



Planes de beneficios en salud de **América Latina**

Una comparación regional



Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

Planes de beneficios en salud de América Latina

Editores:

Ursula Giedion
Ricardo Bitrán
Ignez Tristao

scl-sph@iadb.org
www.iadb.org/salud

Mayo de 2014



Catalogación en la fuente proporcionada por la
**Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo**

Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional / Ursula Giedion, Ricardo Bitrán, Ignez Tristao, editores.
p. cm.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN 978-1-59782-174-2

1. Medical care—Latin America. 2. Medical policy—Latin America. I. Giedion, Ursula. II. Bitrán, Ricardo A. III. Tristao, Ignez. IV. Banco Interamericano de Desarrollo.

División de Protección Social y Salud.

RA410.55.L29 P43 2013

IDB-BK-122

Códigos JEL: I1, I13, I18, H51

Las opiniones expresadas en esta publicación son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa. Se prohíbe el uso comercial no autorizado de los documentos del Banco, y tal podría castigarse de conformidad con las políticas del Banco y/o las legislaciones aplicables.

Copyright © 2014 Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados; este documento puede reproducirse libremente para fines no comerciales.

{ Índice

Prefacio	5
Siglas y acrónimos	7
Introducción	
Explicitar lo implícito: Análisis de siete planes de beneficios en salud de América Latina	9
Primera parte: Planes universales de beneficios en salud	
Capítulo 1. Chile: las Garantías Explícitas de Salud	45
Capítulo 2. Colombia: el Plan Obligatorio de Salud	80
Capítulo 3: Uruguay: el Plan Integral de Atención a la Salud	114
Segunda parte: Planes de beneficios en salud para cubrir a la población pobre	
Capítulo 4. México: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud y el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos	144
Capítulo 5. Perú: el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud	170
Tercera parte: Planes de beneficios en salud focalizados en atención materna e infantil	
Capítulo 6. Argentina: el Plan NACER	199
Capítulo 7. Honduras: el Paquete Básico de Salud	226

Anexos

Los anexos de esta publicación están disponibles en <http://goo.gl/AcoQWe>

{ Agradecimientos

Planes de beneficios en salud de América Latina y el Caribe - Una comparación regional es un producto del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y se llevó a cabo bajo la tutela de Ferdinando Regalia, jefe de la División de Protección Social y Salud. El volumen fue editado por Ursula Giedion, economista sénior en salud, Ricardo Bitrán, economista sénior en salud, e Iñez Tristao (BID), economista sénior en salud y protección social. Los tres y Oscar Cañón son también los autores principales de la introducción, donde se analizan los resultados de los estudios de caso de este trabajo. Iñez fue responsable de la coordinación general de la producción de este libro, mientras que Ursula tuvo a su cargo la dirección técnica.

Los editores agradecemos a Amanda Glassman, del *Center for Global Development*, por dar vida a este proyecto, por su visión y por iniciar los diálogos sobre el diseño, la implementación y el ajuste de planes de beneficios en salud. También agradecemos a Norbert Schady, quien trabajó en el panel de revisión de esta publicación, por su orientación e insumos a este trabajo.

Agradecemos a Daniela Philipp (BID), Dorota Raciborska y Adriana Ávila por su colaboración y dedicación en la coordinación y gerencia de este proyecto, a Agustín Cáceres (BID) por sus insumos editoriales y a Oscar Cañón, coautor de la introducción y del capítulo de Colombia, por sus insumos técnicos durante la edición final de este trabajo.

Muchas organizaciones presentaron sus políticas y estrategias de priorización y sus procesos de diseño, implementación y ajuste de los planes de beneficios en salud. Desinteresadamente dedicaron tiempo a completar formularios, presentar documentos y responder preguntas de los investigadores. Hemos aprendido de ustedes, muchas gracias.

Por último, agradecemos a Ignacio Camdessus y Sonia Jalfin, de Sociopúblico, a Kathryn Metz, y a Círculo Salvo Comunicación por la dedicación en el trabajo de edición, traducción, diseño gráfico y producción de este libro.

{ Prefacio

Garantizar el derecho a la salud en igualdad de condiciones para todos es una meta hacia la que toda sociedad quiere avanzar, máxime en una región tan desigual como América Latina y el Caribe. La cobertura universal es un objetivo importante para la mayoría de los países; sin embargo, el contexto para lograr una cobertura universal es difícil: cada día aumenta la presión sobre el gasto en salud. El rápido desarrollo de la tecnología médica, los cambios epidemiológicos y el envejecimiento de la población son algunos de los factores que llevan a los países a incrementar su gasto en salud. Además, como resultado de mejores condiciones de vida y más acceso a información médica, la población tiene expectativas cada vez mayores de lo que debiera ofrecerle el sistema de salud. Al mismo tiempo, los recursos para la salud no han crecido a la par de la demanda, lo que ha generado una brecha creciente. “Ningún país del mundo tiene los recursos suficientes para proveer a todos sus ciudadanos la totalidad de los servicios con los máximos estándares de calidad posibles; cualquiera que crea lo contrario vive en un mundo de fantasía”, dice en un artículo reciente Sir Michael Rawlins, presidente del National Institute for Clinical Excellence, entidad pública de Reino Unido que ha sido pionera en decidir explícitamente qué tecnologías médicas se financian y cuáles no en el sistema de salud público inglés.

Como los recursos no alcanzan para ofrecer todos los servicios médicos a todos quienes los necesitan, la provisión necesariamente se restringe; es decir que explícita o implícitamente se termina decidiendo quiénes reciben qué servicios y con qué recursos. Muchos países, dentro y fuera de la región, siguen valiéndose de mecanismos implícitos: listas de espera, “dilución” de la calidad de las prestaciones, negación de los servicios en el punto de atención o pagos de bolsillo elevados. Estos no siempre privilegian a los grupos más vulnerables, o a los temas de salud más apremiantes.¹ Por ello, algunos países consideran al racionamiento implícito poco equitativo y eficiente y han adoptado planes de beneficios de salud que definen explícitamente los servicios que serán cubiertos con recursos públicos.

Estos planes surgen en el contexto de nuevos paradigmas de política social y del derecho humano internacional. Los planes explícitos de beneficios pueden considerarse así una concreción del derecho a la salud. El universalismo básico como principio rector de la política social en la región, promovido por el Banco Interamericano del Desarrollo (BID) y por otros organismos internacionales, promueve la cobertura universal, que incluye las prestaciones esenciales de derecho universal, conjunto que variará con las posibilidades y definiciones de cada país.² Los derechos explícitos,

¹ Gottret, P. y G. Schieber. 2006. *Health Financing Revisited. A Practitioner's Guide*. Washington DC, Banco Mundial.

² Filgueira F., C. G. Molina, J. Papadópulos y F. Tobar. 2006. “Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida en América Latina”, en C. G. Molina (ed.) *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*. Washington DC y México DF, BID y Planeta.

garantizados y exigibles deberían ser parte de un nuevo pacto social para universalizar la protección social en la región, como sostiene la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los planes explícitos y exigibles de salud son vistos entonces como un instrumento para promover la exigibilidad de estos derechos y enfrentar los problemas de financiamiento e inequidad de la cobertura.³ El alcance de los servicios ofrecidos por los sistemas de salud es una de las tres dimensiones para medir el avance hacia la cobertura universal;⁴ un plan de beneficios puede dar una idea de cuán profunda es esa cobertura, siempre y cuando sea efectivo.

El interés renovado por los planes de beneficios se verifica en el lugar que ocupan hoy en los debates sectoriales. ¿Cómo han diseñado y ajustado los países de la región estos planes explícitos? ¿Qué metodologías han utilizado para tal fin? ¿Qué dificultades han enfrentado? ¿Qué lecciones han aprendido de esta experiencia? Como se muestra en la introducción de este libro, los países de la región que han definido planes explícitos de beneficios de salud son varios y cada día más, tendencia que también se registra a nivel mundial.⁵ Sin embargo, pese a la rica experiencia de muchos países, los intentos por sistematizarla son aún escasos, sobre todo en países de ingresos bajos y medios.

Desde 2011, el BID implementa un proyecto regional de transferencia de conocimientos sobre planes explícitos de beneficios de salud, tanto metodologías aplicables a la priorización, costeo, evaluación del impacto presupuestario o monitoreo, como lecciones sobre los procesos e instituciones necesarios para que los planes sean viables técnica y políticamente. En el marco de este

proyecto, el BID convocó en octubre de 2010 a un taller internacional sobre planes de beneficios en Santiago de Chile. El interés de los países rebasó todas las expectativas y puso de manifiesto la necesidad de conocimiento y las posibles sinergias a nivel regional. Así, el seminario fue también el punto de partida para un estudio regional en el que siete países latinoamericanos analizaron su experiencia con los planes explícitos de beneficios bajo una misma metodología. Sus resultados se plasman sintéticamente en la introducción de este libro. De ahí se desprenden lecciones y aprendizajes útiles para otros países interesados en adoptar planes explícitos de beneficios, o en profundizarlos y ajustarlos.

Los planes explícitos de beneficios no se limitan a listar servicios priorizados y requieren de esfuerzos metodológicos importantes, sistemáticos y continuos, de instituciones sólidas y, por último pero no menos importante, de un compromiso político sostenido para convertir lo priorizado en realidad. Si esto ocurre, los planes de beneficios pueden convertirse en la piedra angular de la cobertura universal.

Esperamos que esta publicación sirva como una guía para los gestores de salud, de América Latina y el Caribe y otras regiones, en su misión de proveer el mejor servicio de atención al mayor número posible de personas con recursos limitados, al tiempo que aseguran la sostenibilidad técnica y financiera del sistema. Esperamos sinceramente que la disfruten y que les sea útil.

Ferdinando Regalia

Jefe de la División de
Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo

³ Giedion U., G. Panopoulou y S. Gómez. 2009. "Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México". CEPAL-ASDI.

⁴ Organización Mundial de la Salud. 2010. *Informe sobre la salud en el mundo. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, OMS.

⁵ Glassman A., K. Chalkidou, U. Giedion, Y. Teerawattananon y otros. 2012. "Priority-Setting Institutions in Health". *Global Heart*, 7(1): 13-34.

{ Siglas y acrónimos

ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado (Uruguay)
AUGE	Acceso Universal a Garantías Explícitas (Chile)
AUS	Aseguramiento Universal en Salud (Perú)
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CABEME	Catálogo de Beneficios Médicos (México)
CASES	Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (México)
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (México)
CIAC	Catálogo de Intervenciones de Alto Costo (México)
CMET	Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología (Colombia)
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud (México)
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (Colombia)
CRES	Comisión de Regulación en Salud (Colombia)
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas (Perú)
ENAH0	Encuesta Nacional de Hogares (Perú)
EPS	Empresa promotora de salud (Colombia)
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud (Perú)
FNR	Fondo Nacional de Recursos (Uruguay)
Fonasa	Fondo Nacional de Salud (Chile)
FONASA	Fondo Nacional de Salud (Uruguay)
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía (Colombia)
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (México)
GES	Garantías Explícitas de Salud (Chile)
GP	Gestor proveedor (Honduras)
IAMC	Instituciones de asistencia médica colectiva (Uruguay)
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (Colombia)
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
IMAE	Institutos de medicina altamente especializada (Uruguay)
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSSJP	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (Argentina)
IPS	Instituciones prestadoras de servicios de salud (Colombia)
Isapres	Instituciones de salud previsual (Chile)
ISS	Instituto de Seguros Sociales (Colombia)

ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (México)
JUNASA	Junta Nacional de Salud (Uruguay)
LGS	Ley General de Salud (México)
LPIS	Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (Perú)
MBMC	Medicamentos de costo bajo o mediano (Uruguay)
MINSA	Ministerio Nacional de Salud (Perú)
MSP	Ministerio de Salud Pública (Uruguay)
PBMC	Prestaciones diagnósticas y terapéuticas de complejidad y costo bajos o medianos (Uruguay)
PBS	Plan de beneficios en salud
PBSMGD	Paquete Básico de Salud del modelo de gestión descentralizada (Honduras)
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (Perú)
Pemex	Petróleos Mexicanos
PIAS	Plan Integral de Atención a la Salud (Uruguay)
PIB	Producto interno bruto
PN	Plan Nacer (Argentina)
PNME	Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (Perú)
POS	Plan Obligatorio de Salud (Colombia)
POS-C	Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo (Colombia)
POS-S	Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado (Colombia)
PPA	Paridad del poder adquisitivo
PRIESS	Programa de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos del Sector Salud (Honduras)
PRSS	Programa de Reforma del Sector Salud (Honduras)
PyMAC	Prestaciones diagnósticas y terapéuticas de alta especialización y costo, y medicamentos de alto costo y alto impacto económico (Uruguay)
SESAL	Secretaría de Salud (Honduras)
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud (Colombia)
SIS	Seguro Integral de Salud (Perú)
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares (Perú)
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud (Uruguay)
SPS	Seguro provincial de salud (Argentina)
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud (México)
SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (Perú)
UECF	Unidad de Extensión de Cobertura y Financiamiento (Honduras)
UPC	Unidad de pago por capitación (Colombia)
VIH/sida	Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Introducción



Explicitar lo implícito: Análisis de siete planes de beneficios en salud de América Latina

Ursula Giedion, Ignez Tristao, Ricardo Bitrán y Oscar Cañón

“Ningún país, por más rico que sea, está en capacidad de proveer a toda la población todas las tecnologías o intervenciones que podrían mejorar la salud o prolongar la vida”, sostiene la Organización Mundial para la Salud (OMS, 2010). Las brechas crecientes entre los recursos financieros disponibles y lo que costaría a los gobiernos garantizar la provisión de los servicios de salud para toda la población y con todas las tecnologías sanitarias existentes son uno de los mayores desafíos de política pública del siglo XXI. Este libro analiza la adopción de planes de beneficios en salud (PBS) explícitos en siete países latinoamericanos como forma de priorizar el gasto en salud ante recursos públicos limitados.

El rápido crecimiento del gasto en salud ha dejado de ser una preocupación exclusiva de los actores del sector de salud y ha pasado a preocupar también a los responsables de asegurar la estabilidad fiscal de los países. En Estados Unidos, donde se gasta cerca del 17,9% del producto interno bruto en salud (según datos de 2011 del observatorio de la salud mundial de la OMS), el gobierno ha indicado que el alto gasto en salud es el principal determinante de la deuda pública y de los déficits de largo

plazo (Rettenmaier, 2009).¹ Además, en algunos países está creciendo la preocupación por que este aumento del gasto desplace a otros rubros del gasto público (Jackson y McDermott, 2004) y afecte a la economía en general (Office of The Assistant Secretary for Planning and Evaluation, 2005; Auerbach y Kellermann, 2011).

La evidencia muestra que el principal determinante del crecimiento del gasto per cápita en salud de las últimas décadas ha sido la difusión y uso de nuevas tecnologías médicas (Bodenheimer, 2005; Kaiser Family Foundation, 2007; Giedion, Muñoz y Ávila, 2012).² En Estados Unidos, por ejemplo, se ha estimado que las nuevas tecnologías en salud³ explican entre el 33% y el 50% del incremento del gasto en salud (Mohr y Mueller, 2001; Newhouse, 1992). Existen hoy ya una decena de medicamentos que valen más de US\$200.000 por paciente y por año (FiercePharma Manufacturing, 2013) y en 2012 se otorgó por primera vez un registro sanitario para un medicamento genético que tiene un costo esperado de 1 millón de euros por tratamiento. Estas tecnologías sanitarias extremadamente costosas tendrán un impacto cada vez más importante sobre la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud. La

¹ En Estados Unidos se gastaba en 2010 alrededor de US\$8233 per cápita en salud (OCDE, 2012). Se proyecta que el sector absorberá alrededor de un tercio de todos los ingresos del país en los próximos 26 años.

² Según algunos estudios los nuevos medicamentos de receta bajarían el costo total para la sociedad al reducir las hospitalizaciones (Zhang y Soumerai, 2007). Esto ha sido llamado *drug-offset effect*.

³ Las tecnologías sanitarias incluyen dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver un problema de salud y mejorar la calidad de vida.

región de América Latina y el Caribe no ha sido ajena a este problema. Una resolución reciente de la Organización Panamericana para la Salud indica que las tecnologías sanitarias “son decisivas para la calidad de la atención y, por otro lado, representan un impacto presupuestario cada vez mayor que puede amenazar la sostenibilidad de los sistemas de salud” (OPS, 2012). Además, las tecnologías nuevas no siempre ofrecen una ventaja terapéutica clara frente a las que ya existen en el mercado (Olson y Marcus, 2013) lo que indica a su vez la importancia de que los gobiernos las sometan a un escrutinio detallado antes de financiarlas.

En el contexto de la situación recién descrita, la pregunta ya no es si los gobiernos deben o no tomar decisiones acerca de qué financiar sino de cómo hacerlo. ¿Cómo orientar los limitados recursos públicos hacia los servicios de salud que más benefician a la población en un mundo en donde la tecnología sanitaria evoluciona a gran velocidad y las posibilidades y necesidades médicas parecen infinitas? ¿Qué servicios de salud deberían cubrirse, bajo qué circunstancias y para quiénes, con los recursos que se tiene a disposición? Responder a estas preguntas es especialmente difícil en los países de ingresos bajos y medios, ya que el acceso de la comunidad médica a la información sobre innovaciones tecnológicas en el sector de salud no depende de la capacidad financiera de los sistemas de salud en el que operan y, a la vez, los recursos disponibles para financiar esas tecnologías varían ampliamente. Se crean así unas tensiones muy difíciles de gestionar entre lo médicamente posible y lo financieramente factible. Los recursos públicos asignados a salud son en promedio ocho veces mayores en los países de ingresos altos (US\$3240 en paridad del poder adquisitivo [PPA]) que en América Latina y el Caribe (US\$385 PPA) (datos de 2011 del observatorio de la salud mundial de la OMS). Lo anterior implica que los gobiernos de la región no pueden financiar la misma cobertura de servicios médicos que los países de alto ingreso, aún más considerando que

la región todavía enfrenta problemas de equidad, con buena parte de la población sin acceso ni siquiera a los servicios de salud básicos. Por ejemplo, los datos de las encuestas de demografía y salud muestran que muchas mujeres pobres y con bajo nivel educativo no acceden a una atención institucional al parto en varios países de la región, y en muchos países solo una pequeña proporción de las personas con diagnóstico de diabetes o hipertensión reciben el tratamiento adecuado (Giedion, Muñoz y Ávila, 2012).

Cuando las necesidades son mayores que los recursos disponibles, existe inevitablemente algún tipo de racionamiento. Muchos países dentro y fuera de la región siguen operando solo con mecanismos de racionamiento implícito (listas de espera, trámites de autorización engorrosos, negación de los servicios en el punto de atención, etc.) (Klein, Day y Redmayne, 1996). Sin embargo, un número cada vez mayor ha adoptado herramientas de priorización explícita. Esos países toman decisiones explícitas acerca de cuáles tecnologías sanitarias se deben financiar o no con recursos públicos. Existen dos tipos de mecanismos para hacerlo, que en muchos países se aplican de manera complementaria: la institucionalización de los procesos para la priorización explícita, por ejemplo con la ayuda de instituciones dedicadas a la evaluación de los beneficios y costos de nuevas tecnologías médicas, y/o la adopción de un plan de beneficios de salud que define explícitamente qué servicios se van a financiar con recursos públicos.

La adopción de PBS es una tendencia global, independiente del nivel de ingresos de cada país. Por ejemplo, casi todos los países europeos que se financian con impuestos a la nómina cuentan con planes explícitos de salud (Busse, Schreyögg y Gericke, 2007). Además, la mayoría de los países definen explícitamente los beneficios farmacéuticos que se cubren en sus sistemas de salud independientemente del sistema de salud que tengan

(Vogler y otros, 2008). Incluso en algunos sistemas que se financian con impuestos generales, se está discutiendo la conveniencia de adoptar planes más explícitos de beneficios. Por ejemplo, en el sistema nacional de salud del Reino Unido se debate si el país debería pasar del racionamiento implícito a un plan de beneficios más explícito (Rumbold, Smith y Alakeson, 2012). Los países de ingresos bajos y medios no han sido ajenos a esta tendencia. Según Glassman y Chalkidou (2012), al menos 63 países de ingresos bajos y medios de todas las regiones del mundo, con o sin sistemas de aseguramiento, con o sin participación de actores privados, cuentan hoy con PBS explícitos. En América Latina y el Caribe un número creciente de países ha adoptado planes explícitos de beneficios para cubrir a toda la población o a grupos prioritarios con planes de alcance integral o limitado. Además, varios países destinan una parte significativa de sus recursos públicos para salud a financiar un plan explícito de beneficios. En Colombia se canaliza ya más del 70% hacia la financiación del Plan Obligatorio de Salud (POS), mientras que en Uruguay se destinan dos terceras partes (2008), en Chile el 46% (2009) y en México el 28,1% (2011). Es así como los planes de beneficios determinan cada vez más la asignación de recursos públicos y se están convirtiendo en factores importantes de la eficiencia y equidad en el gasto de salud.

Las políticas de planes de beneficios de salud no son nuevas. Quizás el pionero en la materia fue el estado de Oregón, en Estados Unidos, donde se diseñó e implementó un PBS desde finales de la década de 1980 por la falta de cobertura total de aseguramiento de la población pobre bajo el esquema de Medicaid (DiPrete y Coffman, 2007). Los criterios y metodologías utilizados para actualizar este PBS evolucionaron, pero aún en la actualidad Oregón publica y actualiza anualmente una lista explícita de los servicios cubiertos.

En 1993 el Banco Mundial planteó en su informe sobre el desarrollo mundial *Invertir en salud* la conveniencia de

adoptar planes explícitos de salud financiados con recursos públicos para los países en desarrollo ya que ello permitiría dirigir los recursos hacia las intervenciones con mayor impacto en salud con los escasos recursos disponibles (Banco Mundial, 1993). Más recientemente, y bajo el concepto de cobertura universal promovido por la OMS, los planes o paquetes explícitos de beneficios han recibido un renovado interés. La cobertura universal se define en tres ejes o dimensiones según el famoso diagrama del “cubo”: las personas cubiertas por la seguridad social, los servicios cubiertos y el porcentaje del costo de las intervenciones que se cubre. Un PBS es una manera de definir qué servicios están cubiertos. Una serie de estudios recientes del Banco Mundial que analiza 22 países que han avanzado hacia la cobertura universal encontró que el 80% de ellos tiene un plan explícito de beneficios (Banco Mundial, 2013).

La región cuenta ya con numerosas y variadas experiencias en el ámbito del diseño e implementación de planes explícitos de beneficios, pero estas no han sido documentadas de manera sistemática. Incluso a nivel mundial la bibliografía sobre el tema es escasa (Schreyögg y otros, 2005; Stolk y Rutten, 2005; Mason, 2005). El conocimiento acumulado no es de fácil acceso para los responsables de políticas y las partes interesadas en el tema, ya que está disperso en las entidades gubernamentales, en las manos de profesionales especializados, de institutos de investigación y de empresas de consultoría. Este libro busca documentar de forma sistemática la experiencia de siete países de la región que adoptaron planes explícitos de beneficios.

En lo que resta de este capítulo se presentan distintas definiciones de PBS. Seguidamente, se presentan las pautas que se utilizaron para seleccionar y documentar los siete estudios de caso. Luego se examinan las principales motivaciones de los países para diseñar e implementar un PBS, el contexto en que lo hicieron y las características de sus

planes. Después se destacan los aspectos más innovadores y los principales retos de cada uno de los siete PBS y, para finalizar, se analizan las principales conclusiones de las experiencias estudiadas en este libro.

Definiciones

No hay consenso sobre la definición de PBS. Muchos de los intentos de definición han sido circulares: definen un PBS como un plan de beneficios en salud con ciertas características. Por ello, en esta sección, en vez de proponer una definición, se presentan las definiciones en uso y se describen las características más relevantes de los PBS para delinear los aspectos que los diferencian de otros planes de salud.

Según Tarimo (1997), los PBS son “Un conjunto de servicios que se consideran importantes y que *la sociedad decide* [resaltado nuestro] garantizar para todos”. Según Schreyögg y otros (2005), “Los paquetes/canastas de beneficios se refieren a la totalidad de servicios, actividades y bienes *cubiertos por un esquema de aseguramiento obligatorio o por los sistemas nacionales de salud financiados con recursos públicos* [resaltado nuestro]”.

Wong y Bitrán (1999) plantean que un PBS cumple con las siguientes tres características: “1) Típicamente es un subconjunto de todas las intervenciones [que sería posible proveer] con el desarrollo de la tecnología médica actual; 2) las intervenciones contenidas en un PBS no son escogidas al azar sino que son el resultado de un proceso de priorización que busca lograr ciertos objetivos técnicos y sociales específicos, y 3) las intervenciones del PBS no son todas independientes entre sí, sino que muchas se escogen específicamente para complementarse o fortalecerse mutuamente para que haya sinergia entre ellas”. De manera complementaria, Rumbold, Smith y Alakeson (2012) describen tres elementos que forman parte de un plan de beneficios: i) las categorías de servicios financiados, es decir los tratamientos y servicios que

se definen como financiables según la normativa del sistema de salud; ii) el adecuado uso de los servicios, definido mediante reglas y protocolos, y iii) limitaciones financieras, que disponen qué servicios del PBS serán brindados de manera gratuita o cuáles requerirán un pago y cómo este será definido.

Las anteriores definiciones y descripciones destacan varias características centrales de un PBS:

1. *Un conjunto mínimo de garantías explícitas...* Los PBS proveen un mínimo de servicios que debieran ser garantizados para todas las personas por razones de equidad. Ninguna sociedad, ni siquiera la más rica, puede financiar todos los servicios de salud de manera ilimitada para toda la población. Por ello un PBS delimita explícitamente los servicios, actividades y bienes cubiertos. Esto contrasta con el funcionamiento tradicional de los sistemas de salud de América Latina, donde hay una oferta pública generalmente universal pero con restricciones presupuestarias y de recursos. Un PBS define de manera *positiva* lo que se cubre. Bajo esta perspectiva, las listas negativas de algunos países (por ejemplo Reino Unido) no serían consideradas PBS.
2. *...financiado con recursos públicos...* Los planes de beneficios son financiados con recursos públicos. Bajo esta perspectiva, los planes financiados con gasto privado y mediante el pago de una prima no serían considerados PBS. Sin embargo, los planes de beneficios financiados con contribuciones obligatorias serían PBS independientemente de si el asegurador es o no público. Por ejemplo, el plan de beneficios que opera en Chile (AUGE) y que está garantizado por las aseguradoras privadas de Chile (Isapres) clasificaría como PBS por ser financiado con contribuciones obligatorias, mientras que los planes de beneficios de salud ofrecidos por los aseguradores privados de Brasil para complementar

las coberturas provistas por el Sistema Universal de Salud brasileño no se consideran PBS por ser financiados con gasto privado.

3. *...vinculado con la necesidad o preferencia social de la población a ser cubierta.* Eso significa que no existe un único PBS idóneo para todos los países. Los contenidos de los PBS, en principio, deberían reflejar los valores de cada sociedad, sean definidos a través de una amplia participación social (como en el AUGÉ de Chile) o a través de un proceso de priorización o deliberativo del gobierno, basado en su análisis de las necesidades de la población (como en el CAUSES de México). Los países también tienen diferentes criterios con respecto a cómo definir el contenido de los PBS. Klein (1995) dice: “¿Qué conclusiones se imponen a partir de la experiencia internacional? Primero, generar un conjunto de criterios [que determinan lo que se prioriza] es extraordinariamente difícil. [...] contrasta el rechazo de Suecia a un enfoque de costo-beneficio con el uso en Nueva Zelanda del criterio de valor por dinero”.

Pautas del estudio

Se analizaron los PBS en sus distintas etapas: la motivación para su creación, la definición y costeo de los contenidos, el funcionamiento y la evaluación de los resultados y la reformulación. De cada PBS se han analizado los siguientes aspectos:

1. Motivos para su adopción.
2. Métodos de priorización y costeo de intervenciones.
3. Principales características: alcance de servicios, cobertura poblacional, costo, uso de guías y protocolos, etc.
4. Fuentes de financiamiento y arreglos institucionales para la entrega de servicios.

5. Aspectos críticos en la implementación.
6. Evaluación y monitoreo.
7. Métodos y arreglos institucionales para el ajuste periódico de la cobertura y el financiamiento.

Cada caso ha sido estudiado por un equipo de expertos de cada país y ha sido revisado por pares internacionales.

La bibliografía sobre PBS es poca a nivel internacional, e incluso menos a nivel regional. Obtener información significó un esfuerzo arduo de investigación y recopilación de datos, para lo cual se utilizó una combinación de fuentes:

- Bibliografía nacional e internacional sobre el tema de priorización y planes de beneficios.
- Bibliografía “gris”, firmada por las entidades y actores que han participado en el diseño, ajuste e implementación de PBS (documentos de gobierno, informes de consultores, entre otros).
- Entrevistas estructuradas con actores clave.

Mecanismos de priorización: racionar o no ya no es la pregunta

Dado que las necesidades de salud de los países son mayores que los recursos disponibles de los sistemas de salud, siempre hay algún tipo de racionamiento inevitable, explícito o implícito. Esta sección analiza ambos mecanismos de racionalización. En la primera parte se muestra que un PBS puede ser una buena herramienta para racionalizar mediante una priorización explícita. Aunque cabe notar que los beneficios que promete la adopción de un PBS dependen de otras condiciones, por ejemplo la coherencia entre el costo de un PBS y las asignaciones presupuestarias; o la disponibilidad de

recursos humanos, tecnológicos y físicos, entre otros. La segunda parte de esta sección compara las ventajas y desventajas de un plan explícito de beneficios frente al racionamiento implícito. Por último, se comparan los pros y contras de adoptar un PBS o listas negativas, que en vez de definir lo que se cubre, identifica las intervenciones o tecnologías que no se financiarán.

Factores positivos de un plan explícito de beneficios

A continuación se mencionan los propósitos a los que puede contribuir un PBS, ordenados desde lo más estratégico y fundamental (garantizar el derecho a la salud y favorecer la equidad) hasta lo más operativo (servir de instrumento de gestión y garantizar la integralidad en la atención).

Concretar el derecho a la salud. Al explicitar un conjunto mínimo de servicios que se proveerá a todos, los PBS permiten concretar el derecho a la salud. Además, como un PBS define públicamente las obligaciones del sistema hacia los ciudadanos, esa definición explícita se convierte en un compromiso. Al conocerse los derechos de los ciudadanos y al disponer estos de instrumentos legales para reclamar, un PBS puede mejorar la rendición de cuentas y el empoderamiento de la ciudadanía; los ciudadanos se vuelven conscientes de los beneficios específicos a los que tienen derecho. Muchos países de América Latina y el Caribe tienen plasmada en sus constituciones⁴ o sistemas de salud la obligación del Estado hacia los ciudadanos de garantizar el acceso universal y equitativo en materia de salud. Sin embargo, en la práctica la insuficiencia de recursos públicos se ha traducido en un racionamiento de la atención y en el incumplimiento de lo establecido normativamente. Crear un PBS muchas veces busca pasar de

la promesa global e inalcanzable a una definición explícita, acotada, factible y financiable de los servicios a los que todos debieran acceder. Esta motivación de explicitar lo que antes era implícito fue una de las razones invocadas por casi todos los países incluidos en este libro para crear sus PBS.

Mejorar la equidad en salud. Al explicitar un conjunto mínimo y universal de servicios, los PBS pueden mejorar la equidad en salud. Roberts, Hsiao, Berman y Reich (2008) plantean dos nociones de equidad: la equidad absoluta, bajo la cual toda diferencia en acceso a la salud entre individuos es considerada inaceptable, y la equidad relativa, por la cual las diferencias son aceptables en la medida en que todas las personas accedan a un mínimo paquete de servicios. Bajo el concepto de la equidad relativa, un PBS podría ser ese mínimo socialmente aceptable. Esta idea ha recobrado relevancia en el contexto del actual movimiento de cobertura universal, que busca el “acceso a intervenciones clave en salud para promover, prevenir, curar y rehabilitar a todos los miembros de una sociedad a un costo accesible” (Guerrero, Arreola-Ornelas y Knaul, 2010). Muchos países han optado por definir de manera explícita cuáles serían estas intervenciones clave.

La mayoría de los casos de este libro invocan la equidad como una de las principales razones que los llevó a definir un plan explícito de beneficios. El ejemplo más claro que ilustra el potencial de un PBS como mecanismo para lograr un aumento real de la equidad es el de México. La definición del CAUSES evidenció los recursos que eran requeridos para ofrecer un plan esencial a la población sin aseguramiento y con aseguramiento. Esto movilizó los recursos que se necesitaban y llevó a una distribución más equitativa de los recursos disponibles para la población con o sin seguridad social formal (Frenk, Gómez-Dantés y Knaul, 2009).

⁴ Por ejemplo, la Constitución de Haití dice: “El Estado de Haití tiene la obligación absoluta de garantizar el derecho a la vida, a la salud y a la protección sin distinción alguna...El Estado tiene la obligación de garantizarle a todos los ciudadanos los medios para la protección, el mantenimiento y la rehabilitación de su salud” .

Alinear las metas sanitarias y la asignación de recursos para maximizar el impacto en salud. La Organización Mundial de la Salud (2010) y Roberts y otros (2008) postulan que los países deberían tener tres metas de política: mejorar el estado de salud, responder a las expectativas de la población y conferir protección financiera. Con respecto a la primera meta, un PBS permite reorientar el gasto hacia las intervenciones más efectivas y *maximizar su impacto en la salud* al definir explícitamente cuáles son los servicios que se financian con los recursos públicos disponibles. Un PBS serviría entonces para mejorar la eficiencia en el gasto en salud. A este respecto, un informe del Banco Mundial sostenía que la introducción de un PBS es una de las tres estrategias requeridas para que las políticas públicas mejoren las condiciones de salud en los países en desarrollo. Un conjunto mínimo esencial de intervenciones costo-efectivas podría evitar el 71% de la carga de enfermedad entre los niños menores de 15 y el 50% de la carga de enfermedad de los adultos (Banco Mundial, 1993). Los PBS estudiados en este libro, salvo los casos de Chile y México, rara vez han articulado y explicado criterios explícitos de costo-efectividad a la hora de definir o ajustar sus contenidos. Colombia trató de hacerlo con la ayuda de expertos de renombre internacional, sin embargo, fracasó al no poder manejar consideraciones de orden político (Plaza, 1996).

Adicionalmente, los países han reconocido la importancia de responder a las otras dos metas de los sistemas de salud (protección financiera y responder a las expectativas de la población) a la hora de conformar sus planes de beneficios. La existencia de capas específicas o planes explícitos para cubrir eventos catastróficos o de alto costo en Perú (FISSAL), México (FPGC) o Uruguay (FNR) ilustra este deseo de incluir en un plan de beneficios también aquellos servicios que pueden desequilibrar la economía de los hogares en caso de no ser cubiertos con recursos públicos. Con estas decisiones se plasma

su deseo de conferir con sus planes de beneficios protección financiera a la población. Los países también han incluido servicios que no son ni costo-efectivos ni muy costosos pero que son prestaciones que la población desea recibir y que por lo tanto apuntan a dirigir el gasto en salud hacia la tercera de las metas propuesta por la OMS. Por ejemplo, se han incluido en el Plan AUGE de Chile intervenciones de salud bucal como resultado del proceso de consulta social. Lograr el adecuado equilibrio en la asignación de recursos públicos entre esas tres metas es un desafío. Se debe considerar que sin criterios ni mecanismos explícitos para definir el uso de los recursos es probable que estos se asignen según las presiones de los actores del sistema, sobre todo de aquellos con mayor capacidad de injerencia y articulación. Así, es muy probable que las tecnologías más costosas y rentables desplacen a las menos costosas y menos rentables. Esto puede ser perjudicial porque no necesariamente las tecnologías más rentables son las que pueden resolver más eficazmente los problemas de salud de la población.

Aumentar la legitimidad social del racionamiento al hacerlo explícito. El racionamiento implícito de servicios al que se ven forzados los países conduce al inconformismo de los ciudadanos. Sin embargo un PBS puede aumentar la legitimidad social del racionamiento al hacerlo explícito; en la elaboración de un PBS se acuerdan, con antelación, métodos y criterios para elaborar el plan.

En contraposición a los beneficios potenciales de la priorización explícita asociada a la implementación de un plan de beneficios, la racionalización implícita de los servicios se realiza mediante la negación de servicios basados en criterios ad hoc, el desvío de pacientes a otros proveedores, el retraso de la atención y la provisión de servicios incompletos o de baja calidad, también llamada dilución.⁵ Estos mecanismos no son legítimos al

⁵ Para una descripción de las diferentes modalidades de racionamiento implícito, véase Klein, Day y Redmayne (1996).

carecer de una metodología o criterios públicos aceptados y al estar basados en el juicio y discrecionalidad de diferentes agentes, que no declaran sus intenciones, bajo procedimientos que raramente son participativos y apelables.

Mejorar la gestión de la planeación, financiamiento y entrega de servicios. Un PBS es un *instrumento de gestión* en todos los sistemas de salud donde el gobierno ha delegado la función de aseguramiento a terceros. En esas circunstancias, el gobierno establece un monto que será pagado a un tercero, público o privado, a cambio de que este garantice la entrega de un conjunto explícito de beneficios. La mayoría de los sistemas de salud de América Latina que han adoptado un esquema de aseguramiento universal para organizar sus sistemas de salud cuentan hoy con planes explícitos de beneficios (Colombia, Chile, México, Perú y Uruguay, entre otros).⁶

Además de que un PBS permite definir las obligaciones en las relaciones de aseguramiento, también facilita la elaboración de presupuestos y una mayor transparencia en la asignación de recursos. Esto es posible porque, para implementar un PBS, es necesario calcular una prima o valor per cápita para los servicios a ser prestados. Además, permite concretar y expresar lo que se espera de la oferta en salud, por lo que puede ser una herramienta para la planificación y el desarrollo de servicios. El PBS es una señal para todos los agentes del sector sobre qué servicios deberán ofertarse.

Promover la atención integral y mejorar la calidad de la atención. Se espera que un PBS facilite la atención integral pues las prestaciones de los PBS se estructuran frecuentemente alrededor de problemas de salud, de patologías o ciclo de vida (véanse por ejemplo los casos de Chile y de Perú). Además, cuando los servicios enunciados en el PBS se acompañan de instrucciones sobre el uso

de estos servicios mediante protocolos o guías de práctica clínica, se puede al mismo tiempo promover y garantizar un estándar mínimo de calidad. El uso de protocolos y guías asociados con prestaciones de los PBS está presente en varios países descritos en este libro. Por ejemplo, cuando se definió el CAUSES en el contexto del Seguro Popular, en México, una de las principales razones para implementarlo era que servía como herramienta para asegurar la calidad, y se lo diseñó para garantizar que todos los servicios necesarios fueran ofrecidos de acuerdo con protocolos estandarizados (Frenk, Gómez-Dantés y Knaul, 2009).

Ventajas del racionamiento implícito

Aunque cada vez más los países explicitan los beneficios que garantizan a su población (Schreyögg y otros, 2005), hay países que han preferido seguir por el camino del racionamiento implícito y/o han adoptado listas negativas en vez de listas positivas para definir qué se cubre y qué no.

El racionamiento implícito no define ni prioriza un conjunto de prestaciones. Bajo ese esquema, el sistema de salud estaría obligado a proveer todo lo que un ciudadano necesite y cuando lo necesite. Sin embargo, como las necesidades de la población son mayores que los recursos disponibles, no es posible satisfacer toda la demanda. Así, a medida que los recursos del sector se agotan se generan listas de espera, se niegan los servicios en el punto de atención y aparecen dificultades para recibir autorización de trámites.

