La implementación de un sistema de información integral para la toma de decisiones en acceso, capacitación y distribución del recurso humano en salud, abastecimiento de medicamentos y adquisición de nuevas tecnologías, puede ser una estrategia efectiva para la regulación de los litigios en salud? |
| Q43 | 4. ¿La implementación de un sistema nacional de información farmacéutica sobre el acceso, uso, calidad y precios de los medicamentos es una estrategia efectiva para la regulación de los litigios en salud? |
| Q44 | 5. ¿La creación y gestión de un sistema de información de los procesos jurídicos y litigios en salud permitirá conocer y caracterizar dichos procesos, así como la toma de decisiones oportuna por parte de los actores involucrados en los mismos? |
| Q45 | 6. ¿La generación de evidencia científica a partir de procesos de investigación sobre el impacto de la judicialización en la gestión del sistema de salud y en el sistema judicial es una estrategia efectiva para la regulación de los litigios en salud? |
| Q46 | 7. ¿La generación de evidencia científica orientada a la identificación de las necesidades en salud de las poblaciones, es una medida efectiva y eficaz para la planeación estratégica de los sistemas de salud y, por consiguiente, para la regulación de los litigios en salud? |
| Financiación | |
| Q47 | 1. ¿El cálculo de costo adicional de la introducción de una nueva intervención o tecnología en el sistema de salud es una estrategia eficiente y efectiva para la regulación de los litigios en salud? |
| Q48 | 2. ¿La creación de un subsistema de financiamiento para enfermedades de alto costo, o que pueden incurrir en gasto de bolsillo y, por consiguiente, en gasto catastrófico, puede ser una estrategia efectiva para la regulación de los litigios en salud? |
| Q49 | 3. ¿El establecimiento de un umbral de disponibilidad a pagar por el acceso a una nueva tecnología en salud puede ser una estrategia efectiva y eficiente en la regulación de los litigios en salud? |
| Q50 | 4. ¿El fortalecimiento de la ayuda por parte de organismos multinacionales para la adquisición de insumos o suministros de servicios de salud es una medida efectiva para la regulación de los litigios en salud? |

Tabla 2. Características de los participantes.

| Característica | n | % |
|----------------------------|-----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 86 | 52,2 |
| Femenino | 79 | 47,8 |
| Total | 165 | 100 |
| Edad (años) | | |
| 18 a 24 | 1 | 0,6 |
| 25 a 34 | 25 | 15,1 |
| 35 a 44 | 40 | 24,2 |
| 45 a 54 | 52 | 31,5 |
| 55 a 64 | 38 | 23,0 |
| > 65 | 9 | 5,4 |
| Total | 165 | 100 |
| Posición laboral | | |
| Sector judicial | 21 | 12,7 |
| Sector ejecutivo | 8 | 4,8 |
| Sector legislativo | 1 | 0,6 |
| Sector público en salud | 71 | 43,0 |
| Sector privado en salud | 40 | 24,2 |
| Organización internacional | 24 | 14,5 |
| Total | 165 | 100 |
| País de origen | | |
| Argentina | 21 | 12,7 |
| Brasil | 17 | 10,3 |
| Canadá | 1 | 0,6 |
| Chile | 7 | 4,2 |
| Colombia | 33 | 20,0 |
| Costa rica | 10 | 6,06 |
| Ecuador | 2 | 1,2 |
| El Salvador | 1 | 0,6 |
| España | 5 | 3,03 |
| Estados Unidos de América | 9 | 5,4 |
| Guatemala | 1 | 0,6 |
| Honduras | 1 | 0,6 |
| Marruecos | 2 | 1,2 |
| México | 15 | 9,0 |
| Nicaragua | 1 | 0,6 |
| Perú | 9 | 5,4 |
| República Dominicana | 1 | 0,6 |
| Uruguay | 28 | 16,9 |
| Trinidad y Tobago | 1 | 0,6 |
| Total | 165 | 100 |

bivariado para variables categóricas por ocupación actual, país donde trabaja y grado de priorización utilizando la prueba de X^2 . Para todos los análisis estadísticos, se estableció significancia estadística con valores de $p < 0,05$. Se utilizó el programa estadístico Stata 12® para realizar dichos análisis.

Aspectos Éticos

Todos los participantes fueron contactados de manera virtual enviándoles simultáneamente el consentimiento para participar, y el acceso a la encuesta estructurada en el programa SurveyMonkey®. En el encabezado de la encuesta se explicó el propósito del ejercicio de priorización y cómo se utilizarían los resultados. Estuvo disponible un correo de contacto y un campo específico para que los participantes incluyeran preguntas o formularan sus inquietudes. Se enviaron dos recordatorios de la encuesta. La propuesta fue aprobada por el comité de ética de la Organización Panamericana de la salud (PAHO-ERC – 2013-05-009).

