

EXPERIENCIAS LATINOAMERICANAS EN LA BÚSQUEDA DE LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

Septiembre del 2012

Esta publicación se produjo para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID/Bolivia a través del Proyecto Sistemas de Salud 20/20 [Health Systems 20/20]. Fue preparada por Ricardo Bitrán y Alejandra Burgos.

Sistemas de Salud 20/20 es el proyecto insignia de USAID para el fortalecimiento de sistemas de salud en todo el mundo. Al apoyar a los países a mejorar el financiamiento de la salud, la gobernabilidad, las operaciones y las capacidades institucionales, Sistemas de Salud 20/20 ayuda a eliminar barreras para la provisión y el uso de atención médica prioritaria, tales como servicios para el VIH/SIDA, tratamiento para la tuberculosis, servicios de salud reproductiva y atención de salud materno infantil.

Septiembre del 2012

Para obtener copias adicionales de este informe, sírvase mandar un correo electrónico a info@healthsystems2020.org o visite nuestro sitio web en www.healthsystems2020.org

Acuerdo de Cooperación No.: GHS-A-00-06-00010-00

Presentado a: Marina Cárdenas
Especialista en Asistencia para el Desarrollo
Gerente de Proyectos de Salud
USAID/Bolivia

Scott Stewart, AOTR
División de Sistemas de Salud
Oficina de Salud, Enfermedades Infecciosas y Nutrición
Buró para la Salud Global
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Cita recomendada: Bitran, Ricardo y Alejandro Burgos. Septiembre de 2012. *Experiencias Latinoamericanas en la Búsqueda de la Cobertura Universal en Salud*. Bethesda, MD: Proyecto Sistemas de Salud 20/20, Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue | Suite 800 North
Bethesda, Maryland 20814 | Tel: 301.347.5000 | Fax: 301.913.9061
| www.saludsystems2020.org | www.abtassociates.com

En colaboración con:

| Aga Khan Foundation | Bitrán y Asociados | BRAC University | Broad Branch Associates
| Deloitte Consulting, LLP | Forum One Communications | RTI International
| Training Resources Group | Facultad de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane

EXPERIENCIAS LATINOAMERICANAS EN LA BÚSQUEDA DE LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones que el autor expresa en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ni del Gobierno de los Estados Unidos.

ÍNDICE

Siglas.....	vii
Agradecimientos	9
1. Introducción.....	11
2. Marco conceptual	19
3. Argentina	21
3.1 Motivación	21
3.2 Solución.....	21
3.3 Diseño e implementación	21
3.4 Desempeño	24
4. Brasil.....	25
4.1 Motivación	25
4.2 Solución.....	25
4.3 Diseño e implementación	26
4.4 Desempeño	27
5. Chile.....	29
5.1 Motivación	29
5.2 Solución.....	30
5.3 Diseño e implementación	31
5.4 Desempeño	31
6. Colombia.....	33
6.1 Motivación	33
6.2 Solución.....	33
6.3 Diseño e implementación	34
6.4 Desempeño	36
7. Honduras.....	39
7.1 Motivación	39
7.2 Solución.....	39
7.3 Diseño e implementación	39
7.4 Desempeño	40
8. México	41
8.1 Motivación	41
8.2 Solución.....	41
8.3 Diseño e implementación	42
8.4 Desempeño	43

9. Perú	45
9.1 Motivación	45
9.2 Solución.....	45
9.3 Diseño e implementación	46
9.4 Desempeño	48
10. República Dominicana	51
10.1 Motivación	51
10.2 Solución.....	51
10.3 Diseño e implementación	52
10.4 Desempeño	53
11. Conclusiones y lecciones generales	55
11.1 Implicancias para Bolivia.....	56
Referencias bibliográficas	59

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Características de los países seleccionados en esta revisión, año 2010 o más reciente.....	14
Tabla 2	Población peruana y aseguramiento en salud, 1994-2008.....	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Las tres dimensiones de la cobertura en salud.....	11
Figura 2	Relación entre PGB y gasto total en salud	16
Figura 3	Participación pública y privada en el financiamiento de la salud en Bolivia y países seleccionados, 2010 (%).....	17
Figura 4	Estructura de financiamiento de la salud en Bolivia y países seleccionados, 2010 (%)	18
Figura 5	Objetivos finales e intermedios e instrumentos de política de salud.....	19
Figura 6	Funcionamiento del Plan Nacer en Argentina.....	22
Figura 7	Brasil: Gasto de bolsillo en salud según grupos de ingreso del hogar, 2010 (Reales).....	28
Figura 8	El sistema de salud chileno	29
Figura 9	Estimación del gasto por beneficiario, GES y no GES, del Fonasa, Escenario 2, 2001-2009 (\$ reales de junio de 2009).32	
Figura 10	Colombia: Cobertura del SGSSS, 1995-2010 (%)	33
Figura 11	El sistema de salud colombiano con la Ley 100.....	34
Figura 12	Colombia: Financiamiento de la salud, 1995-2009 (%).....	36
Figura 13	Colombia: Personas con un problema de salud que accedieron a la atención con un médico en últimos 30 días, según nivel de ingreso del hogar, 2005 and 2010.....	37
Figura 13	SIS y EsSalud: cobertura de los seguros por decil de ingreso, 2006 (%)	47
Figura 14	Esquema actual de financiamiento del sistema público de salud.....	47
Figura 15	Sistema de salud de República Dominicana	52

SIGLAS

ARS	Riesgos de Salud
AUS	la Ley de Aseguramiento Universal en Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud
CPMF	Contribución Provisoria sobre Movimientos Financieros
CUS	Cobertura Universal en Salud
DHS	Encuestas de Demografía y Salud
EPS	Empresas Promotoras de Salud
EsSalud	Seguro Social en Salud
FNS	Fonda Nacional de Salud
FPGC	Paquete de Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
GES	Garantías explícitas de salud
GTS	Gasto total en salud
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
LGS	Ley General de Salud
MFF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
PBS	Paquete básico de salud
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PGB	Producto geográfico bruto
PNP	la Sanidad de la Policía Nacional del Perú
POS	Plan Obligatorio de Salud
PPR	Presupuesto por resultado
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SEG	Seguro Escolar Gratuito
SENASA	Seguro Nacional del Salud
SFS	Seguro Familiar de Salud
SGSSS	Sistema General de la Seguridad Social en Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SUNASA	La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
SUS	Sistema Único de Salud
TSS	Tesorería de la Seguridad Social
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH/SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida

AGRADECIMIENTOS

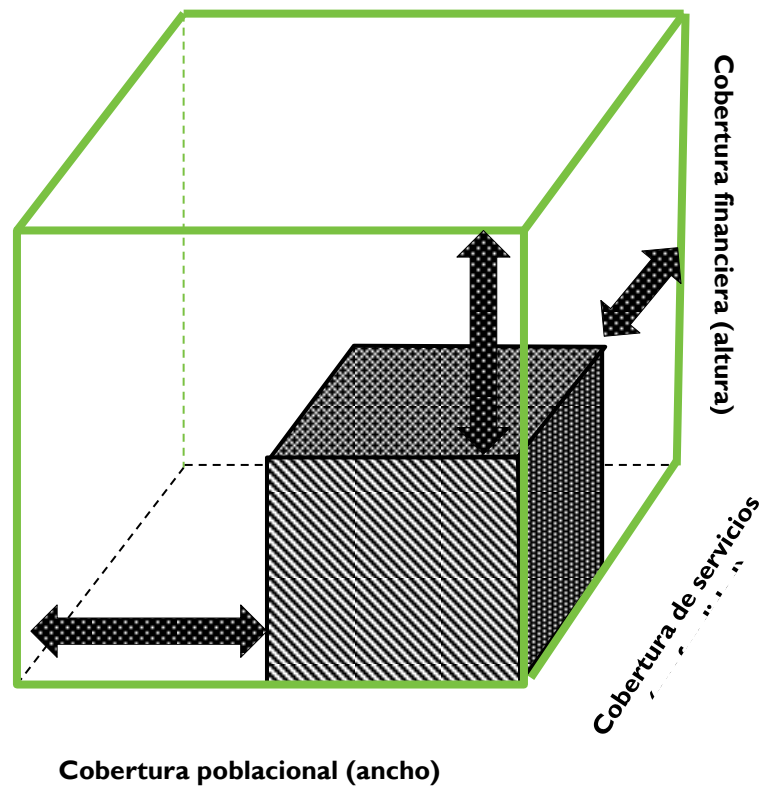
Health Systems 20/20 [Sistemas de Salud 20/20] agradece encarecidamente el apoyo recibido de USAID/Bolivia. En especial, el equipo quisiera agradecer a la Lic. Marina Cárdenas, nuestra Gerente de Proyecto de Sistemas de Salud 20/20 en USAID/Bolivia por su ayuda a lo largo del proceso de desarrollo de este documento.

I. INTRODUCCIÓN

Alcanzar la cobertura universal en salud (CUS) es una aspiración social fundamental de la mayoría de los países en desarrollo, pero esta plantea grandes desafíos en materia de políticas públicas. Este es el tema que aborda la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe sobre la Salud en el Mundo 2010. El informe concluye que, para lograr la CUS, los países en desarrollo deben recaudar ingresos adicionales para la salud, reducir su dependencia de los cobros de tarifas a los pacientes y mejorar la eficiencia del gasto en salud.

En el mismo informe, la OMS (2010) propone un esquema conceptual simple pero poderoso para pensar en una política de expansión de cobertura de salud. Plantea que la cobertura tiene tres dimensiones: (1) la proporción de la población que cuenta con cobertura formal de seguro, (2) la profundidad de esa cobertura, es decir, los tipos de servicios de salud efectivamente cubiertos por el seguro y (3) la cobertura financiera, o el porcentaje del costo de los servicios que financia el seguro. Mientras mayor es la cobertura de acuerdo a estas tres dimensiones, mayor es la cobertura efectiva del sistema de seguro de salud y más cerca está el país de lograr la cobertura universal.

FIGURA I LAS TRES DIMENSIONES DE LA COBERTURA EN SALUD



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2010).

La utilidad de este esquema reside en lo siguiente. Muchos países en desarrollo declaran haber logrado una elevada cobertura de servicios de salud porque su Ministerio de Salud ofrece servicios gratuitos a todos, o bien porque todos disponen de una tarjeta de aseguramiento, o bien porque la constitución declara que el acceso a la salud es un derecho de todos los ciudadanos. Sin embargo, esas condiciones no significan que en la práctica la cobertura efectiva es la que se declara. Por ejemplo, es posible que muchas de las personas que disponen de una tarjeta de seguro no logren acceder a la atención de salud que requieren; o bien podría ser que, aunque las personas acceden a los prestadores, la atención que ellos demandan no es ofrecida o no está disponible; o bien aunque los servicios se ofrecen, los pacientes deben pagar de su bolsillo un porcentaje elevado del costo de la atención.

Lo anterior no significa que los países en desarrollo deban apresurarse por cubrir a toda la población con todos los servicios que ofrece la medicina moderna y sin costo para los pacientes, puesto que todo país tiene restricciones presupuestarias y de recursos que imponen límites a lo que puede ofrecer en materia de cobertura de salud. Más bien cada país debe formular una estrategia de ampliación de la cobertura que sea factible dadas las posibilidades de su país y sistema de salud y que apunte, en el mediano o largo plazo, a lograr la llamada cobertura universal.

Lograr la cobertura universal significa que el país ha sido capaz de asegurar el acceso a toda su población a un conjunto de servicios de salud que la sociedad considera aceptables. Ello significa que algunos servicios de salud no estarán cubiertos por el sistema, puesto que los recursos serán siempre limitados. En los sistemas de cobertura basada en el modelo de la seguridad social, como el alemán, japonés o colombiano, es habitual que el logro de la cobertura universal requiera que las personas de bajos recursos reciban un subsidio del gobierno para financiar su cobertura, a la vez que las personas de ingresos medios y altos financien con recursos propios su cobertura. En los sistemas basados en impuestos generales, como el cubano o el inglés, es habitual que ningún ciudadano deba hacer un aporte directo para financiar su cobertura en salud, aun cuando muchos financien indirectamente su cobertura a través de sus pagos de impuestos.

Este documento examina la experiencia de ocho países latinoamericanos con la extensión de cobertura en salud. Ha sido elaborado como material de apoyo y referencial para los participantes en seminarios sobre cobertura universal en salud para avanzar en la propuesta del Sistema Único de Salud Boliviano.

La metodología adoptada para esta revisión fue la consulta de literatura de los últimos 5 años publicada en la prensa académica y proveniente de informes técnicos sobre el diseño y la evaluación de los sistemas de salud de los países de la muestra. Esta información fue suplementada por el conocimiento técnico del primer autor producto de su experiencia de investigación y asesoría en los países de la muestra en las últimas tres décadas. Adicionalmente, para la elaboración de cifras comparativas entre los países, los autores recurrieron a las bases de datos del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud.

Los ocho países seleccionados para esta revisión de experiencias son los siguientes, en orden alfabético: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Honduras, México, Perú y República Dominicana. La Tabla I presenta algunos indicadores socioeconómicos para ellos y también para Bolivia, con el fin de establecer semejanzas y diferencias entre ellos.

De los nueve países de la tabla, Bolivia es el segundo con el menor ingreso (o producto geográfico bruto, PGB) anual por habitante, después de Honduras. Ello quiere decir que los tipos y cantidad de servicios de salud que el país puede optar a cubrir, en la actualidad, es relativamente limitado. Bolivia es el país con la menor densidad poblacional de todos los países seleccionados, lo que implica que el logro de la cobertura universal será relativamente más difícil que en los demás países de la muestra. Ello se debe a que una población más dispersa suele requerir de un modelo de provisión de servicios más costoso por habitante. Bolivia también presenta una baja tasa de participación de la población en edad laboral en empleo formal, lo cual limita la posibilidad de recaudar aportes a la seguridad social. Por

último, aunque Bolivia, al igual que Honduras, presenta una tasa de pobreza relativamente elevada –casi del 10% de su población dispone de menos de US\$ 1,25 por día, la recaudación tributaria de ese país es de las más elevadas de la muestra, razón por la cual dispone de una base fiscal relativamente favorable para el financiamiento de la salud.

TABLA I CARACTERÍSTICAS DE LOS PAÍSES SELECCIONADOS EN ESTA REVISIÓN, AÑO 2010 O MÁS RECIENTE

	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	República Dominicana	Honduras	México	Perú	América Latina
Indicadores socioeconómicos										
Producto geográfico bruto por habitante (US\$ internacionales ajustados por poder de compra)	15,941	4,827	11,202	16,044	9,411	9,308	3,905	14,564	9,499	11,424
Densidad poblacional (personas por Km ²)	14.8	9.2	23.0	23.0	41.7	205.4	67.9	58.3	22.7	29.2
Población urbana (% del total)	92.4	66.5	86.5	89.0	75.1	70.5	48.8	77.8	71.6	79.3
Médicos (por 1.000 habitantes)	-	-	1.8	1.0	0.1	-	-	2.0	0.9	1.8
Enfermeras y matronas (por 1.000 habitantes)	-	-	6.4	0.1	0.6	-	-	-	1.3	4.7
Camas hospitalarias (por 1.000 habitantes)	4.5	1.1	2.4	2.1	1.0	1.6	0.8	1.6	1.5	1.9
Empleados asalariados (% del total empleado)	76.0	34.0	66.4	71.6	46.5	53.6	47.6	66.1	54.5	64.7
Trabajadores independientes (% del total empleado)	24.0	62.7	29.4	28.4	53.5	46.4	52.4	33.9	45.2	33.4
Desempleo total (% de la fuerza de trabajo total)	8.6	5.2	8.3	8.1	11.6	14.3	2.9	5.3	6.3	8.0
Índice GINI de desigualdad	44.5	56.3	54.7	52.1	55.9	47.2	57.0	48.3	48.1	-
Brecha de pobreza a US\$ 1.25 por día (ajustados por poder de compra, %)	0.7	8.6	3.6	0.7	3.8	0.5	9.4	0.3	1.3	-
Ingresos tributarios (% del PGB)	-	17.0	15.6	17.8	11.5	13.1	14.8	-	14.5	-
Indicadores de salud										
Tasa bruta de natalidad (por 1.000 personas)	17.2	26.5	15.5	14.3	19.7	21.8	26.7	19.5	20.4	18.5
Partos atendidos por personal calificado de salud (% del total)	97.9	71.1	-	99.9	97.7	97.6	-	95.3	83.8	90.1
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (% mujeres edad 15-49)	78.3	60.6	-	-	79.1	64.7	-	72.5	74.4	74.6
Tasa de fertilidad total (nacimientos por mujer)	2.2	3.3	1.8	1.9	2.1	2.6	3.1	2.3	2.5	2.2
Tasa de inmunización contra el sarampión (% de niños de edad 12-23 meses)	99.0	79.0	99.0	93.0	88.0	79.0	99.0	95.0	94.0	93.2
Tasa de inmunización DPT (% de niños de edad 12-23 meses)	94.0	80.0	98.0	92.0	88.0	88.0	98.0	95.0	93.0	92.7
Esperanza de vida al nacer (años)	75.6	66.3	73.1	78.9	73.4	73.2	72.8	76.7	73.8	74.1

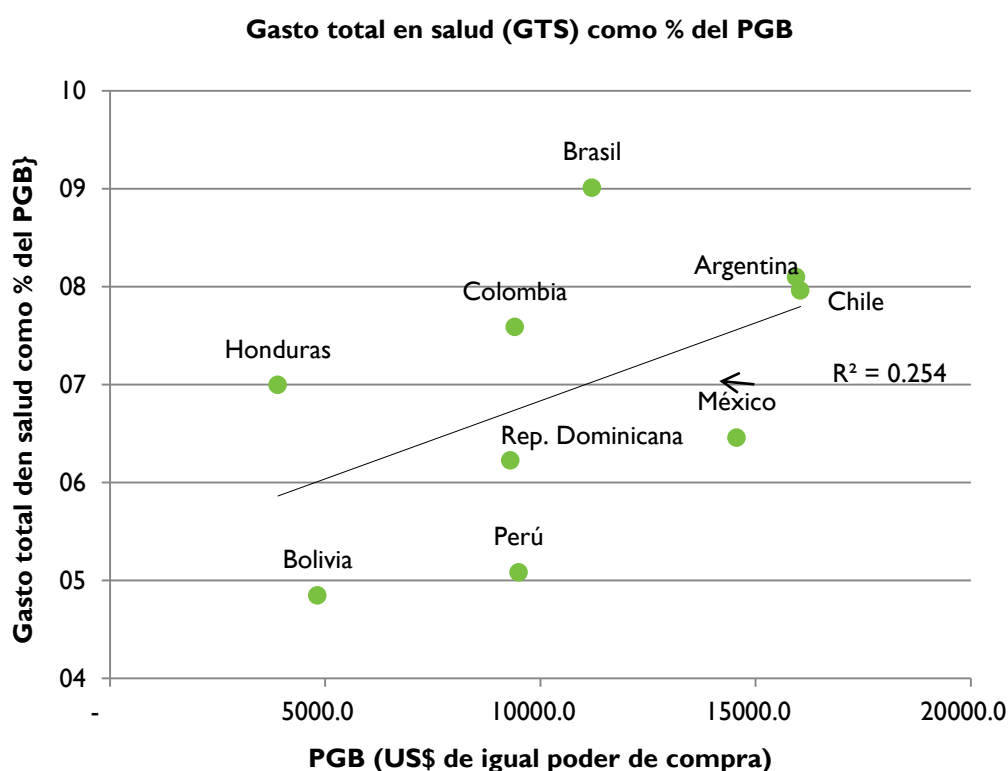
	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	República Dominicana	Honduras	México	Perú	América Latina
Riesgo de muerte maternal (%)	0.2	0.7	0.1	0.0	0.2	0.4	0.4	0.1	0.2	0.2
Tasa de alfabetización adultos (% de personas de 15 y más años)	97.7	90.7	90.0	98.6	93.2	-	-	93.4	87.9	91.6
Infantes con bajo peso al nacimiento (% de todos los nacimientos)	7.1	6.3	7.8	5.9	6.0	13.7	-	7.3	-	9.3
Prevalencia de la desnutrición crónica, talla por edad (% de niños menores de 5 años)	8.2	27.2	-	2.0	12.7	8.0	-	-	28.2	-
Tasa de mortalidad maternal (por cada 100.000 nacimientos)	55.0	310.0	53.4	17.0	73.1	91.7	-	54.0	93.0	-
Tasa de egreso de educación primaria (% del grupo relevante)	106.0	99.4	106.0	98.1	113.9	92.1	98.5	105.0	99.6	101.6

Fuente: Banco Mundial, www.databank.worldbank.org.