Los adeptos del racionamiento implícito rechazan el racionamiento explícito por razones éticas y políticas. El argumento es que ningún tipo de racionamiento o limitación al juicio del médico tratante es admisible y restringe la autonomía médica, y que una priorización explícita

⁶ Sin embargo, existen también países cuyos sistemas públicos están dirigidos a la población sin aseguramiento, que siguen funcionando bajo los tradicionales esquemas de subsidios de oferta y que han decidido adoptar planes de beneficios explícitos. Es el caso del plan Nacer de Argentina y del plan de beneficios de Honduras.

sería contraria al derecho a la salud (Malagón Oviedo y otros, 2010). Les preocupa que, al definirse un PBS, se limiten las tecnologías con las que cuentan los profesionales para abordar los problemas de salud de sus pacientes. En Colombia, el presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas afirmó que “mantener un esquema de salud en un listado (de enfermedades, tecnologías y medicamentos) no es un remedio a la enfermedad y lo único que hace es perpetuar las dificultades del sistema”. Además, mencionó que el sistema de salud debe ofrecer “lo que la persona necesita y hasta cuando lo deje de necesitar” (Camargo, 2011). Como se ve en el estudio de caso, esta posición explica en gran medida por qué Colombia está a punto de abandonar su plan explícito de beneficios.

Además de estos argumentos de principios, existen otros a favor del racionamiento implícito que hacen referencia a los grandes retos y desafíos técnicos para definir y ajustar un PBS. Estos desafíos son de tres tipos: i) dificultades para definir, aplicar y actualizar un PBS; ii) la posibilidad de manipulación política y los resultados indeseados que se originen en una discusión abierta, y iii) la limitación de la autonomía de las autoridades territoriales y los prestadores (Mechanic, 1997; Garpenby, 2003; Rumbold, Smith y Alakeson, 2012). En cuanto al primer argumento, la elaboración de un PBS basado en la evidencia y en criterios explícitos de priorización no es una tarea sencilla ya que, por lo menos en teoría, el contenido del PBS debería ser el resultado de un minucioso examen técnico de los beneficios y costos relativos de todas las tecnologías sanitarias (Chalkidou, 2012). Por ello algunos autores consideran que puede ser una tarea desproporcionada (Rumbold, Smith y Alakeson, 2012). Además, definir un PBS implica necesariamente claridad sobre los puntos de corte que se usarán para decidir si algún servicio o tecnología debe ser incluido en el plan de beneficios. Definir puntos de corte es complejo porque implica elegir criterios

de selección, la importancia que se le dará a cada uno de ellos y luego decidir cuándo se incluye o no algo (Chalkidou, 2012). Como veremos en este libro, el diseño técnico de los PBS basados en una aplicación rigurosa de la evidencia y de criterios explícitos no ha sido la norma en la región, por lo menos en los países aquí estudiados.

En cuanto al segundo argumento, la vulnerabilidad a la manipulación política y los resultados indeseados de una discusión abierta, un PBS debería definirse mediante un proceso participativo que le confiera legitimidad. Sin embargo, si este proceso no se maneja apropiadamente, los grupos de presión pueden hacer que el PBS privilegie las patologías o tecnologías que más impactan en la opinión pública a través de los medios de comunicación, que no necesariamente son las de mayor impacto sobre la eficiencia y equidad del sistema de salud.

A nivel internacional varios países han preferido el racionamiento implícito por una o varias de las razones expuestas. Es el caso de Reino Unido, donde un estudio (Rumbold, Smith y Alakeson, 2012) encuentra que las desventajas de un PBS en el país son superiores a las ventajas de combinar el racionamiento implícito. Quizás lo más importante de ese estudio es que el racionamiento implícito puede ser una vía válida siempre y cuando se acompañe de otras medidas de política para abordar la brecha entre recursos disponibles y demanda, tales como la evaluación de tecnologías, la introducción de incentivos para prestar servicios con mayor aporte en salud o la provisión y divulgación de recomendaciones explícitas sobre los beneficios y costos de las tecnologías adoptadas.

De los países estudiados en este libro, solo Colombia está considerando la posibilidad de distanciarse de su plan de beneficios integral y detallado para darle mayor peso al racionamiento implícito, introduciendo una lista negativa de servicios que no se financiarán. Este país aprobó en junio de 2013 un proyecto de ley marco en el que se sientan las bases

para un listado negativo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Esto fue en gran medida el resultado de un cambio en los poderes políticos de los actores del sistema, donde los médicos han ganado fuerza en su defensa de la autonomía médica frente a un sector asegurador encargado de garantizar la prestación del PBS cada vez más deslegitimado ante la opinión pública. El capítulo de Colombia profundiza este tema.

Por último, varios de los países aquí incluidos han optado por lo que podría llamarse un tercer camino, en el que se priorizan explícitamente algunos servicios que son considerados de máxima importancia, y a la vez coexiste un racionamiento implícito. En estos sistemas se garantizan, en teoría, todos los servicios pero algunos reciben un tratamiento preferencial. Esto evita el costo político de tener que negar explícitamente algunos servicios.

Racionamiento implícito o adopción de un PBS

Los responsables de políticas se enfrentan a un dilema entre tres alternativas: asumir un racionamiento completamente implícito, adoptar un PBS que delimita explícitamente lo que el gobierno garantizará o tomar un camino intermedio que es adoptar listados negativos. Estas alternativas se sintetizan en el esquema I.1.

Un racionamiento completamente implícito requiere de un mínimo esfuerzo técnico y político, los recursos dentro del sistema se van asignando según el gasto de los prestadores de servicios y el peso político de cada región, grupo poblacional, institución o grupos de interés; en otras palabras, es dejar que los agentes del sistema disputen los recursos y que los más fuertes política y económicamente se lleven la mayor parte.

En contraposición, un PBS implica un gran esfuerzo, tanto técnico como político, para definir y ajustar periódicamente un conjunto de

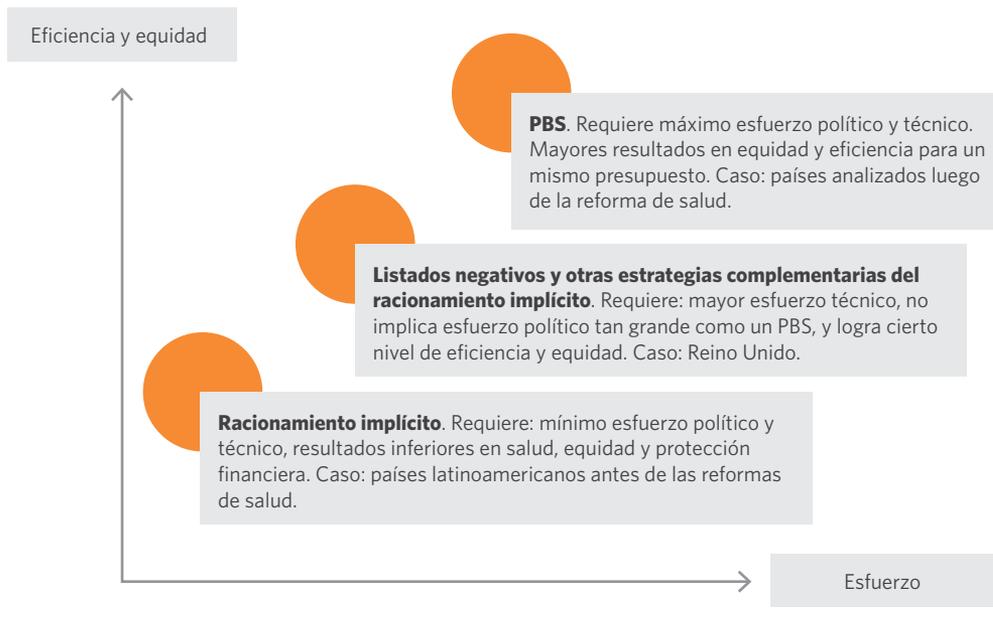
prestaciones que satisfaga criterios explícitos que buscan maximizar ex ante el bienestar social con los recursos disponibles.

Existen estrategias intermedias que hacen más explícita la materialización del derecho a la salud y mejoran la eficiencia y equidad en la asignación de recursos, pero sin llegar a definir un PBS explícito e integral. Entre estos están la adopción de listas negativas de tecnologías no cubiertas y de mecanismos que promueven el uso de las tecnologías que más valor aportan a los sistemas de salud, tales como diseño de los copagos para desalentar el consumo de tecnologías no costo-efectivas (Thomson, Schang y Chernew, 2013), regulación de precios basada en el valor terapéutico de los medicamentos (Taylor, 2010), pago por resultados, fortalecimiento de la atención primaria y promoción del uso de genéricos. Estos mecanismos son menos difíciles de implementar a nivel técnico que diseñar y actualizar un PBS basado en la evidencia y, sobre todo, son menos complicados de manejar por el lado político, si bien su potencial de orientar el gasto de salud hacia las tecnologías más eficientes es menos claro. Elegir este otro camino depende también del contexto del sistema de salud. Por ejemplo, los sistemas de aseguramiento que trasladan la gestión de riesgo a terceros a cambio de una prima tienen que establecer claramente este riesgo, sea mediante un paquete explícito de beneficios o mediante techos de riesgo financiero.

Lista positiva o negativa

Una vez que los países deciden explicitar qué cubrirán o no cubrirán en sus sistemas de salud, se impone una segunda decisión de diseño: ¿deben plasmarse estas decisiones en una lista positiva o en una lista negativa, o mediante una combinación de ambos tipos de listas? No existe una revisión sistemática sobre este tema. Sin embargo, se sabe que casi todos los países de la Unión Europea recurren a listas positivas (88%) aunque muchas veces solo para medicamentos (80% de

Esquema I.1 Dilemas entre esfuerzo y eficiencia-equidad



Fuente: Elaboración propia.

los que usan listas positivas). Algunos combinan listas positivas y negativas (8%) y otros (12%) solo usa listas negativas (Carone, Schwierz y Xavier, 2012).

A primera vista, pareciera que no hay diferencia entre tener una lista positiva o una negativa, pues al definir una queda establecida la otra. Sin embargo, cada opción tiene implicaciones técnicas y políticas diferentes. En principio, bajo el supuesto de que lo excluido abarca un universo menor que lo implícitamente incluido, una lista negativa sería más fácil de elaborar que una lista positiva, ya que se entiende que todo el contenido de un listado positivo ha sido evaluado de alguna manera (Rumbold, Smith y Alakeson, 2012). Una lista positiva puede requerir un trabajo intenso, ya que se debe evaluar cada tecnología y cada vez que se quiere añadir una nueva tecnología (Dukes, Haaijer-Ruskamp, de Joncheere y Rietveld, 2003). A nivel de la provisión de los servicios de salud, una lista negativa concede mayor autonomía a los prestadores, pues pueden decidir libremente qué tecnologías usar siempre

y cuando no formen parte de la lista negativa (Rumbold, Smith y Alakeson, 2012). Adicionalmente, una lista positiva puede ser un mecanismo útil para contrarrestar la presión por incluir nuevas y costosas tecnologías: solo se financia lo que ha sido explícitamente incluido. Con una lista negativa esto es más difícil, pues todas las tecnologías nuevas quedarían automáticamente incluidas salvo que se tome la decisión explícita de no financiarla. Además, evidenciar lo que no se cubre puede ser costoso políticamente, pues afecta el interés de algunos grupos, sobre todo si estos logran movilizar a la opinión pública (Dukes, Haaijer-Ruskamp, de Joncheere y Rietveld, 2003).

Algunos países han tratado de conseguir lo mejor de ambas opciones, combinándolas. Es el caso de los Países Bajos y el Reino Unido, que han encontrado beneficioso manejar varias listas, sobre todo para medicamentos: en una se especifican los medicamentos que deberían garantizarse a cualquier paciente al que le sea prescrito, en otra los que deben ser suministrados solo en determinadas circunstancias (por

ejemplo, luego de haber ensayado otro medicamento) y en una tercera lista están los medicamentos que no serán financiados bajo ninguna circunstancia (Giedion, Muñoz y Cañón, 2013).

Por último, el contexto de cada sistema de salud influye en la conveniencia de tener una lista negativa o positiva. Por ejemplo, si se transfiere a terceros el aseguramiento de la población, es poco probable que aceptan el riesgo de ofrecer “todo menos algunas exclusiones explícitas” a cambio de una prima limitada. Esto es justamente parte de las discusiones en Colombia sobre si abandonar la política de un PBS explícito.

Al momento de decidir entre un tipo de lista u otro, deberían considerarse la capacidad política del regulador de enfrentar a los diversos grupos de presión, la capacidad técnica para definir los contenidos del PBS y la coherencia con el sistema de salud, entre otros factores.

Los responsables de políticas tienen diferentes alternativas para afrontar el problema del racionamiento. En primer lugar, deben decidir si quieren o no priorizar de manera explícita a nivel macro. En caso de hacerlo, cómo quieren plasmar estas decisiones: a través de PBS, de listas negativas o mediante una combinación de PBS con mecanismos de racionamiento implícito. Estas decisiones clave son representadas en el esquema I.2. Este libro se centra en el lado izquierdo del esquema, las experiencias con PBS.

Análisis comparativo de las características básicas de los PBS

Esta sección compara las principales características de los siete PBS analizados en este libro. Primero describe el contexto socioeconómico del PBS y su sistema de salud y luego describe el momento cuando se lo adoptó y los motivos que apoyaron la decisión. A continuación se analiza la cobertura médica y poblacional del PBS, así como su importancia en

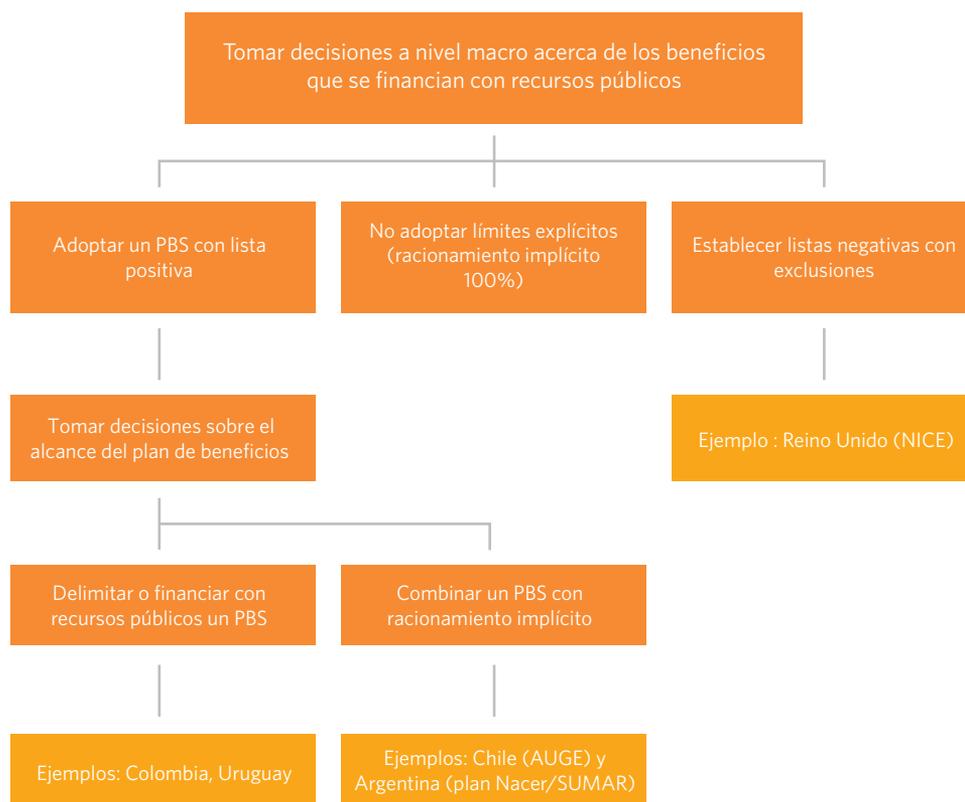
el gasto total de salud como potencial herramienta estratégica de compra. También se analiza cómo los países han comenzado a introducir en sus PBS garantías que van más allá del listado de servicios a los que pueden acceder los beneficiarios. Por último, se presentan los denominadores comunes a los PBS de los países analizados.

Contexto socioeconómico y del sistema de salud

Los siete casos de este libro tienen características muy distintas (véase el cuadro I.1). Honduras, por ejemplo, es un país con ingresos bajos, mucha pobreza, una alta proporción de población rural, escasos recursos públicos para financiar la salud y muchos desafíos en cuanto a salud reproductiva y prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas. Uruguay es un país de ingresos medio-altos, bajo nivel de pobreza, población mayoritariamente urbana, con mayor disponibilidad de recursos para financiar la salud y una situación de salud en la que predominan las enfermedades crónicas. Estas diferencias suponen distintos retos en la definición e implementación de los planes de beneficios. Todos los países quisieran ofrecer garantías de cobertura y de calidad de los servicios de salud a sus ciudadanos. Sin embargo, las condiciones socioeconómicas influyen en el alcance o profundidad del PBS que un país puede ofrecer. El plan de beneficios de Uruguay es muy amplio, similar en alcance al de países de ingresos altos, mientras que Honduras se limita a ofrecer un plan básico circunscrito a la atención de la salud materno-infantil.

Sin embargo, todos los países comparten muchos desafíos de diseño. Por ejemplo, deben decidir acerca del tamaño del plan de beneficios, de la población objetivo, de la forma de “comprar” los servicios incluidos en el PBS y de asignar los recursos. Además, todos enfrentan la presión política permanente por aumentar el contenido del plan, el limitado empoderamiento y conocimiento de la población frente a los beneficios

Esquema I.2. Decisiones clave



Fuente: Elaboración propia.

Nota: En el Reino Unido además de listados negativos existen listados positivos.

ofertados y las dificultades para monitorear que el plan realmente se entregue y que no sea solo un enunciado o una promesa vacía.

Los PBS analizados en este libro se enmarcan en tres tipos de sistemas de salud según su nivel de segmentación: i) sistemas que segmentan el acceso por nivel socioeconómico y tipo de vínculo laboral, con mínima articulación entre sistemas; en este grupo estarían Argentina, Honduras, México y Perú; ii) sistemas segmentados pero unificados en aspectos clave, como la existencia de un único plan de beneficios y una rectoría y regulación común; en este grupo estaría Chile y, en gran medida, Colombia; y iii) sistemas unificados, que además de tener un solo plan de salud y una estructura de regulación igual para

todos, manejan los recursos a través de un fondo común que se alimenta de aportes definidos en función de la capacidad de pago y que financian un plan único. Uruguay, con su Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), es el único de los países estudiados que pertenece a este grupo. Estas diferencias son importantes en la medida en que la segmentación del sistema se correlaciona con la de los planes de beneficios; los sistemas de salud muy segmentados (el primer grupo) ofrecen planes amplios para los trabajadores del sector formal y sus núcleos familiares, y planes más restringidos para el resto de la población (en México y Perú, los no asegurados a la seguridad social; en Argentina y Honduras, el grupo materno-infantil). Colombia (desde 2012) y Chile ofrecen un único plan de beneficios igual

Cuadro I.1. Algunos indicadores socioeconómicos y de salud

País	Población (millones)	Ingreso per cápita US\$ PPA	Gasto en salud (GS) per cápita US\$ PPA	GS público per cápita US\$ PPA	GS (% del PIB)	Gasto de bolsillo (% GS total)	TMI
Argentina	40	17.130	1.434	408	8,2	25	14
Chile	17,1	16.330	1.292	455	7,5	37	9
Colombia	46,3	9.560	618	345	6,1	17	18
Honduras	7,6	3.820	193	92	8,6	48	21
México	113,4	15.390	940	296	6,2	47	16
Perú	29,1	9.440	496	145	4,8	38	18
Uruguay	3,4	14.640	1.210	669	8	13	10

Fuente: Base de datos de la OMS.

Nota: datos para 2011 excepto población, que corresponde a 2010.

GS: gasto en salud; PPA: paridad del poder adquisitivo; TMI: tasa de mortalidad en menores de 5 años cada 1000 nacidos vivos.

para todos pero el acceso al sistema de salud depende de la capacidad de pago del individuo. El plan de beneficios se entrega esencialmente a través de la red pública para las personas afiliadas al FONASA (Chile) o al régimen subsidiado (Colombia) mientras que al resto de la población, aquellos de mayor estatus socioeconómico (en Colombia y Chile) y aquellos con menor riesgo (Chile), acceden al plan a través de una red mixta. Además, en Chile el aporte que hacen los afiliados a las Isapres (aseguradores privados de salud que pertenecen al sistema de seguridad social) para financiar el AUGE no depende de su capacidad de pago sino que se determina a partir del costo de prestar el plan.⁷ Solo en Uruguay todas las personas tienen derecho al mismo plan de beneficios, financiado mediante un fondo único de recursos al que contribuyen los ciudadanos según su capacidad de pago. Por último, la provisión de planes diferenciales según segmento y grupo poblacional considerado es también reflejo de grandes diferencias en los recursos disponibles en cada uno de los segmentos. Esta situación genera desigualdad, ya que la población más vulnerable y con mayores necesidades

suele tener cobertura más limitada que la población menos pobre.

Año de adopción y motivación detrás de la adopción de los PBS

Los estudios de caso de este libro tienen denominadores comunes y diferencias importantes en las motivaciones que llevaron a los países a adoptar un plan de beneficios explícito (cuadro I.2). En Colombia y Honduras la motivación central —aunque no la única— fue de carácter eminentemente práctico: al delegarse la gestión de los servicios de salud a terceros se generaba una relación contractual que precisaba definir cuánto se pagaría a cambio de prestar un conjunto de beneficios. En casi todos los demás países aumentar la equidad en el financiamiento y el acceso fue otra razón central para adoptar un PBS. En Chile y Argentina la insatisfacción frente a un sistema que prometía en teoría darlo todo pero que operaba con evidentes restricciones de acceso fue el principal detonante para explicitar al menos parte de los servicios que el sistema debe proveer.

⁷ Véase análisis de la Superintendencia de Salud de Chile sobre variaciones de las prima AUGE en el sistema ISAPRES en <http://www.lanacion.cl/prima-auge-isapres-aumentaron-precio-promedio-en-33-9/noticias/2013-05-28/130803.html>.

Cuadro I.2. Motivaciones centrales para adoptar un PBS

Año de adopción	País, nombre del PBS	Motivación
1993	Colombia, POS	Establecer un esquema de aseguramiento con separación de funciones y movilización de recursos para mejorar la equidad y garantizar un piso mínimo de cobertura para todos
2003	Argentina, plan Nacer	Crisis económica y social como detonante de la búsqueda de garantías más explícitas
2003	Honduras, PBS	Parte de un esquema de gestión descentralizada con separación de funciones que precisaba de la definición de los servicios a entregar
2003	México, CAUSES y FPGC	Movilización de recursos para mayor equidad, herramienta de aseguramiento de la calidad, diseñado para garantizar que los servicios necesarios fueran ofrecidos de acuerdo con protocolos estandarizados y empoderar a la población afiliada, haciéndolos conscientes de sus derechos
2005	Chile, AUGE (o GES)	Insatisfacción del público, que llevó a la necesidad de ofrecer los servicios de salud con garantías explícitas
2006	Uruguay, PIAS	Equidad en el acceso a prestaciones explícitas y exigibles
2009	Perú, PEAS	Equidad; el deseo de ofrecer un piso mínimo de cobertura para todos los ciudadanos como parte de un esquema de aseguramiento universal

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los estudios de caso.

Los países estudiados en este libro adoptaron sus planes explícitos de salud en momentos diferentes. Colombia fue el pionero (1993), en pleno auge del concepto de paquetes básicos promovido por el Banco Mundial. El país decidió introducir un esquema de aseguramiento para toda su población que implicaba la necesidad de definir exactamente lo que el asegurador iba a cubrir a cambio de una prima. Luego siguieron los demás países; Perú fue el último en sumarse. Como se verá en los próximos capítulos, la maduración de algunos procesos será diferente de acuerdo con los años de experiencia que cada país tenga con su PBS, tanto que incluso se podría cuestionar la idea misma de un plan explícito de beneficios. Por ejemplo, Chile, tras ocho años de implementar su plan AUGE, ha comenzado a diseñar un esquema para institucionalizar la evaluación de tecnologías sanitarias, y así informar sus decisiones de cobertura para el plan; luego de una década con planes explícitos de beneficios, México introdujo hace poco normativa que estipula que toda inclusión de un tecnología en el cuadro básico de medicamentos y el catálogo de insumos del sector salud tiene que acompañarse de un estudio de

evaluación económica que demuestre las ventajas sobre las opciones ya incluidas. En Colombia, país pionero en planes explícitos de beneficios en la región, muchos actores se preguntan si haber adoptado un plan explícito de beneficios con una lista positiva que detalla cada servicio a cubrir fue el mejor camino.

Cobertura de servicios, grupo poblacional y costo del plan de beneficios

Definir a *quiénes* y *qué* cubrir son decisiones clave cuando se opta por un PBS. Contestar estas preguntas es una parte fundamental de las decisiones de compra estratégica de un sistema de salud (además de decidir cómo comprar y a quién comprar) (Busse, Figueras, Robinson y Jakubowski, 2007). Los casos incluidos en este libro tomaron decisiones diferentes respecto de qué población se cubriría con el plan de beneficios explícito (véase el cuadro I.3). Por ejemplo, el PIAS uruguayo está dirigido a toda la población nacional, mientras que el plan de beneficios hondureño se centra solo en la población materno-infantil pobre del área rural. También se

Cuadro I.3. Alcance y cobertura del plan de beneficios

País Nombre del PBS	Población objetivo	Cobertura población objetivo	Cobertura de servicios	Costo anual estimado per cápita (US\$ nominales o PPA, cuando se indica)
Argentina Plan Nacer	Población sin seguridad social, énfasis grupo materno-infantil con aumento gradual de población objetivo (hoy todas las mujeres hasta 64, además de adolescentes)	El 63% de la población sin aseguramiento explícito (23% de la población total) (2012)	Servicios materno-infantiles del primer nivel de atención con expansión gradual hacia otros servicios como cirugías para cardiopatías congénitas	US\$4 (costo marginal adicional) (2010)
Chile AUGE (o GES)	Toda la población	97% (2011). El resto estaba en otros esquemas de seguridad social en salud	80 problemas de salud (2013) con cuyo tratamiento se estima cubrir el 60% de la carga de enfermedad nacional	US\$168 (2013)
Colombia POS	Toda la población	92% (2012)	Paquete integral, todos los niveles de atención, igual para todos los colombianos a partir de 2012.	US\$374 (POS-S) y US\$418 (POS) (2013)
Honduras PBS	Población rural pobre, énfasis grupo materno infantil	10,7% de la población del país, 16,8% de la población pobre, y 25% de la población residente en el área rural (2012)	Servicios materno-infantiles de primer nivel de atención, con énfasis en promoción y prevención	US\$25 (2011)
México CAUSES y FPGC	Población sin seguridad social	Aprox. 45% de la población total	El CAUSES provee servicios de mediana y baja complejidad mientras que el FPGC cubre eventos catastróficos	US\$200 (2012)
Perú PEAS	Universal	67,3% de la población objetivo	140 condiciones asegurables (ejemplo: diabetes gestacional). Prestaciones dan cuenta de +/- 65% de la carga de enfermedad del país; énfasis en condiciones pediátricas y gineco-obstétricas	US\$174,7 (MINSAL) US\$199,7 PRAES y SIS. Costo variable: US\$104 (2011)
Uruguay PIAS	Universal	95% (2012). El resto estaba en otros esquemas de seguridad social en salud	Cobertura muy amplia de todos los servicios, desde la atención preventiva, hasta la curativa y la rehabilitación	No hay estudio de costeo. Prima anual es de US\$650 por beneficiario (2011)

Fuente: Elaboración propia con base en los estudios de caso.

observan distintos niveles de cobertura médica: desde coberturas modestas en Honduras y Perú, hasta coberturas casi universales en Chile, Colombia, México y Uruguay. Respecto del alcance del plan de beneficios, hay una gama muy amplia: desde Honduras, con su foco en

los servicios materno-infantiles, hasta Uruguay con su plan amplio e integral. En el costo también hay diferencias: en Argentina se asignan anualmente solo US\$4 por beneficiario para financiar el costo adicional de mejorar los servicios materno-infantiles del plan Nacer (datos

de 2010), mientras que Uruguay dedica US\$650 por beneficiario (dato de 2011). Un país como Uruguay, que invierte al año US\$669 de recursos públicos per cápita, el monto más alto de los casos de este libro, puede ofrecer un plan de beneficios mucho más amplio y cubrir una franja de población más grande que Honduras, que solo dispone de US\$90 de recursos públicos per cápita al año (datos de 2011). Pero la decisión de qué cubrir y a quiénes no depende únicamente de los recursos disponibles, como lo muestran por ejemplo las diferencias entre Argentina y Colombia. Argentina, con un gasto público per cápita de US\$408 anual, opera un plan de beneficios pequeño que cuesta US\$4. Mientras Colombia, con una inversión pública per cápita similar (US\$345 en 2011) ha decidido financiar un plan de beneficios amplio que cuesta alrededor de US\$374 PPA para el régimen subsidiado y US\$418 PPA para el régimen contributivo (2012). Definir el alcance del plan de beneficios es también una decisión política, donde algunos prefieren consignar solo un subconjunto de servicios prestados a la población (Argentina con el plan Nacer/SUMAR, Chile, Honduras) mientras que otros aspiran a plasmar en su plan de beneficios casi todos los servicios que pueden necesitar sus ciudadanos (Colombia, Uruguay, México).

Gasto canalizado hacia la provisión de los PBS

Los países aquí analizados han asignado proporciones muy diferentes de sus recursos públicos a financiar los planes explícitos de beneficios. En Uruguay y Colombia la mayor parte del gasto público se asigna a los planes de beneficio que operan en el contexto de sistemas de aseguramiento universal. Mientras, en Argentina, Honduras y Perú, los recursos asignados a los PBS no representan ni siquiera el 10% del gasto público total en salud. Esas diferencias reflejan en parte una maduración diferente de la implementación de un PBS. En Perú el PEAS está aún en su fase piloto y abarca solo pequeñas franjas de la población. El

plan de beneficios del plan Nacer/SUMAR de Argentina se encuentra en un proceso de aumento gradual de los beneficios y beneficiarios. Chile es un caso aparte pues cuenta con un sistema de aseguramiento universal consolidado y sin embargo decidió asignar solo el 46% de los recursos públicos totales al financiamiento de una lista explícita de enfermedades consideradas prioritarias. El resto del gasto público se asigna con racionamiento implícito. Las enfermedades priorizadas gozan de un acceso prioritario y se les garantiza la integralidad y calidad de la atención, la oportunidad de la provisión del diagnóstico y tratamiento y se proveen garantías de protección financiera. Para los demás casos es posible acceder a los servicios pero sin explicitar los beneficios y sin proveer garantías. Esto es una opción interesante en países donde resulta políticamente muy difícil explicitar la exclusión de algunos servicios y donde hay riesgo de judicializar el tema, como en Colombia y, de manera creciente, en Uruguay donde se exigen servicios no incluidos en el PBS vía mecanismo judicial. (Iunes, Cubillos-Turriago y Escobar, 2012; Guerrero, Arreola-Ornelas y Knaul, 2010).

Con excepción del caso de Colombia y Uruguay, no es fácil determinar la cantidad de recursos que se canalizan hacia los PBS ya que muchas veces no existen mecanismos que relacionen el financiamiento a los prestadores con el PBS y su costo.

Organización de los PBS y nivel de detalle

Como muestra este libro, existen diferentes formas de organizar y describir los PBS. Los servicios pueden organizarse alrededor de diferentes ejes: tipos de tecnologías (por ejemplo servicios, dispositivos y medicamentos), patologías, problemas de salud, niveles de atención o por tipo de condición de salud o de enfermedad. Los países aquí analizados han optado por caminos diferentes. Los PBS de Argentina, Chile, México y Perú siguen patologías o problemas de

salud y describen dentro de cada uno de estos problemas o patologías los servicios requeridos para una atención integral de calidad. Colombia, Honduras y Uruguay han organizado sus PBS por tipo de tecnología, los procedimientos y las intervenciones están organizados por nivel de atención y los medicamentos se organizan por separado.

En cuanto al nivel de detalle con el que se describen los beneficios, se observa cierta variación entre países. Chile, Colombia y Perú llegan a mayor nivel de detalle especificando el tipo de medicamento y número máximo de prestaciones, mientras que Argentina, Honduras, México y Uruguay definen las prestaciones de una manera más general. El nivel de detalle incluido en el catálogo del PBS depende en parte de si este viene acompañado de manera explícita por guías clínicas institucionalizadas, donde el resto del detalle necesario estará definido, como en México y Uruguay. Por otro lado, también pareciera que en países donde se encarga la prestación de los PBS a terceros o se separa la función de financiamiento

del aseguramiento y de la prestación, el detalle de los PBS es mayor.

El nivel de detalle óptimo ha sido objeto de discusión en algunos países. Por ejemplo, en el contexto de la reforma de salud de Estados Unidos de 2011, el nivel de detalle ha sido un tema ampliamente debatido por el comité para la definición y ajuste de un plan esencial de beneficios en salud (Ulmer, McFadden y Cacace, 2012). Después de revisar la evidencia, este comité recomendó que el PBS debería tener un gran nivel de especificidad: “Si queremos que los contenidos de los planes esenciales de salud sean guiados por la evidencia científica, necesitamos que las definiciones y descripciones de lo que se incluye y excluye se vuelvan más específicas, en coherencia con la manera en que se estructura la evidencia científica”. Sin embargo, en esta discusión aparentemente no se incluyó el concepto de que en la práctica la evidencia científica es mucho menos categórica y clara. Existen diferencias en la práctica clínica y entre pacientes que hacen que varíen los resultados de salud, por lo que

Cuadro I.4. Gasto público canalizado a través del PBS

País	Nombre del PBS	% del gasto público total para financiar el PBS	Observaciones
Perú	PEAS	No se conocen estimaciones de la participación del PEAS en el gasto público	Incluye solo costo variable, costo fijo vía presupuestos históricos
Honduras	PBS	El 2,61% del gasto total de la Secretaría de Salud y el 1,8% del gasto público total de salud (2011)	Incluye zonas rurales pobres
Argentina	Plan Nacer	0,9% de los recursos invertidos por las provincias en salud	Incluye costo de aumentar calidad y cobertura de los servicios priorizados. Resto es asignado vía presupuesto histórico
México	CAUSES + FPGC	28,1% del total del gasto en salud (2011)	FPGC solo cubre costo variable, costo fijo vía presupuesto histórico
Chile	AUGE (o GES)	46% del gasto del Fonasa en atenciones de salud (2009)	
Uruguay	PIAS	72% (2008)	
Colombia	POS/ POS-S	74% (2007)	

Fuente: Elaboración propia con base en los estudios de caso.

sería importante encontrar un punto de equilibrio entre el detalle y el espacio para que los médicos puedan ajustar su enfoque y el tratamiento de acuerdo con las circunstancias y necesidades de cada caso.

Además de decidir la organización y el nivel de detalle de un PBS los países también pueden acompañar dichos planes con protocolos o guías de práctica clínica. Como se puede apreciar en el recuadro I.1, los países aquí incluidos han comenzado a especificar bajo qué condiciones y para qué subgrupos de pacientes estarían cubiertos los servicios, especialmente los más costosos. El caso de Uruguay es muy ilustrativo. Parte de las prestaciones del PIAS serán “normatizadas”, ya que “se considera que su uso debe estar restringido a poblaciones e indicaciones específicas: prácticas sobre las que hay prueba suficiente de su efectividad, pero de las que es necesario definir las indicaciones clínicas en las que estaría recomendada su utilización, dado que estas pueden ser muy variables según factores clínicos, demográficos, financieros, culturales, geográficos, etc. Se trata de prácticas en las que, por sus tasas de utilización o su costo, estaría justificado implementar mecanismos de control. [...] La revisión sistemática de las pruebas científicas y la elaboración de guías y recomendaciones es el contexto en el que deben ser definidos los alcances de la cobertura de las prácticas incluidas en este grupo. Al limitar así las situaciones clínicas en las que la práctica debe ser cubierta, puede reducirse en forma significativa su utilización y garantizar su correcta utilización para reducir la variabilidad inapropiada.”

Garantías más allá de un listado de servicios

Chile ha sido uno de los países pioneros a nivel regional y mundial en enumerar los servicios a los que la población tiene derecho de acceder, articulándolos con una serie de garantías legalmente exigibles: (i) una garantía de protección financiera (derecho a que se determine

copago de acuerdo con su capacidad de pago), (ii) una garantía de oportunidad (derecho a recibir las atenciones garantizadas dentro de plazos máximos, en la forma y condiciones establecidas para cada problema de salud garantizado), y (iii) una garantía de calidad (derecho a recibir las atenciones garantizadas cumpliendo con los estándares establecidos). Uruguay, Perú y Colombia han comenzado a emular al AUGE de Chile con garantías explícitas de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad.

Segmentación de coberturas por tipo de contingencia

Bajo un mismo PBS podrían haber diferentes niveles de cobertura, con respecto a definición, ajuste, gestión y financiación, según la contingencia cubierta. En Colombia (POS) y Chile (AUGE) todos los tipos de servicios (medicamentos, intervenciones, tratamientos) para todo nivel de complejidad se incluyen en un único PBS que asegura a toda la población. En México, el CAUSES se centra en atenciones de baja y mediana complejidad, el PBS del Fondo de Protección contra Catastróficos (FPGC) ofrece atenciones complejas y de alto costo para todos, mientras que el PBS Seguro Médico para una Nueva Generación ofrece cobertura para los niños en todo lo que no cubren el CAUSES o el FPGC. En Perú el PEAS cubre servicios de baja y mediana complejidad y también atenciones complejas frecuentes, mientras que el Fondo Intangible Solidario de Salud cubre algunas enfermedades de alto costo y baja frecuencia. En Uruguay, el fraccionamiento de la gestión del PIAS en dos entidades, el Ministerio de Salud Pública y el Fondo Nacional de Recursos constituye un reto de articulación para ambas instituciones. La especialización de funciones puede ser beneficiosa en la medida que facilita su gestión desde distintos entes, cada uno de los cuales puede concentrarse en la gestión de su nivel de contingencias. Pero también puede resultar en dificultades de

Recuadro I.1. Más allá de las listas simples: Definiciones de garantías explícitas

Perú: el PEAS está definido “en cascada”, partiendo de una lista priorizada de 140 condiciones asegurables (por ejemplo embarazo, parto y puerperio normal). En el detalle de cada condición asegurable se incluyen cuatro elementos: 1) definición de la condición; 2) códigos CIE-10 de los diagnósticos correspondientes; 3) manejo clínico específico, y 4) la lista de las prestaciones a financiar. Esta última incluye el tipo y el nivel de atención, el código estandarizado de procedimientos médicos, una descripción simplificada, la cobertura por evento (cantidades) y observaciones. Garantías: garantías de oportunidad y protección financiera, en proceso de elaboración.