RESULTADOS

Búsqueda de la Literatura

Fueron identificadas 2.245 referencias. De estas, 2.014 fueron excluidas después de aplicar los criterios de elegibilidad por título y resumen. Fueron excluidos 156 por ser duplicados, y 11 por no reportar estrategias de intervención para el problema de investigación abordado. Finalmente, se evaluó el texto completo de 64 artículos^{1-6,8-10,11-39,41-46,48-54,a,b,c,f,g,h,i,j,k,l,m,n,o,p,q} que identificaron propuestas de intervenciones para abordar el fenómeno de la judicialización de la salud, como se muestra en la Figura. Todos los estudios elegibles fueron en idioma español, inglés y portugués. El abordaje de la judicialización en salud depende de la conceptualización del derecho a la salud y de las características del sistema de salud. Todos los estudios abordaron la judicialización como una consecuencia de las relaciones y desempeño del sistema de salud y la ciudadanía. La mayoría de procesos jurídicos generados fue para garantizar acceso a medicamentos (73,0%), realización de procedimientos curativos (22,0%) y eventos de salud pública (5,0%). Todos los litigios fueron por procedimientos o medicamentos. En Colombia^{1,4,19,26,29,32,39,49,g,h,i,j,k,l,m,n} y Costa Rica^{35,39}, dichos medicamentos no estaban incluidos dentro del plan de beneficios. En Brasil, a pesar de que estaban dentro del plan de beneficios, no se tenía abastecimiento de estos dentro de los municipios evaluados^{3,5-9,12,17-18,22-25,27,30,31,34,36-39,42,51,53,o,p}. Los países con mayor número de publicaciones fueron Brasil (n = 32; 50,0%)^{3,5-9,12,17-18,22-25,27,30,31,34,36-39,42,51,53,o,p}, Colombia (n = 21; 32,8%)^{1,2,19,26,29,32,39,41,49,g,i,j,k,l,m,n}, Costa Rica (n = 6; 9,3%)^{35,39}, Chile (n = 2; 3,1%)^{8,9,54} y Argentina (n = 3; 4,7%)¹⁰.

Construcción del Instrumento de Recolección

De la revisión de los artículos surgieron 91 estrategias propuestas, las cuales fueron evaluadas por el grupo de autores. Se excluyeron 41 de ellas por: ser duplicadas; ser propuestas demasiado generales que impedían su implementación; no ser aplicables en el contexto actual; o presentar ambigüedad o incoherencia. Finalmente se identificaron 50 propuestas de estrategias que fueron clasificadas de la siguiente manera: 9 (18,0%) medidas generales

^a Acosta OL. La judicialización del derecho a la salud en Colombia. In: Comisión Económica para América Latina; Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales; Analytical Spectral Devices; Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, editores. Panel IV: Perspectivas de los Sistemas de Salud en Seminario Internacional Repensar lo Social en Tiempos de Crisis; 2009 mayo 28-29; Antigua, Guatemala. CEPAL; 2009 [citado 2013 ago]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/dd/news/paginas/2/36122/OlgaLuciaAcosta.pdf>

^b Colombia, Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud: causas de las tutelas en salud 1999-2003. Bogotá; año [citado 2014 ene]. Disponible en: [http://www.defensoria.gov.co/attachment/142/Causas de las tutelas en salud.pdf](http://www.defensoria.gov.co/attachment/142/Causas%20de%20las%20tutelas%20en%20salud.pdf)

^c Colombia, Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud, período 2003-2005. Bogotá; 2007. Disponible en: <http://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/291/Informe-defensorial-sobre-la-Tutela-y-el-Derecho-a-la-Salud-Informe-defensorial-Salud-Derechos-Humanos.htm>

^d Rossi F. El precio exagerado de los medicamentos. *Razón Pública*, 27 Sep 2010 [citado 2010 dic 20]. Disponible en: <http://www.razonpublica.com/index.php/economia-y-sociedad/1408-el-precio-exagerado-de-los-medicamentos>

^e Procuraduría General de la Nación y DeJusticia, op. cit.; López Medina D. 'Sistema de salud' y 'derecho a la salud': historia de su interrelación en la jurisprudencia constitucional. Bogotá: Universidad de los Andes, 2008 [citado 5 oct 2009]. p.42-8. Disponible en: http://derecho.uniandes.edu.co/derecho_uniandes/export/derecho_uniandes/facultad/rel_eventos3.html

^f Colombia, Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud y a la seguridad social 2014. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2015 [citado 2012 abr]. Disponible en: <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/LatutelaylosderechosalaSalud.pdf>