Como se puede apreciar en la mitad inferior de la Tabla I de la página anterior, los desafíos que enfrenta Bolivia en materia de salud son considerables. El país presenta la mayor tasa bruta de natalidad de la muestra, la menor cobertura del parto por personal calificado y la menor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, las tasas de vacunación infantil son relativamente bajas, además de una elevada tasa de desnutrición crónica. Esto significa que el plan de extensión de cobertura deberá apuntar a cubrir intervenciones materno-infantiles del nivel primario, a la vez que deberá proveer atenciones para la población adulta.

En América Latina existe una relación directa entre la riqueza de los países, medida por el PGB por habitante, y la cantidad de dinero que cada país destina al sector de la salud. Es así como Bolivia destina menos del 5% de su PGB a la salud, mientras que Argentina destina algo más del 8%. Honduras, que es un país con un ingreso por habitante semejante al de Bolivia, destina 2 puntos porcentuales más a la salud que este último, lo que significa que el país centroamericano dispone de muchos más recursos para financiar atenciones de salud y que por ende tiene mayores posibilidades de avanzar en la dirección de una cobertura universal. Brasil, que optó por un sistema de salud financiado con impuestos generales, destina el 9% de su ingreso a los servicios de salud, el porcentaje más alto de la muestra. Para avanzar hacia la cobertura universal, Bolivia tendría que aumentar la proporción de su ingreso nacional destinado a la salud, y es probable que la mayor parte de ese incremento tenga que provenir de las arcas fiscales.

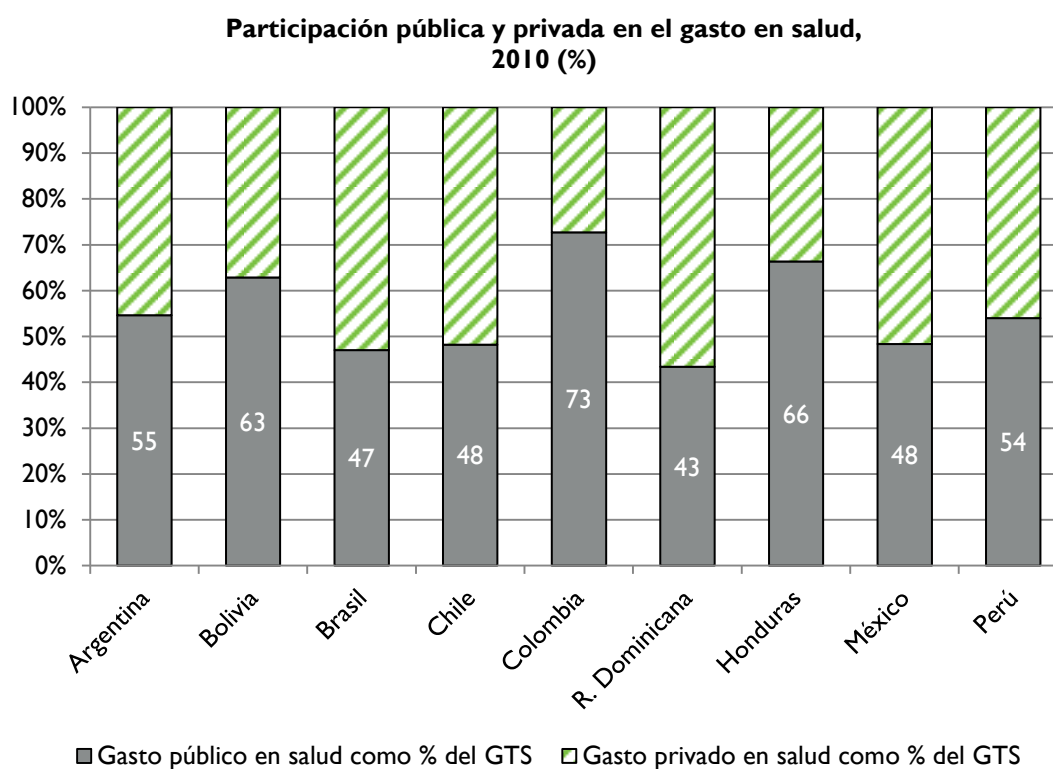
FIGURA 2 RELACIÓN ENTRE PGB Y GASTO TOTAL EN SALUD



Fuente: Autores con datos de la Organización Mundial de la Salud, Global Health Expenditure Database (www.who.org) y Banco Mundial, www.databank.worldbank.org.

Bolivia presenta la tercera mayor participación pública (incluyendo en esta categoría a la seguridad social) en el financiamiento de la salud del total de la muestra, la que se aprecia en la Figura 3. Sin embargo, es posible que la extensión de cobertura requiera de un esfuerzo aún mayor por parte del gobierno para el financiamiento de la salud, considerando la baja participación de la fuerza de trabajo en el empleo formal (lo que determina la capacidad de recaudación de primas de la seguridad social) y el alto nivel de pobreza.

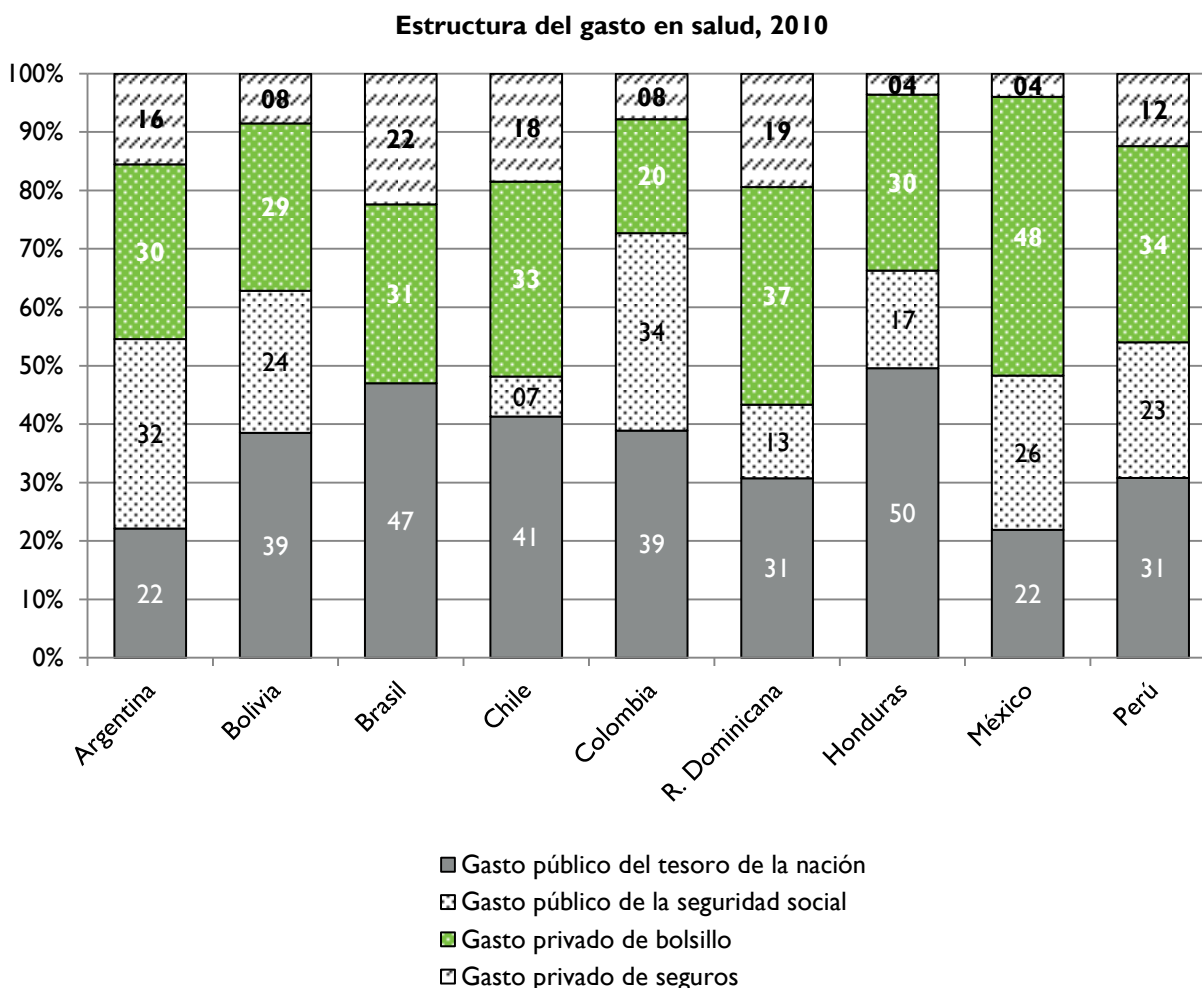
FIGURA 3 PARTICIPACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA EN EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN BOLIVIA Y PAÍSES SELECCIONADOS, 2010 (%)



Fuente: Autores con datos de la Organización Mundial de la Salud, Global Health Expenditure Database (www.who.org).

Por último, los países seleccionados presentan un perfil diverso de financiamiento de la salud. Brasil carece de seguridad social y exhibe la segunda mayor proporción de financiamiento proveniente del tesoro de la nación, después de Honduras. En México casi la mitad del financiamiento de la salud proviene de los hogares mediante pagos de bolsillo. Colombia muestra la menor participación de los hogares vía pago de bolsillo en el financiamiento de la salud.

FIGURA 4 ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN BOLIVIA Y PAÍSES SELECCIONADOS, 2010 (%)



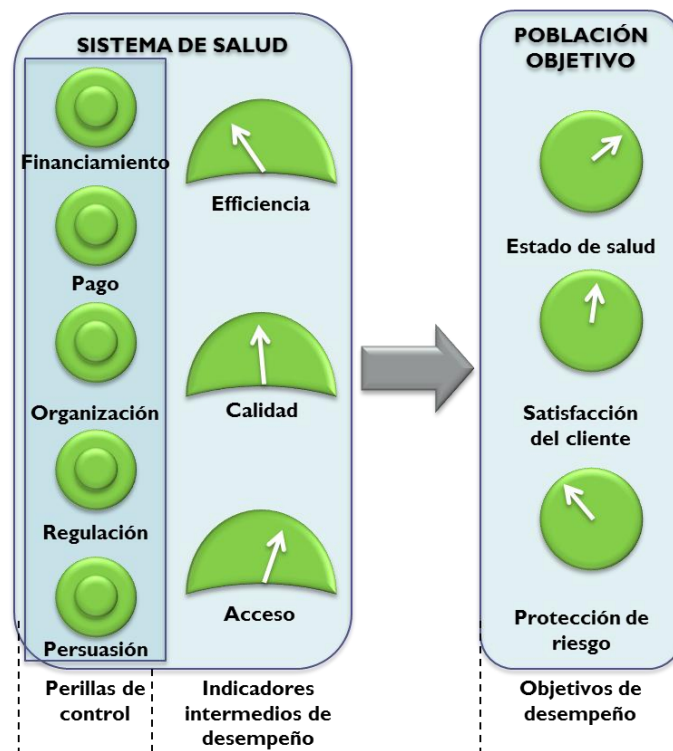
Fuente: Autores con datos de la Organización Mundial de la Salud, Global Health Expenditure Database (www.who.org)

Los ocho países seleccionados para esta revisión han adoptado diversas estrategias en búsqueda de la cobertura universal en salud. La sección siguiente del documento presenta un breve marco conceptual para el análisis de las iniciativas de estos países en materia de políticas de salud, con un foco en el aumento de la cobertura. Posteriormente, el documento presenta en secciones separadas cada una de las ocho experiencias. Finalmente, presenta un resumen de las lecciones que surgen de dichas experiencias, las cuales pueden servir como insumo para las autoridades y encargados de las políticas públicas de salud en Bolivia.

2. MARCO CONCEPTUAL

Roberts y otros (2008) ofrecen un marco conceptual útil para el análisis y la formulación de políticas públicas de salud.¹ Postulan que todo sistema de salud busca lograr tres objetivos últimos, mejorar el estado de salud de la población, mejorar su satisfacción con el sistema de salud y conferirle protección financiera frente a problemas de salud. Para lograr esos objetivos, el sistema de salud debe mejorar su desempeño, medido este según sus resultados intermedios, que son: la eficiencia en la asignación de los recursos y en la producción de atenciones; la calidad de la atención; y el acceso a los servicios. Los encargados de las políticas de salud disponen de cinco herramientas de política, que Roberts y colegas denominan “perillas de control”, y que son: el financiamiento de los servicios de salud, la forma de pago a los prestadores, la organización del sistema de prestadores, la regulación de prestadores y aseguradores, y la persuasión de los consumidores.

FIGURA 5 OBJETIVOS FINALES E INTERMEDIOS E INSTRUMENTOS DE POLÍTICA DE SALUD



Fuente: Roberts et al (2008).

¹ Roberts M., W. Hsiao, P. Berman, M. Reich (2003). Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity, Oxford, U.K.

Según estos autores, todo proceso de reforma en salud, incluyendo los que buscan alcanzar la cobertura universal, consiste en la acción de política a través de una o más de estas cinco opciones de intervención. Estas se describen brevemente a continuación.

- *Financiamiento*: Se refiere a los mecanismos a través de los cuales se obtienen los recursos necesarios para llevar a cabo las actividades del sector. Incluye a los impuestos, las primas de seguros, y los pagos efectuados por los beneficiarios. Se deben considerar también las instituciones que recolectan los aportes (por ejemplo, las compañías de seguros o los fondos del seguro social).
- *Pago*: Se refiere a los procesos a través de los cuales se transfieren los recursos a los proveedores de la atención de salud: personal de salud, hospitales, trabajadores sociales, etc. Estos sistemas de pago permiten crear incentivos para generar respuestas en el proveedor, según sea el objetivo del financiador. Muchos de estos pagos provienen desde los intermediarios a los proveedores, pero algunos pueden ir directamente desde los pacientes.
- *Organización*: Incluye dos conjuntos de características del sector. La macro-estructura, que describe cómo las organizaciones segmentan sus diferentes actividades para cumplir con los objetivos de la organización (quién hace qué, y quién compite con quién); y la microestructura, que describe cómo las actividades se organizan internamente –cómo se reparte las tareas y cómo se retribuye a los empleados. La microestructura ayuda a determinar cómo las instituciones responden a los programas de incentivos creados por el sistema de pago.
- *Regulación*: Este aspecto comprende todos los esfuerzos estatales para controlar el comportamiento de las instituciones públicas y privadas, incluyendo a los proveedores y a los intermediarios financieros. Se consideran cuatro categorías de regulaciones:
 - Protección a la población
 - Reglamentación de intercambios y transacciones
 - Resguardo de la equidad social en el acceso a la atención básica
 - Corrección de las fallas del mercado
- *Persuasión*: Son esfuerzos organizados para influir en la actitud de los individuos frente al sistema de salud.

Al contar con estos instrumentos de control, los gobiernos pueden establecer mecanismos para modificar el sistema según estas cinco variables, para alcanzar los tres objetivos intermedios de políticas públicas –eficiencia, equidad y acceso– y así lograr los objetivos finales: nivel de salud, satisfacción del usuario y protección contra el riesgo financiero.

En la sección que sigue, se ofrece un análisis de las experiencias de los ocho países de Latinoamérica seleccionados, bajo la prisma del modelo de Roberts et al. La presentación de la experiencia de cada país comienza con la descripción de los problemas que enfrentaron los encargados de las políticas públicas de salud y las acciones que emprendieron para superarlos. Estas se enmarcan dentro de las cinco categorías de intervención, o perillas de control, ya descritas.

3. ARGENTINA

3.1 MOTIVACIÓN

Argentina tiene un sistema de salud altamente fragmentado, con la población del sector formal cubierta por las Obras Sociales, otra cubierta por seguros privados, y otra con acceso principal a los prestadores públicos de salud. Adicionalmente, la administración pública del país está descentralizada de modo que cada una de las provincias tiene su propio Ministerio de Salud y su propia red de prestadores públicos.

En el año 2003, de cada mil recién nacidos vivos 17 morían antes de cumplir un año de vida. Dos tercios de las muertes ocurrían antes de los 28 días, siendo evitables 6 defunciones de cada 10 mediante un adecuado control del embarazo, de la atención del parto y del diagnóstico y tratamiento precoz. Esta situación se repetía en todas las jurisdicciones provinciales.

La situación amenazaba con ser aún más crítica. A mediados de 2003, el país salía de una profunda crisis económica y política que dejó una marcada huella en las cifras de desempleo, con un consecuente aumento de la población sin cobertura formal en salud. Ello acrecentó la carga de responsabilidad sobre los gobiernos provinciales, responsables de la atención pública de salud en sus jurisdicciones.

Si el país, incluso antes de la crisis, registraba un desempeño inferior al de otros países de ingresos medios en la región, la crisis sólo vino a hacer más evidentes los problemas sistémicos subyacentes al sector.