Chile: el AUGE está definido alrededor de 80 patologías con tratamiento garantizado (2013). Este se organiza en cuatro etapas, denominadas “tipos de intervenciones sanitarias”: sospecha, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento. Para cada una de ellas se define un conjunto de prestaciones específicas que se detallan en un listado explícito de prestaciones que forma parte del AUGE. Asimismo, cada patología AUGE viene acompañada de una guía de práctica clínica. Garantías: cada patología viene acompañada de un conjunto de garantías explícitas y exigibles de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

México: el CAUSES está definido “en cascada”, y comienza con una lista de seis “conglomerados” (por ejemplo cirugías u hospitalizaciones) al interior de los cuales se describen las intervenciones (por ejemplo esplenotomía) y para cada una de estas una descripción de la intervención y las indicaciones clínicas (por ejemplo esplenotomía; casos en los que ocurra infarto

y rotura esplénica que no son susceptibles del manejo conservador) y la normatividad vigente, así como los medicamentos (por ejemplo, cefotaxima, solución inyectable de 1 gr en 4 ml) y auxiliares de diagnóstico cubiertos (por ejemplo biometría hemática). Garantías explícitas: no hay.

Colombia: el POS (acuerdo 29/2011) está estructurado alrededor de definiciones generales de cobertura seguidas de unos listados detallados de medicamentos e intervenciones cubiertas. En algunos casos estas listas vienen acompañadas de una aclaración (por ejemplo: trastuzumab, cubierto en el tratamiento del cáncer de mama temprano con sobreexpresión de HER 2+ y cáncer de mama metastásico con sobreexpresión de HER+, previa confirmación del estado HER 2+). Garantías: Colombia no provee garantías explícitas de oportunidad, calidad o protección financiera como lo hace Chile. Sin embargo, es quizás el país donde la exigibilidad legal de lo consignado en el plan de beneficios es más real al existir un mecanismo de amparo de derecho que permite exigir de manera fácil y ágil la entrega de los servicios consignados en el plan de beneficios.

Uruguay: todas las prestaciones y medicamentos de alto costo presentan normas, guías o pautas de cobertura donde se especifican explícitamente las indicaciones o patologías y los criterios de inclusión y de exclusión. En cuanto a las prestaciones de mediana y baja complejidad incluidas en el PIAS, estas se categorizan en dos grupos: prácticas incluidas sin normatización y con normatización. Las primeras incluyen aquellas para las que se entiende que hay evidencia suficiente acerca de su efectividad y para las que no resulta posible o costo-efectivo implementar limitaciones en la cobertura (prácticas

de baja utilización/bajo costo, cuyo espectro de indicaciones tiene poca variabilidad; prácticas para las que no resulta posible, desde el punto de vista clínico, definir claramente limitaciones en el alcance de sus indicaciones; prácticas para las que si bien existiría la posibilidad de limitar sus indicaciones,

no resultaría práctico o costo-efectivo implementar medidas de control). Las segundas incluyen las prácticas con normatización de las que se considera que su uso debe estar restringido a poblaciones e indicaciones específicas.

coordinación y duplicación de funciones. Sin embargo, cabe preguntarse si una política de PBS segmentados es siempre beneficiosa para la población, si debiera buscarse una mayor integración o articulación de estos distintos PBS o si, por lo menos, deben definirse lineamientos comunes a la hora de definirlos y ajustarlos para mejorar la coordinación.

A pesar de la diversidad en el diseño e implementación de los PBS, todos los países comparten varias características. La más importante es una situación común en su génesis: antes de implementar el PBS, el sistema público ya ofrecía la mayoría de los servicios, pero esa oferta no era explícita ni estaba acompañada de garantías de acceso, calidad o financiamiento. La decisión de estos siete países de adoptar un PBS explícito y con garantías para los beneficiarios refleja un deseo común de acabar con la ambigüedad, inseguridad e inequidad que surgían de una oferta incierta y que terminaba siendo una “promesa incumplida” de cobertura universal.

Resultados y mejores prácticas de los PBS

Modelo conceptual para analizar el éxito y las mejores prácticas de los PBS

A pesar del gran número de países que han adoptado planes explícitos de beneficios, y a pesar del renovado interés que estos han despertado, no existe en este momento un marco conceptual que facilite su análisis. Sin embargo, la bibliografía especializada ofrece varios

estudios que han tratado de identificar las mejores prácticas de un aspecto central de los PBS: los procesos de decisión de cobertura. Drummond y otros (2008) identifican 15 elementos de las mejores prácticas de la toma de decisiones de cobertura basada en la *evaluación de tecnologías sanitarias*. Chalkidou y otros (2009) revisan a su vez la bibliografía para identificar seis principios estructurales, técnicos y de proceso que se requieren para usar la evidencia sobre efectividad comparada como insumo para la toma de decisiones. Por su lado, Daniels y Sabin (2008) identifican los cuatro elementos clave requeridos para que el *proceso de priorización explícito sea legítimo y justo*. Y Sibbald, Singer, Upshur y Martin (2009) analizan de manera sistemática la opinión de actores acerca de cuáles serían los 10 elementos clave de un proceso exitoso de priorización explícita. De los anteriores análisis emergen algunos principios compartidos tales como la importancia de la robustez técnica o de la participación y de la transparencia en la toma de decisiones. Sirven de referentes y aportan elementos útiles para el análisis de los PBS pero no son una herramienta para analizar el grado de éxito o las mejores prácticas de los PBS. Este es un tema mucho más amplio, pues no se limita al análisis de las decisiones de cobertura sino que también incluye el marco institucional y los procesos para diseñar el plan y mantenerlo actualizado y con cobertura efectiva para la población objetivo. En vista de lo anterior, se plantea a continuación un primer marco conceptual (esquema I.3) sobre resultados y mejores prácticas de los PBS. La pregunta de partida es cuáles serían los resultados de una política de PBS exitosa (lado derecho del esquema).

La parte izquierda del marco permite visualizar las prácticas que mejor facilitan la obtención de buenos resultados dentro de las políticas de PBS. Estas se dividen en dos: las prácticas relacionadas directamente con la *definición y ajuste* de los PBS tanto en sus dimensiones técnicas como de procesos (deberían contribuir a que el plan de beneficios logre sus propósitos y que sea reconocido como un mecanismo legítimo de racionamiento) y *los factores habilitantes* que permiten que lo priorizado en el plan de beneficios no se quede a nivel de un enunciado de servicios sino que se convierta en la cobertura efectiva de los servicios priorizados.

A continuación se describen con mayor detalle los tres ejes del modelo propuesto: resultados esperados, definición y ajuste del PBS (métodos y procesos) y factores habilitantes.

Logros y desafíos a la luz del marco conceptual

Resultados

Un PBS es ante todo una estrategia para obtener los mejores resultados de salud o bienestar posibles con los recursos disponibles, lo que a su vez debería reflejarse en mejores indicadores de salud y en una mayor cobertura efectiva de los servicios priorizados, al mismo tiempo que debería conllevar un aumento en la eficiencia y una mejoría en otros indicadores de salud (acceso, protección financiera, etc.). Además, en los países donde el PBS delimita los servicios de salud que se financian con recursos públicos (por ejemplo, Colombia o Uruguay) la implementación de un PBS sería exitosa en la medida en que se respetan sus límites; si las personas acceden masivamente a servicios excluidos se desinstitucionaliza la razón de ser del PBS⁸ y la política no podría considerarse exitosa.

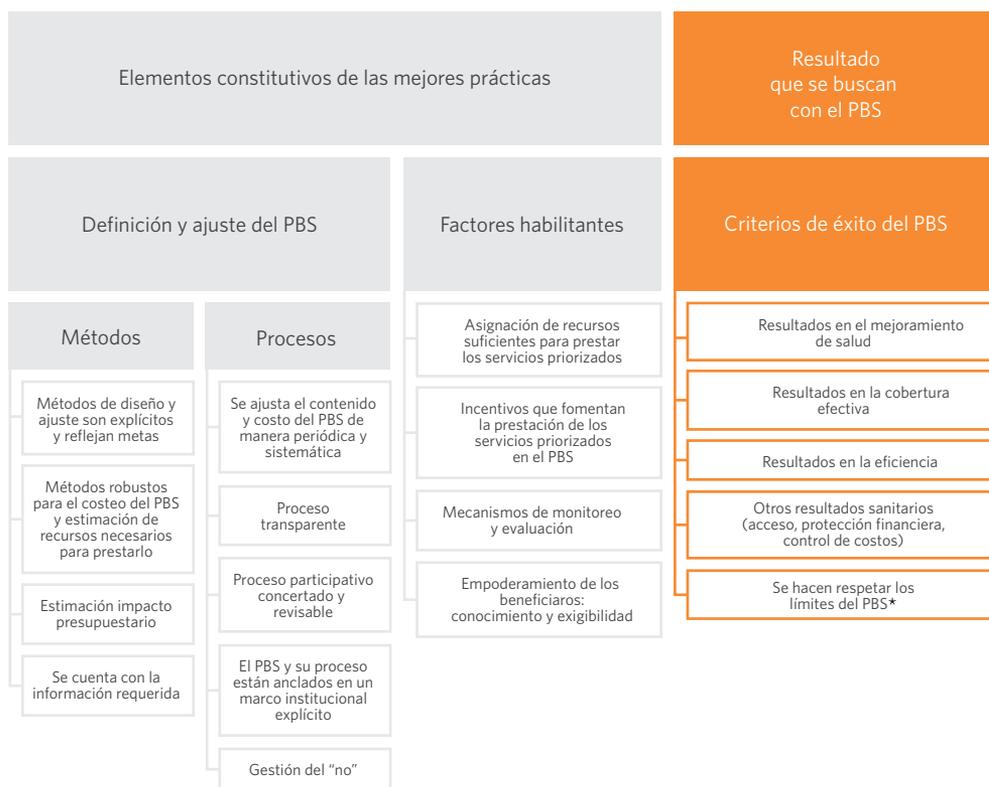
Los PBS suelen implementarse como parte de un *paquete* de políticas, por ello es difícil aislar el impacto de los planes que se revisan en este libro en la equidad, eficiencia y estado de salud. Para hacerlo se miden indirectamente los resultados en salud; se calcula que en México el CAUSES cubre el 95% de los motivos de consulta ambulatoria, que en Perú el PEAS cubre 65% de la carga de enfermedad y que en Chile el AUGÉ cubre el 60% de la carga de enfermedad. Sin embargo, estos cálculos son anteriores a la implementación de los PBS y se limitan a estimar su efecto potencial. Sería más importante evaluar si los servicios priorizados realmente se están prestando de manera adecuada y a todos los que los necesitan. Sin embargo, en la mayoría de los países aquí revisados no existe un marco institucional de monitoreo y evaluación para conocer si lo que promete el PBS se brinda efectivamente a la población. Argentina y Chile son excepciones a lo anterior.

Las evaluaciones referidas en los estudios de caso son escasas y no estiman el impacto de los PBS sobre la eficiencia en la asignación del gasto de salud, a pesar de que mejorar la asignación de los recursos es una de las razones principales para adoptar un PBS. Se sabe poco sobre el impacto de los PBS sobre el desempeño de los sistemas de salud.

Defender la legitimidad de las exclusiones de un PBS es tal vez el reto más grande al que se enfrentan los países latinoamericanos que intentan implementar un plan de beneficios. Este reto parece más difícil en los países de la región menos pobres, con PBS universales y con mercados atractivos para las empresas de tecnologías de alto costo. Este es el caso de Colombia y Uruguay que han enfrentado una fuerte presión por parte de ciertos grupos de interés para financiar tecnologías costosas excluidas de sus PBS. Debido a esta fuerte presión social, en muchas

⁸ No todos los países buscan establecer en su PBS todos los servicios individuales que pueden recibir las personas, como lo ilustran los casos de Argentina, Chile y Uruguay.

Esquema I.3. Modelo conceptual PBS



Fuente: Elaboración propia.

* Países que usan el PBS para definir lo que integralmente se puede dar a cada persona con los recursos dados.

ocasiones se ha recurrido al sistema judicial o a mecanismos excepcionales. En Colombia, estas presiones han resultado en un desvío de hasta un 26% (2010) de los recursos del aseguramiento del régimen contributivo (para población con capacidad de pago) para servicios no incluidos en el PBS (medicamentos de alto costo principalmente), lo que desinstitucionaliza el espíritu del PBS para mejorar la asignación de recursos. Estos enfrentamientos judiciales, junto con la presión tecnológica y la defensa de la autonomía de los médicos como garantía de una atención adecuada, han llevado a que el país esté a punto de eliminar su plan de beneficios.⁹

Mientras que Uruguay ha enfrentado problemas similares (aunque en menor medida), México, el país con mayor PIB de los estudiados pero cuyo PBS solo cubre a los estratos más bajos de la población, no ha enfrentado el mismo nivel de presiones judiciales. En Colombia, la solicitud de servicios no priorizados se ha concentrado entre los estratos más altos de la población. Cabe entonces preguntarse si la dificultad de que se apliquen los límites de un PBS aumenta no solo con el nivel de riqueza de un país sino también una medida que aumentan los ingresos de su población.

⁹ El Congreso colombiano aprobó en junio de 2013 la ley estatutaria de salud, ley marco en la que se elimina la noción de PBS. La ley se encuentra en revisión por la Corte Constitucional.

Definición y ajuste del PBS

A. Métodos

Dentro de los métodos se agruparon los elementos que hacen a los PBS técnicamente robustos. En el esquema I.3 se enuncian los aspectos metodológicos que se exponen a continuación.

Los métodos de diseño y ajuste son explícitos y reflejan las metas. Si estos no contemplan las metas a lograr, no hay forma de asegurar la coherencia del plan. Además, si los métodos no son explícitos no hay forma de dar seguimiento y establecer si la metodología aplicada se ejecutó de acuerdo con principios equitativos o si, por el contrario, la metodología obedeció a conveniencias particulares.

En general, en los países aquí estudiados existen limitaciones serias en términos de los criterios y métodos explícitos que se han utilizado para definir la inclusión o exclusión de tecnologías. Además, los métodos que sí se han aplicado se encuentran documentados de una manera deficiente. Los países usan múltiples criterios, entre los que suele incluirse la carga de enfermedad o las evaluaciones de costo-efectividad. Sin embargo, los estudios de caso muestran que rara vez los países recurren a métodos robustos y sistemáticos para definir y —más aún— para ajustar los PBS. Estos se ajustan esporádicamente, a veces por consultores externos y con reglas de juego que cambian con cada nueva ronda de ajuste. En muchos casos se anuncian criterios cuya aplicación práctica no es clara. Una excepción es Chile, que creó y aplicó un algoritmo que combina diferentes criterios e incluye las preferencias sociales. Según demuestra Vargas y Poblete (2008), esto se aplicó de manera bastante coherente.

Los métodos deben ser robustos para costear y calcular los recursos (humanos, de infraestructura, etc.) requeridos para prestar los servicios consignados en el PBS. Estos deben permitir estimar con un nivel aceptable de certidumbre el costo de prestar el plan. Esta tarea es

técnicamente compleja, pues involucra numerosos elementos e incertidumbres, y el presupuesto fiscal disponible es un punto de tensión político. Si el costo real del plan se subestima, no habrá recursos suficientes y si el costo se sobreestima, además de desperdiciarse recursos, la rentabilidad de algunos agentes puede ser superior a la inicialmente concebida, lo que puede minar el apoyo de la población al PBS. Además de estimar los recursos *económicos* requeridos, es necesario calcular las necesidades de otros recursos, como el talento humano, las tecnologías y la infraestructura física. Chile y Colombia tienen los métodos de costeo más avanzados, y los aplican más sistemáticamente. En Chile, por ejemplo, estos costeos se hacen de manera periódica, dentro de un marco normativo, mientras que en Colombia se hacen cálculos actuariales anuales para determinar y ajustar las primas que se pagan a los aseguradores que prestan el PBS.

En cuanto a otros recursos, en casi todos los casos las deliberaciones para definir o ajustar los planes de beneficios consideraron la infraestructura y recursos humanos disponibles para prestar el PBS. En Honduras la evaluación de la factibilidad del PBS en las áreas rurales alejadas llevó en algunas situaciones a la adecuación de la oferta. Sin embargo, en la mayoría de los casos no hay una articulación explícita entre el contenido del PBS y la planeación y adecuación de la oferta física y de recursos humanos.

Además de saber cuánto cuesta el PBS es necesario establecer su impacto sobre el presupuesto. Esto permite asegurar que el plan no solo sea costo-efectivo o que esté de acuerdo con los criterios de priorización, sino que además sea financiable (Mauskopf y otros, 2007).

Debe contarse con la información requerida. Aunque se cuente con los métodos acertados, si la información no es la adecuada, los resultados no serán técnicamente robustos. Gran parte de esta información tiene que ser local para llevar a decisiones correctas. Por ejemplo, es

muy arriesgado extrapolar la información de costo-efectividad de otros países sin ajustarla (Goeree y otros, 2011).

En general, los estudios de caso muestran que la información disponible, inclusive la más básica —por ejemplo, perfil epidemiológico o costo de las intervenciones— es limitada. Así es difícil aplicar rigurosamente criterios de priorización explícita. ¿Cómo seguir criterios de costo-efectividad cuando se carece de información confiable sobre el perfil epidemiológico y la demanda de la población? ¿Cómo analizar el impacto presupuestario cuando no se conoce el costo de las intervenciones?

B. *Proceso*

A continuación se exponen los elementos de *proceso* que facilitan que el PBS sea visto como un instrumento legítimo (véase el esquema I.3). Estos se basan en los estudios de caso y en la bibliografía revisada.

Ajuste periódico y sistemático mediante métodos explícitos. El PBS requiere ajustes periódicos ya que los sistemas sanitarios cambian constantemente; cambian los problemas de salud, las tecnologías disponibles y la demanda y el costo de las prestaciones. Estos cambios requieren de ajustes en el PBS; para ello deberían usarse de manera consistente los métodos acordados y no cambiarlos de manera errática o cada vez que cambia una administración. La mayoría de los países estudiados aquí no han logrado instaurar ni institucionalizar los procesos de ajuste periódicos ni para definir el contenido de sus planes ni para determinar el valor de las primas o recursos asignados. Se hace un esfuerzo sustancial al comienzo, muchas veces con apoyo externo, pero este no se institucionaliza para poder ajustar periódicamente el PBS. Por ejemplo, en el caso de México, a la fecha no existen procesos sistemáticos para ajustar el CAUSES y el paquete del FPGC. En Colombia, la falta de una actualización periódica hizo que el PBS perdiera legitimidad y fuera criticado fuertemente por la Corte

Constitucional. Una excepción a la falta de institucionalización es Uruguay con el FNR, que se encarga de definir y ajustar el PBS en lo relacionado con el alto costo. El FNR ha implementado procesos sistemáticos e institucionalizados de ajuste. Otro ejemplo es Chile, que ha logrado institucionalizar sus procesos de costeo y participación social del AUGE.

Transparencia. Es quizás el aspecto sobre el que hay más consenso a la hora de discutir los requisitos de una priorización explícita legítima (Goeree y otros, 2011). Es central que la información acerca de los métodos, de cómo estos se aplican y de las discusiones en torno al desarrollo del PBS y los resultados esté documentada y disponible para todas las personas. El acceso a la información, herramienta clave para la participación e insumo indispensable para la rendición de cuentas y transparencia del gobierno (OEA, 2013), es quizás aún más importante en el contexto de un tema tan controversial como la priorización explícita. Para que la definición de los contenidos de los PBS y de sus ajustes sea sólida deben realizarse procesos explícitos, documentados y accesibles al público.

La mayoría de los países incluidos en este libro han tenido limitaciones para explicitar y transparentar sus procesos, a pesar de problemas de documentación. En Colombia, se perdieron los estudios técnicos de priorización originales que se había usado para diseñar el POS. En otros casos estudiados aquí se disponía de información, pero se decidió no hacerla pública. En Uruguay fueron muy pocos los documentos oficiales y públicos sobre métodos y procesos utilizados para definir el PIAS que se pudieron citar en la bibliografía. Algo parecido sucedió en México.

Procesos participativos para definir y ajustar los PBS. Los actores clave y los ciudadanos en general deben poder conocer, brindar información y participar del proceso de definición y ajuste del PBS. La participación se puede organizar de muchas maneras, desde la recolección de información de las partes hasta la

posibilidad de que estas participen en la toma de decisiones.¹⁰ Sin embargo, no hay consenso sobre cómo esta participación debería materializarse, en particular, sobre cómo debería participar el público (Mitton y otros, 2009). Deberían establecerse criterios aceptados por las personas para tomar las decisiones de cobertura.¹¹ La participación también implica la posibilidad de revisar los resultados cuando las partes identifican errores en el proceso.

En la mayoría de los países estudiados, la participación de actores clave ha sido muy limitada. Un caso diferente es Chile, que cuenta con un proceso institucionalizado y legalmente anclado para incorporar las preferencias de los ciudadanos en sus decisiones de diseño y ajuste del PBS. Las limitaciones a la participación pueden ser una de las causas por las que los países no logran manejar satisfactoriamente las presiones políticas. En todos los casos se encontró que la elaboración y ajuste de un PBS enfrenta fuertes presiones por parte de todos los actores interesados (profesionales de la salud, grupos de pacientes, etc.) debido a que el ajuste de un PBS no es solo un tema técnico, sino político. En Chile “Quien fuera presidente [del Colegio Médico] durante la deliberación legislativa del GES admitió en entrevista que el Colegio Médico hizo lo posible para impedir la reforma, pero no lo logró por el fuerte apoyo que esta obtuvo de la ciudadanía y los partidos políticos”. De lo anterior se infiere que un adecuado proceso de participación contribuye a que el PBS tenga el respaldo político necesario.

Respaldo institucional y normativo para definir y ajustar el PBS. Los PBS requieren respaldo institucional, con normas que establezcan su funcionamiento y su aplicación consistente en el tiempo y que aseguren los recursos suficientes, como talento humano, capacidades tecnológicas, etc.

En muchos casos el respaldo institucional es precario. En Perú, durante la elaboración del PEAS no se consideró un plan previo, el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS), lo que luego hizo necesario un ajuste. Esto muestra que un PBS no siempre se desarrolla dentro de un marco institucional claro. En Honduras, las estructuras que gestionan, contratan y pagan los servicios del PBS aún son observadas como externas a la Secretaría de Salud y no como programas institucionales. Lo contrario ocurre con el componente de alto costo en Uruguay, donde una institución independiente y técnica, el FNR, define sobre la base de un proceso estandarizado y sistemático de evaluación de la evidencia qué tecnologías se financian. El FNR gestiona y monitorea además la provisión de las tecnologías de alto costo incluidas en el PBS.

Gestión del “no”. La experiencia de los países con una implementación más avanzada del PBS ha demostrado que carecer de estrategia para la solicitud de tecnologías excluidas puede corroer el plan, por lo que esta debe definirse desde el inicio. Saber cómo gestionar los servicios excluidos del PBS puede ser tan importante como definir lo que se incluye.

Los países enfrentan diversos tipos de presiones al momento de implementar sus PBS. La experiencia recolectada en este libro identifica tres aspectos centrales que dificultan negarse a los pedidos de incluir tecnologías al PBS.

1. Un entendimiento reducido de la *autonomía médica* por parte de los profesionales de la salud. Se plantea la autonomía médica como el deber del Estado de financiar cualquier tratamiento que se prescriba a un paciente sin ningún tipo de restricción, y sin ninguna preocupación por los recursos que queden disponibles para los demás

¹⁰ Una discusión sobre la participación en instituciones de evaluación de tecnologías sanitarias puede verse en Giedion, Muñoz y Cañón (2013).

¹¹ Véase el criterio de razones relevantes propuesto por Daniels y Sabin (2008).

pacientes. Este fue uno de los principales argumentos del Colegio Médico de Chile para oponerse al PBS.

2. *Presión política para “inflar” el contenido del plan.* La política tiende a prometer más de lo que se puede financiar en el PBS. En Chile la ampliación gradual del alcance del AUGE redujo las presiones fiscales para la implementación del PBS.
3. *Presión por derechos adquiridos.* Una presión muy difícil de manejar se presenta cuando el plan disminuye beneficios a un grupo. En Perú, la población pobre asegurada recibía el LPIS, más amplio que la primera versión del PEAS. La presión obligó a complementarlo para que su cobertura fuera similar a la del LPIS.

Pareciera que las resistencias al “no” son mayores cuando el PBS busca ser integral, como en Colombia y Uruguay, y menor cuando el plan que coexiste con un esquema de oferta pública con mecanismos de racionamiento implícito (Chile, Argentina, México), o cuando los beneficios son muy básicos, como en el caso de Argentina, con un plan dirigido solo a mujeres gestantes, o en el caso de Honduras, donde el plan se circunscribe a la población rural.

C. Factores habilitantes

Además de método y procedimiento, un PBS requiere de algunas condiciones habilitantes para que los servicios priorizados realmente se presten. A continuación se describen dichas condiciones.

Asignación de los recursos suficientes para prestar los servicios priorizados. El costeo del PBS debe reflejarse en las asignaciones de recursos, de tal forma que los agentes responsables de organizar y prestar los servicios puedan hacerlo. De lo contrario se genera un racionamiento implícito, que es precisamente lo que se quiere evitar.

Uno de los desafíos más grandes es la falta de coherencia entre el costo del

plan y los recursos que se le asignan. La situación es extrema en el caso de Perú, donde el gobierno solo entrega al Sistema Integral de Salud el 25% del costo variable estándar estimado del PEAS. Además, los estudios de caso de este libro refieren fuertes presiones para ampliar los PBS sin que exista un aumento proporcional en los recursos, como en Perú con el ajuste del PEAS para incluir los servicios que prestaba el LPIS. En Colombia, la prima bajó de los US\$512 calculados al momento de introducir el plan, en 1993, a US\$370. Un funcionario de una de las aseguradoras que ofrecía el PBS dijo: “...a los tres meses de estar, la unidad de pago por capitación ya no era de 140.000 pesos sino de 121.000 pesos, y punto y no hay más, y así nos lo dijo el ministro de Hacienda, sin ningún ajuste de contenido. Las decisiones de política han ido por vías opuestas y el mercado se ha encargado de unirlos. Por ejemplo, ajustando tarifas a la red de prestadores. El mercado ha hecho que la unidad de pago por capitación y el POS a costa de tecnología. La decisión de ‘o me quedo o me salgo’ y en el ‘me quedo’ —en cierta forma— que el ejercicio económico esperado, había que buscar disminución de tarifas a pagar, ajuste de frecuencias” (Giedion y otros, 2007). Lograr que el costo, lo presupuestado y lo efectivamente girado coincidan es un requisito indispensable para que los PBS puedan prestarse efectivamente.

Incentivos que fomentan la prestación de los servicios priorizados en el PBS.

Los incentivos que inciden en el comportamiento de los agentes que forman parte de los sistemas de salud deben fomentar la prestación de los servicios priorizados y consignados en el PBS. Por ejemplo, si los profesionales de la salud tienen los mismos incentivos para prestar los servicios priorizados y los que están fuera de los PBS, es poco probable que den prelación a los primeros.

La alineación de los incentivos con los objetivos de los PBS no ha sido un objetivo explícito perseguido por todos los países de este estudio. Sin embargo, en Argentina los recursos se asignan en función de los servicios priorizados y

los resultados obtenidos. Uruguay está también avanzando en esta dirección, con los convenios de gestión que se realizan entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores integrales de salud, que establecen metas y criterios de calidad de las prestaciones incluidas en el PBS. En México, la falta de articulación explícita entre el costo y contenido del plan y los recursos que reciben los prestadores ha limitado los incentivos de estos para prestar los servicios priorizados.

En general los *sistemas de monitoreo y evaluación* que los países tienen aún son incipientes en la mayoría de los casos. En ocasiones los resultados de los PBS pueden evaluarse indirectamente y mediante encuestas nacionales de demografía y salud o evaluaciones que no son específicas del PBS, sino que se refieren a los indicadores nacionales de salud. Sin embargo, aún son incipientes los intentos de evaluar sistemáticamente si los servicios priorizados llegan a la población objetivo. Algunos países han avanzado en este tema. Chile ha monitoreado los servicios prestados por dentro y por fuera del PBS, mientras que Argentina ha creado un sistema de monitoreo para el plan Nacer/SUMAR que incluye visitas de verificación, un tablero de comando y auditorías externas concurrentes.

Empoderamiento de los beneficiarios y exigibilidad legal. Los beneficiarios del PBS son esenciales para lograr que los servicios priorizados realmente se presten. Para esto, deben estar empoderados: deben conocer los beneficios a los que tienen derecho así como las garantías de oportunidad o de cobertura financiera que acompañen esos beneficios. Además, deben contar con mecanismos a los cuales recurrir cuando no se cumplen las garantías.

Casi todos los países analizados han difundido los beneficios consignados en sus PBS. Sin embargo, el conocimiento acerca de la existencia de los PBS suele no ser tan amplio como se quisiera. Este desconocimiento ha reducido el empoderamiento de la población, pues si no se conocen los derechos no es

posible exigirlos. Pocos países disponen de mecanismos para garantizar que el plan se pueda exigir. Por ejemplo, Colombia cuenta con un mecanismo jurídico expedito llamado tutela que permite a la población solicitar de manera ágil y efectiva servicios de salud. Mediante este mecanismo en 2010 se presentaron 89.762 tutelas para exigir servicios no incluidos en el PBS (Defensoría del Pueblo, 2011).

Conclusiones

En general hay acuerdo en que los recursos, siempre escasos, no alcanzan para proveer todas las tecnologías disponibles a todos quienes las necesitan, y que la brecha entre lo médicamente posible y lo financieramente factible crece con el tiempo. Así, los países se ven enfrentados al inevitable racionamiento de los servicios de salud.

La pregunta no es entonces si se debe racionar, sino cómo hacerlo. En muchos países de América Latina y el Caribe, esta brecha entre demanda y oferta ha sido abordada mediante un racionamiento implícito en el que el gobierno no asume un compromiso ni una posición clara de los servicios que le serán provistos a la población, de tal forma que los servicios dependen de factores contingentes y discrecionales, como su ubicación geográfica, el grupo socioeconómico al que pertenecen las personas o los recursos de oferta disponibles cuando la persona requiere los servicios. Este tipo de racionamiento va acompañado de problemas de eficiencia en la asignación del gasto, de desigualdad en el acceso y de un alto nivel de gasto de bolsillo.

A pesar de la diversidad de los países analizados en este libro y las diferentes opciones que tomaron al momento de definir sus planes de beneficios, todos han optado por un plan explícito de beneficios, a pesar de que ya contaban con sistemas públicos que ofrecían en teoría todos los servicios requeridos por la población. Sin embargo, esa oferta

no era explícita ni estaba acompañada de garantías de acceso, calidad o financiamiento. La decisión de estos siete países de adoptar un PBS explícito y con garantías para los beneficiarios refleja el deseo común de acabar con la ambigüedad y la inseguridad y de concretar el compromiso del Estado frente a sus ciudadanos y actores clave. Los PBS no surgen entonces como una transición entre no brindar servicios de salud a proveer un paquete mínimo financiado con recursos públicos, como puede ser el caso de algunos países de ingresos bajos de otros continentes, sino como una transición de lo implícito a lo explícito.

En general, las ventajas potenciales de un PBS son muchas, entre las que destaca la posibilidad de mejorar la eficiencia y la equidad en la asignación del gasto. Además el PBS puede servir como una herramienta de articulación. Alrededor de un PBS se organizan las principales funciones de todo sistema de salud, incluidos el financiamiento, la compra y el pago a los prestadores, la organización de la provisión, la regulación de aseguradores y prestadores, y la persuasión de consumidores, aseguradores y prestadores de servicios de salud. Ejemplo de esto es el plan Nacer/SUMAR de Argentina. Los casos de México y Colombia ilustran las consecuencias del PBS para el financiamiento y la equidad; en México el cálculo del costo del CAUSES permitió cuantificar y movilizar recursos públicos adicionales para financiar el PBS para la población sin aseguramiento con el fin de reducir la desigualdad. La definición y costeo de un plan de beneficios en Colombia permitió cuantificar y movilizar recursos financieros adicionales para solventar la entrega de los servicios priorizados a la población pobre. Implementar un PBS también facilita la función de compra y pago a prestadores. Eso ocurre porque la formulación explícita de los contenidos de un PBS contribuye a la simplificación y transparencia de los contratos de compra de servicios entre el financiador y los prestadores. Un PBS también puede convertirse en una piedra angular para la organización de los

prestadores: la definición explícita de un plan y de cada una de sus prestaciones permite dimensionar los requerimientos de recursos humanos y físicos para prestar los servicios cubiertos. Además, en algunos casos, cada prestación del PBS está acompañada de un protocolo de atención, que precisa las condiciones en que se debe ofrecer cada atención médica y cómo debe hacerse. Por último, un PBS explícito, acompañado de garantías para la población beneficiaria, aumenta la rendición de cuentas. Esta consiste en difundir los derechos y deberes de los beneficiarios en materia de salud, de manera que se promueva que los ciudadanos los exijan.

El estudio de los siete países muestra que implementar un PBS presenta desafíos importantes tanto a nivel técnico como político. En cuanto a lo técnico, el principal problema que enfrentan los países latinoamericanos es la falta de recursos de todo tipo: recursos económicos para elaborar el plan, *talento humano* calificado para los distintos estudios técnicos que sustentan el plan, *información*, e incluso limitaciones de *tiempo*, pues es común que los PBS deban consumarse en un período presidencial o legislativo. A nivel político, el gran desafío es defender la legitimidad de no financiar la prestación de algunas tecnologías disponibles, o en otras palabras, gestionar el “no”.

Los estudios de caso muestran cómo los factores del entorno pueden condicionar que los servicios priorizados se lleven a la práctica. En su ausencia el PBS será solo un enunciado de los beneficios que se quisieran prestar sin mucha diferencia con las promesas que prevalecen en los sistemas sin priorización explícita. Entre estos factores se destaca que la asignación de recursos sea coherente con los contenidos del plan y en particular con su costo estimado. Además el sistema debe incentivar la prestación de servicios de los PBS. Sin incentivos sería irracional esperar que los agentes se preocupen por prestar los planes. Es necesario evaluar a los planes y darles seguimiento según los objetivos y metas trazadas. En los países

estudiados, salvo en Argentina y Chile, no se han implementado sistemas de monitoreo y evaluación que permitan conocer con precisión los resultados del PBS.

Por último, los estudios de caso muestran que existe una tercera vía en la que un

PBS se implementa en combinación con un racionamiento implícito. Los casos de Chile (AUGE) y Argentina (plan Nacer/SUMAR) ilustran este camino. Esta alternativa puede ser especialmente atractiva en el contexto latinoamericano, donde negar los servicios excluidos del PBS es muy difícil.

Bibliografía

- Auerbach D. I. y A. L. Kellermann. 2011. "A decade of health care cost growth has wiped out real income gains for an average US family". *Health affairs (Millwood)* 30(9): 1630-6.
- Banco Mundial. 1993. *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*. Washington DC, Banco Mundial.
- _____. 2013. Serie de estudios sobre cobertura sanitaria universal. Disponible en: <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/0,,contentMDK:23352920~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:282511,00.html>>. Fecha de acceso: octubre de 2013.
- _____. 2013. *El proceso de participación en el establecimiento de las prioridades explícitas en salud: la experiencia chilena*. Disponible bajo registro gratuito en: <<http://www.redconocimientopbs.org/page/resumenes-de-pol-ticas-2>>. Fecha de acceso: octubre de 2013.
- Bodenheimer T. 2005. "High and rising health care costs. Part 2: technologic innovation". *Annals of internal medicine* 142(11): 932-937.
- Brosa M., R. Gisbert, J. M. Rodríguez y J. Soto. 2005. "Principios, métodos y aplicaciones del análisis del impacto presupuestario en el sector sanitario". *Pharmacoeconomics - Spanish research articles* 2(2): 65-78.
- Busse R., J. Figueras, R. Robinson y E. Jakubowski. 2007. "Strategic Purchasing to Improve Health System Performance: Key Issues and International Trends". *HealthCare papers* 8 (suplemento): 62-76.
- Busse R., J. Schreyögg y C. Gericke. 2007. "Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries. A comprehensive framework approach". Documento de debate de HNP, Banco Mundial.
- Camargo M. P. 2011. "¿Por qué los médicos se oponen al nuevo POS?". *Semana*. 7 de diciembre.
- Carone G., C. Schwierz y A. Xavier. 2012. "Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU". *European economy. Economic Papers* 461. Bruselas, Unión Europea.
- Chalkidou K. 2012. "Establecimiento de prioridades en base a evidencia: la teoría y la práctica". Nota de política.
- Chalkidou K., S. Tunis, R. Lopert, L. Rochaix, P. T. Sawicki, M. Nasser y B. Xerr. 2009. "Comparative effectiveness research and evidence-based health policy: experience from four countries". *The Milbank Quarterly* 87(2): 339-67.
- Comisión Europea. 2013. "Social Investment Package: Investing in Health". Documento de trabajo del personal de la Comisión Europea. Disponible en: <http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf>. Fecha de acceso: octubre de 2013.

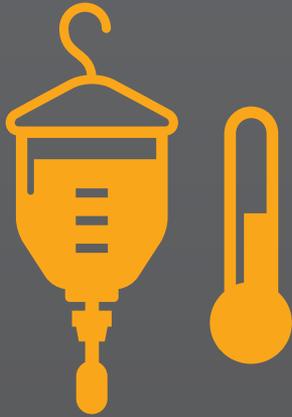
- Corte Constitucional de Colombia. 2008. Sentencia T-760.
- Daniels N. y J. E. Sabin. 2008. "Accountability for reasonableness: an update". *British Journal of Medicine* 337: a1850.
- Defensoría del Pueblo de Colombia. 2011. *La tutela y el derecho a la salud 2010*. Bogotá, Imprenta Nacional de Colombia.
- Dinarte Mendoza M. J. y L. Bolaños. 2012. "La voluntad no basta". Entrada para el blog Priorización y planes de beneficios en salud. 21 de febrero. Disponible bajo registro gratuito en: <<http://www.redconocimientopbs.org/profiles/blogs/la-voluntad-no-basta>>. Fecha de acceso: octubre de 2013.
- DiPrete B. y D. Coffman. 2007. "A Brief History of Health Services Prioritization in Oregon". Health Services Comission.
- Drummond M. F., J. S. Schwartz, B. Jönsson, B. R. Luce, P. J. Neumann, U. Siebert y S. D. Sullivan. 2008. "Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions". *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 24(3): 244-58.
- Dukes M. N., E. M. Haaijer-Ruskamp, C. P. de Joncheere y A. H. Rietveld (eds.). 2003. *Drugs and Money. Prices, Affordability and Cost Cointainment*. Séptima edición. IOS Press y OMS.
- FiercePharma Manufacturing. 2013. Cuadro "The World's Most Expensive Drugs". Disponible en: <<http://www.fiercepharmamanufacturing.com/pages/chart-worlds-most-expensive-drugs>>. Fecha de acceso: octubre de 2013.
- Frenk J., O. Gómez-Dantés y F. M. Knaul. 2009. "The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage". *Bulletin of the World Health Organization* 87: 542-8.
- Garpenby P. 2003. "The priority setting process. A macro perspective". Estocolmo, National Centre for Priority Setting.
- Giedion U. y otros. 2007. "Entrevistas estructuradas a actores claves. Documento sobre diseño, ajuste e implementación de los planes de beneficios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud". Bogotá, Ministerio de la Protección Social-Programa de apoyo a la reforma ARS.
- Giedion U., A. L. Muñoz y A. Ávila. 2012. "Introducción a la serie de priorización explícita en salud". Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Giedion U., A. L. Muñoz y O. I. Cañón. 2013. "Lecciones emergentes de entidades de evaluación de tecnologías en salud en cuatro países de América Latina y el Caribe y en cuatro países de ingresos altos". Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización de salud. BID.
- Giedion U., G. Panopoulou y S. Gómez-Fraga. 2009. "Diseño y ajuste de los planes de beneficios: el caso de Colombia y México". Serie financiamiento del desarrollo. Santiago de Chile, Naciones Unidas.