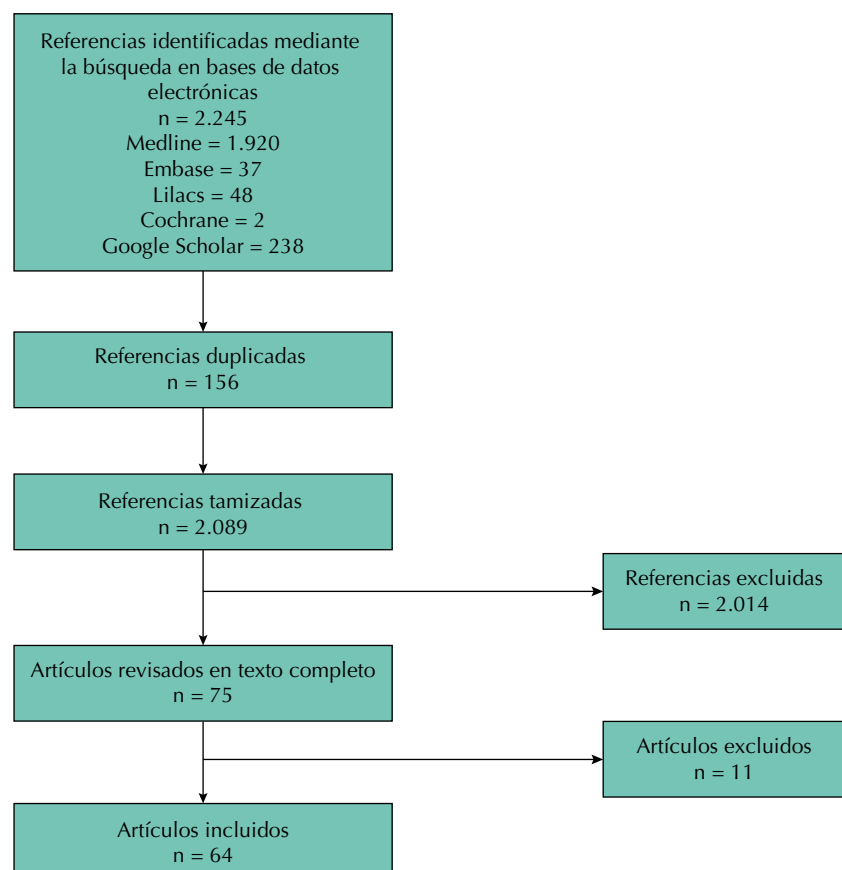


Figura. Flujograma de la estrategia de búsqueda.

o sistémicas; 12 (24,0%) gobernanzas y liderazgos; 13 (26,0%) prestaciones de servicios de salud; cinco (10,0%) recursos humanos en salud; siete (14,0%) informaciones; y cuatro (8,0%) financiaciones (Tabla 3). En el análisis factorial por componentes principales con 50 variables y 165 observaciones, los ítems se agruparon en seis factores que explicaban la varianza de los ítems en un 50,0%, acorde a la clasificación teórica propuesta. Los dos primeros factores fueron los que presentaron la mayor varianza común (15,0%) y explicaban el constructo; esto pudo deberse a que varias propuestas del factor 1 “medidas generales” tienen relación con el factor 2 “gobernanza y liderazgo”. Los seis factores principales con sus respectivos ítems fueron: 13 ítems para el factor 1 “medidas generales” (*eigenvalue* 12,81); 11 ítems para el factor 2 “gobernanza y liderazgo” (*eigenvalue* 2,81); cuatro ítems para el factor 3 “recursos humanos en salud” (*eigenvalue* 2,32); 11 ítems para el factor 4 “prestación de servicios de salud” (*eigenvalue* 1,89); seis ítems para el factor 5 “información” (*eigenvalue* 1,75) y tres para el factor 6 “financiamiento” (*eigenvalue* 1,61), $X^2 = 2452,29$ ($p < 0,001$).

Priorización de Estrategias según Categorías

Los participantes priorizaron, en primer lugar, la categoría “medidas generales”, que implica el establecimiento de marcos normativos y técnico-científicos para la gestión del sistema y para la participación intersectorial. En segundo lugar, priorizaron la categoría “gobernanza y liderazgo”, para la gestión de las instituciones de salud con énfasis en garantizar el derecho a la salud y la asignación de prioridades en salud. Una tercera categoría priorizada al mismo nivel que la anterior fue la de “información”, en donde se resalta la importancia del uso de las evidencias científicas para los conjuntos de prestaciones. Por último, quedaron las categorías “recursos humanos en salud” y “prestación de servicios de salud”, que resaltan procesos de la calidad de la atención (Tabla 3).

Priorización de Estrategias según los Participantes

De las 10 estrategias priorizadas (Tabla 4), las tres primeras fueron: (1) Crear espacios de discusión para la toma de decisiones en diferentes niveles de poder en el sistema de salud, (2) Informar debidamente sobre el derecho a la salud a los pacientes y familiares y (3) Generar evidencia científica orientada a la identificación de las necesidades de salud de las poblaciones. Las siguientes dos estrategias priorizadas están correlacionadas entre sí y proponen la creación de comités técnico-científicos y la capacitación de los profesionales de la salud y jueces con el fin de apoyar las decisiones tomadas en los tribunales judiciales, basadas en evidencia científica, en el caso de existir un proceso de judicialización. Seguidamente, los participantes priorizaron tres estrategias: la generación de una política pública de regulación de nuevas tecnologías; la actualización continua de los planes de beneficios del sistema de salud; y la actualización de los mecanismos de regulación explícitos de evaluación e inclusión de nuevas tecnologías en el plan de beneficios. Por último, se priorizaron dos estrategias relacionadas con la optimización de la acción de los profesionales de la salud en la prestación de servicios: el desarrollo e implementación de guías de práctica clínica para estandarizar las intervenciones en salud; y la optimización de los tiempos de atención por parte de los profesionales de la salud en servicios que se requieran.