3.2 SOLUCIÓN

Frente a la situación descrita y en el marco de la búsqueda un sistema de salud gratuito y universal, el gobierno argentino inició un proceso de priorización de prestaciones explícitas para el sub-sector público, implementando seguros de salud provinciales. La estrategia se denominó Plan Nacer. Su propósito inicial fue otorgar cobertura a mujeres embarazadas, puérperas y niños y niñas menores de 6 años sin cobertura explícita de salud. Garantiza el acceso de la población objetivo a un paquete básico de prestaciones seleccionadas por su efectividad en el combate de los principales problemas que afectan a dicha población. Asimismo, asegura estándares mínimos de calidad de la atención de las prestaciones recibidas a través del Plan Nacer (Ministerio de Salud de Argentina, 2009).

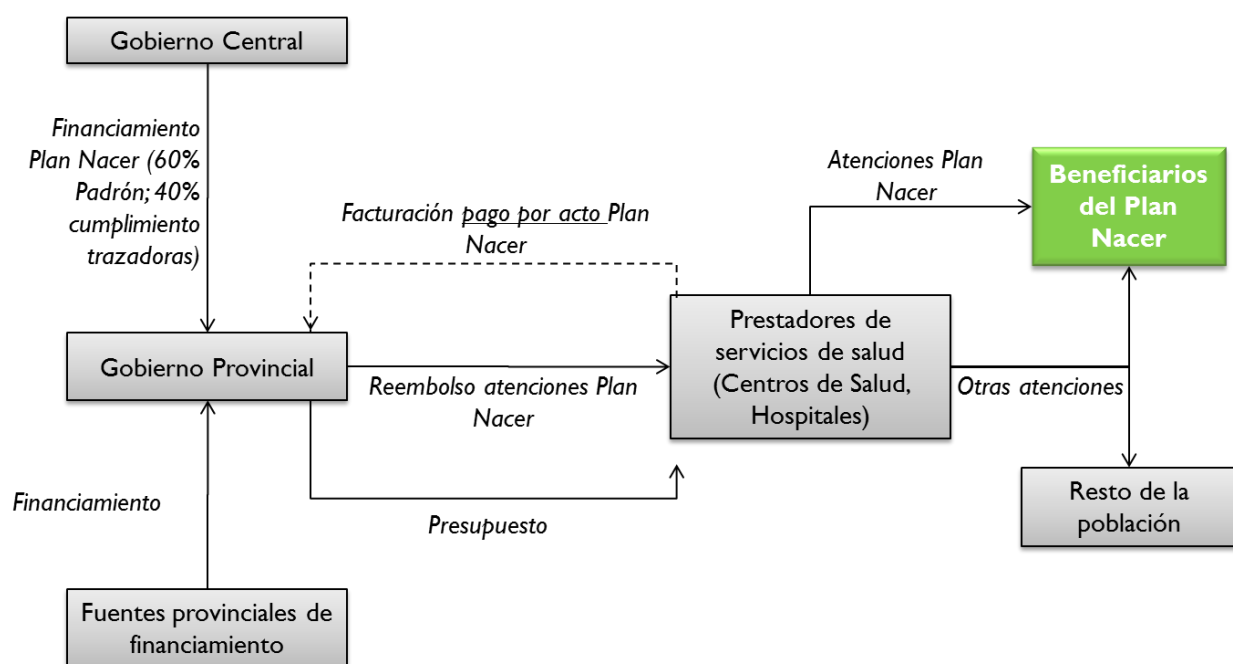
3.3 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

El Plan Nacer se basa en redes de atención primaria de salud. Se estableció definiendo prioridades en términos de poblaciones objetivo, sus necesidades y con focalización socio-territorial. Adicionalmente, en el núcleo de la estrategia está un plan de beneficios priorizados, o paquete básico, inicialmente dirigido a la población materno-infantil. Aunque los prestadores públicos tenían el mandato de otorgar esos servicios, la carencia de recursos e incentivos se traducían en déficits en la calidad y cantidad de atención ofrecida. El Plan Nacer vino a remediar esta situación.

En una primera fase Plan Nacer se enfocó en la oferta de prestaciones relacionadas con la promoción y prevención de salud destinadas a población materna e infantil sin cobertura explícita de salud, dirigidas fundamentalmente a la reducción de la mortalidad infantil y materna. En una segunda fase, Plan Nacer está evolucionando para incorporar otras prestaciones del ámbito curativo para la población materna e infantil y, a partir de 2012, ha agregado progresivamente prestaciones que benefician a otros grupos poblacionales y que cubren una mayor gama de patologías.

El diseño del Plan Nacer es altamente innovador (ver Figura 6). Primeramente está basado en un proceso de priorización que condujo a la formulación de un plan de beneficios. Segundo, su financiamiento proviene mayoritariamente del gobierno central (o Federal). Tercero, el método de pago de ese financiamiento es mixto: un 60% del dinero que el gobierno federal transfiere a cada gobierno provincial es un pago capitado proporcional a la cantidad de personas inscritas en Plan Nacer; mientras que el 40% restante es un pago condicionado al cumplimiento por parte de las provincias de un conjunto de metas de cobertura y provisión de servicios. Cuarto, cada gobierno provincial puede definir libremente un sistema de pago a los prestadores públicos de su jurisdicción. La mayoría de ellos ha escogido un sistema de pago por acto (es decir, basado en los tipos y cantidades de prestaciones brindadas a los beneficiarios). Quinto, Plan Nacer dispone de un sistema de auditorías que le permite verificar la veracidad de la información reportada por las provincias. Los gobiernos provinciales también contribuyen al financiamiento del Plan Nacer pero con un aporte minoritario, inferior a 5% del costo total.

FIGURA 6 FUNCIONAMIENTO DEL PLAN NACER EN ARGENTINA



Fuente: Bitrán, R. (2011) ¿Qué es un PBS y qué papel juega en la efectividad de un sistema de salud? Tercer Encuentro Nacional del Plan Nacer del 2010, Villa Carlos Paz, Córdoba, Argentina.

A continuación se describen las principales intervenciones realizadas por la autoridad de salud en Argentina para desarrollar el Plan Nacer. Estas se clasifican dentro de los cinco grupos de las denominadas perillas de control.

- **Financiamiento:** En sus inicios, con la inclusión de las primeras provincias, Plan Nacer fue financiado enteramente por el gobierno central a través de préstamos del Banco Mundial. Posteriormente, al incorporar las restantes provincias el financiamiento adicionó a la anterior, fuentes nacionales y aportes provinciales.

- *Mecanismos de pago:* estos jugaron un rol fundamental en el cumplimiento de los objetivos del Plan Nacer y contemplaron pagos mixtos.
 - Mezcla de pago capitado y pago por desempeño: El gobierno federal transfiere financiamiento a los gobiernos provinciales basado en una fórmula mixta que combina 60% por concepto de población beneficiaria y 40% por resultados sanitarios. Este pago dual motiva a los gobiernos provinciales a ampliar y mantener su cobertura poblacional a la vez que los incita a cumplir con metas de provisión y cobertura.
 - Pago por prestación o por acto: los gobiernos provinciales, a su vez, pagan a los prestadores públicos de su jurisdicción en función de la cantidad y los tipos de servicios prestados a los beneficiarios, confiriendo así incentivos al aumento en la producción de servicios.
- *Organización de servicios:* Los servicios son prestados por establecimientos públicos de salud, los que son contratados para formar una red. La contratación de los servicios la lleva a cabo la Unidad de Gestión del Seguro Provincial con recursos asignados por el gobierno federal. Para poder formar parte del Plan Nacer, el establecimiento de salud debe celebrar un convenio de prestación de servicios e informar mensualmente a la provincia respecto de las inscripciones y prestaciones realizadas. El establecimiento se encarga de otorgar la atención de embarazo, puerperio, e infantil hasta los 6 años, según los precios acordados por el Plan Nacer. Asimismo, es posible contar con recursos para financiar inversiones para el mejoramiento en la capacidad de resolución de los problemas de salud de la población a cargo (Ministerio de Salud de Argentina, 2009).
- *Regulación:* Plan Nacer institucionaliza la adopción de compromisos relacionados con las acciones directas del Plan Nacer a la población a través de metas de gestión y cobertura entre el gobierno federal y las provincias. A su vez cuenta con mecanismos de vigilancia y supervisión, de las acciones internas del Plan que favorecen la transparencia del programa. Los datos emanados de las acciones directas tienen desagregación regional, provincial, departamental y por establecimiento y permiten un monitoreo sistemático de la atención que recibe la población. Por su parte, las acciones de supervisión interna abarcan: el control financiero y de la gestión administrativa, la verificación del cumplimiento de las metas trazadoras y el control del padrón (el listado con la población inscrita). Asimismo, existen instancias de auditoría para verificar el grado de cumplimiento de las normas del Plan Nacer y de los procesos críticos de la gestión. Son efectuadas por organismos externos de acuerdo a los procedimientos del Banco Mundial. Por último, se estipulan evaluación de impacto del Plan Nacer que permiten medir el cambio en aspectos primordiales de la salud materno-infantil, objetivo último de la implementación del plan (Ministerio de Salud de Argentina, 2009).
- *Persuasión:* Desde el año 2011 se entrega una cartilla de derechos a los beneficiarios en el lugar de atención del Plan Nacer. Ella invita al beneficiario a que llame a una línea telefónica gratuita donde puede hacer consultas, comentarios, reclamos o sugerencias.

Por último es importante mencionar la vinculación de Plan Nacer con otras políticas sociales. En este caso, la Asignación Universal por Hijo establece como condición para el otorgamiento del subsidio la inscripción al Plan Nacer. Esto favoreció el conocimiento de la población en función de la cobertura del programa (Ministerio de Salud de Argentina, 2009).

3.4 DESEMPEÑO

La implementación del Plan Nacer estableció un sistema de monitoreo y análisis para medir el desempeño del sistema en términos del cambio en aspectos críticos de la salud materna e infantil, en dos niveles de gestión: Nación-Provincias y Provincias-Prestadores. La primera evaluación global contiene los resultados de la Fase I de implementación del Plan y fue presentada en 2011.

- Desde el punto de vista de la cobertura y calidad de los servicios, se estima que estaría cubierto un 83% del total de población elegible de las provincias de Fase I (las más pobres del norte del país) y un 70% de la población correspondiente a las provincias de la Fase II (las más afluentes, en el sur del país).
- Desde el punto de vista de los resultados sanitarios, se observó una mayor disminución relativa de la tasa de mortalidad infantil en las provincias incorporadas al Plan Nacer en comparación con el total país. Asimismo, los resultados señalan un incremento en la probabilidad de detección temprana del embarazo (14 a 20 semanas), lo que contribuyó a la disminución de la probabilidad de muy bajo peso de nacimiento (entre 1,5 y 2,5 kg) y a la reducción de la mortalidad perinatal.

4. BRASIL

4.1 MOTIVACIÓN

Al final de la década de los setenta, el sistema de salud brasileiro estaba dominado por la seguridad social, el cual experimentó una rápida expansión debido a un fuerte incremento de la demanda por servicios. Para responder a ella, el gobierno promovió la compra de atenciones de salud a prestadores privados, producto de lo cual la oferta privada, incluyendo la de camas hospitalarias, creció en forma significativa. En 1980, tres de cada cuatro camas hospitalarias en el país eran de propiedad privada. Pero el sistema de seguridad social carecía de las competencias para regular al sector de los proveedores privados, lo cual condujo a un aumento del gasto en salud en parte producto de un sistema de pago por acto y en parte también por la incapacidad de la seguridad social de controlar el sistema de facturación de los prestadores privados.

En 1986 un nuevo gobierno convocó a una conferencia para debatir temas de salud la que formula los siguientes principios rectores: (a) la salud como un derecho de todo ciudadano; (b) la descentralización; (c) la implementación de acciones integradas para superar la dicotomía entre acciones preventivas y curativas; (d) la participación popular; (f) la cobertura universal; (g) la equidad basada en las necesidades de salud; (h) un reforzamiento del papel de las municipalidades; e (i) la nacionalización gradual del sector.²

Con anterioridad a la reforma constitucional de 1988, la segmentación del sistema de salud brasileño era como sigue: (1) seguridad social para trabajadores del sector formal y sus familias (60% de la población), financiado por impuestos al salario; (2) Sector público para los trabajadores del sector informal y sus familias y la población indigente, financiado por impuestos generales; (3) seguros privados de salud para el 10% de la población de mayores ingresos, con financiamiento de empleadores y los hogares. El gasto de bolsillo era una fuente adicional de financiamiento y estaba presente en los tres subsistemas recién enumerados (Médici, 2007).

La Constitución de Brasil de 1998 garantiza el acceso libre y universal de la población a los servicios de salud. El Sistema Único de Salud (SUS) fue creado para responder a esta garantía, que se construye sobre tres principios básicos: la universalidad en el acceso a los servicios de salud, la cobertura integral de servicios, y la equidad en la distribución de los recursos públicos. Asimismo, se establecen principios organizacionales para la implementación del SUS en un esquema descentralizado en un sistema federal mediante un manejo unificado en cada nivel gubernamental: federal, estatal y municipal, con un fuerte componente de participación social. El nuevo sistema de salud, financiado con impuestos generales, es muy diferente al sistema anterior, basado en la seguridad social.

4.2 SOLUCIÓN

El Estado, a través del SUS, ofrece una cobertura universal y gratuita a toda la población, con el objetivo de distribuir equitativamente los recursos públicos. Los servicios están a cargo de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal, y una parte importante de las unidades del SUS subcontrata servicios con el subsector privado.

² Estos dos primeros párrafos se basan en lunes, R., F. Sarti, A. Campino, M.D. Díaz y R. Sierra (sin fecha) Assessing financial protection and equity under the Brazilian national health care system.

Los empleados públicos pueden contratar seguros privados mediante una asignación especial. Sin embargo, pueden atenderse igualmente en el SUS. Asimismo, las fuerzas armadas y la policía están cubiertas por sus propios programas, que no pertenecen al SUS.

La adscripción al subsector privado es de carácter voluntario y recurre a ella principalmente la población de ingresos medios y altos. En general, la función de este subsector es complementaria al SUS y está regulado por el Estado (Medici, 2002). Sin embargo, algunos estudios han demostrado que la mayor parte de la población se atiende bajo los servicios del SUS (Becerril, Medina, & Aquino, 2011).

Todas las personas pueden ser atendidas en los servicios públicos del SUS. No obstante, cuando la persona atendida tiene un seguro privado, el SUS reclamará al “Plano de Salud” (seguro privado) correspondiente el resarcimiento del pago por el servicio otorgado.

El suministro de medicamentos no está incluido en el plan de beneficios del SUS, salvo que correspondan a programas de alto costo. El acceso a los medicamentos ha sido promovido a través de dos estrategias: precios bajos y subsidios. Los precios bajos se lograron con la producción de genéricos cuyas patentes ya habían expirado luego de los 10 años de protección. Para las personas de bajos recursos el gobierno instaló una red de farmacias populares con precios públicamente subsidiados.

La falta de recursos para dar cobertura con un paquete integral ha llevado al gobierno Central a focalizar en gasto y financiar programas específicos de alto impacto con cobertura para toda la población, como la Prevención y tratamiento de cáncer de colon de útero y mama, financiando gastos y equipamiento, para la lucha contra el VIH/SIDA financia los antiretrovirales y reactivos.

4.3 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

El diseño del SUS contempló los siguientes elementos:

- *Financiamiento:* El financiamiento del SUS está garantizado de acuerdo a la Constitución, aprobada en el año 2000, que aseguró las fuentes de asignación de recursos para la salud, a través de los impuestos y contribuciones de los gobiernos federal, estatal y municipal. Estos tienen la obligación de efectuar los siguientes aportes mínimos para la salud con respecto a su presupuesto total: gobierno federal 5%, gobierno estatal 12% y gobierno municipal 15%. Las principales fuentes de financiamiento de los recursos federales son la Contribución Provisoria sobre Movimientos Financieros, la Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social, los recursos ordinarios y la contribución sobre el lucro de personas jurídicas. La principal fuente de financiamiento de los estados y municipios son los presupuestos fiscales respectivos. Los recursos del SUS deben transferirse a los Fondos de Salud. Una parte de los recursos federales se destinan a los estados y los municipios y, al mismo tiempo, parte de los recursos de los estados se transfieren a los municipios (Medici, 2002). En un inicio el SUS tuvo un financiamiento parcial y provisorio llamado Contribución Provisoria sobre Movimientos Financieros (CPMF). Este era un impuesto con una tasa muy baja aplicado a toda transición financiera. Como su nombre lo indica, esta fuente era provisorio, con el objetivo de generar recursos en un periodo inicial del nuevo sistema. La medida estuvo vigente hasta el 2007 al no ser prorrogada por el Senado. A contar del 2003 las autoridades nacionales dejaron de cumplir con el compromiso de asignar un porcentaje mínimo para el gasto en salud, dado que el SUS disponía del financiamiento proveniente del CPMF.³
- *Mecanismos de pago:* Actualmente, el sistema se orienta a remunerar los servicios según la oferta. La principal fuente federal de financiamiento, el Fondo Nacional de Salud (FNS), transfiere recursos a los estados y municipios, los que a su vez pagan los servicios prestados por hospitales y unidades

³ Este impuesto financiero es un buen ejemplo de una fuente de recursos original, que merece ser mencionado pero como una medida provisorio para cubrir un déficit inicial.

ambulatorias públicas y privadas. Esto requiere en la práctica un gran despliegue de capacidades de evaluación y supervisión por parte de estados y municipios respecto del desempeño de los prestadores contratados. Para enfrentar estos desafíos, el Ministerio de Salud ha sustituido paulatinamente estos mecanismos de pago por mecanismos basados en la demanda, como el pago capitado usado como el “Piso de Atención Básica” que transfiere recursos a los estados, evaluando el desempeño de los gestores de servicios mediante indicadores de impacto y cobertura (D’Elia, Rottenschweiler, Calabria, Calero, & Gaiada, 2010).