- Giedion U., D. Raciborska y R. Bitrán. 2010. "Guía metodológica para la elaboración de estudios de caso sobre el diseño, ajuste e implementación de paquetes o planes explícitos de beneficios de salud".
- Glassman A. y K. Chalkidou. 2012. *Priority-setting in health building institutions for smarter public spending*. Center for Global Development. Washington DC, Communications Development.
- Goeree R., J. He, D. O'Reilly, J. E. Tarride, F. Xie, M. Lim y N. Burke. 2011. "Transferability of health technology assessments and economic evaluations: a systematic review of approaches for assessment and application". *ClinicoEconomics and Outcomes Research* 3: 89-104.
- Guerrero R., H. Arreola-Ornelas y F. M. Knaul. 2010. "Breadth and depth of benefit packages: lessons from Latin America". OMS.
- Iunes R., L. Cubillos-Turriago y M. L. Escobar. 2012. "Universal Health Coverage and Litigation in Latin America". Washington DC., Banco Mundial.
- Jackson H. y A. McDermott. 2004. "Health Care Spending: Prospect and Retrospect". Nota analítica. Disponible en: <<http://www.medicare.ca/wp-content/uploads/2009/05/finance-note2.pdf>>. Fecha de acceso: octubre de 2013.
- Kaiser Family Foundation. 2007. "Snapshots: How Changes in Medical Technology Affect Health Care Costs". Disponible en: <<http://kff.org/health-costs/issue-brief/snapshots-how-changes-in-medical-technology-affect/>>. Fecha de acceso: octubre de 2013.
- Klein R. 1995. "Priorities and rationing: pragmatism or principles? Time for Britain to follow the Netherlands, New Zealand, and Sweden's lead and get serious". *British Medical journal* 311(7008): 761-2.
- Klein R., P. Day y S. Redmayne. 1996. *Managing scarcity: priority setting and rationing in the National Health Service*. Buckingham Open University Press.
- Kutzin J. 2000. "Towards Universal Health Care Coverage. A Goal-oriented Framework for Policy Analysis". Documento de debate de HNP, Banco Mundial.
- Malagón Oviedo R., M. Hernández Álvarez, J. M. Díaz-Granados Ortiz, N. Paredes Cubillos, N. Alvis Guzmán, J. Orozco Africano y M. Torres Tovar. 2010. "La sentencia T-760: alcances y limitaciones". Cuadernos del doctorado. Bogotá.
- Mason A. 2005. "Does the english NHS have a 'health benefit basket'?". *European Journal of Health Economics*, s1(6): 18-23.
- Mauskopf J. A., S. D. Sullivan, L. Annemans, J. Caro, C. D. Mullins, M. Nuijten y P. Trueman. 2007. "Principles of good practice for budget impact analysis: report of the ISPOR task force on good research practices - Budget impact analysis". *Value in Health* 10(5): 336-347.
- Mechanic D. 1997. "Muddling through elegantly: finding the proper balance in rationing". *Health Affairs* 16(5): 83-92.

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. 2013. Proyecto de ley 210 de 2013. Disponible en: <<http://senadorjorgeballesteros.com/wp-content/uploads/2013/03/Proyecto-de-Ley-Ordinaria-Salud.pdf>>. Fecha de acceso: octubre de 2013.
- Mitton C., N. Smith, S. Peacock, B. Evoy y J. Abelson. 2009. "Public participation in health care priority setting: A scoping review". *Health Policy* 91: 219-28.
- Mohr P. E. y C. Mueller. 2001. "The impact of medical technology on future health care costs: final report". Project Hope.
- Newhouse J. P. 1992. "Medical care costs: How much welfare loss?". *The Journal of Economics Perspectives* 6(3): 3-21.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). 2012. Base de datos sobre políticas sanitarias. Disponible en: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>>. Fecha de acceso: octubre de 2013.
- OEA (Organización de los Estados Americanos). 2013. "Culminates the regional seminar on access to public information and transparency organized by OAS". Seminario regional sobre acceso a la información pública y transparencia. San Salvador.
- Office of The Assistant Secretary for Planning and Evaluation. 2005. *The 2005 HHS poverty Guidelines*. ASPE.
- Olfson M. y S. C. Marcus. 2013. "Decline in placebo-controlled trial results suggests new directions for comparative effectiveness research". *Health Affairs (Millwood)* 32(6): 1116-25.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2000. *Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, OMS.
- _____. 2010. *Informe sobre la salud en el mundo. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Capítulo 2: "Más dinero para la salud". Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/10_chap02_es.pdf>. Fecha de acceso: octubre de 2013.
- Ontario Ministerio de Salud y Cuidado de Largo Plazo. 2008. "Priority Setting. The Health Planner's Toolkit". Módulo 7 de *Health Systems Intelligence Project*. Ontario.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2012. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 64.ª sesión del comité regional. Washington DC.
- Plaza B. 1996. "Cost effectiveness and priority setting case study". Washington DC, Banco Mundial.
- Rettenmaier A. J. 2009. "Health care spending forecast". Disponible en: <<http://www.ncpa.org/pub/ba654>>. Fecha de acceso: octubre de 2013.
- Roberts M., W. Hsiao, P. Berman y M. Reich. 2008. *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. Nueva York, Oxford University Press.

- Rumbold B., P. C. Smith y V. Alakeson. 2012. *Rationing health care: is it time to set out more clearly what is funded by the NHS?* Nuffieldtrust.
- Schreyögg J. y otros. 2005. "Defining the 'Health Benefit Basket' in nine european countries. Evidence from the European Union Health BASKET project". *European Journal of Health Economics*, s2-10.
- Sibbald S. L., P. A. Singer, R. Upshur y D. K. Martin. 2009. "Priority setting: what constitutes success? A conceptual framework for succesful priority setting". *BMC Health Services Research* 9(43): 1-23.
- Stolk E. A. y F. H. Rutten. 2005. "The health basket in the Netherlands: A contribution to Work Package II of the EU funded research project 'HealthBASKET': Description of benefits, entitlements, actors and decision making processes in the Dutch health care sector". Institute for Medical Technology Assessment.
- Superintendencia de Salud de Chile. 2012. Resolución exenta SS n.º 801. Disponible en: <[http://webserver.superdesalud.gob.cl/bases/Sistema Sanciones.nsf/8d89ce51a9c911ed842571e700700d9a/3ebd31c347ba33448425797a007afc58/\\$FILE/ATTRFJ2G.pdf/Res.ex.SS.801.pdf](http://webserver.superdesalud.gob.cl/bases/Sistema Sanciones.nsf/8d89ce51a9c911ed842571e700700d9a/3ebd31c347ba33448425797a007afc58/$FILE/ATTRFJ2G.pdf/Res.ex.SS.801.pdf)>. Fecha de acceso: octubre de 2013.
- Tarimo E. 1997. "Essential Health Service Packages: Uses, abuse and future directions". *Current Concerns* 15. OMS.
- Taylor D. 2010. "Implementing Value Based Pricing for Medicines. An introduction".
- Thomson S., L. Schang y M. E. Chernew. 2013. "Value-Based Cost Sharing in the United States and Elsewhere Can Increase Patients' Use of High-Value Goods and Services". *Health Affairs* 32(4): 704-12.
- Ulmer C., B. McFadden y C. Cacace. 2012. *Perspectives on Essential Health Benefits*. National Academy Press.
- Vargas V. y S. Poblete. 2008. "Health prioritization: the case of Chile". *Health Affairs (Mildwood)* 27(3): 782-92.
- Vogler S., C. Habl, C. Leopold, I. Rosian-Schikuta, K. de Joncheere y T. L. Thomson. 2008. *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information Report*. Viena, Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich ÖBIG.
- Wong H. y R. Bitrán. 1999. "Desining a benefits package". Módulo 5 de *Flagship course on Health sector reform and sustainable financing*.
- Zhang Y. y S. B. Soumerai. 2007. "Do Newer Prescription Drugs Pay for Themselves? A Reassessment of the Evidence". *Health Affairs* 26(3): 880-6.

Capítulo 1



+	+	+		+	+		+	+	+
+	+	+	Planes de beneficios en salud de América Latina						
	+			+	+		+	+	+
+		+	+			+		+	+
+	+			+			+		
+			+		+		+		+

{ Chile: las Garantías Explícitas de Salud

Liliana Escobar y Ricardo Bitrán

Resumen

Contexto. En 2005, Chile adoptó un plan de beneficios de salud (PBS) denominado indistintamente plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) o plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE). Este PBS cubre hoy 80 patologías priorizadas de acuerdo con diversos criterios. Las coberturas y garantías definidas en este plan aplican para el sistema de seguridad social en salud, incluyendo a los asegurados del seguro público, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que actualmente cubre a alrededor del 80% de la población nacional, así como los asegurados de las instituciones de salud previsual (Isapres), entidades privadas que cubren a cerca del 17% de los chilenos. La cobertura de salud que obtienen los asegurados de Fonasa e Isapres no está limitada a los contenidos del PBS AUGE. Si los asegurados padecen de alguna patología no incluida en el PBS, pueden de todos modos obtener cobertura a través del llamado “plan complementario” de salud con el Fonasa o la Isapre respectiva. En el caso del Fonasa, es posible que los servicios requeridos no estén inmediatamente disponibles y el asegurado tenga que esperar días, semanas o meses, además de hacer un copago, si el plan así lo requiere, en el momento de obtener la atención. En el caso de las Isapres, si el plan complementario contempla una cobertura para los servicios requeridos, el asegurado puede obtenerlos sin demora, realizando los

copagos que el plan estipule. Antes de la reforma, Chile ya contaba con una cobertura casi universal de la seguridad social en salud. El AUGE solo igualó el piso de garantías para el seguro público y los seguros privados, y mejoró el acceso para el subsistema público y la cobertura financiera para los beneficiarios de las Isapres.

Elementos clave del GES. Uno de los aspectos más relevantes del GES fue la introducción de cuatro garantías explícitas, que van más allá de una simple enumeración de los servicios cubiertos. Estas garantías son las siguientes:

1. **Acceso:** obligación del Fonasa o Isapres de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el régimen GES.
2. **Oportunidad:** plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina el decreto respectivo (revisado anualmente).
3. **Calidad:** otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador debidamente acreditado por la Superintendencia de Salud.
4. **Cobertura financiera:** la contribución o copago que debe efectuar el asegurado por prestación o grupo de prestaciones no debe ser superior al 20% del valor determinado en un

arancel de referencia del régimen, establecido para estos efectos. Sin embargo, los asegurados indigentes y los de bajos ingresos del Fonasa no enfrentan copagos ni deducibles.

Un segundo aspecto a destacar se relaciona con el hecho de que Chile optó por incluir en el PBS solo un subconjunto de problemas de salud que apuntan a cubrir aproximadamente el 60% de la carga de enfermedad de este país. Así, la iniciativa de priorizar con fuerza legal el GES tuvo como punto de partida la ausencia de prioridades explícitas para los problemas de salud y prestaciones médicas que quedaron fuera de él. Esos problemas excluidos mantuvieron su estatus anterior, quedando, en el ámbito público (Fonasa), sujetos a una racionalización mediante listas de espera. Con ello, en el caso del gran asegurador público, Chile ha decidido mantener un esquema de racionamiento implícito para lo que no está en el GES y, a la vez, priorizar un subconjunto de prestaciones, que son las incluidas en él. Este camino de garantizar explícitamente algunas prestaciones sin negar de un modo explícito otras parece atractivo en términos políticos, sobre todo en América Latina, donde el derecho constitucional garantiza el acceso a la salud y donde el racionamiento de la oferta es considerado ética y socialmente inaceptable.

Un tercer elemento a destacar es la institucionalización de dos procesos fundamentales asociados con el ajuste de un PBS: el costeo y la identificación de las prioridades sociales. Respecto del costeo, la ley establece que toda modificación de los contenidos del GES debe primero someterse a un estudio actuarial riguroso comisionado por el Ministerio de Salud. En cuanto a la identificación de las prioridades sociales, la formulación de la primera versión del GES, en 2005, estuvo precedida por un amplio proceso de consulta ciudadana que abarcó a grupos de expertos, grupos de interés, trabajadores públicos, municipales y privados, la opinión pública y miembros de la comunidad.

Un último elemento clave a resaltar en el caso de Chile es la decisión gubernamental de expandir gradualmente el GES. En 2005 ingresaron los primeros 25 problemas prioritarios de salud a ese régimen. Un año más tarde, se incorporaron otros 15 problemas prioritarios. En 2007, ingresaron otros 16 hasta llegar a un total de 56. Esta lista ha sido expandida en dos ocasiones más, aumentando a 69 problemas prioritarios en 2010 y alcanzando los 80 en 2013. Esta estrategia de incorporación gradual de los problemas de salud atenuó en el tiempo el impacto fiscal de la reforma, así como sus requerimientos de recursos y los desafíos de su implementación.

Resultados. Las evaluaciones del GES han sido escasas y parciales, pero las pocas existentes revelan importantes logros. Por ejemplo, Bitrán, Escobar y Gassibe (2010) mostraron que el GES permitió un mayor acceso a la atención, una mejor cobertura y una disminución en las tasas de hospitalización y mortalidad para varias enfermedades (infarto agudo al miocardio, diabetes tipo 2, hipertensión, epilepsia, depresión y cáncer de cérvix). Una evaluación reciente de Bitrán & Asociados (Ministerio de Salud, 2012) mostró que la mayoría de un conjunto de prestaciones de salud, seleccionadas para su estudio y vinculadas al GES, experimentaron un incremento en su producción. Además, en los cinco primeros años de la reforma, el gasto público (Fonasa) por beneficiario en prestaciones del GES creció un 34% en términos reales.

Desafíos. La estandarización del proceso de ajuste del GES es uno de los principales retos pendientes, pues actualmente este no está claramente establecido. Por ejemplo, se desconoce la importancia relativa de cada uno de los criterios de priorización empleados por el comité consultivo del GES, ente encargado de actualizar el PBS. Tampoco existen criterios o reglas fijas que gobiernen las decisiones del comité. La iniciativa reciente del Ministerio de Salud para desarrollar un sistema de evaluación de tecnologías sanitarias en el sector

público de la salud promete contribuir a la transparencia e institucionalización del proceso de priorización futura del gasto público en salud.

Mientras que el consumo de prestaciones GES ha aumentado, también han crecido las listas de espera por prestaciones no incluidas en él. El Ministerio de Salud

ha declarado abiertamente que resolver esas listas de espera tomará años debido a la limitación de recursos públicos para la salud. Sin embargo, en la práctica, en el período 2005-09 el gasto público en prestaciones no GES, expresado en términos reales y por asegurado, aumentó del mismo modo que el gasto GES. Una aparente consecuencia del GES sería la

Elementos fundamentales del plan de Garantías Explícitas de Salud

Nombre del PBS	Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES), antes llamado plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE)
Año de inicio	2005
Motivación central	Diferencias significativas en la calidad y el acceso entre la atención recibida por los usuarios del Fondo Público Nacional de Salud (Fonasa) y la de los usuarios de las instituciones de salud previsional (Isapres)
Población objetivo	Toda la población.
Cobertura de servicios	Se han definido servicios para la atención de 80 problemas de salud de diversa índole y complejidad, que incluyen casi dos tercios de la carga de enfermedad en el país. Entre estos se incluyen servicios ambulatorios, hospitalarios, quirúrgicos y medicamentos
Cobertura financiera	Existen copagos con un límite anual por familia equivalente a 43 cotizaciones mensuales y por evento equivalente a 29 cotizaciones mensuales. Los indigentes y los beneficiarios de bajos ingresos del Fonasa no tienen copagos ni deducibles
Cobertura población objetivo	El 97% de la población del país está en el sistema de seguridad social en salud y, por ende, es beneficiaria del GES, ya sea a través del asegurador público Fonasa (el 80%) o de los aseguradores privados Isapres (el 17%). El 3% restante está en otros sistemas previsionales de salud (por ejemplo, el de las Fuerzas Armadas) o bien carece de aseguramiento
Costo anual estimado per cápita	Para los 80 problemas de salud, en julio de 2013 era de US\$168
Porcentaje de los recursos públicos de salud canalizados hacia la financiación del PBS	El 46% del gasto del Fonasa en atenciones de salud (2009)
Entrega de servicios no priorizados	Son prestados según la disponibilidad, con mayores tiempos de espera y copagos más altos
Principales innovaciones	<p>El PBS define garantías explícitas y exigibles de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera para las patologías cubiertas</p> <p>Combinar plan de beneficios explícito para problemas de salud priorizados con racionamiento implícito para la atención de los demás problemas</p> <p>Institucionalización del proceso de costeo del PBS y de incorporación de prioridades sociales; costeo anclado en la ley y basado en una rigurosa metodología actuarial cimentada en información poblacional, epidemiológica y de costos; identificación de prioridades sociales y próxima formalización de un proceso de evaluación de tecnologías sanitarias</p> <p>Implementación gradual del PBS; solo cubría 25 patologías en sus inicios (2005) mientras que en 2013 cubría 80 patologías, reduciendo la presión fiscal de la reforma en el corto plazo</p>

instauración de una cultura ciudadana que haría exigibles sus beneficios de salud, independientemente del sustento legal de esas exigencias. Resta ver si el GES terminará afectando a la composición del gasto público, haciendo crecer la proporción del gasto destinado a las prestaciones priorizadas.

Por último, las garantías explícitas del GES han forzado al Fonasa a recurrir a prestadores privados de manera creciente, en las zonas donde los prestadores públicos carecen de suficiente oferta. Esto ha presionado para el aumento del presupuesto del Fonasa, pues los prestadores privados generalmente cobran precios muy superiores al costo de la provisión pública.

Motivos y proceso de adopción

Antecedentes

Chile tiene una larga trayectoria en materia de salud pública desde la creación del Sistema Nacional de Salud en 1952. Con la reforma del sector salud, de 1981, durante la dictadura militar, se crearon las instituciones de salud previsual (Isapres) y se transfirió a los municipios la operación de los establecimientos de atención primaria. Con estos cambios se generó un sistema de salud mixto, público-privado, vigente hasta hoy.

La acción del sistema de salud chileno, junto con la de otros sectores que también influyen en la salud de las personas (educación, nutrición, vivienda y otros), ha logrado a través de décadas mejorar de un modo sustancial la salud de los ciudadanos. Producto de ello, los indicadores de salud de Chile en el ámbito materno-infantil son tan elevados como los de los países desarrollados, aun cuando el gasto en salud de Chile es comparativamente inferior.

Con la recuperación de la democracia en 1990, los gobiernos de la coalición

gobernante de izquierda, conocida como “Concertación”, iniciaron una discusión acerca de la reforma en salud. Sin embargo, otras prioridades, como la necesidad de reformar el sector educación y el temor al costo político de una reforma del sector salud, hicieron que el proceso se postergara hasta 2005, cuando el expresidente Ricardo Lagos (2000-06) decidió acometer la reforma. Según el exministro de Salud de Lagos, Pedro García, varios temas se consideraban pendientes al inicio de la década de 1990; entre ellos, la regulación del sector de los aseguradores privados Isapres para evitar abusos y mejorar la cobertura financiera, así como también para mejorar la solidaridad financiera del sistema de seguridad social.

Según una encuesta del año 2000, los chilenos mencionaban a la salud entre sus tres principales preocupaciones, junto con el empleo y la pobreza. En el subsector público, las falencias percibidas por la población eran las dificultades de acceso, que se manifestaban a través de “listas de espera” y una mala calidad de la atención. En el sistema privado, la población manifestaba sentirse insuficientemente protegida con la cobertura de las Isapres y disconforme con las políticas de precios de esos seguros. Junto con estas preocupaciones de la población, estaba la preocupación de las autoridades del sector salud con respecto al aumento de los precios de los servicios por encima de la inflación general. Estos factores también contribuyeron a sentar las bases para una reforma.

El gobierno de Lagos concibió y apoyó la reforma del sector salud y logró materializarla mediante dos elementos importantes: la definición de los objetivos sanitarios de la década y la reforma sanitaria. De los objetivos sanitarios surgieron algunos fundamentos y motivaciones de la reforma, como los cambios demográficos y epidemiológicos, la inequidad y el nivel de insatisfacción ciudadana respecto de la atención de salud. La reforma de salud chilena de 2005, indistintamente denominada

AUGE o GES, contiene cinco elementos diferenciados por cuerpos legales.¹ Uno de ellos es el referido a la definición de un plan de beneficios de salud conocido como plan AUGE, posteriormente denominado GES. Ese PBS es el eje de esta reforma y es la materia del presente documento.

El sistema de salud en Chile

Chile se basa en el sistema de seguridad social para la salud para proporcionar cobertura casi universal a sus casi 17 millones de habitantes. Fonasa, el seguro público y de lejos el mayor asegurador en el país, cubre a un 80% de la población, incluidos los indigentes, totalmente subvencionados con fondos del Tesoro. Varias compañías aseguradoras de salud privada, conocidas como Isapres, compiten por la cobertura de alrededor del 17% de los chilenos. Otros sistemas, como los de las Fuerzas Armadas, cubren a la población restante. Los beneficiarios del Fonasa utilizan principalmente los proveedores públicos de salud, aunque los beneficiarios no indigentes del Fonasa tienen derecho a un modesto coseguro para la atención de la salud en prestadores privados. Los beneficiarios de las Isapres utilizan principalmente a los proveedores privados de salud (esquema 1.1).

El Sistema Nacional de Servicios de Salud tiene componentes obligatorios y voluntarios con respecto a la elección del asegurador y el monto de la contribución. En principio, los individuos pueden elegir libremente inscribirse con el Fonasa o una Isapre, pero en la práctica el salario es el principal determinante de la elección: los individuos de ingresos medios-altos y altos tienden a elegir una Isapre para obtener servicios adicionales al GES mediante aportes adicionales; los de ingresos medios, medio-bajos y bajos suelen elegir el Fonasa, pues con su aportes no podrían obtener una mejor cobertura en Isapres. La ley requiere que los trabajadores formales aporten una

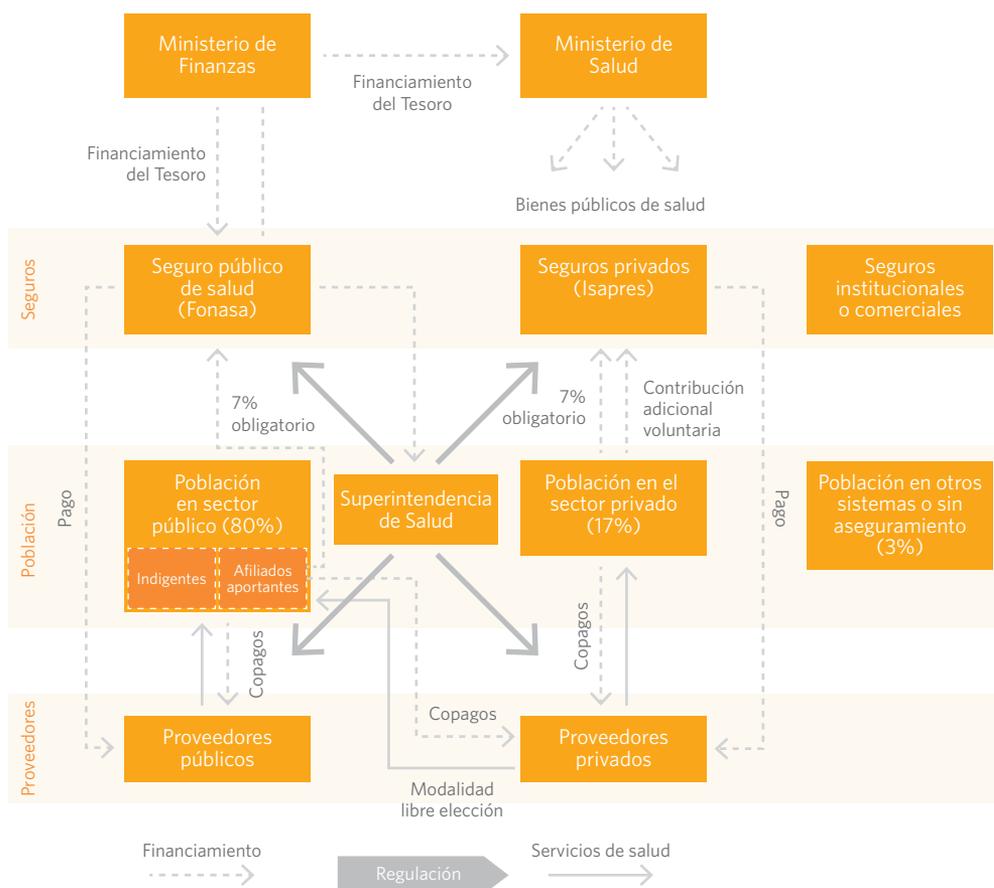
prima obligatoria de seguro de salud igual al 7% de sus ingresos hasta un techo de ingresos mensuales de aproximadamente US\$1500; también permite que quienes opten por afiliarse a una Isapre hagan contribuciones voluntarias por encima de este 7% a cambio de servicios complementarios a los del GES. Tanto el Fonasa como las Isapres operan con copagos.

Durante sus 10 primeros años de existencia, desde 1981 a 1991, las Isapres estaban libres de fiscalización ya que no existía ningún organismo regulador responsable de supervisar sus operaciones. Durante esa década, esas aseguradoras crecieron rápidamente, y llegaron a casi 2 millones de beneficiarios (afiliados más dependientes). En 1990, el Gobierno creó la Superintendencia de Isapres bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud. Hasta ese año, las Isapres pudieron seleccionar libremente los riesgos a cubrir, con lo que se hicieron de una cartera de beneficiarios más rica, más joven y más sana que la del Fonasa. Las Isapres siguieron creciendo en cobertura hasta 1997, cuando llegaron a casi 4 millones de beneficiarios o el 25% del mercado. Desde entonces, han disminuido su cobertura; en la actualidad cubren a solo 2,7 millones de chilenos, o el 17% de la población, como resultado de una importante migración de beneficiarios desde Isapres hacia el Fonasa.

Las significativas diferencias en la calidad y accesibilidad de la atención entre el Fonasa y las Isapres llevaron al Gobierno a crear en el 2005 el llamado plan AUGE, una reforma al sistema de salud cuyo eje central era la creación de un plan de beneficios mínimo, indistintamente denominado AUGE, o GES, común para el Fonasa y las Isapres. Ese mismo año el Gobierno creó la Superintendencia de Salud, entidad que tiene la responsabilidad de regular y fiscalizar al Fonasa y las Isapres y también a los prestadores públicos y privados.

¹ Los componentes de la reforma son: Ley de Autoridad Sanitaria; regulación de las Isapres con base en dos leyes; derechos y deberes de las personas y el Régimen de Garantías Explícitas (AUGE o GES).

Esquema 1.1. Sistema de salud de Chile



Fuente: Elaboración propia.

Objetivos de la reforma

Los objetivos de la reforma de 2005 fueron equivalentes a los objetivos sanitarios definidos por el Gobierno para el período 2000-10: i) mejorar los logros sanitarios alcanzados en el siglo XX; ii) disminuir la inequidad; iii) enfrentar los nuevos desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios ocurridos en la sociedad respecto de su visión de la salud, y iv) proveer servicios a la altura de las expectativas de la población.

Así, la reforma buscó dar respuestas adecuadas a una población más envejecida, más educada y con mayor conciencia de sus derechos que en el

pasado. Como se verá más adelante, el principal instrumento que dio sustento a la reforma fue la formulación de un conjunto de garantías explícitas de salud apoyadas por instrumentos legales a disposición de los consumidores para velar por el cumplimiento de esas garantías.

Hasta 2005, los beneficiarios del Fonasa no disponían de garantías explícitas en materia de cobertura, y su acceso a atenciones estaba sujeto a la disponibilidad de oferta. Los beneficiarios de Isapres, en cambio, poseían contratos explícitos de cobertura con esos aseguradores.

Deliberación y negociación de la reforma de salud y del GES

La construcción de este PBS requirió de competencias técnicas, consulta ciudadana y liderazgo político. La oposición que surgió a la reforma fue poderosa y provino de algunos sectores del propio Ministerio de Salud, de los gremios médicos y de políticos de distintas tendencias. Sin embargo, el apoyo incondicional del expresidente Lagos a la iniciativa y su astuto manejo político del proceso permitieron neutralizar esa oposición.

A inicios del año 2000, el expresidente Lagos puso en marcha una Comisión de Salud para definir la reforma, encabezada por su hombre de confianza, Hernán Sandoval. Según el relato del exsubsecretario de Salud de Lagos, Antonio Infante, “esta comisión encargó a una empresa externa un estudio de opinión de actores con representación nacional, usando la metodología de los grupos focales. De allí se extrajeron las ‘preocupaciones’ de esos grupos y, usando eso como base, se hizo una encuesta a las familias acerca de la necesidad de hacer una reforma, las prioridades de salud, los grupos prioritarios [...]. Es decir, hubo una base científica de la mirada de la comunidad y sus necesidades estaban allí reflejadas. [...] Posteriormente se realizaron talleres, abordando distintos temas con diferentes grupos de expertos, temas que se llevaron a discusión con variados grupos de interés: políticos, gremios, ministerio, etc. Por último, se llevaron a discusión los avances del diseño a nivel comunal con dirigentes sociales (con cierto sesgo porque la convocatoria la hizo el sector salud). El Colegio Médico participó de estas acciones”.²

En paralelo al trabajo de la Comisión de Salud, la entonces ministra, Michelle Bachelet (quien posteriormente sería presidente del país), armó otras mesas de diálogo para deliberar sobre los derechos

y deberes de los pacientes. Esas mesas apuntaban a una reforma muy diferente a la que venía diseñando Sandoval. Por ello, ese esfuerzo paralelo fue conflictivo y derivó en el final del trabajo de la Comisión de Salud, la renuncia de Sandoval y la salida de Bachelet del Ministerio de Salud. Con posterioridad, el expresidente Lagos restableció la Comisión de Salud bajo el liderazgo de Sandoval.³

Durante ese tiempo, el Colegio Médico presentó una férrea oposición a la reforma. Uno de sus principales argumentos era que la reforma vulneraría la autonomía médica al establecer qué problemas médicos serían cubiertos por el nuevo PBS e impondría la adopción de protocolos de atención. Pese a esta oposición, el equipo de Sandoval y el Ministerio de Salud continuaron su avance en la formulación de leyes para el GES, que serían sometidas a revisión en el Parlamento.⁴ En el proceso legislativo, encabezado por las comisiones de Salud y Hacienda de la Cámara de Diputados y la Comisión de Salud del Senado, hubo mucha controversia y debate público con fuerzas opositoras políticas y gremiales. Sin embargo, y tal como lo expresó Ulises Nancuante,⁵ “en todo el proceso de reforma fue trascendente el apoyo permanente del expresidente Lagos, convencido y comprometido con la idea de ‘reformular’, lo que se evidenciaba en cada oportunidad en que aparecían conflictos internos en los que él intervenía personalmente; dada su fuerza política se logró aprobar...”.

La opinión pública participó en el largo debate. Diversas encuestas realizadas en el país revelaron que una amplia mayoría de los chilenos, de todos los partidos políticos, consideraba esencial realizar una reforma en el sector de salud (Cegades, 2002).

El componente del Régimen de Garantías en Salud (ley n.º 19966) se plasmó

² Entrevista de los autores con Ulises Nancuante (2011).

³ Bitrán y Escobar (2008) describe la economía política de la reforma.

⁴ Integrado por representantes de los ministerios de Salud y Hacienda y la Superintendencia de Salud.

⁵ Ex fiscal de la Superintendencia de Salud. Coautor, con Andrés Romero, del libro *La reforma de la salud* (2008).

en un decreto supremo en 2005, que permitió poner en operación la Ley GES. Este decreto enunció un conjunto de 56 problemas de salud priorizados cuyo tratamiento sería explícito y garantizado por ley para todos los beneficiarios de la seguridad social en salud en el país. En la definición del contenido del PBS, la ley n.º 19966 establece que “la elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas de Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a extender o mejorar la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación de costo-efectividad. Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno”.⁶ Adicionalmente, en su artículo 14 consigna que “considerando los estudios señalados en el artículo precedente, la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus prestaciones asociadas, debiendo descartarse de estas todas aquellas para las cuales no haya fundamentos de que significan un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados. Asimismo, se deberá estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones”.

La iniciativa de priorizar con fuerza legal el GES tuvo como punto de partida la ausencia de prioridades explícitas para los problemas de salud y prestaciones médicas que quedaron fuera de él. Esos problemas excluidos mantuvieron su estatus anterior, quedando sujetos a una racionalización

mediante listas de espera en el ámbito público. Esto preocupó a los detractores del GES, incluido el Colegio Médico, pero no tuvo mayores consecuencias en el diseño de la reforma.⁷

Para evitar presiones excesivas en el gasto en salud, el GES contempló la adopción gradual de problemas de salud, garantizadas en un período de tres años, comenzando con 25 en 2005 y llegando a 56 en 2007.

De la reforma antes descrita surgen las siguientes lecciones:

- La creación de una comisión de reforma que era externa al Ministerio de Salud les dio autonomía a sus técnicos para elaborar un diseño que no se viera interferido por los problemas coyunturales de esa entidad, ni contaminado por las fuerzas políticas representadas en la persona del ministro de Salud.
- El respaldo a la reforma en el Parlamento fue posible por el buen manejo político del expresidente Lagos y de sus aliados (incluyendo los ministros de Salud que sucedieron a Bachelet), consiguiendo un apoyo mayoritario de representantes de la izquierda y la derecha.
- El otorgamiento de garantías legales de salud para los ciudadanos fue un elemento clave de la reforma, que recibió amplio apoyo político.
- La implementación gradual del PBS redujo las presiones sobre el sistema de salud asociadas a una reforma tan drástica, distribuyendo en el tiempo la incorporación de nuevos problemas de salud garantizados a la población. Además, se facilitó así su financiamiento y la adopción

⁶ Véase Régimen de Garantías en Salud, 3 de septiembre de 2004. Véase: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/leyauge.pdf>.

⁷ Desde 2005 comenzaron a producirse las llamadas “listas de espera” para problemas no AUGE. Llegaron a totalizar varias decenas de miles de personas esperando recibir alguna cirugía o procedimiento no incluido en el AUGE. Esto fue materia de discusión nacional, a la búsqueda de soluciones por parte del Ministerio de Salud y el Fonasa, que formularon un plan para reducir las listas de espera. Este asunto continúa siendo material de debate y las listas de espera persisten. Una nueva iniciativa de reforma promovida por el actual presidente Sebastián Piñera busca expandir las garantías de salud más allá del PBS AUGE, de modo que no haya exclusiones. No está claro cómo el presidente Piñera busca alcanzar este objetivo, dada la limitación natural de los recursos financieros y las amplias y crecientes necesidades de salud de la población.

progresiva de nuevos procedimientos por parte de aseguradores y prestadores.

- El expresidente Lagos y su asesor, Sandoval, recurrieron con éxito a la ciudadanía para derrotar a la oposición del Colegio Médico mediante la opinión pública. Quien fuera presidente de esta entidad durante la deliberación legislativa del GES admitió en entrevista que el Colegio Médico hizo lo posible para impedir la reforma, pero no lo logró por el fuerte apoyo que esta obtuvo de la ciudadanía y los partidos políticos.⁸

Diseño del GES

Métodos de priorización

El artículo 11 de la ley n.º 19966 versa sobre la determinación de las garantías explícitas del Régimen General de Garantías en Salud establece que estas serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el procedimiento establecido en esa ley y en el reglamento, y deberán ser aprobadas por decreto supremo de dicho ministerio, suscrito, además, por el ministro de Hacienda.

Como se dijo, la ley establece que la elaboración de la propuesta de GES debe considerar la realización de estudios, con el objetivo de determinar un listado de prioridades y de intervenciones que consideren la situación de la salud de la población, la efectividad de las intervenciones y su contribución a la extensión o a la calidad de vida. Además, cuando sea posible, debe considerar la relación entre costo y efectividad y las preferencias o prioridades ciudadanas. Según lo establecido en la ley, la propuesta de PBS debe someterse a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario mediante un estudio convocado para tales efectos, que debe ser dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud.

Con base en los resultados del estudio, los ministerios de Salud y de Hacienda deben someter la propuesta a la consideración del Consejo Consultivo. Cumplidos esos procedimientos, ambos ministerios deben dictar el decreto correspondiente con las nuevas garantías explícitas. Esto significa que la priorización se realizó fundamentalmente a partir de la evaluación de problemas de salud según los parámetros establecidos por la ley. Luego, para cada uno de ellos se definieron las prestaciones asociadas. Esta última definición se basó en las guías de práctica clínica construidas para este fin y desarrolladas con el método de “medicina basada en evidencia”. Además, se tuvo en cuenta que fueran garantías que pudieran ser cubiertas por los prestadores en todo el país y que además fueran sostenibles desde un punto de vista financiero. Un ejemplo de prestación que no fue incluida como garantía es el tratamiento del infarto mediante la inserción de un *stent*, debido a que el Sistema Nacional de Servicios de Salud no disponía de suficientes cirujanos con las competencias para realizar ese procedimiento en todo el territorio nacional.

En términos operativos, los legisladores dieron estructura a la organización del GES a través del llamado Consejo Consultivo, compuesto por un grupo de expertos. Ellos priorizaron los problemas de salud y sus respectivas intervenciones según los criterios antes mencionados, descartando aquellas carentes de fundamentos, es decir, los casos de prestaciones que no permitían aumentar la sobrevida o mejorar la calidad de vida de los afectados.

Los problemas de salud sometidos a evaluación inicial para su posible inclusión en el GES provinieron de dos listas: el listado de prioridades definidas por el Ministerio de Salud y la lista de los problemas de salud incluidos en un programa de enfermedades denominadas “catastróficas” del Fonasa, que contenía

⁸ Entrevista de los autores con Juan Luis Castro, ex presidente del Colegio Médico de Chile.

cerca de 20 patologías.⁹ Como ya se ha comentado, los criterios de priorización adoptados para definir los contenidos del PBS respecto a ese listado original fueron múltiples, como ilustra el esquema 1.2.¹⁰ Por ello no es posible sistematizar, o formular de manera mecánica, el procedimiento empleado por los miembros de la Comisión de Salud para aplicar dichos criterios de priorización. Ello se debe a que la aplicación de esos criterios no obedeció a fórmulas estrictas, sino que fueron considerados en su conjunto, sin otorgar un peso

específico a cada uno, resultando así en un procedimiento de difícil descripción o generalización.

Finalmente, una vez conocido el gasto esperado asociado a cada problema de salud garantizado, se evaluó la factibilidad financiera de su inclusión. Un indicador global sobre el costo esperado del GES para el sistema de salud ha sido el costo esperado por beneficiario y por año, cifra también conocida como “prima GES”. El cuadro 1.1 presenta la evolución de esta prima en el período 2005-10. Más

Esquema 1.2. Criterios de priorización para el GES



Fuente: Bitrán y Giedion (2008).

Cuadro 1.1. Prima universal anual del GES por beneficiario, según año de aplicación (\$Ch y US\$ de 2010)

Año	Cantidad de problemas de salud	\$Ch	US\$
2005	25	21.965	46,4
2006	40	43.929	92,8
2007	56	65.894	139,2
2010	69	72.784	153,8

Fuente: Elaboración propia.

⁹ Bitrán y Escobar (2008) describe la economía política de la reforma.

¹⁰ Los criterios de priorización que condujeron a la selección de los 56 problemas de salud priorizados del plan AUGÉ fueron examinados en Vargas y Poblete (2008).

adelante, en este capítulo, se abordan en mayor detalle los aspectos financieros del GES.