Tabla 3. Análisis según categorías.

| Categoría | Global | | Priorizada | |
|----------------------------------|--------|------|------------|------|
| | n | % | n | % |
| Medidas generales | 9 | 18,0 | 4 | 40,0 |
| Liderazgo y gobernanza | 12 | 24,0 | 2 | 20,0 |
| Prestación de servicios en salud | 13 | 26,0 | 1 | 10,0 |
| Recursos humanos de la salud | 5 | 10,0 | 1 | 10,0 |
| Información | 7 | 14,0 | 2 | 20,0 |
| Financiamiento | 4 | 8,0 | 0 | 0 |
| Total | 50 | 100 | 10 | 100 |

^m Romero LC. Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal. Brasília (DF): Consultoria Legislativa do Senado Federal; 2008 [citado 2012 abr]. (Textos para discussão, 41). Disponible en: <http://www12.senado.gov.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-41-judicializacao-das-politicas-de-assistencia-farmacautica-o-caso-do-distrito-federal>

ⁿ Perlingeiro R. La tutela judicial del derecho público a la salud en Brasil. *el.Dial.com Biblioteca Jurídica*. 2013 [citado 2014 ene];16(3722). Disponible en: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2239840

^o Pepe VLE, Ventura M, organizadores. Manual de indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2011 [citado 2014 ene]. Disponible en: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_975659982.pdf

^p Vargas Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia [tesis]. Bellaterra: Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona; 2009.

^q World Health Organization. World health report 2000: health systems: improving performance. Geneva; 2000. Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1

Tabla 4. Ranking general de estrategias priorizadas como “muy relevantes”.

| Ranking | Judicialización de la salud | | Estrategia propuesta | Tasa de respuesta | Porcentaje |
|---------|-----------------------------|--|--|-------------------|------------|
| | Categoría | | | | |
| P1 | Medidas generales | | ¿La generación de espacios de discusión de los actores del sistema de salud, incluyendo a los representantes de los pacientes, de los profesionales de la salud y de las poblaciones en situación de vulnerabilidad, es una medida efectiva para la prevención de los litigios en salud? | 82/127 | 64,5 |
| P2 | Gobernanza | | ¿Informar debidamente a los pacientes y/o familiares sobre el derecho a la salud, los deberes del Estado y el sistema de salud en relación a la garantía de este derecho, son estrategias de empoderamiento para la sociedad que garanticen equidad y por consiguiente la prevención de los litigios en salud? | 79/123 | 64,2 |
| P3 | Información y evidencias | | ¿La generación de evidencia científica orientada a la identificación de las necesidades en salud de las poblaciones, es una medida efectiva y eficaz para la planeación estratégica de los sistemas de salud y, por consiguiente, para la regulación de los litigios en salud? | 73/118 | 61,8 |
| P4 | Medidas generales | | ¿La creación de espacios tipo comités asesores técnico-científicos para los tribunales judiciales, con el propósito de apoyar y soportar la decisión jurídica con evidencia científica es una medida efectiva para la toma de decisiones, y así mismo, para la regulación de los litigios en salud? | 72/127 | 56,6 |
| P5 | Recursos humanos | | ¿La capacitación oportuna a los profesionales de la salud y jueces para la toma de decisión en casos de tutelas judiciales es una estrategia efectiva en la regulación de los litigios en salud? | 66/118 | 55,9 |
| P6 | Medidas generales | | ¿La creación de una política pública que esclarezca, de manera explícita, el manejo técnico y administrativo de los procedimientos, insumos, intervenciones o prestaciones no incluidas en conjunto de prestaciones del sistema de salud, es una medida efectiva para prevenir los litigios en salud? | 70/127 | 55,1 |
| P7 | Gobernanza | | ¿La actualización continua de los servicios y/o conjunto de prestaciones basados en las necesidades y prioridades de salud de la población puede regular los litigios en salud? | 69/127 | 54,3 |
| P8 | Medidas generales | | ¿La creación de una estrategia que esclarezca de manera explícita que insumos y procedimientos médicos son excluidos del plan de atención en salud, así como la razón de su exclusión, es una medida efectiva para la reducción de los litigios en salud? | 67/127 | 52,7 |
| P9 | Información | | ¿El desarrollo e implementación de guías de práctica clínica y/o protocolos pueden ser una estrategia para la regulación de los litigios en salud? | 61/118 | 51,6 |
| P10 | Prestación de servicios | | ¿Optimizar los tiempos de espera para la prestación de los servicios de salud es una medida efectiva para la reducción del número de litigios en salud? | 61/122 | 50,0 |

Análisis de las Estrategias Priorizadas según Tipo de Ocupación

Se identificaron las tendencias de respuesta de los diferentes individuos, según su ocupación, en las 10 estrategias priorizadas. Se encontró una tendencia homogénea a priorizar más las preguntas de medidas generales por parte de todos los actores. En la estrategia relacionada con la necesidad de generación de evidencia científica orientada a la identificación de las necesidades de las poblaciones como estrategia efectiva y eficiente para la regulación de los litigios en salud, los administradores en salud tuvieron una tasa de priorización significativamente mayor (18/31 = 58,1%) que el resto de actores. En la estrategia que abordó la optimización de los tiempos de espera para la prestación de los servicios de salud como estrategia para regular los litigios, los profesionales de salud en ejercicio (15/24 = 62,5%) y los tomadores de decisión en el poder judicial (5/11 = 45,5%) tuvieron mayores tasas de priorización.