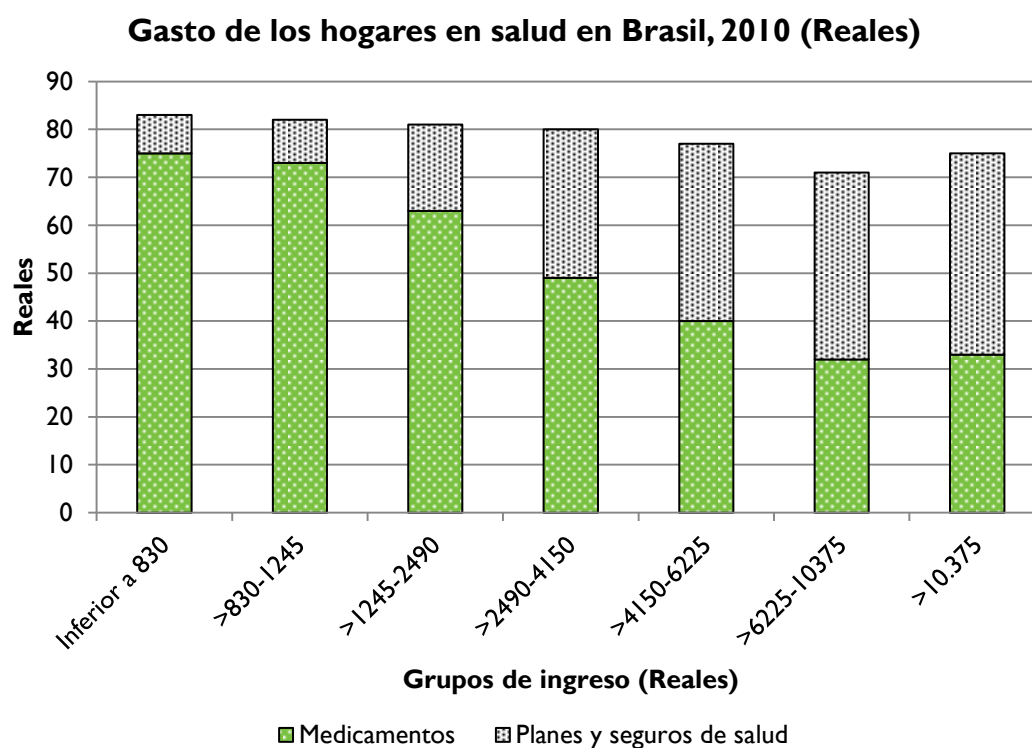
- *Organización de servicios:* El SUS se implementa a través de la prestación de servicios en clínicas, hospitales y centros de atención gestionados de manera descentralizada por instancias municipales, estatales y federales. Las dos últimas, además, prestan apoyo técnico y financiero a cada municipio. El SUS es responsable de coordinar el sector público y de regular el sector privado, con cuyas entidades establece convenios o contratos mediante pago por servicio.
- *Regulación:* La Constitución de 1988 diferenció las funciones de los 3 niveles gubernamentales, descentralizando los servicios del SUS hacia los estados y municipios. En 2006, continuando el proceso de descentralización, se implementó la Política Nacional de Regulación que reglamenta la actuación de los proveedores de atención de salud en los tres niveles (federal, estatal y municipal). Por su parte, los seguros privados son regulados por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria dependiente del Ministerio de Salud (Becerril, Medina, & Aquino, 2011).
- *Persuasión:* La mayor parte de la población brasileña ha accedido a los servicios de salud del SUS. Un estudio nacional del Instituto Brasileño de Estadísticas y Opinión Pública mostró que un 40% de la población usaba exclusivamente el SUS, otro 44% usaba una combinación entre SUS y otros sistemas, mientras que sólo un 16% no lo usaba en absoluto (Medici, 2002). En 2003 se publicaron los resultados de una segunda encuesta sobre conocimiento, evaluación y opinión de los brasileños respecto de los servicios del SUS. Más de 96% de los encuestados utilizó algún servicio de salud por lo menos una vez durante los dos años anteriores a la encuesta. El 41% consideraba que el principal problema del SUS era el tiempo de espera para obtener consulta, mientras que 14% consideraba que era el tiempo de espera para los exámenes y un 8% para hospitalización (Becerril, Medina, & Aquino, 2011).

4.4 DESEMPEÑO

Los indicadores de salud brasileños continúan en un nivel desmejorado respecto del ámbito Latinoamericano. Al comparar los países de la región según la expectativa de vida al nacer ajustada por discapacidad –indicador que resume la situación de salud poblacional– solo tres países (Bolivia, Guatemala y Haití), en el caso de los hombres, y cinco países (Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití y Perú), en el caso de las mujeres, están por debajo de Brasil. (Medici, 2002). Todos estos países son más pobres que Brasil, mientras que muchos otros países, también con menores ingresos, superan a Brasil en estos indicadores.

Sin embargo, SUS es un sistema de salud en continuo desarrollo que todavía está luchando para lograr una cobertura universal y equitativa. Paim *et al.* (2011) muestran cómo el gasto en salud de bolsillo de los hogares es semejante en todos los grupos de ingreso (Figure 7), lo cual es inequitativo, aunque la composición de ese gasto varía según nivel de ingreso: los hogares más pobres gastan más en medicamentos y menos en seguros. Por otra parte, Como la participación de mercado del sector privado aumenta, la interacción entre los sectores público y privado está creando contradicciones y competencia desleal, llevando a conflictos de ideologías y objetivos (acceso universal versus segmentación del mercado), que tiene un efecto negativo sobre la equidad de acceso a la atención de la salud y los resultados. Aunque el financiamiento federal se ha multiplicado por cuatro desde el inicio de la década pasada, la participación del sector de la salud en el presupuesto federal no ha crecido, resultando en las restricciones de financiamiento, infraestructura y recursos humanos (Paim *et al.*, 2011).

FIGURA 7 BRASIL: GASTO DE BOLSILLO EN SALUD SEGÚN GRUPOS DE INGRESO DEL HOGAR, 2010 (REALES)



Fuente: Paim, J., C. Travassos, C. Almeida, L. Bahia y J. Macinko (2011) The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet. Vol 377 May 21.

No obstante, luego de la implementación del SUS se observan progresivas mejorías. Las tasas de mortalidad infantil disminuyeron 31% (entre 52 y 38 por 1000 nacidos vivos), mientras que la desnutrición disminuyó 30% y la mortalidad materna en un 70%, entre 1989 y 1997. También se ha observado un mejoramiento en indicadores intermedios, como el aumento en las coberturas de control prenatal y atención del parto, de inmunizaciones y de atención médica infantil. Se espera también que las estrategias promocionales y preventivas en curso, basadas en agentes comunitarios de salud y programas familiares de salud, contribuyan al mejoramiento del desempeño del sistema (Medici, 2002).

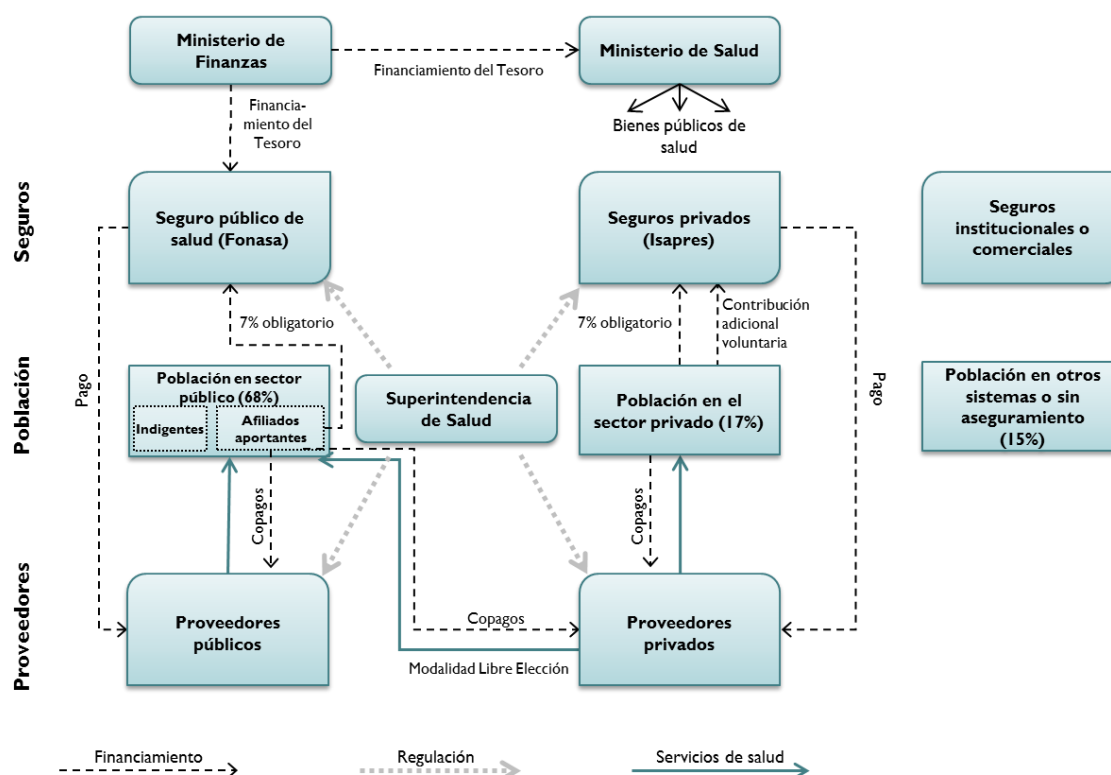
5. CHILE

5.1 MOTIVACIÓN

El sistema de salud chileno está basado en el modelo de la seguridad social. Los trabajadores formales e informales tienen la obligación de efectuar aportes iguales al 7% de sus ingresos a la seguridad social, dirigiéndolos al seguro público, conocido como Fonasa, o a seguros privados, denominados Isapres. Este sistema ha resultado en una auto-selección de la población, con la población de ingresos bajos y medios adscrita al seguro público y la población de ingresos medios-altos adscrita a los seguros privados. Las personas de bajos ingresos pueden solicitar ser calificadas como indigentes y obtener un subsidio público para su afiliación en el Fonasa.

Antes de la reforma del sistema de salud chileno del año 2005, descrita más abajo, existía insatisfacción de los beneficiarios del Fonasa con su limitado acceso a la atención. En efecto, hasta ese año, Fonasa no había formulado de manera explícita los derechos de sus beneficiarios, los que representaban los dos tercios de la población del país (ver Figura 8). Las Isapres, en cambio, tenían contratos explícitos de cobertura con sus asegurados. Sin embargo, Chile había alcanzado la cobertura universal hacía ya varias décadas, con alrededor de un 90% de la población cubierta por el Fonasa, las Isapres y otros sistema de bienestar. Así, aunque la cobertura poblacional era alta, era la profundidad de esa cobertura (tipos de servicios cubiertos) y el grado de protección financiera para acceder a esos servicios, los que tenían limitaciones (ver Figura 1).

FIGURA 8 EL SISTEMA DE SALUD CHILENO



Fuente: Autores.

Por otro lado, la proporción de población adulta mayor en Chile es cada vez mayor, con un índice de envejecimiento que pasó de 20 en 1990 a 40 en 2010.⁴ Esto produce un inevitable incremento de las necesidades de atención de salud (Ministerio de Salud Chile, 2010). Esa transición demográfica, sumada a la modificación de los estilos de vida y los cambios de la sociedad, configura un escenario epidemiológico con preponderancia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Éstas dan cuenta de un 84% de la carga total de enfermedad en la población, produciendo distintos grados de discapacidad acumulada. Ello constituye un gran desafío desde el punto de vista de la forma en cómo se enfrentan los factores de riesgo, pero también en cómo se organizan y proveen los servicios curativos a la población que ya presenta daño en salud. En esa población se requiere evitar una mayor discapacidad, procurar su recuperación y mejorar su calidad de vida (Ministerio de Salud Chile, 2007).

A lo anterior se suma un nuevo elemento: una ciudadanía que cuenta con más información y mayormente empoderada de sus derechos, al mismo tiempo que insatisfecha con su sistema de salud (Ministerio de Salud Chile, 2007).

5.2 SOLUCIÓN

La reforma de la salud del año 2005, indistintamente denominada AUGE o GES, buscó dar respuestas adecuadas a esta población más envejecida, más educada y con mayor conciencia de sus derechos. En efecto, a inicios de la década de 2000, comenzó un proceso de reforma sectorial. El principal instrumento que dio sustento a la reforma fue la formulación de un conjunto de garantías explícitas de salud (GES) para los beneficiarios de la seguridad social (Fonasa e Isapres), cuya cobertura es cercana de aproximadamente el 85% de la población total. El GES tiene asociados los siguientes cuatro tipos de garantías:⁵

- **Acceso.** Obligación del Fonasa e Isapres de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el régimen GES, garantizadas a los beneficiarios. En la actualidad hay 69 problemas de salud prioritarios cuya tratamiento garantizado ha sido estipulado en la ley mediante canastas clínicas explícitas.
- **Oportunidad.** Plazo máximo para esos aseguradores para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina el decreto respectivo, revisado anualmente.
- **Calidad.** Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado.⁶
- **Cobertura financiera.** La contribución que debe efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, no debe exceder el 20% del valor determinado en un Arancel de Referencia del Régimen establecido para estos efectos para el caso de los beneficiarios de Isapres y los beneficiarios de mayores ingresos del Fonasa. El deducible equivale a 29 cotizaciones mensuales, legales (7%) o las pactadas por encima de ese valor. Indigentes y beneficiarios de bajos ingresos del Fonasa no tienen copagos ni deducibles.

Los problemas de salud priorizados que constituyen el plan de beneficios GES, y las intervenciones seleccionadas para su tratamiento, responden a múltiples criterios, incluyendo: las preferencias de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a extender o mejorar la calidad de vida y su relación de costo-efectividad.

⁴ Población mayor de 65 años/Población menor de 15 x100

⁵ El detalle de estas garantías está contenida en los decretos supremos. El vigente es el DS N° 1 del 6 de enero de 2010, disponible en la página web www.minsal.cl

⁶ Esta garantía será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud.

5.3 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

Los servicios sanitarios asociados a las GES son prestados por proveedores públicos. Entre los 69 problemas de salud priorizados en el GES están muchos cánceres, problemas cardiovasculares, problemas de resolución quirúrgica, enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y la depresión, el VIH/SIDA y otros problemas con tratamiento de alto costo. El tipo de prestaciones garantizadas incluye explícitamente prestaciones médicas y dentales, días cama, diversos tipos de cirugías, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, exámenes de laboratorio, de imágenes, de anatomía patológica, terapias específicas, insumos y medicamentos.

A continuación se describen los principales elementos de diseño del régimen GES:

- *Financiamiento:* El financiamiento del GES proviene de distintas fuentes. Una de ellas es el aporte de la seguridad social, a través del cual los beneficiarios del Fonasa y las Isapres siguen aportando el 7% de sus ingresos, con excepción de los indigentes, que son subsidiados completamente por el Estado; en el caso de los beneficiarios de las Isapres, ellos deben adicionar un pago correspondiente a la prima GES, establecida para complementar el aporte del 7%. Para cubrir el gasto adicional que implican las garantías GES, una parte del financiamiento del Fonasa proviene de un aumento de un punto porcentual en el Impuesto al Valor Agregado y otra de otros impuestos específicos (tabaco y otros).
- *Mecanismos de pago:* Los mecanismos de pago los definen los seguros, e incluyen desde el pago por acto a pagos asociados a diagnósticos o paquetes de prestaciones. En el caso del Fonasa, la elección del mecanismo busca incentivar el cumplimiento de garantías, utilizando el pago por acto cuando es necesario promover la oferta de prestaciones y pagos por paquete o problema resuelto, con el que el asegurador busca compartir el riesgo financiero con los prestadores.
- *Organización de servicios:* Para poder otorgar las garantías de salud GES, el Fonasa recurre principalmente a la red de prestadores públicos a lo largo del país. Sin embargo, cuando hay oferta pública insuficiente, el Fonasa se ve obligado a comprar las atenciones GES con prestadores privados, de modo de alcanzar a cumplir con las garantías legales de oportunidad. Las Isapres, por su parte, han establecido convenios con prestadores privados para disponer de redes cerradas de atención para los problemas de salud GES.
- *Regulación:* Las garantías de acceso u calidad son exigibles en forma igualitaria por los beneficiarios del Fonasa y las Isapres. Adicionalmente, el Ministerio de Salud ha dictado decretos que ordenan y definen operativamente esas garantías para cada uno de los 69 problemas de salud GES garantizados. Por otro lado, la Superintendencia de Salud tiene la misión de vigilar al Fonasa y las Isapres, velando por su cumplimiento de las garantías legales GES. También es responsable de acreditar a los prestadores públicos y privados que participan en la provisión de prestaciones GES.
- *Persuasión:* La ley establece que cada profesional al momento de diagnosticar o controlar a un paciente que padece un problema de salud GES debe comunicárselo y explicar sus beneficios. Por otra parte, encuestas poblacionales han mostrado bajos niveles de conocimiento de la población sobre el GES. Asimismo, el detalle del contenido de los beneficios y de la forma de operación está contenida en un conjunto de documentos oficiales que dificulta la comprensión por parte de los usuarios.

5.4 DESEMPEÑO

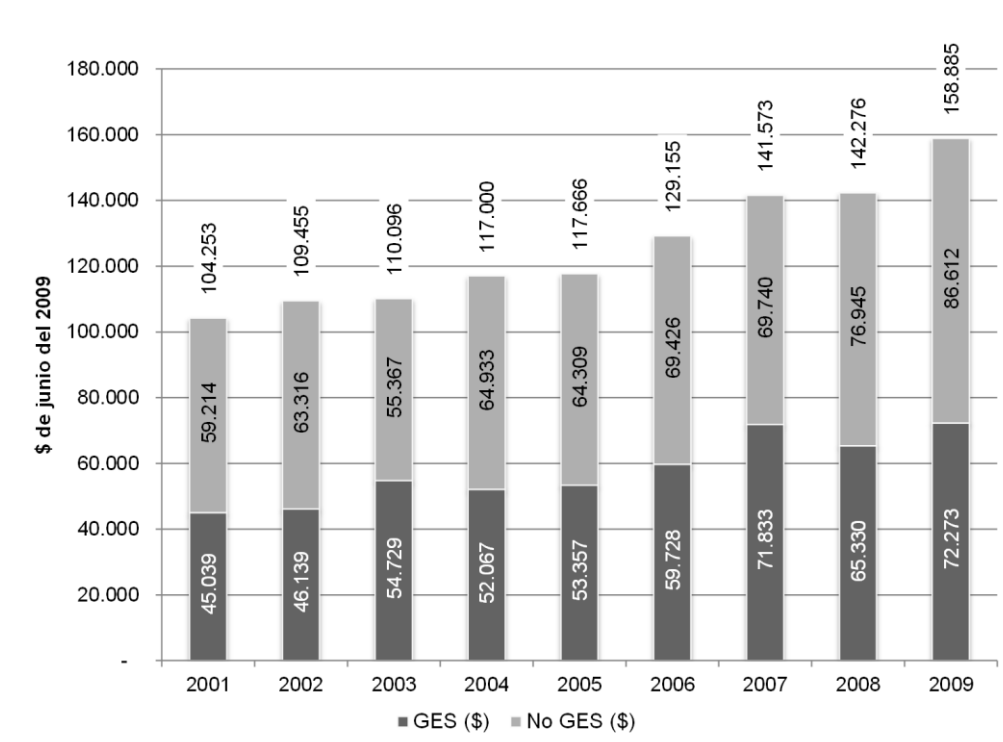
Existen pocos estudios del impacto de las garantías GES en el acceso a la atención de salud. La evidencia disponible revela un aumento progresivo desde 2005 en la cantidad de prestaciones GES. Respecto del impacto sanitario de esta reforma, no se han efectuado estudios sistemáticos y sólo existen líneas basales poblacionales que no permiten estimar impactos directos. Desde una perspectiva poblacional la

tasa de mortalidad por cánceres seleccionados bajó de 125,8 por 100.000 habitantes en el 2005 a 114,5 por 100.000 en el 2007 (dos años de entrada en vigencia de las GES). Un estudio de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular reveló que el GES acarreó una caída considerable y estadísticamente significativa en la letalidad por infarto agudo al miocardio, desde un 12% en el 2004 a un 8,6% en el 2008, gracias a la garantía del diagnóstico oportuno y del acceso a tratamiento médico.