Vargas y Poblete (2008) analizaron el anterior proceso de priorización y concluyeron que los criterios dominantes en la selección fueron la carga de enfermedad y las preferencias sociales. De hecho, entre los 56 problemas de salud inicialmente priorizados, 42 figuraban en el listado elaborado por el Ministerio de Salud y aparecían ligados a los objetivos sanitarios para la década 2000-10. De ellos, 26 eran parte del programa de enfermedades catastróficas del Fonasa. Otros elementos destacables de Vargas y Poblete (2008) son:

- De los 56 problemas de salud, 21 dan cuenta de la mitad de la carga de enfermedad (medida en años de vida ajustados por discapacidad) de los chilenos, incluyendo problemas tales como muchos cánceres, malformaciones congénitas, diabetes mellitus, accidentes, algunos problemas de salud mental y neurológicos, pérdida de visión y de audición, infecciones respiratorias agudas y problemas de salud oral.
- El 45% de los problemas de salud presentaba importantes inequidades socioeconómicas en el acceso.
- Dos tercios de los problemas de salud priorizados fueron explícitamente incluidos en los estudios de preferencias sociales, ya sea relacionadas con rescate de vidas (cánceres y diabetes) o por intervención en grupos priorizados (niños y ancianos).
- Algo más de la mitad de los problemas de salud seleccionados tienen el carácter de “catastróficos”, según el punto de corte de costos anuales usados (más de US\$1900). Dos de cada tres problemas de salud incluidos en esta categoría ya formaban parte del programa de enfermedades catastróficas del Fonasa.

- La mayoría de los problemas de salud seleccionados tienen un tratamiento de efectividad moderada o alta.
- Con respecto a la asociación de criterios de priorización, el análisis mostró que la mitad de los problemas de salud tienen una alta carga de enfermedad, alta preferencia social o pertenecen al grupo de altos costos de atención. Entre ellos, 10 problemas de salud también tienen asociado un tratamiento altamente costo-efectivo.
- En contraste con lo que se recomienda en la bibliografía, el criterio de costo-efectividad fue incluido para un subconjunto de problemas de salud en la primera ronda de priorización, y además se usó en la selección de intervenciones (tratamientos de problemas de salud ya seleccionados).
- La priorización de los problemas de salud y del contenido de las canastas de prestaciones incluidas tuvo un marcado acento técnico, aspecto que prevaleció sobre consideraciones políticas o de otro tipo. El rol del Ministerio de Salud fue central en la priorización, pues aun cuando algunos estudios fueron licitados, esa institución ejerció un rol de contraparte activa y determinante en los resultados de tales estudios. Además, el Fonasa contribuyó al análisis, entregando antecedentes relativos a los problemas de salud que eran objeto de programas especiales, como el Programa de Enfermedades Catastróficas y el Programa de Oportunidad de la Atención (que priorizaba los plazos de atención para ciertos problemas de salud considerados críticos por el Ministerio de Salud). Además, la experiencia de pruebas piloto en la red del sistema público también contribuyó a la selección de problemas de salud incluidos en el GES.
- La selección de las prestaciones que conforman las terapias se sustentó en el contenido de las guías clínicas

desarrolladas usando el método de “medicina basada en evidencia”. Esto fue producto de la colaboración entre personal del Ministerio de Salud y representantes de las sociedades científicas relacionadas con cada problema de salud. Estas guías consignan explícitamente los argumentos científicos que respaldan cada recomendación, y con base en ellos, se construyeron los listados de prestaciones asociadas a cada problema de salud, haciendo explícitas las garantías hasta ese nivel.¹¹ Esto implica un claro predominio de elementos técnicos en la selección de prestaciones por encima de cualquier otra consideración, si bien eventualmente algunas prestaciones incluidas en las guías no están entre las garantizadas. Los motivos para ello incluyen la insuficiencia de oferta pública (como, por ejemplo, el implante de *stents* en infarto agudo al miocardio o el trasplante de médula ósea en leucemia del adulto) o de recursos financieros. A modo de ejemplo de las guías clínicas, en el caso de la hipertensión arterial las guías definen las consultas de profesionales que el paciente requiere, los exámenes de laboratorio, los procedimientos y los principios activos de los medicamentos a usar.

- Las guías incluyen la situación de mayor frecuencia, lo que significa que para los casos que no se ajustan a ese manejo estándar, se hace uso del tratamiento requerido sin que cuente con la garantía “explícita”, sino la regular o basal. Esto implica que cada seguro, sea público o privado, dará la cobertura según los beneficios asistenciales y financieros de cada plan.

El mecanismo de selección de prestaciones ya descrito se usó también para definir los medicamentos incluidos

en el GES (principios activos). En síntesis, la priorización fue robustecida por la metodología usada, y su sustento provino de datos extraídos de estudios recientes de diversa naturaleza (carga de enfermedad, encuestas de preferencias sociales y otros), el desarrollo paralelo de guías de práctica clínica con una metodología basada en la evidencia, la creación de una estructura institucional para el GES (Consejo Consultivo) y la correspondencia de la priorización con los objetivos sanitarios definidos por el Ministerio de Salud para la década 2000-10.

Legitimidad

La legitimidad del proceso se sustenta en el uso de un método de priorización que incluye las variables más relevantes orientadas a dar cumplimiento a los objetivos de la reforma y de las garantías establecidas. Además, ese método incluyó datos de la población usuaria obtenidos a través de distintas vías y también contempló la participación de grupos de especialistas, como en el caso de las mesas de la reforma y en la elaboración de guías clínicas. De igual manera, el Colegio Médico de Chile expresó su abierto rechazo al GES y se opuso tenazmente a esta reforma por diversos medios, por cuanto sus directivos consideraban que constituía una amenaza para sus fuentes de trabajo y su autonomía profesional.

Principales características del GES

Como ya se ha planteado, este PBS consiste en una lista de problemas prioritarios de salud (80 a julio de 2013) que representan cerca del 60% de la carga de enfermedad del país, junto con un conjunto explícito de tratamientos garantizados. Además, el PBS contiene una lista de prestaciones pertenecientes al grupo “examen de medicina

¹¹ La evaluación de la calidad de la evidencia y la graduación de la fuerza de las recomendaciones: el sistema GRADE. Véase <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/la-evaluacion-calidad-evidencia-graduacion-fuerza-recomendaciones-sistema-grade/>.

preventiva”.¹² El examen de medicina preventiva es el medio para efectuar la prevención secundaria a través de un diagnóstico precoz y del tratamiento oportuno de patologías seleccionadas. Desafortunadamente las cifras muestran que el mayor interés y demanda de la población se concentra en las acciones curativas.

ingresos) o aproximadamente US\$5500. Cuando el asegurado ha alcanzado el deducible, el asegurador debe cubrir enteramente todos los costos del tratamiento por encima de ese valor. Los indigentes y beneficiarios de bajos ingresos del Fonasa no tienen copagos ni deducibles.

El GES confiere cuatro tipos de garantías explícitas para los asegurados:¹³

- **Acceso.** Obligación del Fonasa e Isapres de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el régimen GES.
- **Oportunidad.** Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y las condiciones que determina el decreto respectivo, que es revisado anualmente.
- **Calidad.** Provisión de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado.¹⁴
- **Cobertura financiera.** La contribución financiera directa o el copago que debe efectuar el asegurado por prestación o grupo de prestaciones no debe exceder el 20% del arancel de referencia del régimen establecido para estos efectos. Esto aplica a todos los asegurados de Isapres y a los de mayores ingresos del Fonasa. Para limitar el desembolso del asegurado por concepto de copagos GES, la ley también contempla el llamado deducible, que corresponde a la suma de los pagos de bolsillo que un asegurado debe hacer en cada período anual. La ley establece que el deducible es igual a 29 cotizaciones mensuales legales (el 7% de los

Anualmente, las características detalladas del PBS quedan consignadas en un decreto supremo que complementa y permite poner en operación las garantías. Desde los inicios del GES en 2005, el Gobierno ha dictado cinco decretos supremos, cada uno de los cuales contiene una definición del problema de salud, un listado de las patologías incorporadas (diagnósticos) y una descripción de las cuatro garantías.¹⁵ Además, contiene un anexo denominado “Listado específico de prestaciones”, que enumera explícitamente cada uno de los problemas de salud y las respectivas prestaciones garantizadas. Así, cada decreto supremo establece un marco acotado y explícito dentro del que deben ser resueltos los problemas de salud garantizados (Superintendencia de Salud, 2008).

La ley establece que los aseguradores deben velar porque los beneficios del GES sean otorgados en una red de prestadores preferentes. En el Fonasa esta red corresponde al Sistema Nacional de Servicios de Salud, mientras que en las Isapres corresponde a la red designada por esos seguros. La existencia de estos prestadores preferentes del GES constituye un sistema cerrado de atención orientado a contener los costos del sistema de salud. Para velar por el cumplimiento de las garantías por parte del Fonasa, el Ministerio de Salud ha elaborado un plan de inversión en equipamiento e infraestructura para su red de prestadores

¹² Véanse las prestaciones del examen de medicina preventiva http://www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges_examen.html.
¹³ El detalle de estas garantías está en los decretos supremos. El vigente es el decreto supremo n.º 4 del 5 de febrero de 2013, disponible en www.minsal.cl.
¹⁴ Esta garantía será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud.
¹⁵ El 1 de julio de 2005 entró en vigencia el decreto n.º 170, bajo el que se otorgó cobertura garantizada a 25 problemas de salud. El 1 de julio de 2006 entró en vigencia el decreto n.º 228, que establece los 40 problemas de salud. El 1 de julio de 2007 entró en vigencia el decreto n.º 44, que establece los 56 problemas de salud bajo el régimen de garantías explícitas. El 1 de julio de 2010 entró en vigencia el decreto n.º 1, que establece los 66 problemas de salud y el julio 1, 2013, entró en vigencia el decreto n.º 4, que establece los 80 problemas de salud.

del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Nomenclatura

Como ya se comentó, el GES incluye un listado explícito de problemas de salud definidos mediante sus respectivos diagnósticos¹⁶ con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).

En el anexo a este capítulo se detallan los 80 problemas de salud vigentes a julio de 2013. Para cada uno se han definido guías clínicas que orientan el manejo de cada caso. Con base en esas guías se han definido garantías explícitas referidas a las prestaciones a otorgar, que se han diferenciado a su vez en las siguientes cuatro etapas del proceso de resolución de un problema de salud: sospecha, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento. Dos de ellas, sospecha y confirmación diagnóstica, se agrupan en la etapa llamada diagnóstico. Con este enfoque se representa y pone en práctica un manejo integral de la atención de estos problemas de salud. El esquema 1.3 ilustra el enfoque.

Estas etapas o fases del proceso asistencial en la nomenclatura GES corresponden a los llamados tipos de intervenciones sanitarias. Para cada problema de salud se han definido intervenciones sanitarias específicas, algunas de las cuales son complementarias o alternativas.¹⁷ A su

vez, cada intervención sanitaria tiene un conjunto de prestaciones específicas que se detallan en el listado explícito de prestaciones que forma parte de cada decreto. Lo descrito se presenta en el esquema 1.4.

En todos los casos están claramente establecidas —de ahí lo explícito— las prestaciones asociadas a cada problema de salud y el examen de medicina preventiva con relación a cada grupo poblacional. Para el caso de los medicamentos se definen los principios activos.

Con respecto a las prestaciones médicas, para una fácil identificación y comprensión por parte de usuarios y prestadores se usan códigos basados en el arancel de prestaciones del Fonasa, puesto que este listado es conocido y usado ampliamente en el país (es de definición local).

Cobertura médica

Entre los 80 problemas de salud vigentes desde julio de 2013, están: i) tipos de cáncer: cérvico-uterino, de mama, leucemias, linfomas, próstata, gástrico, testicular y todos los cánceres infantiles (en menores de 15 años); ii) problemas cardiovasculares: infarto, accidente vascular encefálico; iii) de resolución quirúrgica: escoliosis, cardiopatías congénitas, disrafias, prótesis de caderas,

Esquema 1.3. Etapas de resolución de los problemas de salud del GES

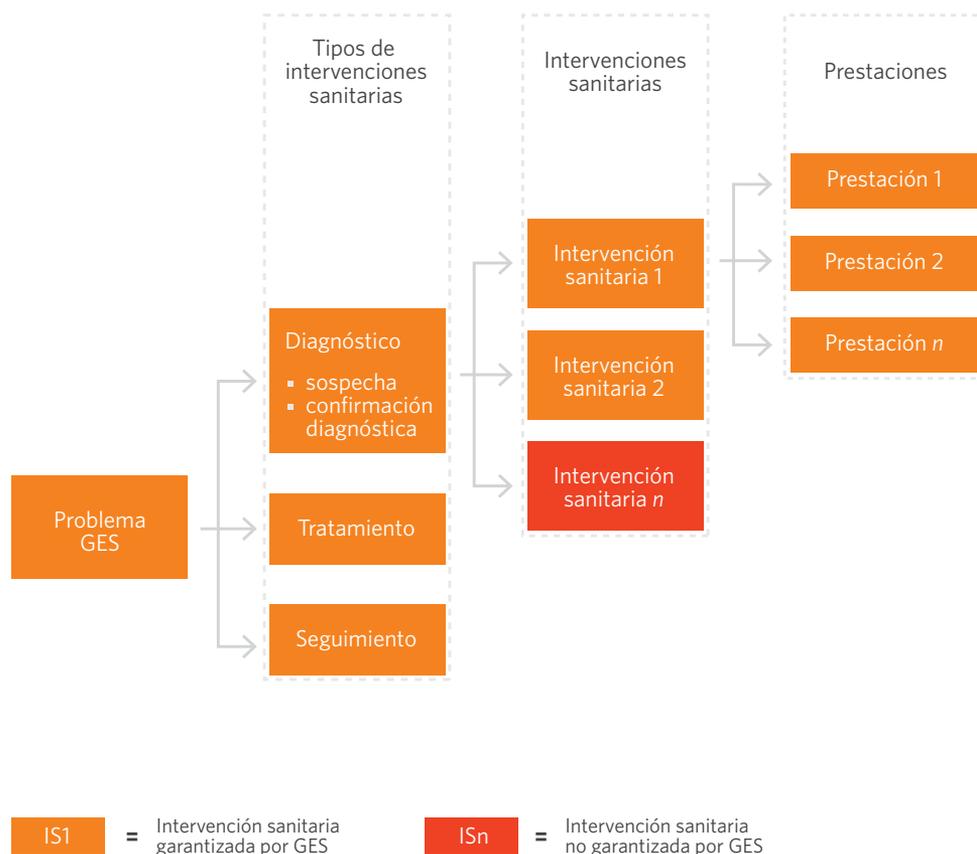


Fuente: Elaboración propia.

¹⁶ Por ejemplo, en el problema de salud tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años, se incluyen los diagnósticos de escoliosis congénita, idiopática infantil, idiopática juvenil, de la adolescencia, toracogénica, neuromuscular, asociadas a displasia ósea, asociada a cualquier síndrome, secundaria y xifoesceliosis.

¹⁷ A modo de ejemplo, en el caso de cáncer de mama (PS 8) se incluye, en el tipo de intervención sanitaria, el tratamiento de intervención quirúrgica (con y sin reconstrucción mamaria), quimioterapias (distintos esquemas según etapa de la enfermedad), radioterapia curativa, radioterapia paliativa y hormonoterapia.

Esquema 1.4. Problemas de salud, intervenciones sanitarias y prestaciones



Para cada uno de los 80 problemas de salud vigentes incluidos en el GES, existen hasta cuatro tipos de intervención sanitaria. A saber: 1) sospecha, 2) confirmación diagnóstica, 3) tratamiento y 4) seguimiento. Cada uno de estos cuatro tipos de intervención contiene, a su vez, una o más intervenciones sanitarias. Estas intervenciones, por su parte, incluyen una o más prestaciones médicas. Algunas intervenciones sanitarias están garantizadas en la ley, mientras que otras no lo están.
Fuente: Elaboración propia.

cataratas, colecistectomía, etc., y iv) problemas con tratamiento de alto costo como trasplante renal, VIH/sida, cirugía cardíaca, etc. (véase el listado completo en el anexo a este capítulo).

Entre las prestaciones garantizadas explícitamente, se incluyen médicas y dentales, días de cama, cirugías, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, exámenes de laboratorio, imágenes y anatomía patológica, terapias específicas, insumos y medicamentos. Para estos últimos, el GES define el principio activo, y cada seguro selecciona el producto farmacéutico, genérico o

de marca, a incluir en su vademécum. Además, la autoridad ha definido una frecuencia promedio para cada prestación, que solo tiene un carácter referencial en la aplicación de las garantías y que resulta relevante para la estimación de sus costos. Esto significa que el nivel de consumo de cada prestación lo define el médico tratante de acuerdo con su criterio y con las condiciones de cada paciente.

Guías de práctica clínica

Cada uno de los problemas de salud vigentes tiene una guía clínica asociada y

elaborada por un equipo profesional con el método de medicina basada en evidencia, y que es de dominio público.¹⁸ Algunas de estas guías ya han sido actualizadas, por lo que varios problemas de salud previamente vigentes modificaron sus garantías a partir de julio de 2010. Eso ha significado que los beneficios se ampliaran.

Cobertura poblacional

El GES está definido para ser otorgado a los beneficiarios de los subsistemas público (Fonasa) y privado (Isapres). Estos en conjunto representan el 97% de la población del país, por lo que los beneficiarios del GES son más de 15 millones de personas. La población restante pertenece a otro sistema de salud (Fuerzas Armadas y Carabineros), trabaja en el sector informal y tiene seguro privado de salud, o carece de seguro.

Chile ya tenía una cobertura casi universal de la seguridad social en salud antes del GES. Este PBS solo igualó el nivel de garantías para el seguro público y los seguros privados, a la vez que mejoró el acceso para el subsistema público y la cobertura financiera para los beneficiarios de las Isapres.

Acceso a servicios excluidos

Todas las patologías o problemas de salud no incluidas en el GES sí lo están en la cobertura regular de los planes del Fonasa o de las Isapres. En esos casos, los beneficiarios del Fonasa deben enfrentar listas de espera y los de las Isapres, mayores copagos, pero no carecen de cobertura. Una excepción a esta regla son los medicamentos ambulatorios de alto costo, que no tienen cobertura para los beneficiarios de Isapres, y algunas tecnologías diagnósticas o terapéuticas no disponibles en el sector público. En las Isapres, las características de esos beneficios dependen de cada plan de salud.

De igual manera, los beneficiarios del Fonasa pueden acceder a la atención para aquellos problemas de salud no priorizados en el GES. La gran diferencia con la atención GES es que la ofrecida para prestaciones no GES no está acompañada de garantías legales y, por lo tanto, eso se traduce en dificultades de acceso (tiempos y listas de espera) y/o mayor gasto de bolsillo.

También existe un mercado privado muy desarrollado de seguros voluntarios y complementarios de salud que ofrecen coberturas médicas adicionales a las del Fonasa y las Isapres.

Financiamiento, aseguramiento y provisión

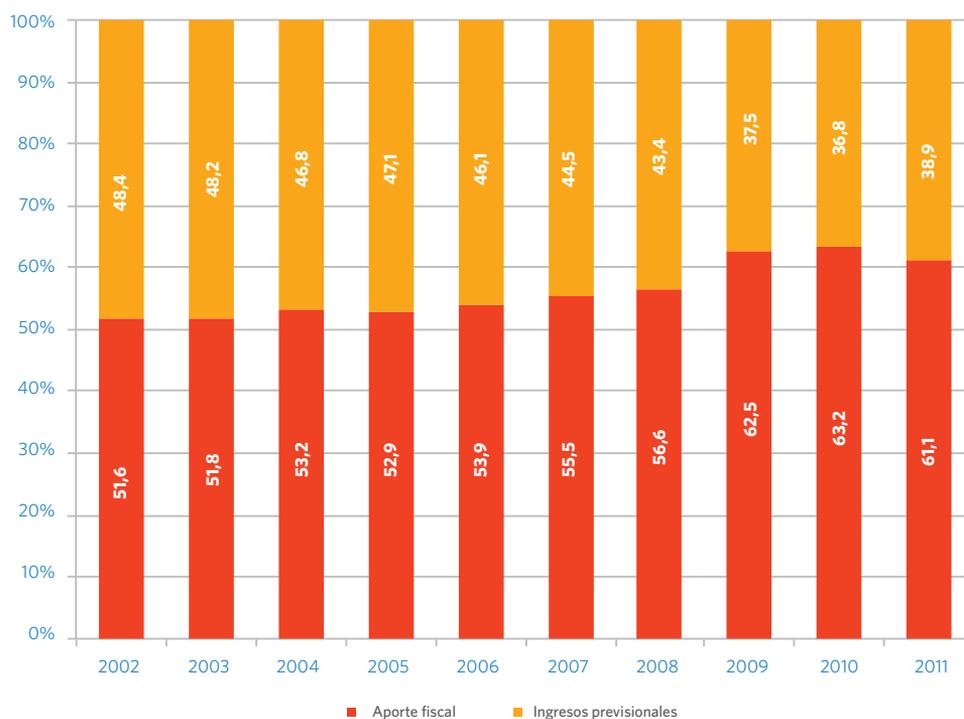
Financiamiento

En el Fonasa, el financiamiento del GES proviene de dos fuentes, las contribuciones de los asegurados (obligatorias y equivalentes al 7% del salario) y los impuestos generales. Con respecto a los impuestos, durante el proceso legislativo se incluyó un dictamen, inicialmente transitorio y que luego se transformó en permanente, para un aumento de un punto porcentual del impuesto al valor agregado, que pasó del 18 al 19% en 2005). Como se puede apreciar en el gráfico 1.1, una proporción creciente del gasto del Fonasa es financiada con recursos del Tesoro (es decir, provenientes de impuestos), a la vez que los aportes previsionales del 7% obligatorios decrecen en importancia. Esta tendencia existía antes de la adopción del GES (al menos desde 2002), por lo que no parece ser atribuible a la adopción del PBS.

Las Isapres, por su parte, están facultadas por ley para cobrar una prima adicional al 7% obligatorio para salud. La ley previó ese cobro para que las Isapres pudieran solventar cualquier costo incremental

¹⁸ Véase la página web del Ministerio de Salud (www.minsal.cl).

Gráfico 1.1. Fonasa: estructura de los ingresos, 2002-11 (%)



Fuente: Bitrán, Debrott y Arpón (2013).

producto de la adopción del GES. Las distintas Isapres han adoptado diferentes primas y han seguido políticas diversas para su actualización anual. Hay quienes creen que las primas cobradas por algunas Isapres para el GES exceden el verdadero costo incremental que el PBS ha impuesto a estas aseguradoras. Sin embargo, solo un estudio sistemático podría dilucidar este asunto. En cualquier caso, aunque las Isapres venden muchos planes de aseguramiento y cobran diferentes primas por esos planes (que los asegurados financian con el 7% legal más aportes adicionales voluntarios), cada Isapre cobra una única prima para el GES. Es decir, las Isapres financian el GES con una suerte de prima comunitaria, mientras que financian el resto de sus beneficios con primas diferenciadas basadas en el riesgo actuarial individual de los asegurados.

Los sucesivos estudios de costos del GES comisionados por el Ministerio de Salud

en 2005, 2006, 2007, 2010 y 2012 han buscado estimar el costo del GES para el Fonasa y las Isapres. Sin embargo, el costo calculado no corresponde al costo total ni tampoco al costo incremental del GES para esos asegurados. Ello se debe a que la metodología definida por el Ministerio de Salud para el cálculo de dicho costo establece que la cifra que se debe calcular es el costo que enfrenta el asegurador cuando sus asegurados deciden resolver su problema de salud a través de la red de prestadores preferentes GES, escogidos por el Fonasa o la Isapre respectiva. En el caso del Fonasa, se estima que más del 80% de los asegurados optan por atenderse a través de la modalidad GES, en lugar de hacerlo por la modalidad de libre elección de ese asegurador. Por lo tanto, para el Fonasa el costo calculado se asemeja, aunque es algo menor que el costo total de provisión de prestaciones médicas para los problemas de salud incluidos en el GES. En el caso de las Isapres la situación es bien distinta. En promedio, se

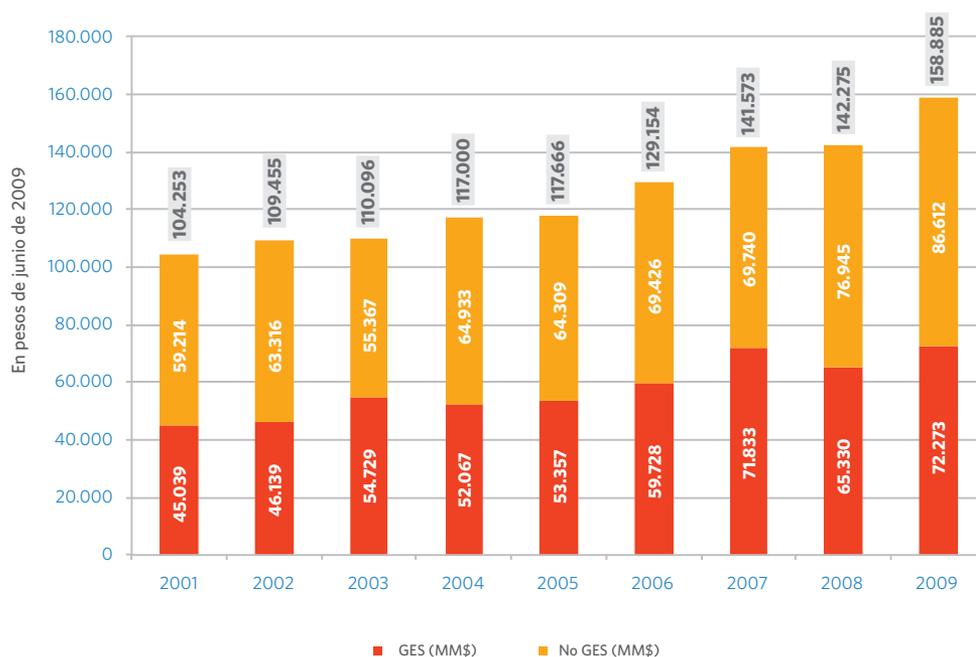
estima que solo el 20% de los asegurados optan por atenderse con los prestadores preferentes GES de la Isapre, mientras que el 80% restante prefiere hacerlo a través de su cobertura de libre elección. En consecuencia, para las Isapres, los estudios de costos comisionados por el Ministerio de Salud arrojan como resultado un valor que representa una fracción pequeña del verdadero costo de prevención y tratamiento de las patologías GES.

No obstante estas importantes aclaraciones en el significado de los costos calculados por el Ministerio de Salud, las estimaciones de costo tienen por objeto asegurar que el costo promedio ponderado por beneficiario, para esos dos aseguradores, no exceda un máximo establecido en la ley. Ese máximo legal, llamado “prima universal”, busca limitar el impacto fiscal, para el caso del Fonasa, y el impacto en el financiamiento privado, para el caso de las Isapres. El valor de la prima universal es calculado anualmente

por el Ministerio de Hacienda, usando como base de actualización el índice de remuneraciones del país.

El Ministerio de Salud también ha estado interesado en saber qué fracción del costo total del Fonasa se destina a financiar prestaciones GES y qué proporción restante financia prestaciones no garantizadas por ese régimen. Un estudio reciente comisionado por el Ministerio de Salud estimó que las prestaciones GES representan el 46% del gasto total en prestaciones financiadas por el Fonasa, como puede apreciarse en el gráfico 1.2 (Ministerio de Salud, 2012). Puesto que la mayoría de las prestaciones GES ya eran ofrecidas por el Fonasa, aunque sin garantías, con anterioridad a la implantación del GES (2005), el gráfico también muestra para años anteriores a 2005 qué proporción del gasto del Fonasa representaban las prestaciones que en ese año pasarían a ser garantizadas por el GES.

Gráfico 1.2. Estimación del gasto por beneficiario, GES y no GES, del Fonasa (\$Ch de junio de 2009)



Fuente: Elaboración propia.

Cobertura financiera

Entre las características establecidas por la ley del régimen GES destacan los siguientes aspectos:

- Se establecen copagos por prestaciones, que son aplicables a beneficiarios de mayores ingresos del Fonasa y a los de las Isapres. Estos tienen un tope máximo del 20% del valor del arancel de referencia del régimen GES.
- Los eventos de salud son de manejo anual, lo que significa que durante un año se acumulan copagos según un arancel referencial, hasta completar los montos del deducible.
- El deducible anual para los beneficiarios de mayores ingresos del Fonasa y los beneficiarios de las Isapres equivale a 29 cotizaciones mensuales por cada evento, donde una cotización es igual al 7% del sueldo del asegurado.¹⁹ En el caso de un grupo familiar, el deducible tiene un máximo de 43 cotizaciones mensuales. Si un grupo familiar solicita beneficios para más de un problema de salud incluido en el GES, el deducible total no es la sumatoria de los individuales, sino que se mantiene ese máximo anual de 43 cotizaciones.
- Existe la llamada “cobertura financiera adicional” (catastrófica) que cubre el 100% de los montos que superen los copagos definidos.
- En la acumulación de copagos en el deducible no se incluyen las prestaciones no relacionadas con los protocolos o que se hayan otorgado fuera de la red (excepto en el caso de urgencias vitales, avisadas en un plazo máximo de 72 horas).

Costos

La Ley GES establece que “la propuesta de selección de problemas de salud se someterá a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio convocado para tales efectos, que será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud”. En cumplimiento de ello, se han realizado un total de cinco estudios para costear el GES (Ministerio de Salud 2006, 2007 y 2010). Tales estudios son de dominio público y están disponibles en la página web del Ministerio de Salud.

Los estudios de verificación de costos fueron la base para que el Consejo Consultivo ordenara cronológicamente la implementación de soluciones para los problemas de salud entre 2005 y 2007; luego, para que en 2010 seleccionara 69 problemas entre los 85 costeados, y más recientemente, para que se estimara el costo de los 80 problemas de salud vigentes.

Equilibrio financiero macro del sistema de salud

Al no contar con registros financieros diferenciados, es difícil, si no imposible, establecer de manera empírica si existe un equilibrio financiero en algunos de los seguros. Los déficits de oferta en el sector público se han traducido en muchos casos en incumplimiento de las garantías de provisión del GES. Ello ha permitido contener el costo del GES para el Fonasa, pero ha afectado el cumplimiento de la ley. Fonasa se ha mantenido en esta situación irregular mediante maniobras legales a través de las que ha logrado evitar la fiscalización de la Superintendencia de Salud en estas materias y la aplicación de multas o sanciones. Esa limitación en la oferta pública de servicios no necesariamente obedece a un déficit

¹⁹ Se denomina cotización mensual al aporte del 7% de su sueldo que debe realizar el asegurado para obtener cobertura propia y para su grupo familiar. El 7% se aplica al sueldo del asegurado, sobre el que rige un tope mensual de aproximadamente US\$2500, por lo que el 7% no excede el monto de US\$175.

de recursos financieros, sino que en ocasiones viene motivada por un déficit de recursos humanos especializados en los establecimientos públicos. Esta situación es más crítica en algunas especialidades y se ha ido agravando a lo largo del tiempo, en la medida que el sistema prestador y académico privado ha crecido.

A pesar de que no existen estimaciones, se intuye que entre las Isapres hay un equilibrio financiero, pues cada una de ellas fija el precio GES cuando hay cambios en este PBS. De hecho, en algunos casos se plantea que el incremento de los precios GES genera un excedente tal que permite compensar los límites que existen al alza en los planes de salud complementarios que ofrecen las Isapres.

Compra de servicios del plan

Entre las estrategias usadas por los seguros para la contención de los costos, está la red de prestadores preferentes, con quienes se pactan precios y mecanismos de pagos. En el caso de Fonasa, al ser el único comprador de servicios, este organismo fija unilateralmente los montos a transferir a los prestadores del sector público. Para el caso de la compra de servicios a privados, Fonasa encarga licitaciones que le permiten seleccionar a los prestadores más baratos. En el caso de las Isapres, cada una negocia con los prestadores privados de todo el país los precios y contratos para obtener la oferta de servicios GES que requieren. Para la compra de medicamentos GES, tanto los prestadores públicos como las Isapres efectúan licitaciones que les permiten contener los costos.

Los mecanismos de pago que han adoptado el Fonasa y las Isapres incluyen distintas opciones, que van desde el pago por acto a pagos asociados a diagnósticos o paquetes de prestaciones. En el caso del Fonasa, la adopción de un tipo de pago frente a otro ayuda a incentivar

y promover el cumplimiento de las garantías. Cuando se quiere promover la oferta de una prestación, se remunera en forma de pago por acto, y cuando se espera compartir el riesgo financiero con los prestadores (por ejemplo, en los servicios de alta complejidad), se utiliza el pago por paquete.

Estos mecanismos de pago no son nuevos en el sistema, pues desde la década de 1990 el Fonasa los puso en práctica en relación con la implementación de programas especiales tales como el de enfermedades catastróficas, resolución de listas de espera y otros. En paralelo, cada Isapre debe conformar su red de prestadores GES, pues por ley no pueden ser propietarias de instituciones prestadoras de salud. En la práctica, esto es relativo, pues la mayor parte de las Isapres o de los *holdings* financieros a los que pertenecen son también propietarias de prestadores o redes de prestadores de distintos niveles (ambulatorio u hospitalario), y por lo tanto se dan asociaciones *intra-holding*. También las Isapres iniciaron un proceso de negociación que incluyó mecanismos de pago como el de paquetes de atención. Los prestadores han tenido que incorporarse a este sistema, si bien al inicio se resistieron a compartir riesgos con el seguro y a ofrecer precios competitivos.

Relevancia del GES

Según el estudio de verificación de costos de 2010, el costo esperado total de los 85 problemas de salud en ese año era de \$Ch 1.232.807 millones (US\$2458 millones), sumando los costos esperados de Fonasa y las Isapres.²⁰ Este valor representaba el 1,3% del producto interno bruto (PIB) proyectado para 2010 (Banco Central de Chile, 2010). El estudio de 2012 estimó que para los 80 problemas de salud que hoy forman parte del GES, el costo total para el país era de US\$2729 millones, equivalente al 1% del PIB de ese año.

²⁰ El tipo de cambio promedio para diciembre de 2009 era de \$Ch 501,42 por dólar estadounidense.

Implementación

Generalidades

La implementación del GES ha sido gradual, pues si bien desde su inicio se definió y costeoó un total de 56 problemas de salud, en el primer año (2005) se inició la vigencia de solo 25; en 2006 se llegó a 40, y en 2007 se completaron los 56. Posteriormente, en 2010 se adicionaron 10 problemas de salud y además se dividió en cuatro uno de los problemas de salud previos, llegando con esto a incluir un total de 69. En julio de 2013 se agregaron otros 11 problemas de salud, llegando a un total de 80.

Los procesos de implementación entre el Fonasa, las Isapres y sus respectivos prestadores no se dieron en paralelo. Fonasa comenzó efectuando pruebas piloto antes de la puesta en marcha oficial del GES. Estas pruebas permitieron al sistema público de salud probar a nivel operativo el PBS antes de que se convirtiera en una garantía con respaldo legal. A modo de ejemplo, en 2009 se efectuaron pilotos para la displasia luxante de caderas y para la salud oral integral de la embarazada a través de toda la red de prestadores públicos. Sus objetivos incluían detectar brechas y puntos críticos del proceso asistencial, evaluar si era factible entregar esas garantías y rediseñar las garantías de acuerdo a los resultados obtenidos.

Las Isapres, en cambio, debieron implementar un sistema totalmente nuevo, conformar una red de prestadores GES mediante convenios, capacitar a su personal e informar a los beneficiarios acerca de las garantías y los procesos para acceder a ellas.

Además, la ley estableció la formación del Consejo Consultivo GES con el papel de asesorar al Ministerio de Salud en las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las garantías.

El Consejo Consultivo está integrado por nueve personas, de las cuales seis son académicos nominados por las distintas universidades y tres, miembros nombrados por el presidente de la República.²¹ Sus miembros no reciben remuneración por esta función y no pueden tener una relación contractual con las entidades del sector salud (Ministerio de Salud, secretarías regionales ministeriales, Superintendencia, etc.). Este consejo tiene por misión evaluar la propuesta elaborada en forma conjunta por los ministerios de Salud y Hacienda y emitir una opinión al respecto de la propuesta en sí y de los argumentos presentados para respaldarla. A nivel operativo, esto se tradujo en que en la definición del contenido del GES participaran técnicos del Ministerio de Salud, de la superintendencia y de grupos organizados de sociedades científicas.

Durante los seis años de operación del GES se ha debatido, a veces públicamente, respecto de la inclusión o exclusión de un problema de salud en el PBS, ya sea por falta de consenso acerca de su prioridad o por restricciones en la oferta de servicios en el país. Según relata el Dr. Hernán Sandoval, durante el largo proceso de desarrollo del GES se buscó la aprobación de diversas entidades a nivel internacional. “En el año 2000 se presentó el GES en una actividad organizada por la Rockefeller Foundation en Bellagio a académicos de la London School of Economics and Political Science, quienes dieron un fuerte respaldo a esta iniciativa que condiciona un presupuesto de salud al uso de protocolos o guías clínicas”. Agrega Sandoval: “También trabajamos con Norman Daniels (experto en ética de la salud de la Universidad de Harvard) y juntamos argumentos éticos que respaldaban los criterios de frecuencia y gravedad para priorizar (concentrando allí la mayoría de los problemas que generan la carga de enfermedad), pero con el resguardo de dejar fondos disponibles para tratar las otras enfermedades”.²²

²¹ El Consejo Consultivo está compuesto por nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

²² Entrevista de uno de los autores de este capítulo con Hernán Sandoval en 2008.

Fiscalización

El organismo fiscalizador definido por ley es la Superintendencia de Salud. Esta institución creada en 2005 sobre la base de la Ley de Autoridad Sanitaria ha concentrado su esfuerzo en fiscalizar a las Isapres y no al Fonasa, a pesar de que la mayor parte de la población es beneficiaria de este último organismo. Esto se debe a que el Fonasa ha resistido la fiscalización de la Superintendencia de Salud argumentando que su ente fiscalizador es la Contraloría de la República. En las múltiples fiscalizaciones no se han detectado problemas severos de incumplimiento entre los seguros privados, aunque sí hay evidencia de incumplimiento, especialmente de la garantía de oportunidad por parte del Fonasa (Sánchez, 2009).

Control de calidad

La Superintendencia de Salud reemplazó a la Superintendencia de Isapres. Además de las funciones que realizaba la Superintendencia de Isapres, se creó dentro de la Superintendencia de Salud una intendencia de prestadores. La intendencia tiene el deber de autorizar a las personas y empresas que deseen prestar el GES. En el cumplimiento de esta función, la intendencia los registra, califica y evalúa como prestadores GES, con base en un proceso de acreditación con estándares previamente acordados. El proceso de acreditación ya fue definido, al igual que su regulación de aplicación, pero está aún en una etapa incipiente. Esto se debe a que muchos de los prestadores públicos no cumplen con los criterios establecidos, y por ello todavía no se hace exigible la acreditación. El único criterio que se ha hecho exigible para prestar el PBS es el registro de los prestadores. A la fecha, solo 18 instituciones han sido acreditadas, 7 establecimientos hospitalarios de alta complejidad (solo uno público) y 11 de atención ambulatoria (todos privados).