Los tomadores de decisión de la rama ejecutiva y judicial priorizaron las estrategias de gobernanza, en las cuales se destacan las estrategias de inclusión de la sociedad civil en la toma de decisiones en salud, y la evaluación continua del paquete de servicios ofrecidos a los usuarios del sistema de salud.

Análisis de las Estrategias Priorizadas según País

En general, entre los países existió una tendencia a priorizar las estrategias contempladas en las categorías de análisis de medidas generales, gobernanza e información y evidencias. Brasil (13/17 = 76,5%) y Colombia (17/33 = 51,5%) priorizaron las estrategias de generación de espacios de discusión para toma de decisión; Chile, Costa Rica, México y Perú priorizaron de manera homogénea: las estrategias que abordan la conformación de espacios de discusión de los actores del sistema de salud; el otorgamiento de información sobre el derecho a la salud y los deberes del Estado en relación a la garantía del derecho a la salud; la generación de evidencia científica para la toma de decisión acorde a las necesidades de las poblaciones; y la creación de comités asesores técnico científicos para los tribunales judiciales. Los participantes de Argentina priorizaron los procesos de gobernanza, en términos de rendición de cuentas (11/21 = 52,4%) y de creación de un proceso regulatorio y de evaluación de las intervenciones y servicios de salud que no sean incluidos en el plan básico de atención (11/21 = 52,4%). Los de Uruguay, por su parte, priorizaron la estrategia que buscaba esclarecer de manera explícita qué intervenciones y servicios de salud son excluidos del plan básico y las razones por las cuales se ha realizado dicha exclusión (18/28 = 64,3%), seguido de la generación de evidencia científica orientada a identificar las necesidades de salud de las poblaciones (15/28 = 53,6%) y de la creación de comités técnico científicos para asesoría para apoyar la toma de decisión jurídica basada en evidencia científica (15/28 = 53,6%).

DISCUSIÓN

Este estudio es una de las primeras aproximaciones sistemáticas en que se identifican y priorizan estrategias de intervención multidisciplinarias y en diferentes niveles de acción de los sistemas de salud para el abordaje de la judicialización en salud. Las estrategias identificadas en la literatura científica publicada fueron priorizadas por un grupo heterogéneo proveniente de diversos países y contextos. Las estrategias con mayores puntajes de priorización fueron aquellas que buscaron generar espacios de discusión entre los diferentes actores, que incluyeran a los pacientes, a los profesionales de la salud y a las poblaciones en situación de vulnerabilidad; también aquellas que garantizaran el empoderamiento de la sociedad en relación al derecho a la salud. Un segundo grupo de estrategias altamente priorizadas se refiere al establecimiento de normas, estándares y procesos basados en datos científicos (e.g., la actualización continua de conjunto de prestaciones explícitas, elaboración de guías y protocolos de práctica, evaluación de tecnología, entre otros). Un tercer grupo de estrategias se enfocó en la necesidad de informar y capacitar a la sociedad, en general, y a los jueces, y profesionales de la salud, en particular. Por último, se consideraron altamente relevantes estrategias que buscaron fortalecer los sistemas de salud para optimizar los tiempos de espera para la prestación de los servicios de salud, o para mejorar la atención primaria en salud, entre varios otros.

En algunos casos, los participantes priorizaron estrategias de intervención que ya algunos países de la región han incorporado como parte de los procesos de reforma que han llevado a cabo, como por ejemplo Colombia, con la regulación del mercado en salud, los costos de las prestaciones y la estandarización y actualización del plan de servicios de salud, que incluye intervenciones actualizadas de servicios ofertado en ese país^{7,13}. También Argentina, Brasil y Costa Rica, con la creación de espacios de capacitación basados en evidencia científica para los jueces y tribunales del poder jurídico.

El ejercicio de judicialización – de la rendición de cuentas – ha evidenciado problemas en el sistema de salud, sea en la prestación de servicios de salud, financiamiento, o rectoría

o disponibilidad de recursos humanos y estructurales del sistema. Al mismo tiempo, ha evidenciado limitaciones en la capacidad del sector judicial para desempeñar adecuadamente este papel²⁰. Un punto de análisis es reflexionar si en la región se han subutilizado las otras formas de rendición de cuentas, beneficiando la rendición judicial de cuentas.