Un estudio reciente estimó, para el caso del Fonasa, el impacto de la reforma GES en la producción de atenciones de salud y en el gasto. En el periodo 2001-2009, el crecimiento real (ajustado por inflación) del gasto GES del Fonasa fue de 98% –es decir, casi se duplicó–, equivalente a un crecimiento promedio real anual de 8,9%. En contraste, el crecimiento total del gasto no GES del Fonasa en igual período fue de un 80%, equivalente a un crecimiento promedio real anual de 7,6%. En otras palabras, el gasto GES del Fonasa creció más rápidamente que el gasto no GES, aunque ambos crecieron a tasas reales elevadas.

Puesto que durante la década en estudio la población beneficiaria del Fonasa experimentó un fuerte crecimiento, algo superior al 20%, el estudio examinó el gasto GES y no GES del asegurador público calculado como un promedio por beneficiario, también expresado en pesos reales de mediados del 2009. Al hacerlo (ver Figura 9), se observó que cuatro años antes de la implementación del GES, el Fonasa ya gastaba aproximadamente \$45.000 anualmente por beneficiario en problemas de salud que en el 2005 se incorporarían al régimen GES. En el 2001, esta cifra era inferior al gasto de ese asegurador en problemas de salud no GES, igual a \$59.214. Hacia finales de la década, el gasto GES anual por beneficiario del Fonasa había ascendido a \$72.273. En definitiva, el GES ha resultado en un aumento importante en la cantidad de prestaciones de salud otorgadas para resolver problemas de salud garantizados y en el gasto del Fonasa asociado a ellas. Con el GES ha aumentado el acceso a la atención de los beneficiarios del seguro público y por ende este ha mejorado el grado de cobertura, acercándose más a la cobertura universal garantizada.

FIGURA 9 ESTIMACIÓN DEL GASTO POR BENEFICIARIO, GES Y NO GES, DEL FONASA, ESCENARIO 2, 2001-2009 (\$ REALES DE JUNIO DE 2009)



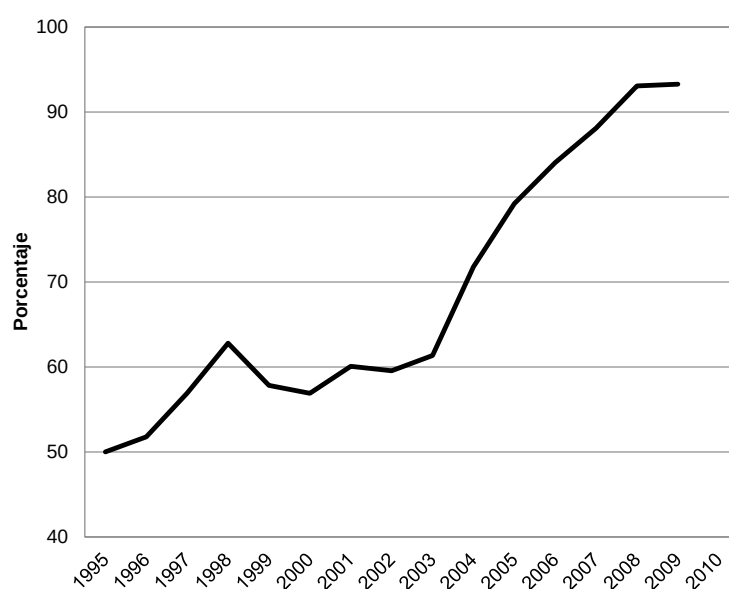
Fuente: Ministerio de Salud (2012). Impacto de las Garantías Explícitas en Salud en producción y en gasto en la Red Asistencial de Salud. Informe Final. Santiago.

6. COLOMBIA

6.1 MOTIVACIÓN

Colombia inició su proceso de reforma hace casi dos décadas, en un contexto de redefinición constitucional (1991), que hacía posible exigir el derecho a la salud por parte de los ciudadanos, a la vez que era posible promoverlo a través de una explicitación de beneficios. El país se encontraba en un profundo proceso de reformas que buscaban disminuir el rol del estado en la actividad pública. El punto de partida de Colombia era un sistema de salud basado en la seguridad social donde las personas de bajos ingresos no tenían un seguro explícito ni beneficios garantizados sino que tenían como principal fuente de atención de la salud a los prestadores de la red pública. Al comenzar la implementación de la Ley 100 en 1994, la cobertura del sistema de seguridad social era de aproximadamente un 50%. Hacia fines del 2010, el nuevo sistema, conocido como Sistema General de la Seguridad Social en Salud (SGSSS), ya había alcanzado casi la universalidad, con una cobertura poblacional cercana al 95% (ver Figura 10).

FIGURA 10 COLOMBIA: COBERTURA DEL SGSSS, 1995-2010 (%)



Fuente: Bitrán (2012)

6.2 SOLUCIÓN

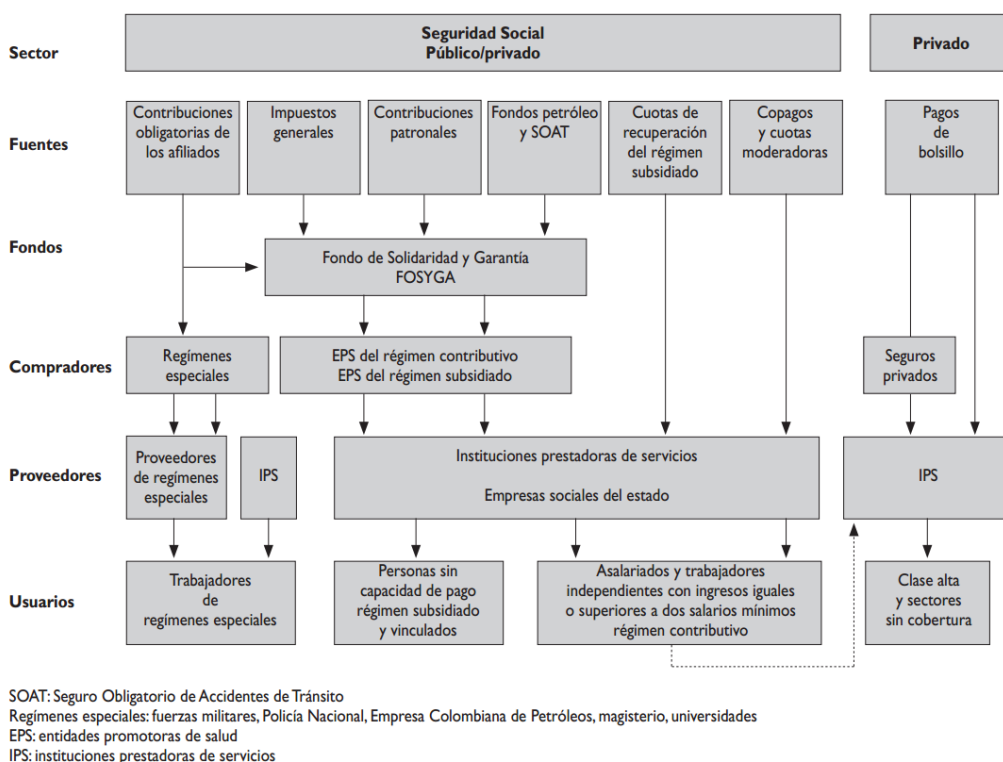
En 1993 se aprobó la Ley 100 mediante la que se estableció un esquema de aseguramiento universal de salud. Ese sistema estableció que toda la población tendría derecho a un paquete único de beneficios y podría escoger libremente entre las aseguradoras disponibles para afiliarse. Inicialmente, sin embargo, el gobierno definió dos planes de beneficios: uno más amplio para los beneficiarios del llamado Régimen Contributivo (que auto-financiaban su aseguramiento con sus aportes a la seguridad social) y otro más restringido para los beneficiarios del Régimen Subsidiado (cuyo aseguramiento era enteramente subsidiado). El plan del gobierno era que para el año 2000 los beneficios del Régimen Subsidiado igualarían los del Contributivo. Eso no ocurrió entonces ni tampoco ha podido ocurrir en la actualidad, a 20 años de iniciada la reforma, debido a la carencia de recursos.

6.3 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

En el esquema reformado, participan en el aseguramiento y en la provisión entidades públicas y privadas. Así, el nuevo sistema es mixto en todas las funciones. (Giedion, Panopoulou, & Gómez-Fraga, 2009).

El nuevo sistema general se constituyó a partir de la organización de dos regímenes: el contributivo y el subsidiado (Figura 11). Al régimen contributivo (obligatorio) debían afiliarse los trabajadores asalariados, los independientes y los cuentapropistas identificados como parte de la población con capacidad de pago, quienes se afiliaban y mantenían su vinculación al sistema mediante las cotizaciones o pagos de aportes. El régimen contributivo quedó definido como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema a través del pago de una cotización, ya sea directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. Bajo el nuevo sistema se crearon las Empresas Promotoras de Salud (EPS), de naturaleza pública y privada, entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados, de la recaudación de las cotizaciones y de la organización de la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) a sus afiliados. A éstas se integraron, mediante un proceso de reestructuración institucional, entidades del anterior sistema como el Instituto de Seguros Sociales (ISS) y algunas del sistema oficial de previsión social del nivel nacional (por ejemplo, la Caja Nacional de Previsión Social), como también de los niveles departamental y municipal. Por otra parte, mediante el Régimen Subsidiado (obligatorio), la ley buscó garantizar el acceso al sistema de los grupos de población más pobres del país, cuya cobertura total se haría en un plazo de siete años, en el cual se desarrollarían progresivamente los mecanismos de solidaridad incorporados por la misma ley mediante una asignación creciente de recursos como subsidio a la población pobre. Se considera beneficiaria toda la población pobre y vulnerable que cumpla con los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

FIGURA 11 EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO CON LA LEY 100



Fuente: Guerrero, R., A. I. Gallego, V. Becerril-Montekio, J. Vásquez (2011) Sistema de salud de Colombia. Salud Pública de México 2011;53 supl 2:S144-S155.

Variables de la implementación:

- *Financiamiento:* Cada régimen tiene su propia fuente de financiamiento. El Régimen Contributivo se sostiene a partir del aporte de sus afiliados equivalente al 12,5% de sus ingresos. El Régimen Subsidiado se financia a través de tres fuentes: subsidios del gobierno central, aportes de los gobiernos territoriales y recursos de solidaridad aportados por los contribuyentes al Régimen Contributivo, iguales al 1,5 puntos porcentuales del 12,5% de su aporte.
- *Mecanismos de pago:* Los hospitales públicos perciben ingresos por tres vías: presupuestos históricos, pago por actividad y pago prospectivo por caso o problema de salud resuelto, acompañado de convenios de desempeño.⁷ El pago por desempeño aún es incipiente en Colombia, aunque lo usan algunas aseguradoras del Régimen Contributivo en el nivel ambulatorio para actividades de promoción y prevención.⁸
- *Organización de servicios:* En el caso del régimen subsidiado, se definen entes territoriales para la gestión descentralizada de las necesidades de la población de su jurisdicción. De esa forma, los Municipios, Distritos y Departamentos identifican y afilian a su población objetivo y gestionan la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el Régimen. Al mismo tiempo, estos entes territoriales deben resguardar el acceso efectivo de la población beneficiaria a los servicios contratados. En el caso del Régimen Contributivo, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) contratan a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para la entrega de servicios a los beneficiarios del régimen. En los caso de urgencias puede acudir a cualquier IPS. Las EPS cuentan con varias IPS de tal modo de otorgar libertad de elección a los beneficiarios. (Ministerio de Salud de Colombia, 2012)
- *Regulación:* La función de regulación se es realizada por un ente gubernamental de carácter superior, y tiene por objetivos, entre otros:
 - Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las EPS garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
 - Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
 - Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen.
 - Definir el valor de los subsidios en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.
 - Recomendar proyectos de ley o de decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.
- *Persuasión:* De las personas que usan los servicios formales de salud, el 17% la considera mala o regular, sin diferencias significativas entre el régimen subsidiado y el contributivo. Entre las personas que no buscaron atención, más de la mitad acusa razones de acceso, un tercio de calidad y una pequeña proporción, de oportunidad en la atención (Velandia, Ardón, Lara, Cardenas, & Perez, 2004).

⁷ García, J.C. y C.A. Agudelo C. (2002) Algunas Relaciones Entre las Finanzas, los Sistemas de Pago y la Prestación de Servicios, en Hospitales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Revista de Salud Pública. 4 (2): 128 -148.

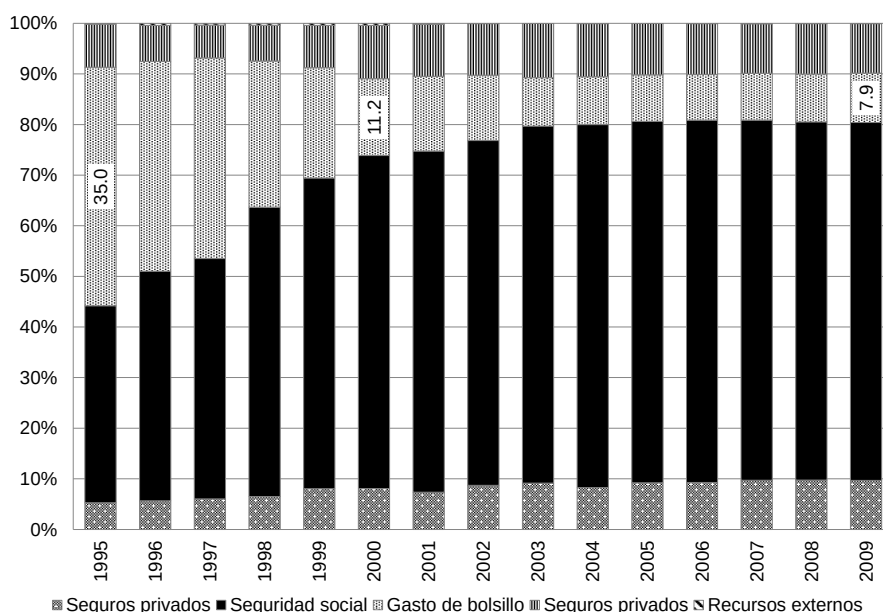
⁸ Gorbanev, I. A. Cortes, S. Torres y F. Yepes (2011) Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud. Revista de Salud 728 Pública · Volumen 13 (5), Octubre.

6.4 DESEMPEÑO

Se han reportado mejorías a raíz de las medidas asociadas a la Ley 100 en Colombia. Estas consisten en una disminución del gasto de bolsillo, la equidad en el aseguramiento, a través de disminución de los diferenciales urbano-rurales, por edad y nivel educativo. Asimismo se establece una focalización de los subsidios en población de menores recursos, al mismo tiempo que se observa un mayor acceso a los servicios por parte de la población asegurada. Por otra parte, ha habido un aumento progresivo de las intervenciones preventivas y promocionales entre 1997 y 2003.

Como se señaló, la expansión de la cobertura de salud en Colombia fue financiada principalmente a través de contribuciones de la seguridad social, las que aumentaron desde alrededor de un 29 por ciento del financiamiento total en 1995 hasta cerca de 60 por ciento después de 2005 (Figura 12). En el lapso de 15 años los ingresos del gobierno general variaron poco como proporción del financiamiento total, oscilando entre un máximo de un tercio en 2000 y un mínimo de un cuarto en 2008. Un resultado importante desde un punto de vista de política de salud es que la reforma de Colombia resultó en una caída considerable en el gasto de bolsillo de los hogares como fuente de financiamiento de la salud. Al iniciarse la reforma, el gasto de bolsillo representaba más de un tercio del financiamiento total de la salud, proporción que fue disminuyendo progresivamente para alcanzar menos del 8 por ciento en 2009.

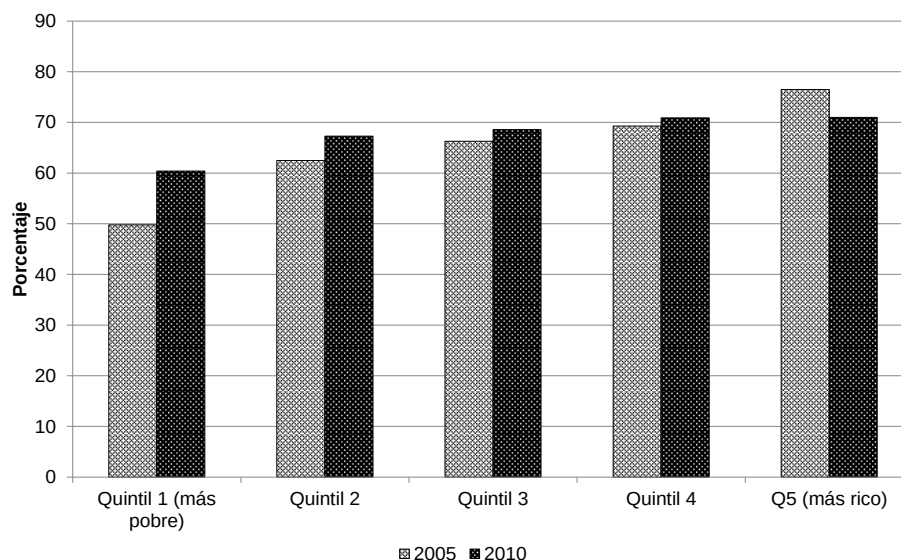
FIGURA 12 COLOMBIA: FINANCIAMIENTO DE LA SALUD, 1995-2009 (%)



Fuente: Autores con datos de la Organización Mundial de la Salud, *Global Health Expenditure Database* (www.who.org).

La menor dependencia del sistema en los pagos de bolsillo de los pacientes se debiera haber traducido en un aumento en el acceso a la atención para todos los grupos socioeconómicos. Esta cuestión es explorada en la Figura 12, con información de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS) de Colombia para los años 2005 y 2010. La figura muestra la propensión a obtener atención curativa de un médico por niños y adultos que reportaron un problema de salud en un plazo de un mes antes de la encuesta. Se aprecia una mejoría importante en la equidad en el acceso entre los dos períodos. Las diferencias entre pobres y ricos eran bastante mayores en el 2005 que en el 2010.