Difusión y conocimiento de la población sobre el GES

Existen varios mecanismos por los que la población se entera de los beneficios del GES. En primer lugar, la ley establece que cada profesional, al momento de diagnosticar o controlar a un paciente que padece un problema de salud incluido en el GES, debe comunicárselo y explicarle los beneficios, además de dejar constancia de ello a través de un documento definido por la Superintendencia de Salud, que el paciente debe firmar. Este hecho es objeto de fiscalizaciones por parte de la Superintendencia de Salud, particularmente entre los prestadores privados, ya que los beneficiarios del sistema privado deben solicitar de un modo activo sus beneficios en cada Isapre. En cambio, en el sistema público los pacientes son atendidos dentro de la red del Sistema Nacional de Servicios de Salud y, por lo tanto, quedan incorporados automáticamente a esos beneficios.

Desde 2006, la Superintendencia de Salud ha desarrollado encuestas poblacionales (las encuestas Adimark) para evaluar el nivel de conocimientos que maneja la población acerca del GES.²³ En 2006, la encuesta (con una muestra con representatividad nacional) encontró que el 53% de los encuestados sabía sobre “algunos” problemas de salud incluidos en el GES, y que el principal medio de difusión era la televisión. En 2009, una evaluación equivalente mostró que entre el 28% y el 38% de la población decía conocer “todos” los problemas de salud incluidos en el GES. Una evaluación realizada en 2010 a beneficiarias de Fonasa afectadas de cáncer cérvico-uterino en proceso de atención mostró que el 57% desconocía que su problema de salud era parte del GES (Urrutia, Villegas y Poupin, 2010). La última evaluación hecha en 2011 (encuesta Adimark 2001) mostró que la sensación de protección de los beneficiarios de Isapres alcanzaba el 80%, frente al 54% entre los beneficiarios de Fonasa (esta

²³ La mayoría de estas encuestas han sido realizadas por la empresa Adimark y se conocen como encuestas Adimark. Véase www.adimark.cl.

cifra era del 50% en 2010), mientras que el 50% del total se declaraba poco o nada informado sobre el GES.

Las encuestas realizadas por la Superintendencia de Salud sobre la percepción de la población acerca de si el GES había mejorado la atención de salud en Chile mostraron que lo había hecho, al pasar del 50% de la población en 2007 al 60% en 2009.

La difusión sobre el GES ha recaído en los seguros, si bien el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud han participado mediante medios escritos y visuales. En el caso de las Isapres, han debido enviar cartas informativas a sus cotizantes al inicio de cada período de vigencia, de modo tal que sus afiliados conocieran los beneficios y la forma de acceder a ellos. Además, en los centros de atención de estos seguros los afiliados pueden solicitar información verbal o escrita y también pueden acceder a ella a través de las páginas web correspondientes. Estos procesos son supervisados por la Superintendencia de Salud. Cabe señalar que el detalle del contenido de los beneficios y de la forma de operación está presente en un conjunto de documentos oficiales. Estos incluyen el decreto supremo que cada año establece los problemas de salud, sus garantías, detalle de copagos y plazos de oportunidad; las normas técnicas del GES, que facilitan la comprensión y aplicación de las garantías, el listado específico de prestaciones para cada problema de salud e intervención sanitaria, las guías clínicas, etc. Todo esto dificulta la fácil y completa comprensión por parte de los usuarios.

En síntesis, los resultados de las encuestas mencionadas indican que uno de los aspectos más débiles de la reforma ha sido la difusión de sus beneficios y forma de operación.

Recursos disponibles para prestar los servicios

Al concluir el mandato del expresidente Lagos, el Ministerio de Salud realizó un

inventario de la oferta pública de servicios de salud y buscó reforzarla a través de inversiones en equipamiento y mejora de condiciones de contratación, para captar especialistas y así prepararse para satisfacer la demanda GES. Con ello, el ministerio buscaba evitar el aumento del gasto público en salud, que se daría si los prestadores públicos no fuesen capaces de absorber toda la demanda GES, forzando así al Fonasa a comprar prestaciones GES a prestadores privados con mayores precios. La evidencia demuestra que la demanda del Fonasa excedió a la oferta del sistema público, lo que ha llevado al incumplimiento de garantías de oportunidad GES por parte del Fonasa y a la generación de listas de espera para algunos problemas de salud no GES en la Región Metropolitana de Santiago, y con mayor gravedad en el resto de las regiones. Esto ha motivado la iniciativa de crear el bono GES por parte del actual presidente, Sebastián Piñera.

Bono de Acceso Universal a Garantías Explícitas

El 10 de enero de 2011, en el portal de compra del sector público (www.mercadopublico.cl), se publicaron las bases de licitación para la puesta en marcha de una política conocida con el nombre genérico de bono AUGE, mediante las que el Fonasa entregaría la ejecución de prestaciones médicas de usuarios GES del sector público a entidades de salud privadas por un monto asignado de 3000 millones de pesos (US\$5,9 millones), denotando un aumento significativo del presupuesto (el 75%) para compra a privados.

El cuadro 1.2 presenta la cantidad de atenciones que el Fonasa compró hacia finales de 2011 al sector privado a través del sistema de bono AUGE. Un análisis efectuado por Salud un Derecho (un movimiento político y social que pretende restablecer la solidaridad como pilar fundamental del sistema de salud chileno) sobre las ofertas presentadas para las prestaciones licitadas muestra que estas tienen un sobreprecio respecto de los

Cuadro 1.2. Cantidad de prestaciones compradas por la Central Nacional de Abastecimiento para cumplir con garantías GES en el Fonasa, y producción de esas prestaciones en el sector público, 2011

Prestación licitada	Cantidad de atenciones en el sector privado	Cantidad de atenciones en el sector público
Cáncer cérvico-uterino	533	3.443
Cáncer de testículo	664	2.626
Cáncer gástrico	121	323
Desprendimiento de retina, cirugía	796	3.552
Esquizofrenia, tratamiento	833	14.570
TOTAL	2.947	24.514

Fuente: Salud un Derecho, con base en datos de Mercado Público (www.mercadopublico.cl).

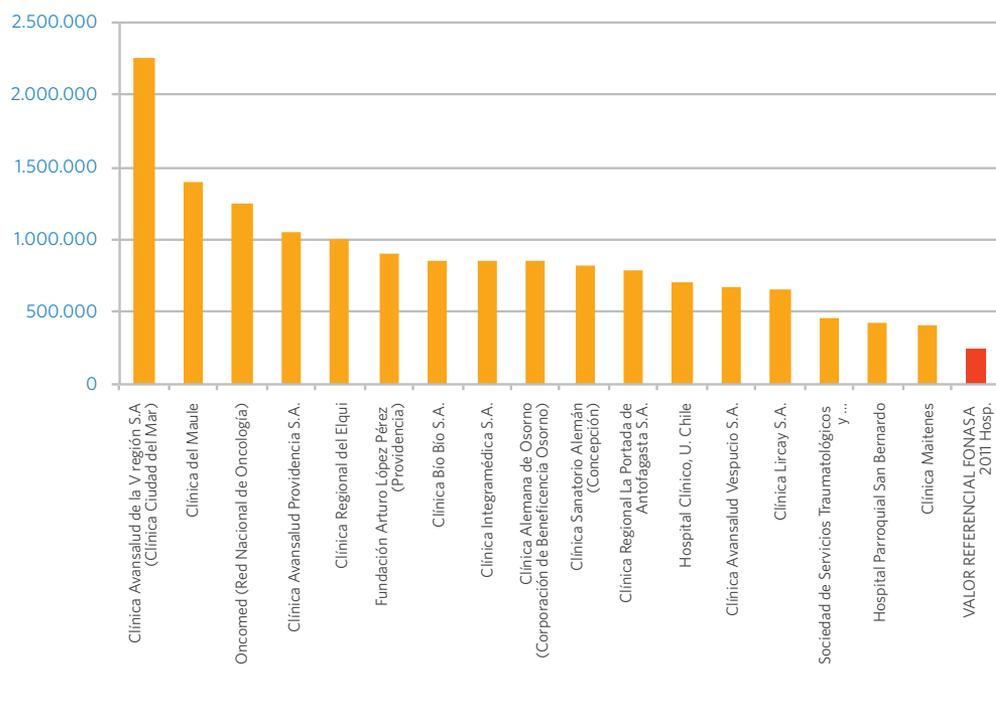
valores referenciales del Fonasa utilizados para reembolsar al prestador público. “Esto significa que con los mismos recursos se podrían estar atendiendo muchos más pacientes en hospitales públicos, siempre cuando existiera la voluntad política de llevar a cabo mejoras en la gestión, que incluyeran aumento y mejores estímulos para recursos humanos especializados de los establecimientos públicos, aumento de la inversión en infraestructura, equipamiento y mejoras en los sistemas de gestión de las listas de espera, es decir, una intención política de fortalecer el sector público” (Salud un Derecho, 2011).

Para demostrar lo anterior, Salud un Derecho presenta un ejercicio de cálculo con cinco patologías; específicamente, con cinco prestaciones licitadas y ofertadas con distintas magnitudes de diferencia de valores. Si dentro de estas cinco patologías se distribuyeran por igual los 3000 millones de pesos que Fonasa va a destinar por 36 meses a la licitación de bono GES, en la columna de la derecha se muestran las atenciones que se podrían realizar en el sector público para resaltar el contraste.

Los precios de compra de prestaciones privadas bajo el bono AUGE superan ampliamente los aranceles pagados por el Fonasa a los prestadores públicos por esas mismas prestaciones (gráfico 1.3).

Sería necesario complementar el análisis previo con el costo que implicaría hacer tales modificaciones en el sistema público, sin olvidar que el arancel Fonasa definido para muchas de las prestaciones GES no cubre los costos del sector público. Un argumento al respecto es que el Fonasa ha licitado un estudio de costeo de las prestaciones, cuyo fundamento es la necesidad de actualizar esos valores y considerar costos no incluidos y que pueden ser causantes, al menos en parte, de la deuda de los hospitales públicos. Además, la Confederación de Funcionarios de Atención Primaria presenta las siguientes conclusiones tras evaluar la primera licitación de problemas de salud incluidos en el GES por parte del Gobierno: “En esta licitación, Fonasa descartó a los establecimientos públicos como posibles oferentes, lo que parece un despropósito. Además, las bases de licitación carecen de elementos de validación de la calidad de los prestadores privados, del establecimiento de valores tope de cada prestación, o el requerimiento de incluir en la oferta el costo del traslado de pacientes cuando deban alejarse de sus localidades de origen para recibir la atención. Por último, la licitación no se hace cargo de la resolución integral y completa de los problemas de salud, especialmente los quirúrgicos, los oncológicos y los crónicos, ya que los pacientes Fonasa que sean atendidos por esta modalidad podrían recibir prestaciones puntuales en los

Gráfico 1.3. Comparación entre los precios pagados por el Fonasa bajo el bono AUGE y el arancel Fonasa



Fuente: Salud un derecho.

establecimientos privados en convenio, pero no tendrán continuidad en la atención médica y sanitaria que reciban, debiendo regresar a sus establecimientos derivadores o de base para la resolución integral de su problema de salud”.²⁴ La integralidad de la atención sí estaría presente en atenciones oftalmológicas y en cirugía de prótesis de cadera por artrosis.

Entre las dificultades observadas a través de los años de operación de este PBS: lo más importante es el incumplimiento de las garantías, que aunque son bajas en términos porcentuales (entre el 1 y el 2%), estrictamente debieran ser iguales a cero, dado que existe una ley de respaldo. Esta situación se ha observado en mayor medida en el Fonasa que en las Isapres, que son estrechamente fiscalizadas por la Superintendencia de Salud y por los propios usuarios.

El monitoreo de los casos se ha visto dificultado por problemas de registro, principalmente en el sistema público, ya que el sistema informático diseñado para ese efecto (SIG-GES) no es oportuno, ni se completa de manera adecuada. Esto ocurre porque no hay incentivos que promuevan su registro, lo que dificulta la evaluación del nivel de cumplimiento. Además, a nivel del sistema público se han evidenciado insuficiencias de la oferta, tanto cualitativas (falta de especialistas) como cuantitativas, lo que genera incumplimientos.

Evaluación y monitoreo

Evaluación

Según las leyes vigentes, la Superintendencia de Salud es la responsable de velar por que las Isapres y

²⁴ Declaración de Vivianne Bachelet en Salud un Derecho.

el Fonasa cumplan con las obligaciones que les han sido dadas por ley, en especial la prestación del GES.²⁵ Esta institución definió una metodología para evaluar la implementación de la reforma y su impacto en los beneficiarios. Parte del énfasis del sistema de monitoreo y evaluación estuvo puesto en el GES y, sobre todo, en el funcionamiento del sistema de Isapres, ya que en 2005, junto con la implementación del GES, el Congreso promulgó también la llamada Ley Corta de Isapres, que consistía en una serie de reglas para corregir diversos aspectos del funcionamiento de estas aseguradoras. Entre ellos estaban las reglas de ajustes anuales de primas de aseguramiento, incluyendo la restricción de que se mantuviesen dentro de una banda de precios; la regulación de la tabla de factores por la que las Isapres establecen cambios en las primas en función de la edad y sexo del asegurado, y la metodología de funcionamiento de un fondo de compensación de riesgo inter-Isapres (Superintendencia de Salud, 2007).

Acorde con los objetivos de la reforma, los aspectos a evaluar de su desempeño deberían incluir acceso a los servicios de salud, tasas de utilización de garantías, nivel de gasto de bolsillo e impacto en la protección financiera, impacto sanitario y nivel de satisfacción de los beneficiarios. A continuación se presenta la evidencia disponible sobre estos aspectos.

Acceso a los servicios de salud. Hasta octubre de 2013, ni el Ministerio de Salud ni la Superintendencia de Salud habían hecho estudios sistemáticos del impacto del GES en materia de acceso a la atención de salud. Solo están disponibles en ambas instituciones las estadísticas sobre la cantidad de individuos que han usado estas garantías en Isapres y en el Fonasa. Un estudio cuantitativo que tomó fuentes secundarias de información permitió demostrar que el acceso a la atención de seis problemas de salud crónicos aumentó, al igual que la

cobertura de atención (Bitrán, Escobar y Gassibe, 2010).

Utilización de garantías. En marzo de 2011, casi seis años después del inicio de la reforma, la cantidad acumulada de casos GES alcanzaba los 11,8 millones, de los que el 95% correspondía a beneficiarios del Fonasa, como indica el gráfico 1.2 (Superintendencia de Salud, 2011). Esto significa que en los años de operación, cada beneficiario del Fonasa ha recurrido en promedio una vez al GES. Estas cifras incluyen problemas de salud de distinta naturaleza. En algunos casos corresponden a episodios agudos que se pueden repetir en un mismo individuo a través del tiempo (por ejemplo, infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, urgencias odontológicas ambulatorias, infarto agudo al miocardio) o a problemas crónicos (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.), también con múltiples episodios. Dentro de los problemas crónicos, las estadísticas pueden incluir utilización de garantías asociadas a una patología oncológica que, según su evolución, requiere de tratamiento más o menos prolongado en el tiempo (cáncer de mama, cáncer en menores de 15 años, cáncer de próstata, etc.). Lo anterior implica que el número acumulado de casos no es representativo de los casos activos que siguen demandando servicios de salud en forma permanente.

Otro factor que ha influido en el aumento progresivo de la cantidad de casos GES en el tiempo ha sido el aumento gradual de garantías. Otra posible explicación para el nivel creciente de casos ha sido el conocimiento, cada vez mayor, de la población respecto de las garantías y, por ende, su empoderamiento para exigir las, aumentando así la demanda.

Gasto de bolsillo y protección financiera. Puesto que una de las garantías del GES es conferir protección financiera a los

²⁵ Para profundizar sobre las funciones y atribuciones de la Superintendencia de Salud, se puede consultar el enlace <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyname-571.html>.

beneficiarios, uno de los criterios de priorización del PBS chileno fue el alto costo de ciertas prestaciones médicas (hemodiálisis, trasplante renal, cirugía de cardiopatías congénitas, tratamiento de distintos tipos de cáncer, etc.), que demandaban altos gastos de bolsillo por parte de los pacientes y sus familias. Si bien la ley estableció montos de copagos para cada grupo de prestaciones, según la cobertura financiera del seguro de cada beneficiario del Fonasa o Isapre, el Fonasa no ha cobrado tales copagos por dificultades operativas. Para ello, a inicios de la implementación (2005), el Ministerio de Salud dictó una normativa que autorizaba a los servicios de salud a no hacer aplicable el cobro de estos copagos. A pesar de ser contrario al espíritu de la ley, no ha habido una fiscalización ni cálculos de los montos no recaudados por el sistema público por esta omisión de cobro. Ante este hecho, es posible afirmar que los copagos y, por ende, los gastos de bolsillo de los beneficiarios del Fonasa han disminuido con la reforma. Cid y Prieto (s/f) mostraron que entre 1997 (pre GES) y 2007 (post GES), la proporción del PIB correspondiente a gasto de bolsillo en salud se mantuvo constante alrededor del 2,8%, si bien el gasto de bolsillo, en términos reales, aumentó en esa década el 23% por hogar y el 40% por individuo (Cid y Prieto, s/f). Según Román (2000), en Chile el gasto de bolsillo en salud, incluidos copagos, medicamentos y otros gastos directos, fue de US\$1480 millones, correspondiente a casi un tercio del financiamiento del sector. En el sistema Isapre, el gasto de bolsillo promedio entre 2001 y 2004 representaba aproximadamente el 13% de la renta imponible.²⁶

Otra forma de evaluar el impacto financiero del GES es a través de la visión de los propios beneficiarios. En un estudio de la Superintendencia de Salud, el 55% de los entrevistados consideraba que el GES cubría la mayor parte del

costo de la atención médica para un conjunto definido de enfermedades (Superintendencia de Salud, 2011). Entre los beneficiarios de Isapres, la cifra, levemente superior, era del 59%.

Impacto sanitario. No se han efectuado estudios sistemáticos en esta materia. Este déficit de estudios puede ser atribuido a problemas con la información, incluida la falta de una línea de base claramente establecida, así como la existencia de un sistema de información deficiente que fue diseñado para el seguimiento del GES (el SIG-GES).

Bitrán, Escobar y Gassibe (2010) demostró que para seis problemas crónicos de salud también disminuyó la letalidad intrahospitalaria. Desde una perspectiva cualitativa, el Ministerio de Salud publicó en 2009 un estudio que reveló que la tasa de mortalidad de varios tipos de cáncer (testicular, de vesícula biliar y de mama) cayó de 125,8 por 100.000 habitantes en 2005, antes del GES, a 114,5 por 100.000 habitantes en 2007, dos años después del inicio de la reforma (Ministerio de Salud, s/f). Otro informe de esa institución mostró que hubo un incremento en la detección temprana de los cánceres cérvico-uterino y de mama (Ministerio de Salud, s/f). Un estudio de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular reveló que el GES acarrió una caída considerable y estadísticamente significativa en la letalidad por infarto agudo al miocardio, pasando del 12% en 2004 al 8,6% en 2008, gracias a la garantía del diagnóstico oportuno y del acceso a tratamiento médico (trombólisis; véase la referencia al pie del cuadro 1.3).

Si bien existen varios estudios que analizan distintas facetas del GES, sobre todo enfocados en patologías específicas, hacen falta estudios que examinen el impacto sanitario de estas garantías como un grupo de acciones sinérgicas, y no como acciones aisladas.

²⁶ La renta imponible es una fracción de los ingresos a partir de la que se calcula el porcentaje de cotización a salud, pensiones y riesgos laborales. Corresponde al 80% de la suma de los honorarios brutos percibidos en un año sin considerar descuentos. Véase <http://www.previsionsocial.gob.cl/cotizacion-honorarios/pagina3.html#ancla32>.

Cuadro 1.3. Letalidad del infarto agudo al miocardio, antes y después del GES, Chile (%)

Período	Trombólisis	Angioplastia	Ninguna atención	Hombres	Mujeres	Total
Antes del GES	10,6	14	14	9,4	19,8	12
Después del GES	6,8	6	12	7,5	11,8	8,6

Fuente: Grupo de Estudios Multicéntrico del Infarto Agudo de Miocardio, 2009.

Parte de esta carencia se explica por el hecho de que aún no se ha definido la entidad responsable de esta función. A la Superintendencia de Salud le corresponde monitorear el cumplimiento de las garantías del GES (acceso, oportunidad, cobertura financiera y calidad de la atención), que hace con fiscalizaciones periódicas, pero no el impacto en la salud poblacional.

Nivel de satisfacción de los beneficiarios. Una de las motivaciones de la reforma fue el deseo de mejorar la satisfacción de los chilenos con su sistema de salud. En las décadas anteriores a la implementación del GES, las encuestas de satisfacción en salud revelaban sistemáticamente la insatisfacción de los beneficiarios, en particular en lo relativo al acceso entre los beneficiarios de Fonasa y a la cobertura financiera entre los beneficiarios de Isapres.

Un estudio encargado por la Superintendencia de Salud en el que se entrevistó a 2327 personas mayores de 18 años mostró que aproximadamente la mitad de la población calificaba al GES con nota máxima, basándose en la experiencia propia o en testimonios de personas conocidas (encuesta Adimark 2011). La proporción de beneficiarios que reportaba esta calificación variaba ligeramente según su asegurador; era del 46% entre los beneficiarios indigentes del Fonasa y del 49% entre los beneficiarios de Isapres. La satisfacción era mayor entre quienes habían usado los servicios GES (frente a la población general).

Otros aspectos. Solo en la actualidad se está dando inicio a un estudio licitado

por el Ministerio de Salud cuyo objetivo es evaluar el impacto del GES en la producción de prestaciones de salud y en la carga financiera dentro del sistema público de salud.

Monitoreo

El monitoreo trasciende el ámbito de la fiscalización, pues se refiere a un sistema de indicadores producidos y evaluados de manera recurrente. Como ya se dijo, la Superintendencia de Salud definió una metodología para evaluar el avance y desempeño de la reforma. Sin embargo, no se ha definido un sistema de evaluación *periódica* respecto del cumplimiento de las garantías GES por parte del Fonasa y las Isapres. Esta función se ha cumplido solo con base en fiscalizaciones puntuales de temas específicos. Además, se ha restringido por las razones citadas antes a las Isapres.

De esas fiscalizaciones surge que en las Isapres prácticamente no ha habido incumplimientos de garantías. En el Fonasa hay evidencia de que el 2% de los beneficiarios que han demandado atención para alguno de los problemas de salud cubiertos por el GES no ha recibido el servicio dentro de los límites de tiempo establecidos en la ley.

Para el sector público, que comprende al Fonasa como asegurador y a los Servicios de Salud descentralizados como prestadores, los informes de fiscalización se emiten separadamente y de forma ocasional para cada uno de los más de 30 servicios de salud. Esto contrasta con la fiscalización del sector privado de las

Isapres, donde la Superintendencia realiza las fiscalizaciones en forma sistemática y simultánea en cada una de ellas. Esto hace que numéricamente parezcan mayores los esfuerzos de fiscalización sobre el sector público.

En síntesis, de las materias evaluadas en el sector privado, las Isapres han mostrado un buen nivel de cumplimiento. Sin embargo, en lo relativo al cumplimiento de la responsabilidad de los prestadores privados de notificar a cada persona que padece de un problema de salud incluido en el GES acerca de su condición y derechos, el nivel de cumplimiento no ha sido bueno.

Respecto del sistema público, el Fonasa ha mostrado problemas de cumplimiento de las garantías de oportunidad y de disponibilidad de medicamentos a nivel de la atención primaria (acceso a tratamiento). El primer problema motivó el inicio del llamado bono AUGE para mejorar el cumplimiento de la garantía de oportunidad, ya descrito en este capítulo.

Hasta la fecha, la evaluación del bono AUGE ha sido positiva en cuanto ha mejorado el desempeño del Fonasa respecto del cumplimiento de las garantías de oportunidad. Sin embargo, ni la Superintendencia de Salud ni el Fonasa han difundido resultados sobre el impacto que esta medida ha tenido en el gasto del asegurador público.

En síntesis, se ha observado un mejor cumplimiento de las garantías definidas para los beneficiarios de las Isapres que para los de Fonasa, si bien para este último ha mejorado el desempeño a través del tiempo, en parte gracias a la implementación del sistema conocido como bono GES, que otorga subsidios a la demanda para la atención con prestadores privados. Hay evidencia de mejoras en la atención de salud, tanto cuantitativas (mejoría de acceso y cobertura), como cualitativas (diagnóstico más precoz de algunos tipos de cáncer) y disminución de la letalidad de casos de infarto agudo de miocardio.

Ajuste

Como ya se explicó, el GES fue definido inicialmente para un total de 56 enfermedades, que fueron cubiertas de manera gradual entre 2005 y 2007. El proceso de ajuste posterior ha incluido la actualización de las guías de práctica clínica, la extensión de las garantías o beneficios para 20 de los 56 problemas de salud garantizados desde el principio y la incorporación de nuevos problemas de salud (en la actualidad, son 80 los problemas garantizados).

El Consejo Consultivo del GES es la entidad encargada de realizar los ajustes, a partir del material preparado periódicamente por la Secretaría Técnica del GES, un órgano del ministerio. Esta entidad recibe y analiza las solicitudes de distintos sectores de la sociedad (grupos organizados de la comunidad, tales como grupos de pacientes, sociedades científicas, laboratorios farmacéuticos y otros) para que se incorporen nuevas coberturas dentro del PBS del GES. Los criterios de priorización que ha considerado el Consejo Consultivo han sido diversos y semejantes a los adoptados inicialmente en el proceso de priorización del GES: los antecedentes presentados y el impacto fiscal. Para esto último, la secretaría dispone de los resultados de los estudios de verificación de costos, que deben ser realizados por concurso público cada vez que se considera actualizar las garantías. Hasta la fecha, existen cuatro estudios de verificación, que estiman cada problema de salud incluido en el GES. En el proceso de ajuste de 2009, se analizaron 24 problemas de salud candidatos a ser incluidos dentro de las garantías GES, y se decidió otorgar garantías para 10 de ellos a partir de julio de 2010.

No existen criterios explícitos ni reglas fijas que gobiernen el proceso de ajuste del GES. Por ello, no es posible saber con certeza si una solicitud de incorporación de nuevas garantías al GES será aceptada o si tiene buenas probabilidades de serlo. No se conoce de antemano en forma pública cuál es la cantidad de dinero público disponible para financiar nuevas

garantías, ni tampoco se conoce cuál es la importancia relativa que los miembros del Consejo Consultivo atribuyen a cada uno de los múltiples criterios de priorización que consideran al revisar nuevas solicitudes de inclusión de garantías.

Contexto legal

La Constitución Política de Chile, en su artículo 19, n.º 9, asegura a todas las personas el derecho a la protección a la salud como una garantía fundamental. Además, el artículo 12, n.º 1, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del que Chile es signatario, afirma: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”; y para asegurar la efectividad de ese derecho, ordena en el mismo artículo 12, n.º 2 d): “La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

Según lo planteado por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, la Constitución no garantiza a la población el derecho universal e igualitario a acceder a servicios de salud bajo responsabilidad del Estado (Alames, s/f). Todo se reduce a asegurar el derecho a reclamar el acceso a servicios públicos o privados, lo que queda sujeto a una supuesta libre decisión por parte del usuario.

El sistema de salud chileno incluye dos subsistemas: Fonasa e Isapres. Cada uno de ellos tiene una legislación que ordena su funcionamiento y los derechos de sus beneficiarios. Además, en la reforma de la salud se incluyeron varios cuerpos legales. Estos son: Ley de Autoridad Sanitaria; regulación de las Isapres, y dos leyes en las que esta se basa: derechos y deberes de las personas, y el Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Todos fueron aprobados, con la excepción de los derechos y deberes de las personas, que fue pospuesto en forma indefinida en el Congreso nacional.

En lo relativo al PBS, la ley asociada define garantías explícitas de manera muy detallada al puntualizar qué garantías son exigibles de forma igualitaria por parte de los beneficiarios, tanto del sistema público como privado.

Además de esta ley, se han dictado decretos supremos del Ministerio de Salud que ordenan y definen operativamente esas garantías para cada uno de los problemas de salud incluidos en el GES. Asociado a estos decretos, se emite un listado con las prestaciones asociadas a cada garantía y una norma técnica que clarifica la operación de esas garantías y su alcance.

En síntesis, este PBS está sustentado por un claro y sólido cuerpo legal y normativo que es común para los dos subsistemas y equivalente para todo el territorio nacional. Los responsables de su cumplimiento son el Fonasa y las Isapres, usando una red predeterminada de prestadores de servicios de salud.

Conclusiones

La reforma modificó de manera significativa el sistema de salud chileno al introducir por primera vez un plan de beneficios común para el asegurador público y los aseguradores privados de la seguridad social. Este PBS fijó un piso de beneficios explícitos precisos para un conjunto amplio de patologías, que fueron formulados en términos de prestaciones de salud a las que tienen derecho los beneficiarios, tiempos máximos de espera, estándares de calidad de la atención y pagos máximos de bolsillo.

A pesar de una fuerte oposición a la reforma por parte del gremio médico y de funcionarios del propio Ministerio de Salud, la reforma salió adelante gracias al hábil manejo político del presidente de la República y de sus asesores.

Existen pocos estudios que hayan evaluado el impacto de la reforma, aunque la escasa evidencia disponible es auspiciosa. El GES ha permitido que

el racionamiento antes prevalente para la atención de muchos problemas de salud de la población haya disminuido considerablemente o incluso desaparecido, producto de las garantías explícitas del PBS y de los instrumentos que la reforma confiere a los beneficiarios para hacer exigibles dichas garantías.

Aunque el GES obliga igualmente al Fonasa y a las Isapres a cumplir con las garantías legales, ha habido evidencia de que el Fonasa no ha logrado cumplirlas en todos los casos. Estos incumplimientos de garantías consisten, sobre todo, en que beneficiarios del Fonasa no reciben las atenciones incluidas en el GES dentro de los plazos establecidos en la ley. A finales de 2011, el Ministerio de Salud declaró haber puesto término a todos los incumplimientos de garantías incluidas en el GES, pero la evidencia de que así lo hizo es insuficiente. Las Isapres, en cambio, han cumplido con todas las garantías del PBS.

La asimetría en el cumplimiento del GES entre el Fonasa y las Isapres obedece principalmente a la fiscalización asimétrica de la Superintendencia de Salud respecto de estos dos tipos de aseguradores. La superintendencia ha aplicado mano firme en la fiscalización de las Isapres y ha ejercido todas sus atribuciones legales para hacer exigibles los derechos de los beneficiarios de esos aseguradores privados. El Fonasa, en cambio, ha resistido la regulación de la superintendencia, aparentemente recurriendo a resquicios legales que no son de dominio público. En consecuencia, el Fonasa ha podido incumplir garantías del GES. La solución a este problema de regulación asimétrica es indispensable para preservar reglas claras respecto del PBS y continuar mejorando la equidad de la salud en Chile.

La adopción del GES parece haber tenido como consecuencia en el Fonasa el surgimiento de listas de espera para las atenciones de salud de problemas no incluidos en ese PBS. Es posible que esas listas de espera ya existieran antes de esta reforma, pero como no estaba

aún instaurada la cultura de garantías explícitas legalmente exigibles que introdujo el GES, tal vez la población no reclamaba frente a esas esperas y el Fonasa no las registraba. Además, la priorización del gasto público hacia las prestaciones incluidas en el GES en el Fonasa podría haber desviado el gasto público hacia ellas en detrimento de las no incluidas en el GES, lo que podría haber generado listas de espera para atenciones que antes tenían una mayor disponibilidad. En la actualidad, el Ministerio de Salud ha implantado un sistema de información para llevar una cuenta de las listas de espera de problemas de salud no incluidos en el GES y para guiar las políticas que permitan reducir esas listas. Sin embargo, el Ministerio ha declarado que resolver dichas listas podría, en algunos casos, tomar varios años, reconociendo así la escasez de recursos y la mayor prioridad de política que tiene el cumplimiento de las garantías incluidas en el GES frente a las que no están incluidas en él.

La adopción del GES ha requerido de cuantiosas inversiones para solventar cambios institucionales y financiar mayores volúmenes de atención en el sector público. El gasto público en salud, que representaba el 3,5% del PIB en 2005, aumentó en casi un punto porcentual, alcanzando el 4,4% en 2010. El GES también ha requerido de la creación de diversos instrumentos de gestión y política en el sector público para posibilitar su funcionamiento. Entre estos instrumentos están la elaboración por parte del Ministerio de Salud de guías de práctica clínica para regular la provisión y calidad de las atenciones incluidas en el GES, el desarrollo de sistemas de certificación de prestadores en la Superintendencia de Salud, la elaboración de nuevas leyes y normativas, el registro de listas de espera e incumplimiento de garantías en ese Ministerio, la adopción de nuevos sistemas de pago a prestadores públicos y privados para atenciones incluidas en el GES en el Fonasa y el establecimiento de contratos entre las Isapres y prestadores privados de salud en todo el país para poder cumplir con las garantías del GES, entre otros.

El resultado esperado de todas estas inversiones es la mejoría en el acceso a la atención de salud de la población producto del GES y, eventualmente, el mejor estado de salud de los chilenos. Por

eso, es una prioridad de política pública evaluar el desempeño del GES, de modo que se puedan conocer las consecuencias que el esfuerzo antes descrito ha tenido en el bienestar de la población.

Bibliografía

- Alames (Asociación Latinoamericana de Medicina Social). S/f. *Derecho a la salud. Situación en países de América Latina*. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, y Alames.
- Banco Central de Chile. 2010. Proyección del PIB. Santiago de Chile, Banco Central de Chile.
- Bitrán R. y L. Escobar. 2008. “The Politics of the AUGE Health Reform in Chile. A Case Study prepared for the Results for Development Institute”. Bitrán & Asociados.
- Bitrán R. y U. Giedion. 2008. *Designing Benefit Packages*. Estudio para el curso sobre reforma del sector salud y financiamiento sostenible del World Bank Institute. Santiago de Chile, Bitrán & Asociados.
- Bitrán R., D. Debrott y P. Arpón. 2013. *Opciones de reforma a la seguridad social en salud en Chile*. Santiago de Chile, Espacio Público.
- Bitrán R., L. Escobar y P. Gassibe. 2010. “Después de la reforma de la salud en Chile: aumento de la cobertura y acceso, reducción de las tasas de hospitalización y mortalidad”. *Health Affairs* 29, n.º 12.
- Cegades (Centro de Estudios y Gestión para el Desarrollo). 2002. Encuesta de opinión pública. El plan AUGE desde las encuestas de opinión pública.
- CEP (Centro de Estudios Públicos). 2000. *Estudio de Opinión Pública*, n.º 39.
- Cid C. y L. Prieto. S/f. “Inequidad en el financiamiento de la salud y su impacto en la distribución del ingreso en Chile”. Documento inédito.
- Engel E., A. Galetovic y C. Raddatz. 1999. “Impuestos y distribución del ingreso en Chile: ¿es regresivo el IVA?”. *Perspectivas en Política, Economía y Gestión*, 2, n.º 2. Universidad de Chile, Departamento de Ingeniería Industrial.
- GfK (Growth from Knowledge). 2011. “Estudio opinión usuarios del sistema de salud. Conocimiento y posicionamiento de la Superintendencia de Salud, GES-AUGE y otros aspectos de la reforma”. Santiago de Chile, GfK.
- Ministerio de Salud. 2004. *Ley 19966. Establece un régimen de garantías de salud*. Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- _____. 2006. “Verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas 2007”. Elaborado por la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile.
- _____. 2007. “Verificación del costo esperado por beneficiario del problema de salud con garantías explícitas: Atención del parto”. Elaborado por Bitrán & Asociados.
- _____. 2010. *Estudio verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas - 2009*. Santiago de Chile, Subsecretaría de Salud Pública.

- _____. 2012. *Impacto de las Garantías Explícitas en Salud en producción y en gasto en la Red Asistencial de Salud*. Santiago de Chile, Bitrán & Asociados.
- _____. S/f. Presentación “GES AUGE... su historia”. Ministerio de Salud de Chile.
- Nancuante U. y A. Romero. 2008. *La reforma de la salud*. Santiago de Chile, Biblioteca Americana.
- Olivares-Tirado P., E. Salazar y C. Castillo. 2008. *Comportamiento financiero de las Garantías Explícitas en Salud en el sistema Isapres*. Santiago de Chile, Ministerio de Salud de Chile y Sistema Integral de Salud.
- Román A. 2000. Presentación “Fondo Nacional de Salud”.
- Salud un Derecho. 2011. “Comunicado Bono AUGE”. Disponible en: <<http://www.saludunderecho.cl/archivos/2011/08/Tercer-Comunicado-Bono-AUGE-Agosto-2011.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Sánchez H. 2009. “Incumplimiento de las garantías AUGE”. *La Tercera*, 1 de noviembre.
- Superintendencia de Salud. 2007. *Evaluación de la reforma de salud y situación del sistema Isapres. Diseño metodológico y definición de líneas basales*. Santiago de Chile, Superintendencia de Salud.
- _____. 2008. *Comportamiento financiero de las Garantías Explícitas en Salud en el sistema Isapres*. Santiago de Chile, Superintendencia de Salud.
- _____. 2010. *Estadísticas financieras de las Isapres a diciembre de 2010*. Santiago de Chile, Superintendencia de Salud.
- _____. 2011. *Casos GES (AUGE) acumulados a diciembre de 2010*. Santiago de Chile, Superintendencia de Salud.
- Urrutia M. T., N. Villegas y L. Poupin. 2010. “Garantías Explícitas en Salud: conocimiento y fuentes de información en un grupo de mujeres del programa AUGE Cáncer Cérvico-uterino”. *Revista Chilena Gineco-Obstetricia* 75, n.º 4: 221-26.
- Vargas V. y S. Poblete. 2008. “Health Prioritization: The Case of Chile”. *Health Affairs* 27, n.º 3.

Capítulo 2



Colombia: el Plan Obligatorio de Salud*

Ursula Giedion y Oscar Cañón

Resumen

Contexto. La reforma colombiana de la salud, aprobada en 1993 mediante la ley 100, ha sido ampliamente documentada a nivel internacional por la profundidad de los cambios que impulsó. Plantea dos esquemas de aseguramiento: un régimen contributivo para la población con capacidad de pago (en especial, la perteneciente al sector formal) y un régimen subsidiado para la población sin capacidad de pago (en gran medida, la población del sector informal). La cobertura de aseguramiento llega en la actualidad al 92% de la población. El financiamiento en ambos casos proviene tanto de impuestos generales como de aportes a la nómina. En general, se aporta según la capacidad de pago y todos reciben un mismo plan de beneficios llamado Plan Obligatorio de Salud (POS). Ambos regímenes operan con aseguradores del sector privado y público que se comprometen a garantizar el POS a cambio de recibir una prima. Este sistema está actualmente en un proceso profundo de reforma y se está discutiendo la posibilidad de eliminar el plan explícito de beneficios que se tiene actualmente para transitar hacia un sistema donde se combina el racionamiento implícito con una lista negativa.

Logros. Hoy toda la población asegurada cuenta con el mismo plan de beneficios sin importar su nivel socioeconómico

y capacidad de pago. Este es un logro enorme frente a las importantes brechas de equidad en el acceso a los servicios de salud que existen en América Latina. Entre los países latinoamericanos que cuentan con un plan de beneficios en salud (PBS) explícito, solo Colombia, Uruguay y Chile han avanzado tanto en este aspecto.

El POS permitió al país articular agentes, fuentes de recursos y políticas que universalizaron el aseguramiento con garantías explícitas de derechos para la población de una manera sostenible fiscalmente. Establecer los derechos mediante el POS y costearlos mediante la unidad de pago por capitación permitió al país reaccionar a distintas adversidades, como el aumento del desempleo, con los ajustes tributarios y macroeconómicos necesarios para mantener el financiamiento del sistema de salud. Además, Colombia ha creado un vínculo directo entre el costo del PBS y la asignación de recursos a los proveedores de servicios, algo que raramente sucede en la región.