En este estudio se identificaron más estrategias para las sub-funciones de 1) “gobernanza y liderazgo”, 2) “información” y 3) “prestación de servicios en salud”. Probablemente la primera y tercera sub-funciones son las que más se han explorado en relación a las causas de los litigios en salud en los contextos donde se han estudiado^{29,54}. Otros autores han afirmado que el financiamiento del sistema de salud es la piedra angular para una adecuada prestación de los servicios de salud⁸; sin embargo, este tuvo pobre priorización por parte de los participantes del estudio.

La judicialización de la salud es una respuesta social a una necesidad no suplida por el sistema de salud. Los litigios ocurren frecuentemente como consecuencia de la falta de cobertura en salud, de las limitaciones en el acceso o la inequidad en el acceso o utilización, y también del detrimento en la calidad de la atención^{50,d}. En ese sentido, alcanzar la cobertura universal en salud fortalecería los procesos de prestación de servicios en salud, aumentaría no solo la cobertura poblacional sino el acceso y la calidad de dichos servicios por medio de una inversión financiera sostenible, reduciendo así la posibilidad de incurrir en gasto de bolsillo y, por consiguiente, en gasto catastrófico por salud⁹.

Hubo diferencias estadísticamente significativas de algunas estrategias con respecto a la función de los respondientes; por ejemplo, los administradores podrían comprender mejor el rol de las evidencias en las decisiones y de allí su priorización. También se encontraron diferencias en la estrategia “optimización de los tiempos de espera” por parte de los prestadores de salud y de justicia, una vez que la visión de estos últimos estaría relacionada con el contacto directo de los profesionales con los pacientes y con la recepción de las demandas judiciales por esta causa. Garantizar la disponibilidad oportuna y apropiada de servicios, regular la introducción de nuevas tecnologías, y garantizar la equidad en el acceso, el financiamiento y el adecuado gasto en salud, son consideraciones también planteadas por otros autores⁵.

La integralidad de las estrategias para cualquier acción en el sistema de salud es necesaria para garantizar su efectividad. Por ejemplo, pensar en una intervención sobre la función de gobernanza y liderazgo tendrá repercusiones y ajustes en el resto de funciones, tanto de prestación de servicios, como de recursos humanos y de financiamiento. En la región, un ejemplo de ello es la implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), propuesta generada para reducir la excesiva fragmentación de los servicios de salud, reduciendo así las dificultades en el acceso y la baja calidad en la prestación de servicios, aumentando la eficiencia del sistema^{28,s}.

Algunas estrategias identificadas en este estudio presentan evidencia científica relevante que podría soportar su implementación en los países de la región, teniendo en cuenta el contexto^{40,46}.

Limitaciones del Estudio

A pesar de que se intentó identificar participantes de diversas fuentes no se puede asegurar la representatividad de los hallazgos. Es difícil establecer el número total de personas que tuvieron acceso a la encuesta en la plataforma; estimamos que alrededor del 35,0% de aquellos que tuvieron acceso a la encuesta la contestaron. Por otra parte, la baja tasa de respuesta de los participantes de Brasil podría ser por una barrera de idioma debido a que el instrumento de recolección de información fue traducido del español al inglés, pero no al idioma portugués. Así mismo, la representatividad entre los diferentes países fue diferencial, lo que pudiese generar un posible sesgo de selección; sin embargo, los países que tuvieron mas representantes fueron aquellos que en la revisión de la literatura presentan más procesos de litigios y evidencia científica con respecto a la judicialización en salud. Aún habiendo efectuado una búsqueda sistemática de artículos que propusieran estrategias, es probable que diversas estrategias no hayan sido identificadas, y por lo mismo, evaluadas

⁴ República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Política farmacéutica nacional. Bogotá: OPAS; 2012 [citado 2012 may]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pol%C3%ADtica%20Farmac%C3%A9utica%20Nacional.pdf>

⁵ World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva; 2007. Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

por los participantes. La encuesta dispuso de un campo para que los participantes aportaran estrategias adicionales, pero este recurso fue poco usado por los mismos.

CONCLUSIONES

Es posible identificar estrategias prioritarias para garantizar efectivamente el derecho a la salud mediante el desempeño adecuado de los sistemas de salud. Si bien la Tabla 4 relaciona las 10 estrategias priorizadas como más relevantes por parte de los encuestados aplicables de manera general, se debe procurar generar estrategias integrales contextualizadas según el tipo de modelo de sistema de cada país. Las estrategias que se implementen para avanzar hacia la cobertura universal en salud pueden ser efectivas para la reducción de los litigios en salud en la región ya que las dimensiones de la cobertura universal abordan la prestación de servicios de salud y el financiamiento de dicha prestación.