FIGURA 13 COLOMBIA: PERSONAS CON UN PROBLEMA DE SALUD QUE ACCEDIERON A LA ATENCIÓN CON UN MÉDICO EN ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEGÚN NIVEL DE INGRESO DEL HOGAR, 2005 AND 2010



Fuente: Bitrán, R. (2012). "Health spending patterns for universal health coverage." Results for Development Institute (en edición)

Una búsqueda sistemática de literatura relevante, mostró que no obstante un aumento de las coberturas de atención prenatal y del parto se observa un deterioro de la mortalidad materna a partir de 1996, con estancamiento a partir de 2005. Dichos resultados pueden estar alertando respecto de la calidad de los servicios prestados, dado que adicionalmente se observa una gran cantidad de departamentos con tasas de sífilis congénita entre 2,1 y 5,9, muy altas considerando las elevadas tasas de control prenatal. Asimismo, se encontraron estudios que muestran cortos periodos de progresión a enfermedad renal crónica en pacientes diabéticos controlados. De acuerdo al mismo estudio, algunas funciones de salud pública en los territorios se han visto debilitadas, lo que implica dificultades en la conducción de programas de control de enfermedades transmitidas por vectores, manejo de programas de inmunizaciones, de control de tuberculosis, entre otros (Yepes, 2010).

El difundido ejercicio de las llamadas tutelas por parte de los beneficiarios del SGSSS –acciones judiciales dirigidas a forzar al asegurador a otorgar prestaciones de salud no incluidas en el plan de beneficios legal– ha erosionado las bases financieras del sistema y continúa siendo su gran talón de Aquiles.

7. HONDURAS

7.1 MOTIVACIÓN

En 2010, casi la mitad de la población de Honduras vivía en áreas rurales. Otorgarle atención de salud a esa población constituye un desafío difícil de resolver para un país cuyos niveles de pobreza llegan al 60% de la población nacional y, de esa proporción, el 70% corresponde a pobreza extrema. Existen grupos poblacionales que residen en áreas rurales y en condiciones de pobreza que han sido históricamente postergados de los servicios de salud tradicionales ofrecidos por la Secretaría de Salud. Por otra parte, los antecedentes indican que en las comunidades rurales hondureñas prevalece la medicina tradicional y las tasas de mortalidad materna e infantil han sido históricamente altas. A esta difícil situación se agrega una limitada disponibilidad de recursos humanos de la salud y una limitada disponibilidad de recursos financieros.

7.2 SOLUCIÓN

En el año 2004, el Programa de Reforma del Sector Salud puso en marcha una estrategia para mejorar el acceso a la salud de las poblaciones rurales pobres y con difícil acceso a la red convencional de prestadores públicos. La reforma que se describe a continuación no estuvo, por lo tanto, dirigida a alcanzar la cobertura universal, sino que a mejorar el acceso a la salud de un sector importante de la población tradicionalmente postergado en cuanto a su acceso a la red público de salud.

La estrategia introdujo importantes innovaciones. Se estableció un paquete básico de salud (PBS) explícito con el objetivo de incrementar la cobertura y calidad de los servicios. Para implementar el PBS fue necesario ampliar la oferta de servicios a través de la contratación de entidades locales (organizaciones de la sociedad civil o gobierno municipal) y la implementación de nuevos mecanismos de pago.

Para definir los contenidos del PBS la Secretaría de Salud consideró las necesidades de salud de la población beneficiaria y la capacidad resolutoria de las unidades de salud de la red pública, siendo este último un factor crítico en la definición final de los contenidos.

7.3 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

Las prestaciones incluidas en el PBS se otorgan en el primer nivel de atención y son en su mayoría preventivas o promocionales. Las intervenciones curativas son de índole materno-infantil. El diseño de esta reforma contempló los siguientes elementos:

- **Financiamiento:** El financiamiento proviene de dos fuentes principales: recursos del Tesoro de la República y recursos externos a través de préstamos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo. Existen aportes marginales de algunos gobiernos municipales para asumir gastos corrientes (servicios básicos y generales), que no se contabilizan dentro de la ejecución presupuestaria de PBS. No existen contribuciones voluntarias ni copagos por parte de los beneficiarios de PBS.
- **Mecanismo de pago:** se utiliza el pago capitado ajustado. La Secretaría de Salud ha estimado un valor per cápita para este modelo de atención. No obstante, dicho valor es ajustado en función del volumen de la población cubierta, el personal clínico de la Secretaría de Salud financiado por el prestador y el tipo de unidades de salud que serán gestionadas por el prestador. El ajuste se realiza para dar cuenta de variaciones en los costos de producción de servicios.

- *Organización de servicios:* El PBS otorga prestaciones preventivas y curativas en el primer nivel de atención, privilegiando las intervenciones materno-infantiles. La red de prestadores se compone por organizaciones civiles de expresión local (incluye uno o varios municipios), que establecen convenios de gestión con la Secretaría de Salud, de exclusividad para la prestación del PBS. No pueden participar otros proveedores locales sin el establecimiento previo de un convenio de gestión.
- *Regulación:* El monitoreo del cumplimiento de las prestaciones incluidas en PBS, las metas de producción y calidad comprometidas por los proveedores es responsabilidad de la Secretaría de Salud local, mientras que el nivel central evalúa el desempeño de los proveedores de los servicios asistenciales. No obstante, los instrumentos de evaluación no están estandarizados y en algunos casos se presume una insuficiencia de recursos humanos, lo que plantea la necesidad de normalizar los procesos de atención.
- *Persuasión:* La provisión del PBS carece de una estrategia de comunicación social que informe a los usuarios sobre sus derechos y beneficios. Existiría mayor grado de información sobre los contenidos del PBS entre la población que vive en zonas próximas a las áreas urbanas. Sin embargo, la población rural es la más vulnerable y podría verse beneficiarse mayormente de esta modelo de provisión. Por otra parte, no existe una institucionalidad que cautele el respeto por los derechos de los beneficiarios de PBS.

7.4 DESEMPEÑO

Se han llevado a cabo estudios que brindan información sobre el desempeño en los servicios de salud, producto de la introducción de PBS en los ámbitos de producción de servicios, cobertura, costo efectividad y calidad. Los siguientes son sus principales hallazgos:

- Desde el punto de vista de la cobertura y calidad de los servicios, se ha observado un aumento en la cobertura de los programas priorizados de atención prenatal, atención de partos, control de crecimiento y desarrollo y atención al puerperio. Según la evaluación de las normas de calidad, sólo habría mejoría significativa en la atención de partos, al ser realizada por personal médico.
- Por su parte, las Unidades de Salud que proveen PBS muestran niveles ligeramente mayores de producción de las atenciones totales brindadas a la población asignada.
- No se estudiaron los impactos sanitarios de PBS.

8. MÉXICO

8.1 MOTIVACIÓN

México inició una tercera generación de reformas a fines de la década de los noventa destinada mejorar la equidad y la eficiencia, a través de la reorganización del sistema, integrando sus funciones de rectoría, financiamiento y prestación de manera horizontal. Como la mayoría de los países latinoamericanos, el sistema de salud mexicano estaba basado en el modelo de la seguridad social y estaba fuertemente segmentado. Al igual que en la situación previa a la reforma en Colombia, en México la desigualdad entre la población asegurada y no asegurada era importante. En 2002 el gasto público per cápita en salud por asegurado (principalmente de la seguridad social) era 2,3 veces mayor que el gasto por habitante para la población no asegurada. Una amplia variedad de aseguradoras ofrecía coberturas diversas a la población con capacidad de pago y el Estado se hacía cargo de la población carente de recursos. Esta situación se contraponía al derecho a la protección de salud, reconocido a través de la Constitución mexicana de 1983.

8.2 SOLUCIÓN

En 2003 se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), en la búsqueda de un mecanismo que permitiera alcanzar la cobertura universal, transitando desde un sistema basado en la seguridad social (que ofrece acceso a los servicios de salud sólo a los trabajadores asalariados y sus familias), hasta la protección social en salud (que ofrece cuidados en salud basados en los requerimientos de toda la población, sin dependencia a la participación en el mercado del trabajo). La vía escogida para hacer frente a estos desafíos fue la reorganización del sistema de salud según sus funciones, mejorando la equidad y eficiencia en búsqueda de la cobertura universal efectiva.

De acuerdo a esta nueva visión, la de la protección social en salud, existen tres grandes dimensiones: la primera es la protección frente a riesgos colectivos, a través de la vigilancia y actividades preventivas y promocionales. La segunda es la protección individual, a través del acceso servicios de salud con calidad garantizada. La tercera es la protección financiera frente a las consecuencias económicas de la enfermedad y los daños en salud.

En la práctica, una de las herramientas creadas por los reformadores para aumentar la equidad entre la población con y sin acceso a la seguridad social fue la implementación del Seguro Popular, que ofrece acceso universal un paquete de servicios de salud individual, con protección financiera, el cual es coordinado por el gobierno federal y operado por los estados. Se estableció una meta de cobertura universal al año 2010.

La reforma al sistema de financiamiento fue complementada con un plan de fortalecimiento de la provisión de servicios, que incluye cambios en el manejo de los hospitales, mejoramiento en el suministro de fármacos, sistemas de información orientados a los resultados y un plan maestro de largo plazo para las inversiones en infraestructura y actualización de tecnología. (Knaul & Cols, 2012)

Una innovación es la incorporación de intervenciones de salud pública, además de la atención de salud individual. Se definen de este modo tres tipos de paquetes de atención: (a) Catálogo de Servicios de Salud a la Comunidad, un paquete básico de servicios a la comunidad que aplica para toda la población; (b) Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES); y (c) Paquete de Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), un paquete de atención de alta complejidad y de alto costo. (Giedion, Panopoulou, & Gómez-Fraga, 2009)

8.3 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

Variables de la implementación:

- *Financiamiento:* El financiamiento del llamado Seguro Popular tiene tres componentes: los aportes federales de nivel central, los aportes estatales y, las contribuciones de los afiliados, conforme a su capacidad económica, con excepción de aquellos pertenecientes a los grupos más pobres de la población y los de ingresos medios con integrantes del grupo familiar en etapa de embarazo o primera infancia. Los aportes están determinados por la Ley General de Salud (LGS). Se actualiza anualmente con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. El aporte federal por persona afiliada, equivale a 1,5 veces el monto del aporte de la contribución de los afiliados. La distribución entre las entidades federativas de este aporte se realiza de conformidad con una fórmula establecida en la ley en materia de protección social, la cual contiene componentes de asignación por persona afiliada, necesidades de salud, esfuerzo estatal y desempeño, de tal forma que la aportación es diferente para cada estado (Ministerio de Salud de México, 2010).
- *Mecanismos de pago:* En un principio, el SPSS utilizó un mecanismo de transferencia capitado por familias, el que fue redefinido en 2010, pasando a capitación individual. Esto ha permitido aumentar la velocidad de enrolamiento. El financiamiento de los servicios esenciales corresponde al 89% de los recursos. Un 8% se destina al financiamiento del paquete del FPGC y el resto (3%) al financiamiento del Fondo de Previsión Presupuestal. Este último contempla recursos para el desarrollo de infraestructura médica para atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social. Asimismo, se estableció un fondo compensatorio para los estados en que la transición a este nuevo esquema significara grandes ajustes presupuestarios.
- *Organización de servicios:* La protección social universal en salud, mediada por el Seguro Popular incluye un paquete explícito de servicios individuales y colectivos de salud, entre los que se cuentan la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (Knaul & Cols, 2012). El CAUSES contempla la atención integral de 284 intervenciones de primer y segundo nivel de atención, lo que representa una cobertura de más de 1.500 enfermedades. Los servicios se relacionan con especialidades como: urgencias, salud bucal, ortopedia, traumatología, reumatología, rehabilitación, estomatología, salud mental y adicciones, ginecología y obstetricia, pediatría, dermatología, entre otras. Se incluyen también acciones de preventivo-promocionales para enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles. El FPGC permite brindar atención de alta complejidad a través de 58 intervenciones asociadas a 17 enfermedades (Cáncer, VIH-SIDA, cuidados intensivos neonatales, cataratas, enfermedades congénitas y adquiridas de resolución quirúrgica, enfermedades lisosomales, hemofilia, Infarto agudo al miocardio, entre otras) (Ministerio de Salud de México, 2010). Tanto la cobertura como las intervenciones cubiertas son revisados sistemáticamente y expandidos continuamente. Los servicios de salud son entregados por proveedores acreditados, tanto públicos como privados.
- *Persuasión:* Se establece un mecanismo de “tutela de derechos” que tiene por objeto defender y proteger los derechos de las personas afiliadas al Seguro Popular, desde el momento de la solicitud de prestación de servicios, en un marco de respeto, oportunidad e integralidad y sin desembolso. Asimismo, la difusión de los derechos y obligaciones que adquiere una persona al momento de afiliarse forma parte del mecanismo de tutela. En este proceso, existen cuatro actores determinantes para que la atención se brinde de acuerdo a las normas: El Ministerio de Salud vela por los derechos de los usuarios. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud establece medidas y realiza acciones en el mismo sentido. Los Servicios de Salud de cada entidad federativa ejecutan las medidas establecidas y velan por su cumplimiento. Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, además de promover la incorporación de familias o personas al SPSS, llevar a cabo la afiliación y verificación de la vigencia, igualmente se encargan de velar por los derechos de los afiliados. Una figura clave en la tutela de derechos de las personas incorporadas al

Seguro Popular es el Gestor Médico, ente estratégico dentro de las unidades médicas puesto que los afiliados pueden acudir para la resolución de conflictos, quejas o sugerencias. (Ministerio de Salud de México, 2010)

8.4 DESEMPEÑO

De acuerdo a los hallazgos de estudios sobre utilización de servicios de salud en México, entre 2000 y 2006, habría aumentado el uso de servicios de salud provistos por el Ministerio de Salud entre la población más pobre, lo que conlleva una disminución de las desigualdades en el acceso. No obstante, según el mismo estudio, se mantienen importantes brechas de utilización entre grupos de ingreso (Danese, Sosa-Rubí, & Valencia, 2011).

Desde la perspectiva de los resultados de salud, entre 2006 y 2010, mejoró la cobertura del cuidado prenatal y del parto, de vacunación, de cuidados neonatales, del tratamiento de la diarrea e infecciones respiratorias agudas en niños y de intervenciones de screening para el cáncer de mamas y cuello del útero. También ha mejorado la cobertura efectiva, es el caso del tratamiento de la hipertensión que ha mejorado, tanto en los estados como en los deciles de ingreso más pobres.

Con relación a la protección financiera, existiría un efecto protector del Seguro Popular, especialmente entre los hogares urbanos para la prescripción de medicamentos y en las áreas rurales para el acceso a los servicios de salud. Persisten los desafíos relacionados con el acceso a los servicios de la población de áreas rurales muy aisladas. Asimismo, se reportan avances significativos en la tendencia a la baja respecto de los gastos catastróficos⁹ y de los que producen empobrecimiento de las familias¹⁰ entre 2000 y 2010, pasando de 3,1% a 2% en el primer caso y de 3,3% a 0,8% en el segundo (Knaul & Cols, 2012).

A pesar de los pasos que se han dado para cubrir a las familias más pobres, se mantienen los desafíos relacionados con mejorar la calidad de los servicios públicos. La percepción de los usuarios desmejoró entre 2000 y 2006. Tanto es así, que las personas los estratos socioeconómicos más ricos y de mayor edad, prefieren pagar para conseguir atención que ellos perciben de mejor calidad (Danese, Sosa-Rubí, & Valencia, 2011).

Asimismo, en el mismo periodo se observa un aumento significativo en la utilización de servicios privados entre miembros de bajos y medios ingresos. Por otra parte, la población que no recibe atención no se ha modificado en su distribución por grupos de ingreso entre 2000 y 2006.

En contraste, el uso de los servicios de seguridad social se ha mantenido constante: la utilización de esos servicios no muestra diferencias por grupos de ingreso, lo que refuerza la idea de que la seguridad social es una buena estrategia para reducir desigualdades (Danese, Sosa-Rubí, & Valencia, 2011).

⁹ Gasto catastrófico: que compromete el 30% de la capacidad de pago familiar.

¹⁰ Gastos que producen empobrecimiento: gastos que llevan a las familias a permanecer o cambiar de estatus a uno por debajo de la línea de la pobreza.

9. PERÚ

9.1 MOTIVACIÓN

El sistema de salud peruano está basado en el modelo de la seguridad social pero, como la mayoría de los demás sistemas latinoamericanos, es híbrido y segmentado. Está compuesto por 5 subsistemas: el sistema público de salud representado por el Ministerio de Salud (MINSA) y el Seguro Integral de Salud (SIS); el Seguro Social en Salud (EsSalud) adscrito al Ministerio de Trabajo; las Sanidades de Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército) adscritas al Ministerio de Defensa; la Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP) adscrita al Ministerio del Interior; y las instituciones del sector privado, incluyendo entidades prestadoras de salud, aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil (OSC).

El aseguramiento universal fue declarado prioritario en el Acuerdo Nacional suscrito por representantes de las organizaciones políticas y religiosas, la sociedad civil y el gobierno del Perú en el año 2002. Asimismo fue priorizado en el Plan Nacional Concertado de Salud del MINSA del año 2007 como el Lineamiento de Política 3, donde se establece como objetivo estratégico lograr el aseguramiento universal en salud, otorgando prestaciones con garantías de oportunidad y calidad.¹¹ Las metas de este lineamiento para el año 2011 eran: incrementar el aseguramiento en salud a través del SIS de aproximadamente 4,6 millones a 11 millones de ciudadanos en situación de pobreza y extrema pobreza; incrementar del 43% al 80% la población que esté afiliada a un seguro de salud con cobertura de plan de salud; y que 40% de la población independiente no asalariada se afilie a un seguro de salud con cobertura de un plan garantizado. En este contexto, la Ley Marco 29.344 fue producto de consensos políticos, técnicos y sociales y, de la misma manera, resultó de un análisis y asimilación de varios de los lineamientos existentes en modelos de aseguramiento en otros países.

Se espera que la adopción de un plan de beneficios de salud garantizado para todos los peruanos (el denominado Plan Esencial de Aseguramiento en Salud –PEAS), haga explícito este derecho social mediante la creación de un fondo de financiamiento para su cobertura a cargo del Estado para la población pobre del país. El PEAS se otorgará en el ámbito definido por la Ley de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), e incluirá promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para los problemas más importantes de salud.

9.2 SOLUCIÓN

La priorización del PEAS se realizó en torno a condiciones de salud, en la perspectiva de una solución integral al problema del acceso a la atención. Para la definición de los contenidos a garantizar se utilizó una metodología de selección que incorporaba etapas iterativas de revisión usando criterios múltiples de priorización (carga de enfermedad, efectividad y costo-efectividad, y suficiencia de la oferta pública).