Desafíos. Igualar el plan de beneficios de las personas sin capacidad de pago afiliadas al régimen subsidiado con el de las personas con capacidad de pago afiliadas al régimen contributivo fue uno de los principales desafíos que enfrentó Colombia en los primeros 20 años del POS. Por presión de la Corte

* Este capítulo está basado en Giedion, Panopoulou y Gómez-Fraga (2009).

Constitucional y en nombre del principio de igualdad, en 2008 se inició un proceso de igualación que culminó en 2012, con planes idénticos y primas muy similares. Esto creó una presión fiscal importante, cuyo manejo está aún en discusión.

Otro reto para la sostenibilidad del POS ha sido la gestión y financiamiento de los servicios excluidos del plan. Un plan extremadamente detallado junto con la existencia de recursos públicos para financiar servicios no incluidos

en el POS generó incentivos para que los aseguradores solicitaran servicios por fuera del plan ya que estos generan ingresos adicionales a la prima que reciben. Esto, junto con los mecanismos jurídico-administrativos que facilitan la solicitud de servicios no incluidos en el plan y la presión de la innovación tecnológica, han llevado a una explosión del financiamiento de servicios que no han sido priorizados en el PBS: en 2010, la quinta parte de la recaudación de impuestos a la nómina destinada a la

Elementos fundamentales del Plan Obligatorio de Salud

Nombre del PBS	Plan Obligatorio de Salud
Año de inicio	1993
Motivación central	La adopción de un esquema de aseguramiento donde se separa la función de financiamiento de la función de aseguramiento requiere de la definición de un plan de beneficios que se exige a cambio de pagar una prima. Además, el deseo de transitar de un esquema que ofrecía, en teoría, de todo a todos mediante un esquema de subsidios a la oferta, a otro que volviera explícitos los servicios que el país puede garantizar a su población
Población objetivo	Todos los afiliados al sistema de aseguramiento de salud.
Cobertura de servicios	Promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías
Cobertura financiera	Existen copagos y cuotas moderadoras para algunos servicios y poblaciones, con topes anuales
Cobertura población objetivo	La cobertura del sistema es del 92,02%, 42,82% en el régimen subsidiado y 48,37% en el contributivo y los demás en regímenes especiales (2012)
Costo anual estimado per cápita	US\$418 en paridad de poder adquisitivo para el régimen contributivo y US\$374 en paridad de poder adquisitivo para el régimen subsidiado, en 2013
Porcentaje de los recursos públicos de salud canalizados hacia la financiación del PBS	El 74% del gasto público en salud se destina a pagar el Plan Obligatorio de Salud (Barón, 2007)
Entrega de servicios no priorizados	Los servicios no incluidos en el plan de beneficios se financian luego de pasar por un proceso administrativo: presentación ante un comité técnico científico; o un proceso judicial expedito (10 días) denominado tutela
Principales innovaciones	Primer país en la región en definir un plan explícito y legalmente exigible para toda la población Integración del proceso de priorización para todos los tipos de tecnologías y toda la población con una estructura institucional definida acerca de quién evalúa y decide Uno de los primeros países de la región en ofrecer un mismo plan de beneficios integral para toda la población (y el primero que está considerando seriamente eliminar este plan explícito) La asignación del presupuesto se hace en función del costo del plan y de la población asegurada, algo que muchos países han tenido dificultad para lograr

seguridad social de salud se destinaba al pago de servicios que no estaban incluidos en el plan de beneficios. La eficacia de muchos de los servicios que así se otorgan es dudosa y la equidad en la distribución de los recursos se vio afectada (Uprimny, 2013) ya que se observa una correlación positiva entre nivel de ingresos y cantidad de solicitudes realizadas.

La implementación de procesos institucionalizados, sistemáticos, robustos y transparentes para decidir qué beneficios incluir en el POS es otro reto importante que enfrenta Colombia. Existe un consenso entre los actores de que avanzar en este sentido será clave para que el POS sea visto como una herramienta legítima de racionamiento. Sin embargo, la comunidad médica colombiana ha cuestionado cada vez más la idea de un plan explícito de beneficios por considerar que esta idea es contraria al concepto de autonomía médica y se contrapone a una atención de salud que responda a las necesidades específicas de los pacientes. Además, el ambiente de constante enfrentamiento judicial y administrativo contra el POS para obtener servicios excluidos, en contiendas muchas veces exaltadas desde los medios de comunicación, ha llevado a que el POS sea percibido como ilegítimo. La eliminación de una lista positiva de beneficios es hoy vista como una posibilidad real, y es parte de las discusiones en curso. Si se aprueba la sustitución del POS por una lista negativa, el gran desafío de Colombia en los próximos años será la sostenibilidad financiera del sistema, al mismo tiempo que la eficiencia y la equidad.

Colombia es un caso ideal para aprender por qué pueden fracasar los planes explícitos de beneficios: fue el primer país de la región en adoptar uno universal y es el primero que se dirige con paso decidido hacia su eliminación. El estudio de caso muestra que los aspectos políticos y la definición de lo que se incluye o excluye de un PBS pueden ser mucho más

importantes para su legitimidad ante la opinión pública que los aspectos técnicos de definición y ajuste del plan.

Introducción¹

En 1993 se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia mediante la ley 100. El SGSSS consiste en un seguro de salud universal, con cobertura familiar, administrado por empresas promotoras de salud (EPS). Las EPS son aseguradoras que deben garantizar la entrega de un plan predefinido de beneficios a cambio de recibir una prima. Se encargan de contratar con instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) los servicios del plan básico de beneficios, el POS. La prima o valor monetario que el Estado paga a las EPS por la prestación del POS es llamada unidad de pago por capitación (UPC). El SGSSS está conformado por dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, con poblaciones objetivo y fuentes de financiación diferentes. El régimen contributivo se dirige a trabajadores y pensionados con capacidad de pago, mientras que el régimen subsidiado se enfoca en las personas sin recursos. En su inicio, cada régimen tenía un PBS distinto (POS-C para el régimen contributivo y POS-S para el régimen subsidiado). Desde 2012, los planes de ambos regímenes son iguales (esquema 2.1).

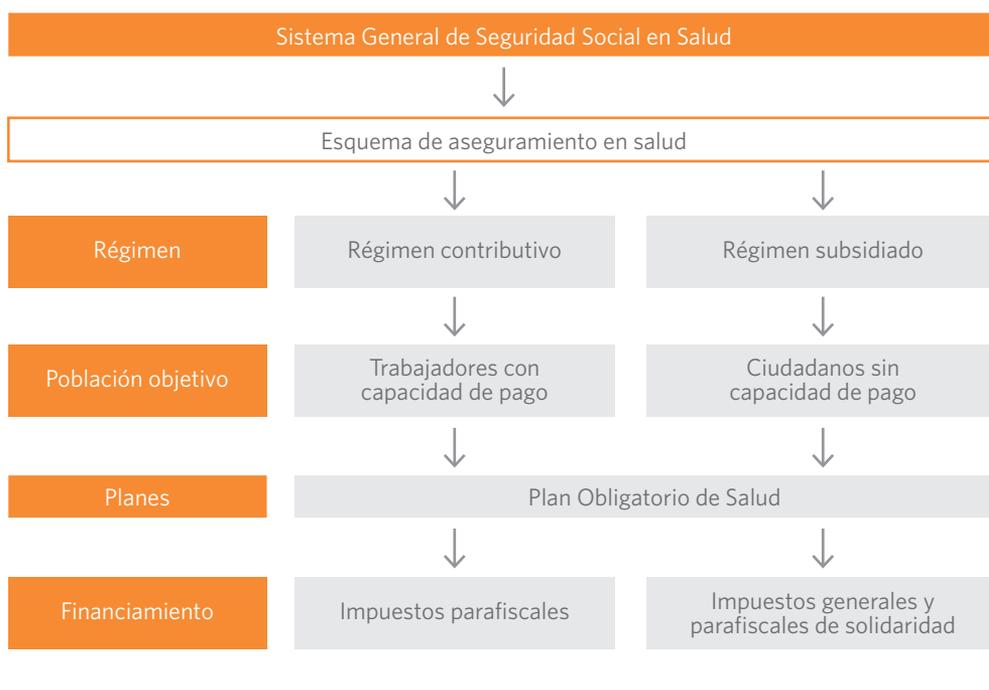
Motivos y proceso de adopción

Antecedentes y motivación

Los planes explícitos de beneficios del régimen contributivo (POS-C) y del subsidiado (POS-S) con los que comenzó a operar el SGSSS se enmarcan en un contexto histórico extrasectorial muy particular: i) una nueva constitución (1991) que definía amplios derechos

¹ La siguiente sección se basa en la nota sectorial de salud del Banco Interamericano de Desarrollo para Colombia (Pinto, 2010).

Esquema 2.1. Sistema de salud colombiano



Fuente: Adaptado de Giedion, Panopoulou y Gómez-Fraga (2009).

sociales y mecanismos de exigibilidad, como las tutelas; ii) la apertura económica y la adopción de reformas que buscaban eliminar los monopolios estatales, lo que explica el énfasis del SGSSS en la eficiencia y la incorporación del sector privado en las funciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud, y iii) un proceso profundo de descentralización de las funciones y de los recursos a nivel territorial (departamentos y municipios). En el marco de la implementación del POS-S, esta descentralización significó el choque entre el principio de un plan único e igual para todos los habitantes y las grandes heterogeneidades de recursos que existían entre las diferentes regiones del país (Giedion y López, 1996).

Así, los planes de beneficios fueron el resultado de un contexto específico y de un proceso que había comenzado muchos años antes de que se configurara el nuevo sistema de salud en 1993.

La creación del POS obedeció principalmente a dos razones. Primero, adoptar un esquema de aseguramiento que separara la función de financiamiento, a cargo del sector público, de la del aseguramiento, a cargo de las EPS, y que además, definiera los servicios que estas garantizarían a cambio de una prima. Segundo, pasar de un esquema que ofrecía en teoría de todo a todos mediante subsidios a la oferta, a otro basado en la demanda, que volviera explícitos los servicios que el país podía garantizar a su población. Se tenía un esquema que proclamaba el acceso universal pero que en la realidad no garantizaba el acceso de la población a los servicios, en especial de los más pobres (Molina y Giedion, 1994). Razones similares han sido invocadas por otros países de la región para adoptar un plan explícito de beneficios como se desprende del capítulo comparativo.

Como en otros países, la norma que introdujo la reforma de 1993 no plasmó claramente los objetivos y resultados

que se esperaban del POS, y se limitó a indicarlos en forma muy general.² Normas posteriores indican que se concibe el POS como un instrumento para mejorar la salud de los colombianos y para garantizar el derecho a la salud con la mayor eficiencia posible.

Deliberación y negociación: diseño del POS

Una vez aprobada la reforma en diciembre de 1993, el Ministerio de Salud contaba con seis meses (antes del cambio de gobierno) para reglamentarla, incluido el contenido del POS. Dos equipos del ministerio trabajaron de manera independiente, uno para el POS-S y otro para el POS-C. La propuesta del primer equipo fue aceptada sin mayor oposición por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS);³ no generó debates amplios ni en el Congreso ni en el CNSSS. Tampoco se objetó que el plan de beneficios fuera mucho más pequeño en el régimen subsidiado que en el contributivo.⁴

El diseño del POS-C contó con un equipo de expertos de talla mundial. Este equipo trabajó con una postura técnica de un plan de beneficios basado en análisis de costo- efectividad que enfrentó una fuerte oposición, en la redacción de la ley y en la definición de los contenidos del POS. Primero, en la Cámara de Representantes el enfrentamiento llevó a que se modificara la propuesta inicial de la ley, para incluir un artículo donde se decía que el POS-C debía cubrir como mínimo las contingencias que ya habían sido amparadas por el Instituto de Seguros Sociales (ISS) en el pasado. Gracias a la redacción general, que se refería a contingencias y no a servicios, el equipo técnico intentó mantener un abordaje técnico para definir el POS-C,

basado en criterios de costo-efectividad. Sin embargo, cuando la propuesta de POS-C fue presentada más adelante al cuerpo decisor (CNSSS), este la rechazó por contener menos prestaciones de las que brindada el ISS y por dudas sobre los datos empleados. Como consecuencia, en un tiempo récord menor a dos meses se redactó una nueva propuesta, basada en los contenidos del manual tarifario del ISS.⁵ Esa nueva propuesta del contenido inicial del POS-C fue aprobada por el CNSSS.

Como lo muestra lo anterior, a pesar de contar con un equipo técnico altamente capacitado y con recursos financieros sustanciales, el ministerio no logró aprobar un PBS basado en criterios técnicos ni tampoco logró consolidar ni aprobar una metodología que guiara los posteriores ajustes del POS.

Diseño del POS

Métodos de priorización

El POS-C aprobado no involucró un proceso de priorización técnico por estar diseñado sobre el manual tarifario del ISS bajo la premisa de no disminuir los servicios que ya se prestaban. La propuesta técnica inicial se realizó a partir del análisis de la carga de enfermedad y un criterio de costo-efectividad, con los que se armaron paquetes de opciones terapéuticas para cada una de las enfermedades priorizadas. El costo de estas opciones se estimó a partir de la información disponible y se calculó la efectividad de cada tratamiento en términos de años de vida saludables ganados, así el POS propuesto abarcaba todas las patologías de manera costo-efectiva (Plaza, 1996).

² “Permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan” (art. 162) (Congreso de la República de Colombia, 1993).

³ Entidad de regulación del sistema de salud, compuesta por representantes de los principales actores del sistema y de la política, que a partir de 2009 fue reemplazado por la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

⁴ El POS-S equivalía a un 50% del valor del POS-C y se centraba en el primer nivel de atención y en atenciones catastróficas.

⁵ En el decreto 1650 de 1977 art. 4 (Presidencia de la República, 1994).

El POS-S fue una adaptación ampliada de planes de salud y servicios que el sector público ya ofrecía. Como referencia se usaron la experiencia y la información de los programas anteriores de prevención y promoción del Ministerio de Salud y se tomó como base el plan de beneficios explícito del Programa de Empresas Solidarias de Salud, ejecutado desde 1993 por el ministerio y en fase piloto. Ese plan ofrecía un paquete mínimo de servicios de salud a las poblaciones más vulnerables. El principal criterio de análisis y priorización para la ejecución del POS-S fueron los datos disponibles sobre morbilidad y mortalidad. A partir del análisis del perfil epidemiológico, se establecieron las intervenciones de primer nivel requeridas para abordar los problemas de salud, y se buscaron datos sobre frecuencias y costos de tratamiento.⁶

Costeo

El equipo del Ministerio de Salud empleó la información proveniente del ISS y de otras instituciones,⁷ y estimó el costo del plan de beneficios del régimen contributivo en US\$512.⁸ Sin embargo, el Ministerio de Hacienda indicó que solo contaba con US\$370 per cápita. Con este monto se comenzó a operar sin que el contenido del POS-C se hubiera ajustado a la menor disponibilidad de recursos (CNSSS, 2003). Al respecto un funcionario de una EPS comentó que en tres meses la UPC pasó de 140.000 pesos a 121.000 pesos, y el entonces ministro de Hacienda confirmó que no había más recursos y que no se haría ningún ajuste de contenido del POS. Las decisiones de política, agregó el funcionario, han ido por vías opuestas (POS y UPC) y el mercado se ha encargado de unirlos; por ejemplo, ajustando tarifas a la red

de prestadores. El mercado ha hecho que la UPC y el POS se unan a costo de tecnología. Se lleva a los actores a tomar la decisión de quedarse o salirse del mercado y al quedarse, para mantener el ejercicio económico esperado, se debieron buscar estrategias, como por ejemplo disminuir las tarifas a pagar y ajustar las frecuencias de uso.⁹

El costeo del POS-S se realizó a partir de la información de las secretarías de salud sobre los programas de prevención y promoción del Ministerio de Salud. Se estimó un costo del POS-S. Sin embargo la UPC-S se fijó luego en US\$185 por el límite presupuestario establecido por el Ministerio de Hacienda (Ministerio de Salud y CNSSS, 1994a).

Legitimidad del diseño inicial

Para que el diseño inicial de un PBS sea legítimo es necesario que: i) se apoye en el uso de metodologías de priorización técnicamente robustas; ii) que exista un proceso de consulta amplia a diversos grupos de la población, y iii) que se difunda la información de los contenidos y del proceso.

Como se mostró anteriormente, la propuesta inicial del POS-C no fue adoptada a pesar de tener metodologías técnicamente robustas. No hubo coherencia de métodos ni criterios entre el POS-S y el POS-C, por lo que es difícil afirmar que el diseño del PBS colombiano cumplió con la primera condición de legitimidad mencionada.

La propuesta técnica de costeo de la prima fue desplazada por una definición política. No hubo consultas amplias ni participación social, y si bien las discusiones en el CNSSS incluyeron

⁶ No se consideraron los estudios de carga de enfermedad y costo-eficacia preparados para el POS-C, porque este fue aprobado antes de que finalizaran.

⁷ Basado en una entrevista al Dr. Luis Gonzalo Morales, asesor en el diseño del POS-C.

⁸ Los valores monetarios se expresan en dólares estadounidenses de 2013 en paridad del poder adquisitivo, a menos que se indique otra cosa.

⁹ Textualmente: "...a los tres meses de estar, la UPC ya no era de 140.000 sino de 121.000 pesos, punto y no hay más, y así nos lo dijo el ministro de Hacienda, sin ningún ajuste de contenido. Las decisiones de política han ido por vías opuestas y el mercado se ha encargado de unirlos. Por ejemplo, ajustando tarifas a la red de prestadores. El mercado ha hecho que la UPC y el POS se unan a costo de tecnología. La decisión de 'o me quedo o me salgo' y en el 'me quedo' —en cierta forma— que el ejercicio económico esperado, había que buscar disminución de tarifas a pagar, ajuste de frecuencias" (Giedion y otros, 2007).

representantes de varios sectores, no se incorporaron actores relevantes ni se divulgaron el proceso o sus contenidos. Prueba de lo anterior es que no hay documentación que explique los procesos de definición del contenido inicial del POS y de la UPC.

Principales características del POS

Cobertura médica

El principio que rige el alcance del POS es la atención integral. El POS-C y el POS-S ofrecen una atención integral que abarca actividades, intervenciones y procedimientos en las contingencias de “[...] maternidad y enfermedad general y en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento, así como rehabilitación para todas las patologías [...]” (art. 162) (Congreso de la República de Colombia, 1993). Con base en ese principio se delimitaron los beneficios del POS-C, que incluyeron prestaciones de todos los niveles de complejidad y en promoción de salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Para cada una de estas se incluyen procedimientos, intervenciones, actividades y medicamentos. Hasta 2010, el POS-C cubría todos los niveles de atención mientras que el POS-S solo contenía el primer nivel y los eventos catastróficos, con excepción de la atención para niños menores de un año y de mujeres embarazadas, quienes siempre tuvieron derecho a las mismas coberturas, independientemente del régimen al que estén afiliados. En 2012 eso cambió radicalmente cuando se cubrieron los mismos servicios de salud en ambos regímenes. Sin embargo, subsisten diferencias en otras prestaciones sociales, como licencias de enfermedad y de maternidad.

Cobertura financiera

Con la adopción del SGSSS se introdujeron las cuotas moderadoras y los copagos.¹⁰ Las cuotas moderadoras están diseñadas para moderar el acceso y promover la demanda de servicios necesarios o altamente efectivos sin crear barreras financieras importantes. Dependen únicamente de la capacidad de pago del asegurado y su precio va desde US\$1,6 hasta US\$16,5 (el monto no varía entre servicios). Asimismo, se establecen tope máximos al pago de cuotas moderadoras por evento y por año. Solo los afiliados al régimen contributivo pagan cuotas moderadoras cuando usan servicios ambulatorios. Los copagos se introdujeron para “ayudar a cofinanciar el sistema” (CNSSS, 2004). Corresponden a una parte de la tarifa que tenga pactada la EPS con la IPS y se aplican a tratamientos médicos, odontológicos, quirúrgicos, hospitalizaciones y exámenes diagnósticos. El diseño de los copagos busca evitar barreras en el acceso y promover el uso de los servicios más necesarios o efectivos. Así, por ejemplo, no existen copagos para servicios como atención de parto y de promoción y prevención.

Cobertura poblacional

En 1993 solo el 25% de la población estaba asegurada. El resto dependía de la red pública dentro de un modelo asistencial con serios problemas de equidad, eficiencia y calidad (Ministerio de Salud y Programa de Apoyo a la Reforma, Universidad de Harvard, 1996). Según las proyecciones poblacionales y el reporte de personas afiliadas al SGSSS, en 2012 la cobertura era del 92,02%: de este porcentaje el 42,82% en el régimen subsidiado y 48,37% en el régimen contributivo. El porcentaje restante estaba asegurado por regímenes especiales (militares, maestros etc.). Como estas cifras indican, Colombia ha llegado casi a la cobertura universal. Sin

¹⁰ El acuerdo n.º 260 de 2004 del CNSSS define el régimen de copagos y cuotas moderadoras en Colombia.

desconocer la importancia del logro, es cada vez mayor el número de actores y analistas que quieren avanzar hacia una mayor protección del acceso efectivo a los servicios de la salud. Por ejemplo, se ha señalado: “[...] no solo tener una cobertura de aseguramiento superior al 90%, como la que actualmente tiene el país, es garantizar el derecho a la salud en 90 personas de cada 100. Para ello también es importante ver la calidad de los servicios proporcionados a la población” (Universidad de los Andes, 2012).

Cómo se financia y cuánto es la prima del POS

El régimen subsidiado se financia principalmente con recursos del presupuesto general de la nación y de los gobiernos territoriales y con algunas contribuciones provenientes de los aportes de la nómina de los cotizantes del régimen contributivo (gráfico 2.1).¹¹ Este último mecanismo, denominado aporte de solidaridad, es una manera única de financiamiento, criticada por algunos y defendida por otros.¹² Hasta 2011, el aporte solidario correspondía a

Gráfico 2.1. UPC 2000-13 e ingresos per cápita en el régimen subsidiado



Fuente: Ministerio de la Protección Social (2010a) y Núñez y otros (2012).

¹¹ Constituidas así: 0,17 puntos (1 para jubilados) (Ministerio de la Protección Social, 2011f) y el 5% del recaudo de las cajas de compensación familiar que reciben el 4% del salario de los trabajadores con relación laboral (Congreso de la República de Colombia, 1982).

¹² La crítica sostiene que los altos niveles de aportes en Colombia son corresponsables de la alta informalidad del mercado laboral. Los defensores de este mecanismo de financiamiento sostienen que este concreta el principio de la solidaridad en el financiamiento en un país con una base tributaria baja, que dificulta la movilización de mayores niveles de impuestos generales equitativos (por ejemplo, el impuesto sobre la renta).

1,5% de los ingresos de nómina y luego se disminuyó a 0,17%.

El POS-C se financia con recursos parafiscales aportados mensualmente por los trabajadores. La cotización para salud es el 12,5% del salario en el caso de los trabajadores con contrato laboral, los independientes pagan el 5% del monto de sus contratos. La base de cotización mínima es de un salario mínimo mensual legal (US\$441)¹³ y la máxima es sobre 25 salarios mínimos (US\$11.017) (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Para 2013, la UPC del régimen contributivo fue de US\$418 y la del régimen subsidiado fue de US\$374. Esa es la suma que reciben las EPS anualmente y en promedio por cada uno de sus afiliados. La UPC del POS-C tiene un valor diferencial por grupo etario y género. Es mayor para los recién nacidos y personas de tercera edad, y es menor para los hombres jóvenes. Se recibe un porcentaje adicional para los residentes de algunos territorios, principalmente con población rural dispersa, donde se esperan mayores costos debido al transporte y en zonas urbanas donde se espera una mayor frecuencia de uso de servicios. También algunas EPS del régimen contributivo reciben un porcentaje adicional por tener un mayor número de pacientes de alto costo (CRES, 2011c). Además de las UPC, las EPS disponen de cuotas moderadoras y copagos, y aunque ningún estudio analiza su impacto dentro del financiamiento del POS, el Ministerio de Salud estimó que esa recaudación no supera el 4% en el régimen contributivo y el 5% en el régimen subsidiado.¹⁴

Nomenclatura

El POS cuenta con descripciones generales de coberturas vinculadas a un listado de medicamentos y procedimientos. El listado usa dos nomenclaturas:¹⁵ la clasificación anatómica, terapéutica y química para medicamentos, y el Código Único de Procedimientos en Salud para procedimientos, basado en el capítulo de procedimientos de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Para patologías y dispositivos médicos se especifican otras.¹⁶

A pesar de este esfuerzo por comunicar de manera inequívoca lo que se incluye en el plan de beneficios, surgen conflictos de interpretación del POS, ocasionados porque las EPS tienen incentivos para hacer una lectura restrictiva de lo que tienen que cubrir, mientras que el gobierno y los usuarios querrán una interpretación más amplia de sus derechos. Estas divergencias, que pueden minar la legitimidad del plan,¹⁷ aumentan los costos de transacción para los actores, crean inseguridad jurídica, dificultan el costeo y propician conflictos entre los actores. Sin embargo, ningún plan de beneficios puede ser formulado en un lenguaje tan preciso que nunca genere discusiones sobre su interpretación. Así, y en especial en sistemas en los que se delega la prestación del PBS a un tercero (asegurador) a cambio del pago de una prima, es importante formular su contenido de la manera más precisa posible (Eddy, 1996)¹⁸ y además instaurar mecanismos para vigilar las interpretaciones y aclarar los conflictos de interpretación.

¹³ El salario mínimo mensual legal vigente en Colombia para 2013 es de \$Col 589.500.

¹⁴ Según datos del Ministerio de la Protección Social (2010a).

¹⁵ Las nomenclaturas y clasificaciones eliminan los sinónimos y la polisemia y permiten identificar con precisión un elemento específico dentro de un conjunto (Martínez Tamayo y Valdez, 2009).

¹⁶ Por ejemplo, en el artículo 50 del acuerdo 029 de la CRESS se refiere a la hipertensión arterial, pero no se especifica el código CIE-10 correspondiente: I10.

¹⁷ Al respecto la Corte Constitucional de Colombia señala (sentencia T 760/2008) "...muchas de las tutelas que se interponen solicitando el acceso a servicios tienen su origen en la existencia de dudas acerca de lo que se encuentra incluido o excluido del POS y la ausencia de mecanismos institucionales dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud para superar claramente dicha incertidumbre".

¹⁸ Como se menciona en el capítulo comparativo de este libro, el equipo a cargo del diseño del plan esencial de beneficios de la "reforma Obama" ha llegado a conclusiones similares en Estados Unidos.

Garantías

Muchos países consideran que no basta con listar los beneficios de un plan de beneficios, sino que hay que especificar en qué condiciones y con qué garantías serán entregados. Por ejemplo, Chile ha acompañado su PBS con garantías de oportunidad, calidad y protección financiera.

Colombia ha comenzado a moverse en esta dirección al definir tiempos de espera máximos por tipos de servicio. Se estipula, por ejemplo, que una consulta de pediatría debería darse en cinco días o menos una vez solicitada. Estos tiempos no implican una obligación/derecho individual sino que son indicadores institucionales y se calculan como promedios. Es decir, la consulta se puede demorar más para algunas personas porque la obligación está sobre el valor promedio de todos los tiempos para acceder a una consulta (Supersalud, 2007). Para el caso de la consulta por medicina general, sí existe el derecho individual de obtener la consulta en un máximo de tres días (Presidencia de la República, 2012b). Sin embargo, no hay mecanismos eficaces para hacer exigible este derecho (Silva, 2012).

Guías de práctica clínica

El Ministerio de Salud de Colombia ha adoptado un número creciente de guías de práctica clínica durante la última década. Ello ha influido en el POS de cuatro maneras: i) al ayudar a definir los contenidos a ser cubiertos en el tema de promoción y prevención; ii) al condicionar la inclusión de medicamentos al plan de beneficios para las situaciones específicas definidas en las guías de práctica clínica; iii) al delimitar el alcance de la cobertura de una tecnología, ya que en el caso de

algunos medicamentos las EPS solo están obligadas a cubrirlos en las condiciones establecidas en las guías, y iv) al servir de insumo para la priorización de tecnologías a la hora de ajustar el PBS. A este respecto, en 2011, de entre 996 tecnologías candidatas a ser evaluadas (como insumo para la decisión de su inclusión en el POS), 538 provinieron de las guías de atención (CRES, 2011b). Sin embargo, no se ha hecho aún explícito el vínculo entre las recomendaciones de las guías adoptadas por el gobierno y la definición de los contenidos del POS. Ello implica que en algunas ocasiones las guías de práctica clínica adoptadas por el gobierno incluyen tecnologías que no son cubiertas por el plan de beneficios. Además, a diferencia de otros países, las guías de práctica clínica no han desempeñado un rol importante como insumo para costear el plan de beneficios de Colombia pues la adopción de una guía a nivel nacional no implica que sus contenidos queden incorporados en el POS.¹⁹

Acceso a servicios excluidos²⁰

El acceso a servicios no incluidos en el PBS a través de mecanismos judiciales es un asunto importante en el contexto de Colombia. Existen dos mecanismos para solicitarlos: la tutela ante un juez y la solicitud de ese tipo de servicios ante los comités técnico-científicos de las EPS. Bajo el primer mecanismo los colombianos pueden reclamar ante los jueces, mediante un procedimiento ágil y rápido (máximo 10 días), la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales cuando consideren que estos resulten vulnerados o amenazados. Si el juez falla a favor del ciudadano, la EPS debe prestar la atención con cargo a los recursos del Estado y en particular del fondo fiscal del SGSSS, el Fondo de Solidaridad y

¹⁹ Artículo 9 del acuerdo 29 de 2011: [...] en el presente Acuerdo el referente de inclusión en el Plan Obligatorio de Salud, no lo causa automáticamente la adopción oficial de las Guías de Práctica Clínica, ni los protocolos hospitalarios, sino la inclusión explícita o expresa realizada por la Comisión de Regulación en Salud, previa evaluación de cada tecnología en salud que integra las respectivas guías o protocolos" (CRES, 2011e).

²⁰ Parte de las ideas presentadas aquí concuerdan con la política farmacéutica del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Departamento Nacional de Planeación, 2012).

Garantía (FOSYGA). Bajo el segundo mecanismo se somete la solicitud a un comité técnico-científico de la EPS, que decide si el servicio es indicado en el caso específico. En el régimen contributivo el financiamiento de estos servicios representó un monto equivalente a un 26% de cada UPC en 2010 (Núñez y otros, 2012; Ministerio de la Protección Social, 2010a). La conjunción de varios factores condujo a que la financiación de los servicios excluidos del POS creciera exponencialmente, desfigurara el significado de un plan explícito y delimitado y amenazara la sostenibilidad del sistema de salud colombiano. Entre los factores que explican esta explosión de solicitudes de servicios no incluidos en el PBS están los siguientes:

Existencia de mecanismos judiciales y administrativos expeditos (tutelas/amparos y decisiones de los comités técnicos científicos) que permiten que los pacientes soliciten servicios no incluidos en el POS, y que estos servicios, una vez prestados, sean recobrados por las EPS al fondo común del sistema de salud (FOSYGA). Estas solicitudes se hacen invocando el derecho a la salud y con base al criterio del médico tratante

Incentivos. Los actores del SGSSS han tenido incentivos para solicitar servicios no incluidos en el plan de beneficios y muy pocos para controlarlos. Para las EPS, los recobros han sido un ingreso adicional cada vez mayor hasta representar el 23% de los recursos en el régimen contributivo en 2010.²¹ Dado que cada servicio no incluido en el PBS que solicita un proveedor o médico es un ingreso adicional para las EPS, estas no tienen incentivos para auditar y rechazarlo. La industria de las tecnologías sanitarias y los productores y distribuidores de medicamentos encuentran en los recobros una oportunidad para vender tecnologías no

incluidas en el POS a precios y cantidades con limitado control, mientras los prestadores encuentran en los recobros otra fuente adicional de ingresos sin que intermedie una negociación de tarifas entre ellos y los aseguradores, como es el caso para los servicios incluidos en el PBS.

Insuficiente rectoría. A pesar de que en la década de 1990 ya se reconocía el impacto de los mecanismos judiciales podían tener en el sistema, no se tomaron medidas para prevenirlo.²² Solo cuando los recobros aumentaron al punto de que se proyectara un déficit importante en el régimen contributivo, el gobierno comenzó a reaccionar con varias medidas, como la declaración de emergencia social a finales de 2009 que pretendía limitar los recobros mediante multas a los médicos que se alejaban de los protocolos, permitiéndole a las personas usar un ahorro obligatorio para el desempleo —denominado cesantías— para pagar los servicios excluidos del POS (Presidencia de la República, 2009).²³ La ausencia de rectoría fue especialmente notoria con respecto a los medicamentos que constituyen el principal componente de los recobros por servicios no incluidos en el plan de beneficios (87% en 2009). De este gasto, el 50% corresponde a 36 productos farmacéuticos, sobre todo de alto costo (Tocarruncho Ariza, 2011), como los biotecnológicos (Zapata, Pinto y González, 2010). En los últimos tres años, 8 de los 10 medicamentos más recobrados son biotecnológicos. En los recobros se observa, además, que se pagaron precios muy altos comparados con los de otros países (Núñez y otros, 2012; Cañón y otros, 2010). La Comisión de Regulación en Salud (CRES, encargada de ajustar el POS hasta 2012) no encontró evidencia científica de eficacia para algunos de los medicamentos no incluidos en el plan de beneficios y que han sido recobrados masivamente.²⁴

²¹ \$Col 2.328.431.887.847 de recobros, y \$Col 10.238.400.000.000 de recursos del régimen contributivo (a partir de Robert Steiner, 2011).

²² Por ejemplo, en acta del CNSSS de finales de la década de 1990 se advierte "...los costos no previstos en la UPC, por los fallos judiciales, producto de tutelas que obligan a la prestación de servicios onerosos [...] amenazan con desequilibrar el sistema..." (Giedion, Panopoulou y Gómez-Fraga, 2009).

²³ Esa declaración de emergencia generó gran indignación en el cuerpo médico y fue luego abolida por ser anticonstitucional.

²⁴ Por ejemplo, inmunoglobulina antitímocítica (leporina) en el tratamiento de la anemia aplásica (CRES, 2011f).

En los sistemas de salud concurren múltiples agentes que buscan cumplir sus objetivos según los incentivos y restricciones del sistema. En casos como el de los recobros de medicamentos de alto costo no incluidos en el plan de beneficios, la configuración del sistema ha llevado a que los agentes se comporten de una manera oportunista en pro de sus intereses y en contra de lo que el sistema espera de ellos. Identificar e intervenir a tiempo las condiciones que pueden desviar al sistema de sus objetivos por la existencia de incentivos perversos debería ser una tarea central del ente rector.

Relevancia del POS

El POS es uno de los pilares fundamentales del sistema de salud colombiano no solo por la cuantía de recursos movilizados para financiarlo, sino también por ser la principal herramienta de compra estratégica del gobierno para decidir qué servicios ofrecerle a su población en función de sus necesidades (Giedion, Panopoulou y Gómez-Fraga, 2009).

Participación en el presupuesto

El POS es el principal orientador del gasto en salud. Para 2011 el gasto total en salud fue de US\$36.631 millones, 6,1% del PIB. De estos, el 74,8% corresponden al gasto público en salud. El 74% de dicho gasto público se destina a pagar el POS (Barón, 2007), un porcentaje muy superior a lo que se observa en la mayoría de los países de la región. La situación es diferente cuando se analiza la importancia del POS como orientador del gasto en medicamentos. En 2010, el 76% del valor total de las ventas de las empresas farmacéuticas en Colombia correspondió a medicamentos no

incluidos en el POS (recursos públicos y privados) (Econometría SA, 2011). Así mismo, en 2011, alrededor del 51% del gasto público en medicamentos se dirigió a estos medicamentos no incluidos en el plan de beneficios.²⁵ Es preocupante que la mayoría del gasto en medicamentos se realice mediante mecanismos administrativos y judiciales y sin un instrumento de priorización que oriente los recursos hacia las tecnologías con eficacia y seguridad demostradas.

Participación en la provisión

Gran parte de la provisión de servicios de salud de Colombia está directamente relacionada con la provisión del POS. Esto se refleja en los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2007, que muestra que la gran mayoría de los servicios de consulta y hospitalización provistos en el país son financiados por las EPS del régimen contributivo o del régimen subsidiado, y se relacionan, por lo tanto, con los servicios incluidos en el PBS (cuadro 2.1).

Ajuste

En esta sección se describen los principales criterios para ajustar el POS, el diseño institucional para realizarlo, los ajustes que se hicieron y la legitimidad que parecen haber tenido estos procesos.

Criterios de ajuste y marco institucional

Con la creación del SGSSS se definieron criterios y lineamientos para actualizar y ajustar los contenidos del POS. Estos se han modificado a lo largo de las últimas dos décadas y pueden agruparse alrededor de los siguientes temas y criterios: i) necesidades en

²⁵ Si se asume un gasto entre el régimen subsidiado y el contributivo de \$Col 19,4 billones en 2010, calculados a partir de Steiner (2011), asumiendo que el porcentaje de gasto en medicamentos no ha variado desde 2008 cuando se estimó en 11,79% (Núñez y otros, 2012). El gasto público total en medicamentos se toma como el gasto de las EPS en medicamentos (gasto de regímenes contributivo y subsidiado multiplicado por el porcentaje de gasto en medicamentos) más el gasto en el 2010 del FOSYGA en recobros de medicamentos \$2 billones (Ministerio de la Protección Social, 2010b), este último se toma como el gasto no POS. En este análisis se asume que todo el gasto de medicamentos por recobros fue para medicamentos no POS" y no se tiene en cuenta el valor pagado por los regímenes territoriales en recobros por fuera de los dineros del RS.

Cuadro 2.1. Pago a cargo de EPS y gasto de bolsillo en medicamentos, por evento, 2007

Evento	Principal pagador EPS del evento (%)		Gasto de bolsillo por medicamentos en el evento (%)	
	Régimen subsidiado	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Régimen contributivo
Hospitalizaciones	92,3	88,9	13,9	23,6
Consultas externas	93,3	91,9	6,9	30,4

Fuente: Elaboración propia a partir de Pontificia Universidad Javeriana-Cendex (2009).

salud: criterios epidemiológicos de morbilidad y mortalidad, años perdidos por discapacidad, años perdidos por muerte temprana y carga de enfermedad; ii) posibilidades técnicas: las tecnologías disponibles en el país; iii) sostenibilidad: el POS debe ser sostenible con los recursos existentes; iv) eficiencia: el uso óptimo de los recursos para obtener un resultado en salud; v) definición de pautas para las tecnologías que deberían ser consideradas en la actualización del POS: como las enunciadas en las guías de práctica clínica, y vi) proceso: las condiciones en las que se deben realizar procesos de actualización como, por ejemplo, la periodicidad, la participación ciudadana y la transparencia.

Los últimos criterios sobre el proceso de ajuste han ganado importancia frente a los criterios técnicos, a pesar de que al inicio no fueron considerados. Por ejemplo, se esperó por más de cinco años para definir con qué periodicidad se actualizaría el POS.