REFERENCIAS

1. Abadía CE, Oviedo DG. Bureaucratic itineraries in Colombia: a theoretical and methodological tool to assess managed-care health care system. *Soc Sci Med.* 2009;(68):1153-60. DOI:10.1016/j.socscimed.2008.12.049
2. Abramovich V, Pautassi L. El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. *Salud Colect.* 2008;4:261-82.
3. Alves DC, Bahia L, Barroso AF. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(2):279-90. DOI:10.1590/S0102-311X2009000200006
4. Alvis-Guzmán N, Alvis-Estrada L, Orozco-Africano J. Percepción sobre el derecho a la salud y acceso a servicios en usuarios del régimen subsidiado en un municipio colombiano, 2005. *Rev Salud Publica (Bogota).* 2008;10(3):386-94.
5. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD. State responsibility and right to health in Brazil: a balance of the Branches' actions. *Cienc Saude Coletiva.* 2009;14(3):829-39. DOI:10.1590/S1413-81232009000300018
6. Biehl J, Petryna A, Gertner A, Amon JJ, Picon PD. Judicialisation of the right to health in Brazil. *Lancet.* 2009;373(9682):2182-4. DOI:10.1016/S0140-6736(09)61172-7
7. Bolis M. Legislación y equidad en salud. *Rev Panam Salud Publica.* 2002;11(5-6):444-8. DOI:10.1590/S1020-49892002000500022
8. Borges DC, Ugá MA. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cad Saude Publica.* 2010;26(1):59-69. DOI:10.1590/S0102-311X2010000100007
9. Candia P, Suazo Galdames I. Tasa de éxito del Sistema de Mediación Prejudicial por Daño en Salud en Chile entre los años 2005 y 2009. *Int J Odontostomat.* 2011;5(3):300-3. DOI:10.4067/S0718-381X2011000300015
10. Cano LF. El litigio estructural en salud: un estudio comparado con base en casos de Sudáfrica, Argentina, India y Colombia. *Rev Fac Nac Salud Publica.* 2015;33(1):111-20.
11. Chieffi AL, Barata RCB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad Saude Publica.* 2009;25(8):1839-49. DOI:10.1590/S0102-311X2009000800020
12. Chieffi AL, Barata RCB. Legal suits: pharmaceutical industry strategies to introduce new drugs in the Brazilian public healthcare system. *Rev Saude Publica.* 2010;44(3):421-9. DOI:10.1590/S0034-89102010000300005
13. Cubillos L, Escobar ML, Pavlovic S, lunes R. Universal health coverage and litigation in Latin America. *J Health Organ Manag.* 2012;26(3):390-406. DOI:10.1108/14777261211239034
14. Dallari SG, Adorno RCF, Faria MM, Shuqair NSMS, Trewikowski S. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cad Saude Publica.* 1996;12(4):531-40. DOI:10.1590/S0102-311X1996000400012
15. Diniz D, Medeiros M, Schwartz IVD. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. *Cad Saude Publica.* 2012;28(3):479-89. DOI:10.1590/S0102-311X2012000300008

16. Diniz D, Machado TR, Penalva J. The judicialization of health in the Federal District of Brazil. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):591-8.
17. Ferraz OLM. The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities? *Health Hum Rights*. 2009;11(2):33-45. DOI:10.2307/25653101
18. Gomes FFC, Cherchiglia ML, Machado CD, Santos VC, Acurcio FA, Andrade EIG. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cad Saude Publica*. 2014;30(1):31-43. DOI:10.1590/0102-311X00176812
19. González AC, Durán J. Impact of court rulings on health care coverage: the case of HIV/AIDS in Colombia. *MEDICC Rev*. 2011;13(3):54-7. DOI:10.1590/S1555-79602011000300013
20. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dántes O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*. 2012;380(9849):1259-79. DOI:10.1016/S0140-6736(12)61068-X
21. Leite SN, Mafra AC. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15 Supl 1:1665-72. DOI:10.1590/S1413-81232010000700078
22. Lopes LC, Barberato-Filho S, Costa AC, Osorio-de-Castro CGS. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):620-8. DOI:10.1590/S0034-89102010000400005
23. Lopes MACQ, Lopes Filho MACQ, Gubolino LA, Mattos LA, Marin-Neto JA. Conflitos éticos e judiciais no emprego dos *stents* farmacológicos no Brasil: análise das principais controvérsias para incorporação dessa tecnologia nos sistemas de saúde público e privado no país. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2009;17(1):117-32. DOI:10.1590/S2179-83972009000100020
24. Macedo EI, Lopes LC, Barberato-Filho S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. *Rev Saude Publica*. 2011;45(4):706-13. DOI:10.1590/S0034-89102011005000044
25. Machado MAA, Acurcio FA, Brandão CMR, Faleiros DR, Guerra Jr AA, Cherchiglia ML et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2011;45(3):590-8. DOI:10.1590/S0034-89102011005000015
26. Malca CG, Parra-Vera O, Yamin AE, Torres-Tovar M. ¿Deliberación democrática o mercadeo social? Los dilemas de la definición pública en salud en el contexto del seguimiento de la sentencia T-760 de 2008. *Health Hum Rights J*. 2009;11(1):1-13.
27. Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):101-7. DOI:10.1590/S0034-89102007000100014
28. Mate KS, Sifrim ZK, Chalkidou K, Cluzeau F, Cutler D, Kimball M et al. Improving health system quality in low- and middle-income countries that are expanding health coverage: a framework for insurance. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(5):497-504. DOI:10.1093/intqhc/mzt053
29. Maya E. El derecho a la salud en la perspectiva de los derechos humanos y del sistema de inspección, vigilancia y control de quejas en materia de salud. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2008;37(4):496-503.
30. Menicucci TMG, Machado JA. Judicialization of health policy in the definition of access to public goods: individual rights versus collective rights. *Braz Polit Sci Rev*. 2010;4(1):33-68.
31. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):525-34. DOI:10.1590/S0102-311X2005000200019
32. Mogollón-Pérez AS, Vázquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cad Saude Publica*. 2008;24(4):745-54. DOI:10.1590/S0102-311X2008000400004
33. Molina Marín G, Jiménez Campiño SA, Rodríguez Tejada CM, Berrío Castaño A, Vargas Jaramillo J. Acciones de tutela sobre el derecho a la salud en el municipio de Leticia, Amazonas, 2004-2008. *Iatreia*. 2010;23(4):335-43.
34. Nieto E, Arango C A. Costos de los servicios de salud tutelados y del proceso legal de las tutelas en Medellín, 2009. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2011;29(3):223-31.
35. Norheim F, Wilson BM. Health Rights Litigation and Access to Medicines: Priority Classification of Successful Cases from Costa Rica's Constitutional Chamber of the Supreme Court. *Health and Human Rights*. 2014;16(2):47-61.