La implementación del PEAS comenzó en el Seguro Integral de Salud (SIS) a fines del año 2009 en algunas zonas piloto, aunque según la ley todas las aseguradoras debieran haber comenzado a ofrecer el PEAS a partir de 2011. El SIS fue creado en el año 2002, fusionando el Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil. La Ley N° 27.657 del MINSA estableció que la misión del SIS es administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual, de conformidad con la política del sector. Por mandato, el SIS busca “*proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un*

¹¹ Plan Nacional Concertado de Salud.

seguro de salud, priorizando aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema”. Hacia fines del 2008 el SIS cubría a 8,7 millones de asegurados, o casi un tercio de la población peruana (Tabla 2)

TABLA 2 POBLACIÓN PERUANA Y ASEGURAMIENTO EN SALUD, 1994-2008

	1994	1997	2000	2003	2004	2005	2007	2008
Porcentajes								
Con seguro	23,4	22,7	32,3	41,7	36,5	35,3	43,3	54,2
EsSalud	20,0	19,4	19,7	16,1	15,7	15,3	17,9	18,7
SIS				21,0	16,6	16,3	18,4	30,4
Otros*	3,4	3,3	12,6	4,6	4,2	3,7	6,0	5,1
Sin seguro	76,6	77,3	67,7	58,3	63,5	64,7	56,7	45,8
Personas (millones)								
Con seguro	5,5	5,6	8,4	11,3	10,0	9,8	12,2	15,5
EsSalud	4,7	4,8	5,1	4,4	4,3	4,3	5,0	5,3
SIS	-	-	-	5,7	4,6	4,5	5,2	8,7
Otros*	0,8	0,8	3,3	1,2	1,2	1,0	1,7	1,5
Sin seguro	18,0	19,2	17,6	15,8	17,5	18,0	16,0	13,1
Total	23,5	24,8	26,0	27,1	27,5	27,8	28,2	28,5

Fuente: Bitrán, R. (2010) Análisis de la Reforma del Seguro Integral de Salud (SIS) del Perú. Banco Interamericano de Desarrollo.

La población beneficiaria del SIS se concentra en los grupos de menores ingresos. Así lo muestra un estudio sobre los seguros de salud en el Perú, que usó datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG 2006) para examinar la distribución del aseguramiento en el país en ese año. La distribución de la cobertura del SIS y EsSalud entre los deciles de ingreso era simétricamente opuesta mientras que EsSalud concentraba su cobertura en los 4 deciles superiores (tres de cada cuatro beneficiarios de EsSalud pertenecían a los 4 deciles superiores), el SIS lo hacía en los inferiores (dos de cada tres beneficiarios del SIS estaban en los 4 deciles inferiores).

9.3 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

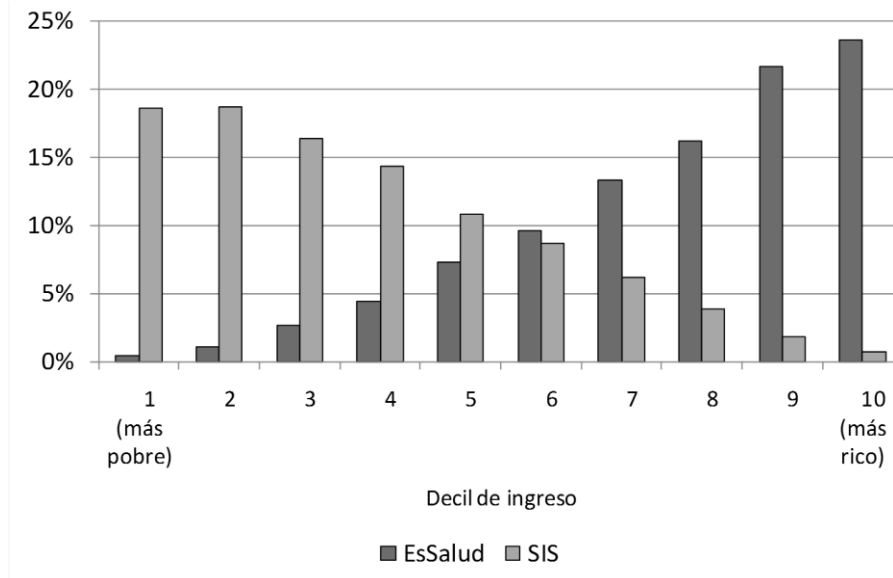
El enfoque del PEAS está orientado hacia una atención integral, considerando de modo importante lo preventivo en las condiciones asegurables para la población sana y los diferentes grupos de edades y sexo de la población.

Variables de diseño e implementación:

- **Financiamiento:** La implementación del PEAS no modifica el esquema de financiamiento del sector salud. El sistema de financiamiento de los prestadores públicos se presenta en la Figura 14. Los costos fijos de personal, infraestructura y otros, que representan aproximadamente un 70% de los costos totales de estos prestadores (la letra A en la figura) son financiados con recursos provenientes del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y canalizados por esa institución hacia los gobiernos regionales. Los costos variables de los prestadores, incluyendo medicamentos, insumos médicos y otros, que representan un 30% del total (letra B) son también financiados por el MEF pero a través del SIS. Mientras que el SIS paga a los prestadores por servicios prestados contra facturación, los gobiernos regionales asignan el presupuesto a sus prestadores con criterios diversos, no necesariamente en relación con la producción, en virtud de la discrecionalidad que confiere la ley de descentralización. De hecho, los aportes del MEF a los gobiernos regionales tienen el carácter de “Donación” en la contabilidad de los mismos y, como tal, son de libre disposición. Se presume que algunos gobiernos regionales no asignan a sus prestadores la totalidad del presupuesto que reciben

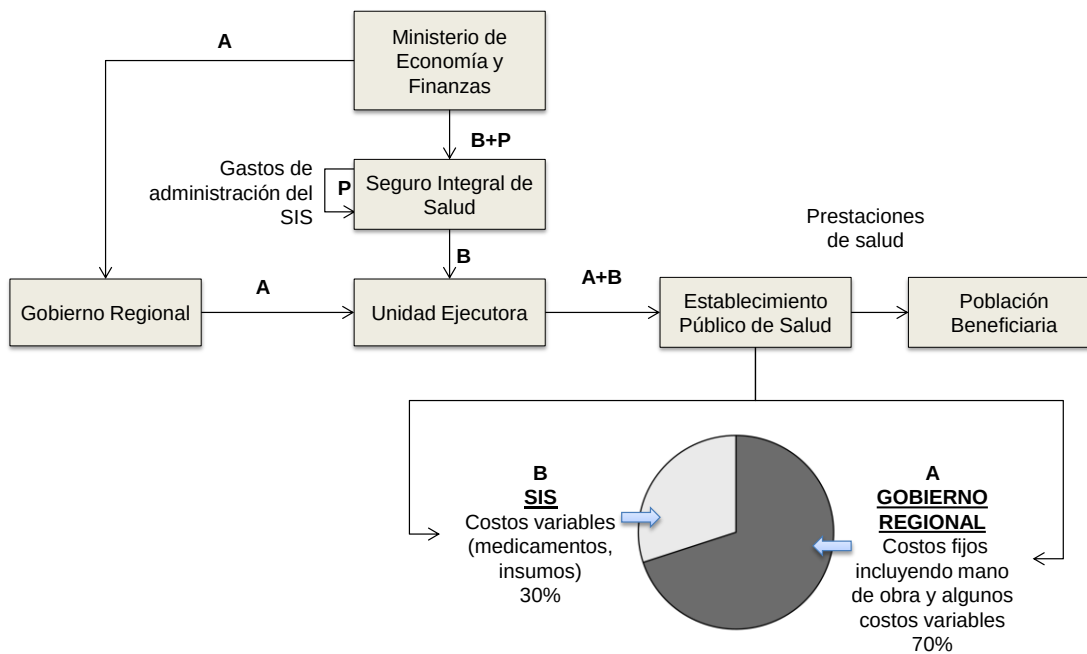
para ese fin, posiblemente generándoles a los prestadores un déficit para financiar sus gastos de operación e inversión.

**FIGURA 13 SIS Y ESSALUD:
COBERTURA DE LOS SEGUROS POR DECIL DE INGRESO, 2006 (%)**



Fuente: Bitrán y Asociados (2009). Impact of Health Insurance on Access to Health Services, Health Services Use, and Health Status in the Developing World. Monografía preparada para Brookings Institution

**FIGURA 14 ESQUEMA ACTUAL DE FINANCIAMIENTO
DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD**



Fuente: Bitrán, R. (2010) Análisis de la Reforma del Seguro Integral de Salud (SIS) del Perú. Banco Interamericano de Desarrollo.

En el caso del seguro de trabajadores dependientes, se mantiene su esquema de financiamiento que consiste en el aporte de los empleadores equivalente a 9% de la remuneración de sus trabajadores. El sector privado también mantiene su mismo sistema de financiamiento de seguros, a través de primas con copagos y deducibles. El nuevo plan de aseguramiento para trabajadores independientes se financia con aportes de los afiliados a través de primas anuales, con deducibles y copagos.

- *Mecanismos de pago:* El sector público compra prestaciones a los proveedores públicos mediante dos mecanismos de pago: tarifas y costos incurridos. Actualmente, existen impedimentos operativos para que el sector público tenga contratos de compra de servicios con prestadores públicos y privados. A raíz del PEAS, se han estudiado convenios entre las regiones y los hospitales públicos, dado que la red de servicios del subsector público es la más grande en el Perú. También existe la posibilidad que las aseguradoras privadas compren servicios con la red pública en el futuro.
- *Organización de servicios:* El PEAS incluye prestaciones en los tres niveles de atención (primario, secundario y terciario) y especifica tanto la “cobertura por evento” como las cantidades de cada prestación a ser cubiertas. Sin embargo, no está explícito si son cantidades máximas, promedios o si son las cantidades deseadas. Finalmente, los medicamentos cubiertos por el PEAS son los incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales. Sin embargo, los medicamentos no están relacionados de manera específica con cada intervención.
- *Regulación:* La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud –SUNASA, tiene el rol de velar por el adecuado desarrollo del PEAS incluyendo, entre otras, el registro, autorización de funcionamiento de aseguradoras, supervisión de cumplimiento de la Ley AUS, regulación de aseguradoras y proveedores y sanciones, como el cierre de registro de los proveedores y sanción a los seguros privados por eventuales no cumplimientos de los convenios con sus afiliados. En particular, con respecto a los proveedores. Para cumplir su cometido, la SUNASA puede establecer métodos de evaluación, adoptar sistemas de registros que permitan una supervisión eficiente y realizar análisis periódicos. No obstante, este organismo aún se encuentra en proceso de implementación.
- *Persuasión:* La difusión se ha limitado al anuncio del inicio de la Ley de AUS en las zonas piloto. No ha existido una estrategia comunicacional explícita para informar sobre los beneficios y derechos otorgados en el AUS a través del PEAS, ni se ha medido el grado de aceptación o satisfacción de los usuarios con la medida adoptada.

9.4 DESEMPEÑO

No se ha medido el impacto del PEAS o su desempeño en relación con sus objetivos. Se está diseñando un sistema de evaluación que se implementaría antes de 2015.

La operación del SIS como seguro público se ha visto mermada en años recientes. Por una parte ha habido un crecimiento significativo en su población beneficiaria y un aumento explosivo en la cantidad de atenciones médicas que proporciona. Por otra, su presupuesto por beneficiario, ajustado por inflación, ha caído en forma significativa y el gasto por atención de salud a sus beneficiarios ha caído aún más. La incongruencia entre la disponibilidad de financiamiento y sus obligaciones con los beneficiarios amenazan la sustentabilidad de este seguro. A ello se agrega un presupuesto insuficiente para la administración, de alrededor del 4% del presupuesto total, y una consiguiente carencia de recursos humanos y físicos para el correcto desempeño de su función.¹²

¹² Para un análisis detallado del presupuesto del SIS ver Bitrán y Asociados (2010), Análisis de la Reforma del Seguro Integral de Salud (SIS) del Perú. Componente 4: Propuesta para la formulación del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Perú (Enero).

La viabilidad del SIS se ve amenazada aún más por dos nuevos mandatos que ejercerán una presión creciente sobre su presupuesto. Uno de ellos es el planteado por la Ley AUS, que requerirá que el SIS deba financiar un nuevo plan universal de beneficios de salud, conocido como PEAS, respetando garantías de oportunidad y calidad. El PEAS, con sus más de 1.000 denominaciones, todas ellas garantizadas por ley, representa un compromiso que el SIS difícilmente podrá cumplir, excepto si se aumenta considerablemente su actual presupuesto. Otro desafío es la adopción de 3 nuevos programas estratégicos que se enmarcan dentro del sistema de presupuesto por resultado (PPR) promovido por el MEF en la administración pública en el Perú. Las atenciones contenidas en los nuevos PPR también constituirán un incremento en las responsabilidades del SIS con sus beneficiarios. El adecuado cumplimiento de este asegurador con esas nuevas responsabilidades difícilmente será posible sin una mayor cantidad de recursos. Ellos no sólo serán necesarios para financiar atenciones de salud, sino también para reforzar en forma significativa los sistemas de gestión administrativa y médica de este asegurador.

La experiencia peruana ilustra una situación común en Latinoamérica, en la cual se promete otorgar en forma universal un plan de beneficios de salud de costo muy superior a lo que los recursos disponibles en el país pueden financiar. En efecto, el PEAS tiene un costo por beneficiario que excede ampliamente los recursos disponibles del SIS. La implementación de la reforma de aseguramiento universal probablemente requerirá una nueva priorización del plan de beneficios PEAS, que sea coherente con la disponibilidad de recursos públicos para su financiamiento. El elevado y sostenido crecimiento económico peruano, por otra parte, irá aumentando los recursos públicos para el financiamiento de la reforma.

10. REPÚBLICA DOMINICANA

10.1 MOTIVACIÓN

Antes de iniciar su proceso de reforma, el sistema de salud dominicano se encontraba segmentado en tres subsistemas, cada uno de los cuales cumplía de manera independiente con las funciones de aseguramiento y provisión. Desde esta perspectiva, el sistema dominicano era tradicional en el contexto latinoamericano. Por una parte, operaba el subsistema público, que cubría teóricamente a la mayor parte de la población y estaba financiado a través de impuestos generales. El aseguramiento era implícito (no había aun plan de beneficios explícito) y universal (en teoría todos los dominicanos podían acceder a él gratuitamente). Por otra parte, estaba la seguridad social, que cubría a la población trabajadora formal. Y por último, existía el subsistema privado, cuyas aseguradoras, denominadas “iguales” cubrían a personas de ingresos altos y les otorgaba acceso a prestaciones en el sector privado. Este sector había crecido progresivamente durante las últimas décadas (Rathe & Moliné, Sistema de salud de República Dominicana, 2011). La segmentación de este sistema y la inequidad que producía, llevó al gobierno a formular un nuevo modelo.

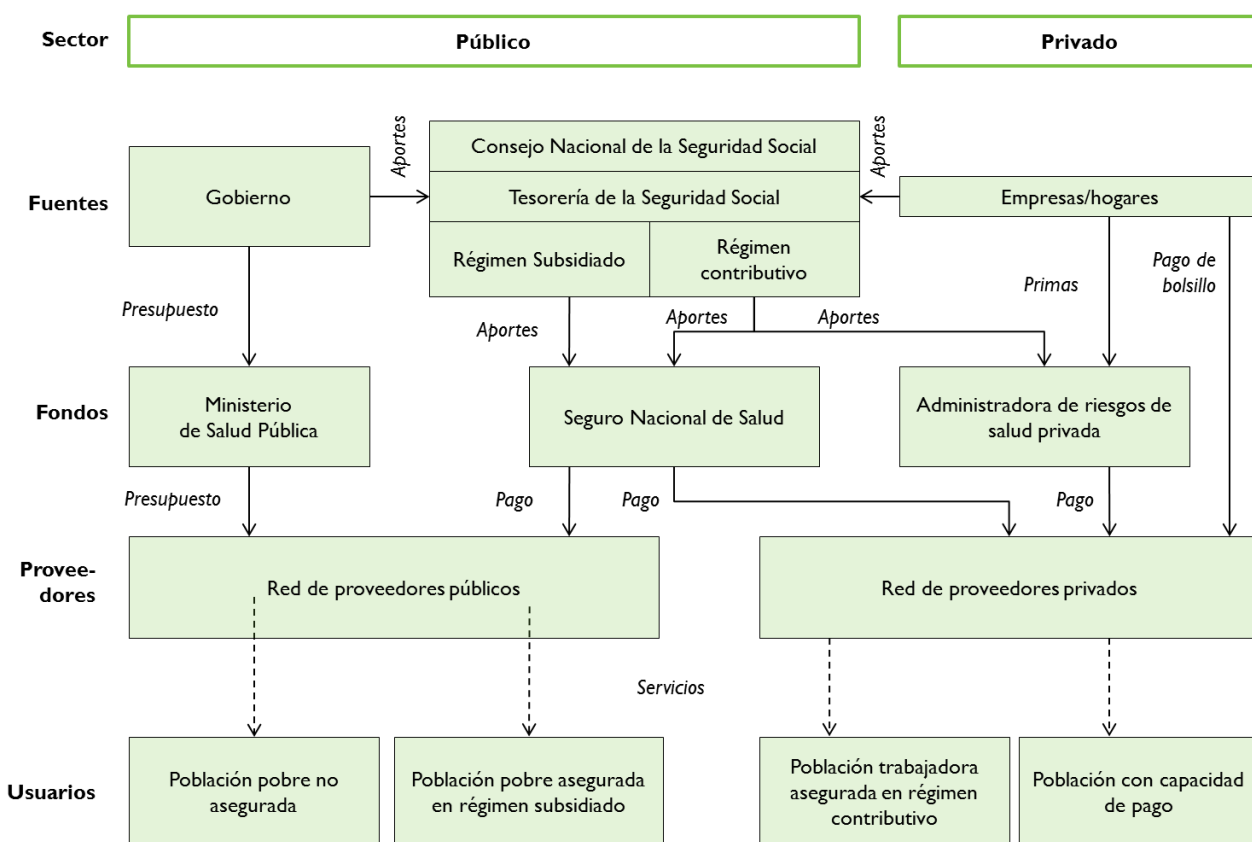
10.2 SOLUCIÓN

Desde 2001, a través de la Ley General de Salud, todos los ciudadanos del país y los extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, tienen derecho a la salud. Para dar sustento a este derecho se creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) que estableció un nuevo sistema compuesto por instituciones de naturaleza pública, privada y sin fines de lucro, especializadas en funciones específicas de aseguramiento y provisión.

Se Los encargados del diseño del nuevo sistema plantearon como meta del nuevo sistema la cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables.

Para alcanzar dicha meta, se instauró una función para la administración de los riesgos de salud (ARS) que recibiría una asignación per cápita de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), por cada afiliado. De este modo, se definió la existencia de un Seguro Familiar de Salud (SFS) que actuaría bajo dos regímenes de financiamiento: el contributivo y el subsidiado. En el caso del contributivo, los afiliados podrían escoger entre los proveedores privados, pero no así en el caso del régimen subsidiado, en que el Seguro Nacional de Salud (SENASA) es quien designaría al proveedor, así, cuando no existen los servicios en el sector público, el SENASA puede pagar por ellos en el sector privado (Rathe & Moliné, Sistema de salud de República Dominicana, 2011). En la Figure 15 se describe los actores y relaciones existentes en el nuevo sistema dominicano. Se puede observar que su diseño tiene muchas semejanzas con el colombiano, en particular la existencias de dos regímenes, el Contributivo y el Subsidiado, el financiamiento del Tesoro de Régimen Subsidiado y la existencias de administradoras de riesgo de salud.

FIGURA 15: SISTEMA DE SALUD DE REPÚBLICA DOMINICANA



Fuente: Rathe y Moliné (2011) Sistema de Salud de República Dominicana. Salud Pública de México.

En términos de cobertura, a fines de 2009 sólo un 34% de la población estaba afiliada al nuevo sistema de seguridad social. De esta población, un 61% correspondía al régimen contributivo y un 39% al subsidiado.

10.3 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

A continuación se describen los principales elementos del diseño y operación de nuevo sistema:

- **Financiamiento:** La prestación de servicios a la población no asegurada se realiza en la red de proveedores del Ministerio de Salud Pública y se financia con recursos provenientes de impuestos generales. Con relación al Régimen Subsidiado, comprende a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, los desempleados, discapacitados e indigentes. Su fuente de financiamiento proviene de recursos del Estado. Respecto al Régimen Contributivo, este corresponde a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores. Su financiamiento proviene de las contribuciones de los trabajadores y los empleadores, incluyendo al Estado como empleador (Rathe & Moliné, Sistema de salud de República Dominicana, 2011). Existe un régimen mixto destinado a trabajadores independientes con sueldos promedios iguales o superiores al sueldo mínimo nacional cuyo financiamiento proviene de contribuciones del trabajador y de subsidios del Estado, en remplazo del empleador (Rathe, 2010).
- **Mecanismos de pago:** Utiliza una transferencia per cápita a las Administradoras de Riesgos de Salud, las que efectúan convenios con los proveedores de servicios de salud, a los cuales les transfieren los recursos mediante el pago por la prestación de servicios a sus afiliados. Los servicios de salud

otorgados por prestadores privados se financian con una combinación de pagos efectuados por los seguros, con recursos provenientes de las primas, y con pagos directos de bolsillo realizados por los asegurados. En el sistema público los asegurados también pueden recurrir a proveedores privados, aunque sin fines de lucro.

- *Organización de servicios:* El plan de beneficios del SFS cubre servicios de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, rehabilitación, del embarazo, parto y sus consecuencias y los tratamientos derivados de accidentes de tránsito. Estos servicios están disponibles en la forma de un plan básico de salud que incluye acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención primaria, emergencias básicas, servicios ambulatorios y a domicilio; atención de especialidades, tratamientos complejos, hospitalización y asistencia quirúrgica y fármacos de tipo ambulatorio para la población subsidiada.
- *Regulación:* Esta función reside en el Consejo Nacional de Seguridad Social, cuyo rol es velar por el financiamiento y los contenidos del plan de beneficios y por los mecanismos de operación del sistema. Por último, las ARS son reguladas y supervigiladas por una entidad de carácter público.
- *Persuasión:* No se han establecido mecanismos de persuasión y no se dispone de estudios recientes que evalúen la calidad percibida de los servicios por parte de los beneficiarios del sistema.

10.4 DESEMPEÑO

República Dominicana avanza en el sentido de la cobertura universal ya que es posible observar un aumento en la cobertura desde un 27% en 2007 a un 40% en 2009. Sin embargo, existen datos no tan alentadores que muestran que la población asegurada que dice que tuvo que pagar el total del costo de la atención creció de un 28% en 2002 a un 29% en 2007. Asimismo, las altas tasas de mortalidad perinatal (22 por 100.000) y materna (159 por 100.000) no se condicen con las altas tasas de atención profesional del parto (cercasas al 100%), lo que puede estar mostrando deficiencias en la calidad de los servicios prestados.

Los cambios instaurados en el sistema dominicano de salud no han tenido éxito en reducir la carga financiera para los usuarios del sistema. Según Rathe (2010) cerca de la mitad del gasto nacional en salud todavía proviene del pago de bolsillo de los pacientes. A pesar de que los servicios públicos debieran ser gratuitos para los usuarios, estudios señalan que en 2007 más de un tercio de la población tuvo que pagar el costo total de la atención, mientras que solo un 12% reportó que el seguro cubrió la totalidad o una parte; menos de la mitad (44%) confirmó la gratuidad.

También se observó, una gran proporción de personas en los quintiles más pobres de la población que no usan los servicios de salud cubiertos en el plan de beneficios. Las razones de ello son la falta de dinero para cubrir los costos de la atención y el transporte. Estas barreras afectan en mayor medida a las mujeres, población rural y personas de la tercera edad.

Desde una perspectiva organizacional, la administración centralizada del sistema público de salud ha perpetuado algunas ineficiencias y problemas de gestión de recursos.

Finalmente, se han producido problemas en la modulación de mercado, dado que la demanda de profesionales está representada por un empleador único (autoridades del sector) y por otra, la oferta de profesionales está dada por un único oferente, la asociación Médica Dominicana. Esto, en la práctica, impone dificultades en la conducción del sector.

II. CONCLUSIONES Y LECCIONES GENERALES

La mayoría de los países latinoamericanos está embarcada en políticas de salud dirigidas a alcanzar la cobertura universal. Las estrategias que han seguido son variables. Varios países han concentrado sus esfuerzos en mejorar prioritariamente el acceso y la cobertura para las poblaciones de bajos ingresos. Tal es el caso de Argentina, Honduras, México y Perú. Otros han buscado igualar los beneficios de salud entre pobres y no pobres, como en el caso de Colombia y Chile. Brasil, por su parte, hizo un cambio dramático de política al convertir sus sistemas de salud desde uno basado en la seguridad social a uno basado en los impuestos generales. Brasil y Colombia son los dos países que han llevado a cabo las reformas más profundas en sus sistemas de salud, mientras que los demás países han implementado reformas incrementales.

Todas las estrategias de expansión de cobertura revisadas tienen al menos dos elementos en común. Primero, en el corazón de todas ellas está un plan de beneficios explícitos. Segundo, han presentado innovaciones en los métodos de pago a los prestadores públicos, alejándose del sistema de financiamiento tradicional basado en presupuestos históricos.

Uno de los grandes problemas que han enfrentado los países en este esfuerzo ha sido la carencia de recursos financieros o, más generalmente, la incoherencia entre los recursos disponibles y los requerimientos de financiamiento asociados a la provisión de un plan de beneficios para todos los ciudadanos o para ciertos grupos poblacionales. Este conflicto emana de visiones encontradas entre ciertos expertos, que aspiran a otorgar todos los servicios que la medicina moderna ofrece, y otros que sostienen que no es posible ni políticamente conveniente ofrecer más de lo que los recursos disponibles permiten financiar. El Perú es un caso extremo de un plan de beneficios cuyo costo supera ampliamente los recursos públicos disponibles. El caso de Colombia, con un plan de beneficios para la población subsidiada que aún no logra igualar al plan de la población contributiva, también es una manifestación del mismo problema.

La lección que surge de lo anterior es que, en el momento de formular los beneficios que se desea cubrir con el programa de cobertura universal, es indispensable mantener un equilibrio en el tiempo entre beneficios y fuentes de financiamiento. Planes de beneficio muy ambiciosos no son viables y pueden llevar al desprestigio o fracaso de la iniciativa.

Pero hay otros desafíos en el camino de la extensión de cobertura. Uno de ellos es asegurar que los beneficios ofrecidos efectivamente están disponibles para la población objeto de la reforma y que su calidad cumple con los estándares propuestos. Esto requiere de la formulación de protocolos de atención, de controles de calidad y de recursos físicos y humanos suficientes y compatibles con las necesidades asociadas a la cobertura prometida. Por ello es habitual que un plan de extensión de cobertura en salud lleve asociados esfuerzos importantes por reforzar la oferta pública de servicios, con mayores y mejores recursos humanos y físicos. O bien contemple la compra de servicios con el sector privado allí donde la oferta pública es inexistente o insuficiente para hacer frente a la nueva demanda.

El control de la calidad de la atención es un ingrediente indispensable en un programa de extensión de cobertura. Sin él, existe el riesgo que los servicios ofrecidos no cumplan con las normas de calidad y que, por lo tanto, la cobertura no sea la prometida. A la vez está el riesgo de que no se logren los resultados esperados en materia de salud, o de satisfacción de los beneficiarios, o de su protección financiera.

Un elemento faltante en muchos países que están buscando la cobertura universal es el esfuerzo de monitoreo y evaluación. Por ejemplo Chile, que ha hecho una reforma significativa y costosa, no la ha acompañado de un esfuerzo consistente en materia de evaluación de sus logros. Tampoco ha habido evaluaciones del esfuerzo llevado a cabo en Honduras, ni tampoco en Perú. México es una excepción por cuanto ha acompañado a la reforma del Seguro Popular de un esfuerzo sistemático de medición de resultados.

También está el desafío de la organización de la red de prestadores. Un buen sistema de salud debe contar con un sistema de referencia eficiente, lo que significa no sólo que debe haber establecimientos de diferentes niveles que coordinan sus atenciones a los pacientes sino que también los pacientes deben tener la información necesaria y la posibilidad de transportarse físicamente entre los diferentes niveles del sistema.

En una iniciativa de extensión de cobertura, la oferta de servicios debe ser real, y no sólo nominal, para lo cual algunos países han conferido derechos legales a los beneficiarios, a fin de que puedan hacerlos exigibles al demandar sus servicios. Tal es el caso de Chile y Colombia. En el caso colombiano, sin embargo, un abuso del sistema de legal reclamos de los beneficiarios está amenazando la viabilidad del sistema reformado. La lección colombiana es que es indispensable contar con el apoyo de la ley no sólo para que los beneficiarios hagan exigibles sus derechos, sino que también para que el sistema pueda proteger su integridad frente a demandas excesivas y no financiables por servicios de salud.

Por último, muchas de las reformas revisadas han adoptado como elemento nuclear de su estrategia la adopción de nuevos métodos de pago que promuevan el comportamiento eficiente de los prestadores. Es así como muchos países, notablemente Argentina, han modificado la estructura de incentivos financieros para los ministerios de salud regionales y para los prestadores públicos, con el fin de promover la afiliación al nuevo sistema de cobertura y la provisión de las prestaciones garantizadas en el plan de beneficios.

II.1 IMPLICANCIAS PARA BOLIVIA

El Proyecto de Ley del Sistema Único de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, del 23 de marzo de 2012, garantiza a todos los estantes y habitantes del país el acceso a las atenciones contenidas en un plan de beneficios con prestaciones en los tres niveles de atención. Para solventar los costos de esas atenciones y permitir un acceso gratuito a las mismas para todos los beneficiarios, el proyecto de ley prevé varias fuentes de financiamiento provenientes de los niveles nacional, departamental y municipal.

La reglamentación y posterior implementación de este proyecto de ley plantean diversos retos a la luz de la experiencia latinoamericana revisada en este documento:

1. Será indispensable calcular el costo actuarial del plan de beneficios de salud contemplado en el Artículo 6 (“Alcance”) del Proyecto de Ley, de modo de conocer el volumen de recursos financieros necesarios para su financiamiento (descritos en el Artículo 7 “Financiamiento del sistema único de salud”). Sin el conocimiento de dicho costo actuarial no será posible saber si habrá un calce entre los requerimientos de financiamiento y su disponibilidad. El cálculo del costo actuarial requiere estimar la demanda esperada futura por las atenciones del plan de beneficios y los costos unitarios de dichas atenciones. Si el costo actuarial excede los recursos financieros disponibles entonces será necesario reducir los contenidos del plan de beneficios o ampliar las fuentes de financiamiento.
2. También será necesario determinar los requerimientos de infraestructura, recursos humanos e insumos médicos consistentes con los beneficios contemplados en el Proyecto de Ley. Este asunto está relacionado con el Artículo 12 del Proyecto de Ley (“Financiamiento de proyectos de inversión: infraestructura, equipamiento, mantenimiento de las redes de salud y personal de salud”). En efecto, es posible que la provisión efectiva de los beneficios prometidos requiera de mayor capacidad

productiva en los establecimientos de salud que la que actualmente es posible con los recursos existentes.

3. Para garantizar la equidad en la atención, será necesario que la reglamentación incluya la generación de estándares (o protocolos) de atención para garantizar que los contenidos y calidad técnica de los servicios del plan de beneficios ofrecidos en todo el territorio nacional sean homogéneos y cumplan con condiciones técnicas mínimas. Estos estándares de atención deberán considerar la existencia de un sistema de referencia de pacientes desde el nivel primario hacia niveles superiores de atención y viceversa.
4. El plan de beneficios descrito en el Artículo 6 no incluye atenciones de salud pública (es decir, de carácter colectivo) sino que se remite a atenciones de carácter individual. Se recomienda explicitar en la Ley el conjunto de prestaciones de salud pública que será garantizado a la población nacional.
5. Por último, en la reglamentación de la Ley también será indispensable considerar posibles cambios en los métodos de pago a los prestadores públicos de servicios de salud. El sistema tradicional ha sido el presupuesto histórico, pero dicho sistema podría no ser enteramente adecuado para permitir un buen funcionamiento del nuevo Sistema Único de Salud. En efecto, al no asociar pago con producción, el pago histórico no confiere los incentivos financieros suficientes para que los prestadores otorguen la cantidad y calidad de servicios que la Ley establece. Otros sistemas de pago, como el pago por acto, la capitación, el pago por caso resuelto y los pagos prospectivos muy probablemente serán requeridos para el buen funcionamiento del nuevo sistema. A estos métodos de pago se los denomina “pagos por desempeño”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becerril, V., Medina, G., & Aquino, R. (2011). Sistema de Salud de Brasil. *Salud Publica de México*, s120-s131.
- D'Elia, V., Rottenschweiler, S., Calabria, A., Calero, A., & Gaiada, J. (2010). *Fuentes de financiamiento de los sistemas de seguridad social en países de América Latina*. Serie de Estudios Especiales. Gerencia de Estudios de la Seguridad Social. ANSES.
- Danese, L., Sosa-Rubí, S., & Valencia, A. (2011). Analysis of changes in the association of income and the utilization of curative health services in Mexico between 2000 and 2006. *BMC Public Health*, Publicación on line.
- Giedion, U., Panopoulou, G., & Gómez-Fraga, S. (2009). *Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México - 2009*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Knaul, F., & Cols, y. (2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in México. *The Lancet*.
- Medici, A. (2002). *Financing Health Policies in Brazil. Achievements, Challenges and Proposals*. Washington D.C. : Banco Interamericano de Desarrollo.
- Médici, A. (2007). *The Brazilian Health Reform and the Challenge of Decentralization*. Washington: D.C.
- Ministerio de Salud Chile. (2007). *Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible a factores de riesgo*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud Chile. (2010). *Evaluación de los Objetivos Sanitarios de la Década 2000-2010*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de Argentina. (2009). *Plan Nacer*. Recuperado el 25 de Julio de 2012, de <http://www.plannacer.msal.gov.ar/index.php/contents/detail/rol-de-las-provincias-y-de-establecimientos>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2012). *Ministerio de Salud* . Recuperado el 28 de Julio de 2012, de <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Paginas/informesGestion.aspx>
- Ministerio de Salud de México. (2010). *Seguro Popular* . Recuperado el 30 de Julio de 2012, de http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=332&Itemid=326
- Rathe, M. (2010). *Dominican Republic: Can universal coverage be achieved?* Organización Mundial de la Salud.
- Rathe, M., & Moliné, A. (2011). Sistema de salud de República Dominicana. *Salud Pública de México*, S197-S206.
- Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. (2004). *Getting Health Reform Right*. New York: Oxford University Press.
- Velandia, F., Ardón, N., Lara, M., Cardenas, J., & Perez, N. (2004). Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, 1997. *Revista de Salud Pública*, 46-58.
- Yepes, F. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Gerencia Política en Salud*, Bogotá, 118-123

REFERENCIAS POR PAÍS

Argentina

Ministerio de Salud de Argentina. (2009). Plan Nacer. Recuperado el 25 de Julio de 2012, de <http://www.plannacer.msal.gov.ar/index.php/contents/detail/rol-de-las-provincias-y-de-establecimientos>.

Brasil

Becerril, V., Medina, G., & Aquino, R. (2011). Sistema de Salud de Brasil. Salud Pública de México , s120-s131.

D'Elia, V., Rottenschweiler, S., Calabria, A., Calero, A., & Gaiada, J. (2010). Fuentes de financiamiento de los sistemas de seguridad social en países de América Latina. Serie de Estudios Especiales. Gerencia de Estudios de la Seguridad Social. ANSES .

Medici, A. (2002). Financing Health Policies in Brazil. Achievements, Challenges and Proposals. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Chile

Ministerio de Salud Chile. (2007). Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible a factores de riesgo. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud Chile. (2010). Evaluación de los Objetivos Sanitarios de la Década 2000-2010. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

Colombia

Giedion, U., Panopoulou, G., & Gómez-Fraga, S. (2009). Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México - 2009. Santiago de Chile: CEPAL.

Ministerio de Salud de Colombia. (2012). Ministerio de Salud. Recuperado el 28 de Julio de 2012, de <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Paginas/informesGestion.aspx>

Velandia, F., Ardón, N., Lara, M., Cardenas, J., & Perez, N. (2004). Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, 1997. Revista de Salud Pública , 46-58.

Yepes, F. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Gerencia Política en Salud, Bogotá, 118-123.

México

Giedion, U., Panopoulou, G., & Gómez-Fraga, S. (2009). Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México - 2009. Santiago de Chile: CEPAL.

Ministerio de Salud de México. (2010). Seguro Popular. Recuperado el 30 de Julio de 2012, de http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=332&Itemid=326

Danese, L., Sosa-Rubí, S., & Valencia, A. (2011). Analysis of changes in the association of income and the utilization of curative health services in Mexico between 2000 and 2006. BMC Public Health, Publicación on line.

Perú

Fuente: Bitrán, R. (2010) Análisis de la Reforma del Seguro Integral de Salud (SIS) del Perú. Banco Interamericano de Desarrollo.

Bitrán y Asociados (2010), *Análisis de la Reforma del Seguro Integral de Salud (SIS) del Perú. Componente 4: Propuesta para la formulación del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Perú (Enero)*.

República Dominicana

Rathe, M., & Moliné, A. (2011). Sistema de salud de República Dominicana. *Salud Pública de México* , S197-S206.