36. Pepe VLE, Ventura M, Sant'ana JMB, Figueiredo TA, Souza VR, Simas L et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(3):461-71. DOI:10.1590/S0102-311X2010000300004
37. Pereira JR, Santos RI, Nascimento Junior JM, Schenkel EP. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15 Supl 3:3551-60. DOI:10.1590/S1413-81232010000900030.
38. Prado MM. The debatable role of courts in Brazil's health care system: does litigation harm or help?. *J Law Med Ethics*. 2013;41(1):124-37.
39. Reveiz L, Chapman E, Torres R, Fitzgerald JF, Mendoza A, Bolis M et al. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):213-22. DOI:10.1590/S1020-49892013000300008
40. Rodwin VG, Sandier S. Health care under French national health insurance. *Health Aff (Millwood)*. 1993;12(3):111-31.
41. Rodríguez Tejada CM, Molina Marín G, Jiménez SA. Características de las tutelas en salud tramitadas en Medellín, Colombia. *Invest Educ Enferm*. 2010;28(1):92-100.
42. Sant'Ana JMB, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):138-44. DOI:10.1590/S1020-49892011000200010
43. Silva VA, Vargas Terrazas F. Claiming the right to health in Brazilian courts: the exclusion of the already excluded. *Law Soc Inq*. 2011;36(4):825-53. DOI:10.1111/j.1747-4469.2011.01252.x
44. Sojo A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(6):2673-85. DOI:10.1590/S1413-81232011000600002
45. Sonobe HM, Buetto LS, Zago MM. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):342-8. DOI:10.1590/S0080-62342011000200006
46. Tian M, Feng D, Chen X, Chen Y, Sun X, Xiang Y et al. China's rural public health system performance: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2013;8(12):e83822. DOI:10.1371/journal.pone.0083822
47. Travassos DV, Ferreira RC, Vargas AMD, Moura RN, Conceição EMA, Marques DF et al. Judicialização da saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(11):3419-29. DOI:10.1590/S1413-81232013001100031
48. Van Rompaey L. Algunas reflexiones sobre el derecho a la salud y su judicialización. *Judicatura*. 2012;(52):145-52.
49. Vélez-Arango AL, Realpe-Delgado C, Gonzaga-Valencia J, Castro-Castro AP. Acción de tutela, acceso y protección del derecho a la salud en Manizales, Colombia. *Rev Salud Publica*. 2007;9(2):297-307.
50. Vélez-Arango AL. El derecho a la salud: políticas públicas y percepción de actores y grupos de población: del papel a la realidad: Manizales 2008. *Hacia Promoc Salud*. 2009;4(1):68-92.
51. Vieira FS, Zucchi P. Distortions to national drug policy caused by lawsuits in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(2):214-22. DOI:10.1590/S0034-89102007000200007
52. Yamin AE. Protecting and promoting the right to health in Latin America: selected experiences from the field. *Health Hum Rights*. 2000;5(1):116-48.
53. Yamin AE, Parra-Vera O. How do courts set health policy? The case of the Colombian Constitutional Court. *PLoS Med*. 2009;6(2):e1000032. DOI:10.1371/journal.pmed.1000032
54. Zúñiga Fajuri A. When constitutional justice has the last word on health care: the case of Chile. *Int J Health Serv*. 2014;44(2):373-81.

Contribución de los Autores: Concepción de la idea y diseño del estudio: CP, LR. Desarrollo de la revisión sistemática y propuesta de la encuesta: CP, LR, EC. Análisis de la información: CP, EC, LC. Escritura y revisión del artículo: CP, EC, LR, LC. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.