Evolución del marco institucional

Colombia ha cambiado gradualmente su marco institucional para ajustar el POS y la UPC, tal como se muestra en el cuadro 2.2. En la fase I se tenía un cuerpo político, el CNSSS, que carecía de un apoyo técnico explícito para ajustar el plan de beneficios; posteriormente, en la fase II, se creó una secretaría técnica ad hoc del CNSSS, el Comité Técnico de Medicamentos, y luego se ampliaron sus funciones y se transformó en el Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología (CMET), que se consolidó

como el evaluador técnico de las propuestas de inclusión. Sin embargo, el CMET carecía de recursos para las evaluaciones y para pagar a sus miembros (Giedion, Panopoulou y Gómez-Fraga, 2009). Ambos comités eran coordinados directamente por el Ministerio de Salud.

En la fase III se creó una entidad de regulación de la salud (CRES) para una mayor autonomía frente al ministerio y una mayor fortaleza técnica. Se le dieron autonomía administrativa y suficientes recursos para realizar sus propias evaluaciones, pero la CRES no logró la debida autonomía frente al Ministerio de Salud (Guzmán Paniagua, 2012b), con lo que recibió fuertes críticas y se cuestionó su capacidad técnica. Se dijo que los comisionados de la CRES actuaban en favor de los sectores que los postularon y no como técnicos independientes (Lewin, 2012). Asimismo, la Corte Constitucional estimó que la actualización del POS que hizo la CRES en el período 2008-09 (acuerdo 03 de 2009) no cumplía los requisitos técnicos establecidos (Cortés Castillo, 2009).

En la fase IV, en 2012, se tramitó la ley 1438 que creó el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) para que emita conceptos técnicos sobre las tecnologías que deberían ser incluidas en el POS. El IETS coexistió con la CRES bajo el supuesto de que la primera fuera una entidad técnica asesora independiente y la segunda fuera la entidad decisora.

En 2012, la Presidencia de la República anunció la liquidación de la CRES como parte de un paquete de medidas para manejar la crisis de sector salud

Cuadro 2.2. Evolución del marco institucional para el ajuste del POS y de la UPC

Entidad/fase	Fase I	Fase II	Fase III	Fase IV	Fase V
	1994-96	1997-2008	2009-11	2012	2013-...
Ministerio de Salud, entidad del Ejecutivo	El ministro forma parte del CNSSS		El ministro forma parte de la CRES		Define los beneficios y la UPC
Ministerio de Hacienda, entidad del Ejecutivo	El ministro forma parte del CNSSS y ejerce un veto en la fijación de la UPC (Universidad de Antioquia, 2007)		El ministro forma parte de la CRES		
CNSSS (ley 100 de 1993), entidad colegiada de los 14 principales actores públicos, privados, gremiales y de los usuarios	Define el POS y la UPC		Eliminado de facto		
CTM (acuerdo 51 de 1997) comité de ocho miembros ad hoc		Brinda insumos técnicos al CNSSS	2002 pasa a ser el CMET		
CMET (acuerdo 232 de 2002 del CNSSS) entidad técnica de siete miembros ad honórem designados por el ministro de Salud			2002 inicia el CMET	2006 el CMET logra consolidarse como evaluador técnico de las inclusiones	Eliminado de facto
CRES (ley 1122 de 2007), comisión con autonomía administrativa y presupuestal. Compuesta por el ministro de Salud, el ministro de Hacienda y cinco expertos postulados por diversos sectores y elegidos por el presidente de la República			Define el POS y la UPC. Además realiza los análisis técnicos correspondientes		Eliminada
IETS (ley 1438 de 2011), entidad público-privada autónoma e independiente. Cuatro de sus cinco miembros directivos corresponden al ministro de Salud y tres directores de entidades; todos nombrados por el presidente			Realiza las recomendaciones técnicas para las inclusiones en el POS, no es claro si también para el cálculo de la UPC		
Recomendaciones de inclusión basadas en la evidencia y ETS					

Fuente: Elaboración propia a partir de Giedion, Panopoulou y Gómez-Fraga (2009), ley 100 de 1993, ley 1112 de 2007, ley 1438 de 2011, acuerdo 51 de 1997 del CNSSS, acuerdo 232 de 2002 del CNSSS (Universidad de Antioquia, 2007) y decreto 2560 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012a).

(Presidencia de la República, 2012a) sin especificar los motivos que condujeron a esa decisión (Guzmán Paniagua, 2012a). Así comenzó la fase V. Bajo ese enfoque, el IETS estaría a cargo de evaluar las tecnologías a incluir en el POS y de hacer recomendaciones técnicas al Ministerio de Salud, quien tomaría las decisiones sobre el ajuste del plan de beneficios (IETS, 2012; Ministerio de Salud y Protección Social, 2012a). Con ello el control del ajuste del POS recaería enteramente sobre el Ministerio de Salud. Algunos actores cuestionaron esa medida: “Sería entregarle otra vez al Ministerio de Salud todo el control del sistema, sin algún organismo que lo controle. La nueva ley debería darle a esa comisión [CRES] una verdadera autonomía y un más alto nivel técnico y científico” (Guzmán Paniagua, 2012b).

A pesar del largo recorrido y los múltiples intentos para buscar la institución responsable de asesorar y decidir los ajustes del plan de beneficios y de su prima, aún no hay en el país consenso sobre el mejor marco institucional para lograr la legitimidad en las decisiones de cobertura. Tampoco se ha resuelto cómo se deben repartir las funciones de la actualización de un plan de beneficios ni cómo articular a las entidades involucradas.

Recientemente, fase V, el marco institucional ha cambiado mucho. Se promulgó una ley estatutaria (junio 2012)²⁶ que deja sin fundamento el POS. La ley establece que las personas tienen derecho a todos los servicios de salud que requieran, con excepciones: i) servicios con fines únicamente estéticos; ii) para los que no haya evidencia de su eficacia, efectividad y seguridad; iii) que se encuentren en una fase experimental, y iv) que carezcan del registro sanitario necesario para su comercialización en el país y las tecnologías que deban ser prestadas en el exterior (Congreso de la República, 2013). Las prestaciones que cumplen con los anteriores criterios deben excluirse, y se espera que en el

actual marco normativo el Ministerio de Salud emita una lista negativa a partir de las evaluaciones del IETS. Es así como Colombia está a punto de cambiar el racionamiento explícito mediante un PBS por un esquema que combina el racionamiento implícito con una lista negativa para algunos servicios.

Ajustes y reglas

A continuación se presentan los ajustes al PBS realizados de acuerdo con las fases señaladas en el gráfico 2.2. Luego se presenta un análisis de los ajustes en la prima de la UPC.

Fase I. Primeros ajustes del POS. Al inicio del sistema, el CNSSS realizó los primeros ajustes al POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado. Incluyó las enfermedades de alto costo en el régimen subsidiado y realizó la primera actualización del manual de medicamentos.

Fase II. Los comités de evaluación. Desde 1997 el CNSSS cuenta con el apoyo técnico del Comité Técnico de Medicamentos, y con el CMET desde 2002. Con este apoyo técnico se realizaron 15 modificaciones puntuales del POS: ocho en el POS de ambos regímenes, seis en el POS-S y una en el POS-C. Estas modificaciones, al igual que las de la fase I, se caracterizaron por la ausencia de una metodología periódica para la priorización, el desinterés del CNSSS en ejercer su rol como líder de la política del POS, la influencia creciente de los poderes judicial y legislativo en la definición del POS, y la falta de criterios de priorización para las inclusiones en el POS del régimen subsidiado (Giedion, Panopoulou y Gómez-Fraga, 2009). El régimen subsidiado carecía de una visión sobre cómo manejar la expansión de su plan de beneficios y su convergencia con el plan de beneficios del régimen contributivo que, según la ley, tenía que culminar en 2001. Por ejemplo, se

²⁶ Al 14 de octubre de 2013 esta ley todavía debe ser revisada y aprobada por la Corte Constitucional para que pueda entrar en rigor.

incluyeron la teleterapia con fotones y la colecistectomía por vía laparoscópica antes que la consulta por médico especialista o la mayoría los servicios de mediana complejidad (Ariza, Giedion y Pulido, 2007). El marco normativo indicaba que la expansión del plan de beneficios del régimen subsidiado debía hacerse en función de un criterio de años de vida ajustados por discapacidad. Acatar este principio hubiera requerido postergar la inclusión de la alta tecnología y preferir los servicios de baja complejidad. Pero ocurrió lo contrario.

En 2006 se elaboraron las guías de enfermedad renal crónica y VIH/sida que se utilizaron para actualizar el POS. Ello permitió una perspectiva de atención más integral, un avance frente a las actualizaciones puntuales que se habían hecho en el pasado.

Fase III. La CRES actualiza el POS. En 2008 la Corte Constitucional ordenó actualizar de manera integral el POS (Corte Constitucional, 2008). La CRES lo hizo y emitió los acuerdos 03 y 08, de 2009 y 14, de 2010. Sin embargo, la Corte no reconoció que con ello se cumpliera con la actualización integral, intervino el POS e inquirió sobre el cumplimiento de las características de la actualización, sobre todo la participación ciudadana (Corte Constitucional, 2012).

La ley 1438 de enero de 2011 ordenó actualizar el POS antes de diciembre de ese año mediante una metodología clara, explícita y participativa. La CRES debió hacerlo en un tiempo muy corto; como referencia, los países con mucha experiencia en la materia no evalúan más de 50 o 60 tecnologías por año.²⁷ Para actualizar el POS se identificaron 996 tecnologías candidatas a ser incluidas. La CRES no se articuló con el CMET, que había estado a cargo de revisar la evidencia para actualizar el POS (CRES,

2011b) ni retomó otras metodologías ya formuladas.²⁸

La CRES dio entonces cinco pasos: i) seleccionó las tecnologías a evaluar; ii) las evaluó; iii) analizó la exclusión de tecnologías del POS; iv) socializó el proceso, y v) deliberó y expidió el nuevo POS.

Con esta actualización se agregaron al POS 44 nuevos procedimientos y 128 nuevos medicamentos. Por primera vez en la actualización del POS se buscó la participación social y se empleó una metodología explícita para seleccionar y evaluar tecnologías.

Fase IV. La CRES iguala el POS de los regímenes contributivo y subsidiado. Esto debía realizarse antes de 2001, como se definió cuando se creó el sistema (ley 100 art. 162). Durante los primeros 14 años, solo las madres gestantes y los niños menores de 1 año gozaban del mismo plan de beneficios en ambos regímenes. Ante la inequidad de que los más vulnerables tuvieran un plan menor, la Corte Constitucional ordenó en 2008 unificar y actualizar los planes de forma perentoria (Corte Constitucional, 2008). La CRES igualó los planes de manera gradual y por grupos poblacionales: en 2009, incorporó a los menores de 18 años, dos años después, a los adultos mayores de 60 años y en 2012 a los grupos restantes. Aunque los POS de ambos regímenes ya son iguales, no se igualaron las primas porque la UPC del régimen subsidiado es el 88% de la del contributivo. Esto se justificó en los datos de las pruebas piloto, donde se observó una menor frecuencia de uso del régimen subsidiado frente al contributivo (CRES, 2011g). Sin embargo, este tipo de estudios tiene limitaciones. Entre otras, se asume que las frecuencias de uso corresponden a las que deberían ser, pero esto no necesariamente es así si el acceso a los servicios está restringido.

²⁷ El actual *National Institute For Clinical Excellence* (NICE) del Reino Unido, tal vez el más renombrado a nivel mundial, se demora un mínimo de 54 semanas en una evaluación y 36 semanas para una evaluación corta, además estos tiempos pueden aumentar si se desarrollan varias evaluaciones a la vez (Drummond y Sorenson, 2009).

²⁸ En particular, a la propuesta de POS elaborada en el programa de empresas solidarias de salud y la del equipo de expertos, elaborada a partir de los estudios de carga de enfermedad y de costo-efectividad antes de que se debieran aceptar como POS las prestaciones del ISS.

Fase V. El PBS se sustituye por exclusiones explícitas. Se espera que los próximos ajustes del PBS estarán relacionados con la transición de un listado positivos de beneficios hacía uno negativo, aunque existe aún incertidumbre sobre cómo y cuándo se darán esos procesos.

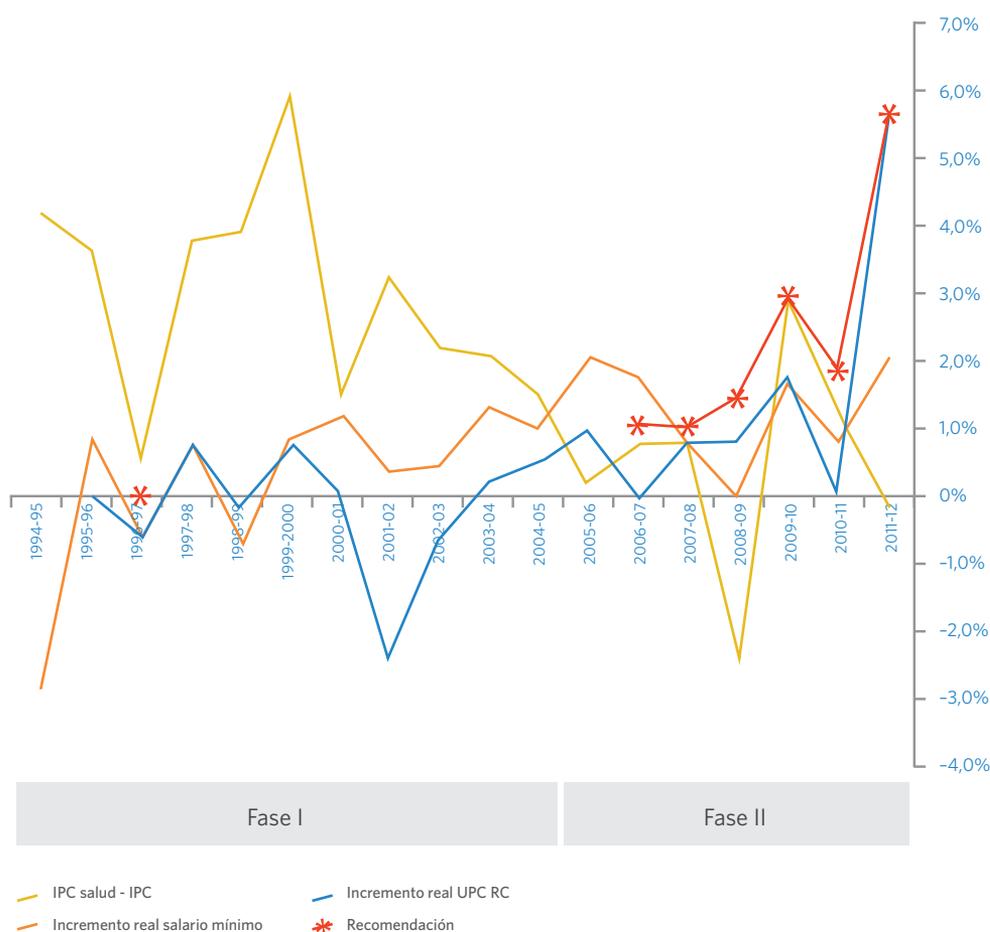
de Hacienda descrito anteriormente, se pueden distinguir dos fases, que se presentan en el gráfico 2.2.

Ajustes de la UPC

Luego de que la UPC empezó con el ajuste político impuesto por el Ministerio

UPC, fase I. Como había muy poca información sobre la demanda y el costo de los servicios del POS, los ajustes de la UPC se basaron en estudios de equilibrio financiero global y, en el régimen contributivo, en gran medida en la evolución del salario mínimo, pues este determinaba la evolución de los ingresos de este subsistema. Debido

Gráfico 2.2. Incremento real de la UPC del régimen contributivo, del salario mínimo, del IPC de salud y de las recomendaciones técnicas.



IPC: índice de precios al consumidor. Nota: Al IPC de salud se le resta el IPC general. Fuente: Elaboración propia a partir de los acuerdos de la CRES y el CNSSS (Ministerio de la Protección Social, 2010a, 2011a y 2011f; Gerencie, 2011).

al incremento en el desempleo, efecto de la crisis económica mundial de 1999, fue necesario realizar los ajustes subsiguientes por debajo del incremento del salario mínimo y, en algunos años, por debajo de la inflación (Castaño Yepes, 2004), como se observa en el gráfico 2.2. En general se observa que los ajustes de ese período ignoraban por completo el cambio en el costo de la provisión del PBS.

UPC, fase II. Con los análisis de la fase anterior, se consideró necesario contar con mayor información para ajustar la UPC. En 2005, el Ministerio de Salud comenzó a solicitar cada año información a las EPS sobre su gasto en el año anterior para calcular la UPC del siguiente. Con esta información se hicieron investigaciones actuariales que sirvieron de insumo para el ajuste de la UPC. La primera investigación, de 2006, usó información del 17% de las EPS del régimen contributivo. Gracias a que los estudios hicieron evidentes las fallas de información, en 2011 se contó con información confiable del 52% de las EPS, que concentran el 90% de los afiliados del régimen contributivo. La mejora en el régimen subsidiado ha sido en cambio menor. Para el último estudio solo se contó con información del 14% de los afiliados.

Un estudio reciente analiza el impacto de incluir nuevas tecnologías en el POS, y estima el valor de la UPC del régimen subsidiado luego de la unificación de planes. El estudio se basó en la demanda de servicios observada durante una prueba piloto (CRES, 2011g). Además, se introdujeron nuevas técnicas de análisis, como las series de tiempo para predecir variables (CRES, 2011b).

Gracias a un esfuerzo sistemático y sostenido, el país incrementó su capacidad técnica para analizar el ajuste de la UPC con técnicas de calidad. Sin embargo, las recomendaciones se implementaron solo en el incremento más reciente de la UPC.

Legitimidad

A continuación se discute la legitimidad de los ajustes de acuerdo con las fases descritas.

Fase I. El proceso técnico del CNSSS no era robusto y no contaba con apoyo técnico ni con procesos amplios de participación o consulta.

Fase II. Mejoró progresivamente el apoyo técnico, primero con el Comité Técnico de Medicamentos y luego con el CMET. Sin embargo, no hubo avances en la participación, aunque sí cierta difusión con la publicación y presentación de las guías que sirvieron de fundamento para las actualizaciones.

Fase III. Se cuestionaron varios aspectos de la actualización (ISPOR Colombia, 2011; Rossi Buenaventura, Umbacía y Sánchez, 2012; ACEMI, 2011; López G., 2012; Grupo de trabajo del proyecto participación ciudadana para definir las metodologías y propuestas de actualización del POS y fijación de la UPC en Bogotá, 2010, y observatorio de medicamentos de la Federación Médica Colombiana). Sobre la fortaleza técnica: hubo problemas de calidad y variabilidad en las evaluaciones, no seguían todas el mismo formato; también, que el mismo laboratorio que comercializa la tecnología hiciera la solicitud de inclusión y aportara la mayoría de la información para algunas evaluaciones. Sobre la transparencia: no se divulgó por qué la CRES se apartó en varios casos de las recomendaciones técnicas; por ejemplo, se incluyeron en el POS algunos medicamentos no priorizados, ni evaluados, con bajo impacto sobre la salud, como el esomeprazol; además, no se divulgó con antelación el detalle de la metodología para estimar el impacto presupuestario. Sobre la participación: las organizaciones de pacientes exigieron participar a fondo en la definición de la metodología de actualización, recibir capacitación sobre las metodologías de actualización del POS, y reunirse con el grupo de la Universidad Nacional de Colombia que elaboraba una

metodología. Además, manifestaron que el tiempo que se les daba para estudiar los documentos era insuficiente.

Fase IV. La robustez técnica de la igualación del POS-S y del POS-C se puso en duda cuando se igualaron los dos planes de beneficios sin igualar las primas, y aún más cuando las EPS del régimen subsidiado tuvieron problemas financieros (véase equilibrio entre el costo del POS y la asignación financiera). La justificación técnica para la igualación no ha sido suficientemente sustentada.

Fase V. Empezaron a aumentar la importancia financiera y la cantidad de prestaciones de servicios no POS mediante la solicitud de servicios no incluidos en el plan de beneficios a comités técnico-científicos o acciones judiciales de tutela. Al mismo tiempo, los medios de comunicación tomaron la perspectiva de los pacientes que intentaban acceder a los servicios excluidos, lo que consolidó una opinión pública poco favorable al POS. Además, los técnicos del ministerio dejaron de reconocer en el plan de beneficios una medida para priorizar el gasto ya que se financiaba tanto lo incluido como lo excluido. En este contexto, ningún sector político reconoció las ventajas de un PBS.

Análisis

El país avanzó en la robustez técnica de sus procesos de ajuste —iniciados con el fortalecimiento técnico de CMET— con la definición de guías y de un proceso para las incorporaciones. Luego se implementaron criterios de transparencia y participación, con el mandato de la Corte (Corte Constitucional, 2008) y la reforma del sistema de 2011 (ley 1438). Sin embargo, aun la última actualización del POS suscitó varias críticas a cada uno de los factores de legitimidad, en parte porque la capacidad nacional se ve sobrepasada por los tiempos que impone la Corte. Por ello en el camino se sacrificó algún grado de robustez técnica, transparencia y participación, según señalaron algunos actores.

Inquieta advertir cómo el Poder Judicial desencadenó los dos ajustes más importantes del POS: la igualación y la actualización integral. La Corte Constitucional asumió un rol de veedora del POS, situación que no se ve en otros países, y que señala la poca legitimidad del POS durante muchos años, por lo menos desde la perspectiva del organismo encargado de hacer respetar la constitución. En este contexto, se posicionó la idea de la autonomía médica como una facultad sin restricciones, defendida por las agremiaciones médicas (Camargo, 2011), repetida por los medios de comunicación y aceptada por amplios sectores de la sociedad. Eso llevó a que la única acción políticamente posible sea renunciar al racionamiento mediante un PBS y adoptar un racionamiento implícito, con pocas tecnologías excluidas mediante una lista negativa.

Implementación

La implementación exitosa de un PBS requiere de mucho más que de una definición explícita, técnicamente robusta y consensuada del plan de beneficios. En el caso colombiano se identifican seis factores de éxito, que se analizan a continuación.

Equilibrio financiero macro

Los ingresos del régimen contributivo en general han superado sus gastos excepto en dos momentos: i) el primero a raíz de la crisis económica mundial de 1999, cuando fue necesario aumentar la UPC por debajo del aumento del salario mínimo, e incluso de la inflación (Castaño Yepes, 2004), y ii) el segundo en 2010, cuando hubo un déficit de US\$485 millones. Para cubrirlo, el gobierno recurrió principalmente a las reservas acumuladas en los años anteriores (Muñoz, 2012). Proyecciones recientes simularon el impacto de algunas medidas para reducir el riesgo de déficits en ese régimen. Por ejemplo, se proyecta que disminuir el aporte de solidaridad del régimen contributivo al subsidiado

del 1,5% al 0,17% del ingreso logra excedentes positivos en el régimen entre 2011 y 2015; de lo contrario, el sistema enfrentaría un déficit en 2012 de US\$641 millones, equivalente a un 6% de los ingresos recaudados por cotizaciones sobre los ingresos. Estas medidas se adoptaron mediante la resolución 477 de 2011, que disminuye la contribución de solidaridad al régimen contributivo. Además, el Consejo Nacional de Política Económica y Social estableció que el reembolso por servicios no cubiertos por el POS pero solicitados vía mecanismos judiciales debería reducirse a menos de US\$377 millones en 2012 para mantener el equilibrio financiero del sistema (Departamento Nacional de Planeación, 2012).

Régimen subsidiado. Durante la última década, ha habido preocupación por la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado, por la carga fiscal que implica la universalización del aseguramiento y, más recientemente, por la equiparación del POS-S al POS-C. Simulaciones recientes muestran que al igualarse el POS el régimen subsidiado es deficitario entre 2011 y 2015 (Núñez y otros, 2012; Ministerio de la Protección Social, 2010b).

Los estudios plantean un panorama difícil para el SGSSS. Es preciso generar nuevos recursos y controlar el gasto de recobros para que el sistema mantenga la universalidad y la igualación de los POS. Otra opción es desacelerar el incremento de la UPC, pero si esta es insuficiente habrá barreras de acceso, lo que constituiría un ajuste económico a expensas de los usuarios.

Equilibrio entre el costo del POS y la asignación financiera

Los estudios periódicos para calcular el costo de prestar el POS y por consiguiente el valor de la UPC (Ministerio de la Protección Social, 2010a; Castaño Yepes, 2004; Ministerio de la Protección Social, 2010b) encontraron las siguientes cuatro limitaciones principales:

1. Gran variabilidad en la *calidad de la información* reportada por las EPS. Aunque la tendencia es una mayor consistencia, persisten graves problemas en el régimen subsidiado. En 2010 hubo un retroceso, al punto que se manifiesta: “tales estudios evidencian inconsistencias en la información que reportaron las EPS [...] y, por lo tanto, no permiten tomar una decisión...”. (Ministerio de la Protección Social, 2011c, 2011d y 2011e).
2. Como las ganancias de las EPS dependen del monto de la UPC, su incentivo es que aumente, y tienen capacidad de incidir en el valor de la UPC, pues el ajuste se calcula principalmente con las frecuencias de uso y los costos que reportan las EPS (Ramírez Moreno, 2011).
3. En varias ocasiones los ajustes de la UPC han sido menores que las recomendaciones de los técnicos.
4. Se asume que las frecuencias de uso observadas son las necesarias para garantizar un acceso efectivo. Los estudios solo permiten concluir que la UPC alcanza para prestar el POS *como se ha venido prestando* con ajustes sobre variables demográficas e inclusiones “puntuales”, pero no con base en las necesidades reales de la población y su perfil demográfico y epidemiológico. Es quizás revelador que el 38,9% de los médicos haya reportado restricciones en la prestación de los servicios (Defensoría del Pueblo, 2007a). Si bien con la información disponible no es posible saber si estas restricciones al acceso son causadas por una UPC insuficiente, es problemático que esta se calcule a partir de frecuencias de uso en un ambiente con restricciones al acceso.

Según un actor del sistema: “...si el costo real del POS no está reflejado en un valor de UPC que permita la supervivencia de la cadena de producción, cada actor presionará a su siguiente o se saldrá

del sistema y, finalmente, el principal afectado será el paciente” (Giedion y otros, 2007). Esto puede observarse en el régimen subsidiado, en el que varias EPS han decidido retirarse luego de que se igualaran los planes pero no las UPC.

Control de calidad

La calidad de los servicios del POS se evalúa en el contexto del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, que fija estándares de oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y accesibilidad vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud, las autoridades territoriales y las EPS (sobre su red de IPS). Además, se definen los requisitos mínimos de funcionamiento (habilitación) para las IPS o EPS. Estos incluyen capacidad tecnológica y científica, patrimonial y financiera, y técnico administrativas (Presidencia de la República, 2006).

Este sistema tiene limitaciones para asegurar que el POS se preste con la calidad deseada. Muchos servicios entran en funcionamiento con solo diligenciar el formato de habilitación, sin haber recibido una visita de verificación.²⁹ Además, cuando una IPS o EPS es la única que presta un servicio en una región, sancionarla con el cierre es problemático. Por último, que las secretarías territoriales de salud sean en cierta forma las responsables de las IPS públicas de su región (los hospitales) y también las encargadas de sancionarlas las pone en una situación difícil (Montoya, 2003).

Si bien el sistema de calidad ha permitido contar con un registro de prestadores, definir criterios que los prestadores deben acatar y vigilar indicadores, en la práctica el sistema obligatorio de garantía de la calidad no puede aún asegurar la adecuada prestación del POS (Echavarría Aguirre, 2004).

Conocimiento de los beneficios y mecanismos para que población y actores exijan sus derechos

Uno de los determinantes del impacto del POS es el conocimiento de la población sobre las prestaciones a las que tiene derecho y los mecanismos disponibles para exigir que se cumplan. Solo el 53% de las personas conocen el POS, y el conocimiento es menor en los estratos bajos, 32%, que en los altos, donde alcanza el 75% (Gestarsalud y Centro Nacional de Consultoría, 2009). Según un estudio del Ministerio de Salud, la información entregada a la ciudadanía es “limitada, confusa y proveniente de las EPS [...]. La información que entregan las EPS es básica, limitada y parcial” (Bonilla, 2009).

A pesar de lo anterior, existen tres tipos de mecanismos que hacen exigible la entrega de los servicios cubiertos por el plan de beneficios:

1. El principal mecanismo es la *acción de tutela*. El gran número de tutelas de salud que se han presentado en el área de salud, tanto para servicios incluidos como excluidos del plan de beneficios, muestra que la exigibilidad del derecho a la salud no es una mera titularidad en el caso colombiano. Además se cuenta con el derecho de petición (art. 23 de la Constitución de 1991) que obliga a las entidades a contestar por escrito las peticiones que le realicen las personas en un plazo máximo de 15 días. Ante la falta de respuesta se entiende que la solicitud ha sido aprobada. Las personas han venido usando el derecho de petición para solicitar por escrito ante la EPS el acceso a servicios, y envían copias a diferentes organismos de control. Con esto a veces logran que se les presten los servicios; en caso contrario la petición sirve de elemento probatorio para una acción de tutela.

²⁹ La norma dispone que solo existe la obligación de visitar cada año el 25% de los servicios inscritos en el cuatrenio, resolución 1043 de 2006.

2. *Mecanismos específicos.* Existen otros mecanismos, como la función jurisdiccional, la función de conciliación y el formato de negación de servicios, de los que se encarga la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud, 2007), pero en la práctica se usan poco (Supersalud, 2009).
3. *Mecanismos de acompañamiento* que buscan asesorar a las personas para acceder a los servicios de salud y los mecanismos mencionados antes. Los mecanismos de acompañamiento han surgido como oficinas de defensa de los usuarios en diversas instituciones, la Superintendencia Nacional de Salud (ley 1122, art. 42), algunas secretarías territoriales de salud (Alcaldía Mayor de Bogotá, Distrito Capital, 2007), las EPS y varias ONG. Como estos mecanismos son brindados por entidades con actividades que generan un conflicto de intereses, puede darse la situación de que los usuarios requieran defensa precisamente de ellas.

Infraestructura y recursos humanos disponibles para prestar los servicios POS

La oferta de infraestructura y de recursos humanos requeridos para prestar el POS está disponible en la mayoría de ciudades grandes y medianas. Sin embargo, no hay un estudio sistemático que determine si los servicios del POS se ofrecen en todo el territorio, teniendo en cuenta las capacidades y las necesidades. Se sabe que existe una gran heterogeneidad a lo largo de todo el país en términos de su infraestructura física, número de camas, número de servicios y recursos humanos, lo que indicaría que la oferta de los servicios del POS es muy desigual, como se observa en el mapa 2.1. El problema es más grave en los territorios con mayor dispersión poblacional, que se muestran como áreas oscuras en el mapa 2.1. Estos departamentos deberían tener un mayor número de servicios de transporte medicalizado para la referencia de sus

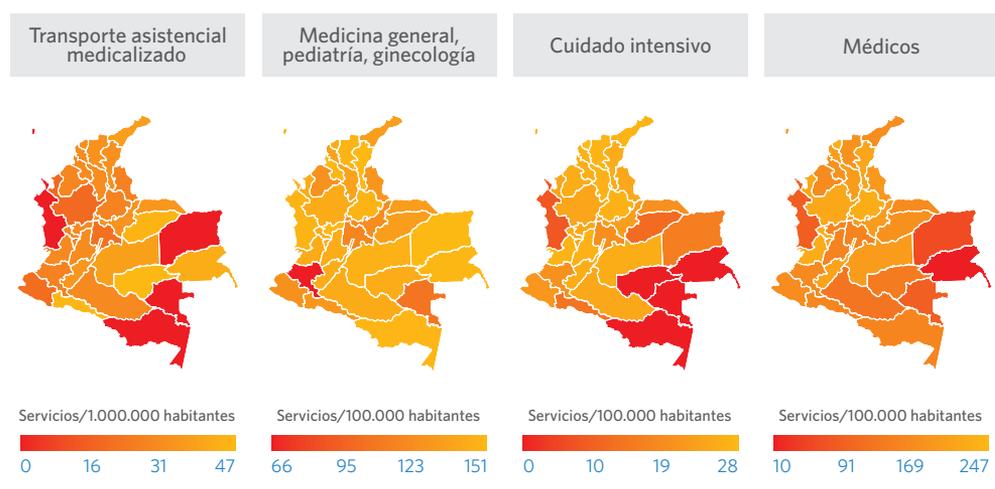
pacientes. La diferencia en la densidad de médicos es abismal: mientras que en Bogotá hay 326 médicos cada 100.000 habitantes, cuatro de los departamentos más pobres (Chocó, Guainía, Vaupés, Vichada) tienen menos de 30 (Ministerio de la Protección Social, 2009a). Estos datos concuerdan con la importancia de la ubicación geográfica para el acceso a los servicios de salud del plan de beneficios, reportada por Ruiz Gómez y otros (2008).

Se han probado tres estrategias para prestar el POS en todo el territorio i) una UPC 10% más elevada para los departamentos apartados, ii) servicios de transporte aéreo de pacientes y iii) telemedicina (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012c). Sin embargo, garantizar el mismo acceso a los servicios del PBS impone grandes retos, sobre todo donde la población es poca y dispersa, faltan buenas vías de acceso a todas las ciudades y el transporte fluvial o aéreo son incosteables para la mayoría de los habitantes.

Capacidad institucional para monitorear y verificar el cumplimiento de los objetivos

Los planes de beneficios en sí mismos facilitan la rendición de cuentas gracias a que hacen explícitos los servicios que deben ser prestados. Sin embargo, hasta la fecha no se han publicado estudios que cuantifiquen si todos los servicios del POS se prestan según las condiciones establecidas. Si bien algunos indicadores muestran una mejor implementación, no existe un sistema de evaluación para determinar el impacto del POS sobre la población. Como objetivo general o principio rector se estableció que el POS garantizaría la inclusión de servicios que mejoren la salud de los colombianos. Sin embargo, no se ha realizado ningún tipo de análisis sistemático sobre la pertinencia del POS para el perfil de morbimortalidad del país (Giedion, Panopoulou y Gómez-Fraga, 2009). Tampoco se ha evaluado el impacto de los servicios del POS. Por otro lado, como

Mapa 2.1. Densidad de servicios y camas (2012) y médicos (2009) por departamento



Fuente: Elaboración propia a partir del registro de habilitación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012c), las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2012a y 2012b) y Ministerio de la Protección Social (2009a).

los objetivos específicos del POS nunca fueron formulados es difícil establecer en qué medida ha cumplido con su misión. Esto es un problema para evaluar el desempeño de las instituciones y planear políticas públicas. La falta de objetivos se hizo evidente al actualizar el POS en 2011; se hubiera esperado que fuera el Ministerio de Salud el primer interesado en ajustar el contenido del PBS según las necesidades de los colombianos.

Lecciones y recomendaciones

Pueden extraerse las siguientes lecciones y recomendaciones del caso colombiano.

1. Los planes de beneficios no solo tienen una dimensión técnica sino también una dimensión política. En Colombia, los argumentos políticos de derechos adquiridos superaron a los argumentos técnicos a la hora de diseñar el PBS, a pesar de que se contaba con un *dream team* de expertos internacionales en priorización. De la misma manera, dadas las limitaciones de orden no técnico, el Gobierno prefirió fijar una prima muy por debajo del costo del plan de beneficios. Por ello, además de definir y ajustar el PBS y su costo de manera técnica es necesario construir un marco institucional sólido donde prevalecen los procesos participativos, transparentes y sistemáticos. De lo contrario, se materializará el riesgo de que los planes de beneficios sean definidos y ajustados con criterios que responden más a la coyuntura política o los intereses de pocos que a las verdaderas necesidades y capacidades del país.
2. Cualquier vacío o ambigüedad sobre la cobertura del PBS y sobre el manejo de lo que quedó excluido que no resuelvan las entidades gubernamentales del sector salud serán resueltos por otros agentes, cuyos propósitos no necesariamente son los de las entidades gubernamentales de salud. Así ocurrió con la intervención del Poder Judicial ante las entidades responsables de actualizar el POS. Si bien estas intervenciones judiciales han buscado reivindicar derechos, dificultan la conducción del sistema porque no consideran las prioridades definidas ni las restricciones fiscales.

3. Varias herramientas técnicas guían y fortalecen la elaboración y ajuste de los planes de beneficio. Colombia se ha apoyado cada vez más en las guías de práctica clínica y en las técnicas de evaluación de tecnologías sanitarias. Una metodología clara y explícita favorece que los actores crean y confíen en el proceso.
4. Las autoridades deben seguir las metodologías de ajuste de manera sistemática y consistente. En Colombia, la inclusión al POS de medicamentos no sometidos a la metodología explícita de evaluación planteada por la CRES, encargada de ajustar el PBS en su momento, llevó a que se criticara el proceso de ajuste. Algunos incluso han exigido la nulidad de las decisiones al no haberse seguido el debido proceso. Reconocer y justificar de manera explícita y transparente cuándo ha sido necesario apartarse de la metodología fortalece a los procesos de formulación o ajuste de un PBS.
5. El ajuste de un PBS requiere de importantes recursos de tiempo, financieros y capacidades. Hacer los ajustes ad hoc y sin los recursos necesarios hará a las decisiones de cobertura susceptibles a la crítica y les restará legitimidad.
6. Los mecanismos judiciales y excepcionales para acceder a servicios no incluidos en los PBS, junto con la falta de una gestión explícita de estos servicios no cubiertos, son una combinación explosiva para los sistemas de salud. En Colombia, el gasto público en medicamentos no incluidos en el POS ha crecido desmesuradamente y amenaza la sostenibilidad y legitimidad del sistema. El diseño y ajuste de un PBS debe acompañarse de una política explícita sobre cómo manejar los servicios excluidos del PBS y de una política farmacéutica clara.
7. Un plan de beneficios favorece la universalización de los servicios de salud; permite un sistema que separe las funciones de financiamiento (a cargo del Estado) y aseguramiento (a cargo de las EPS). En Colombia, un plan de beneficios era un paso necesario para incorporar a las EPS como aseguradoras. El POS permitió establecer las obligaciones de las EPS, mientras que la UPC define la obligación del Estado para con las EPS. Cuantificar el costo de la atención le permitió al país dimensionar y apropiar los recursos necesarios para universalizar el aseguramiento.
8. Que un plan de beneficios esté bien diseñado y sea legítimo no basta para una implementación exitosa. Se necesitan otros factores: equilibrio financiero a nivel micro y macroeconómico, mecanismos para garantizar la calidad de la prestación, que la población lo conozca, que haya mecanismos para que las personas exijan su cumplimiento y que existan los recursos físicos y humanos suficientes para prestarlo. Si alguno de estos factores falta, la población experimentará problemas para acceder al plan de beneficios.
9. No hay estudios que den la certeza de que la UPC bastará para prestar el POS en condiciones adecuadas de acceso y calidad. La retirada del mercado de varias aseguradoras del régimen subsidiado luego de que se igualaran ambos planes sin igualar las UPC podría indicar que los recursos son insuficientes, por lo menos en el régimen subsidiado. La distribución geográfica de la capacidad instalada y del recurso humano es muy desigual y condiciona la posibilidad de prestar los servicios del POS a toda la población. Esto subraya la necesidad de conciliar los recursos económicos con los servicios que se busca garantizar.
10. Los estudios para el cálculo de la prima deben realizarse aunque no se cuente con la mejor información. Al evidenciar las fallas y necesidades de información, los estudios podrían mejorar su disponibilidad y calidad, lo que llevaría a un círculo virtuoso.

11. Entre los factores que han restado legitimidad al POS se resaltan los incentivos para acceder a prestaciones excluidas, la ilusión de que todo lo clínicamente eficaz podría ser financiado, y la idea de que la autonomía médica carece de

restricciones. Estos mismos elementos podrían atentar contra los PBS de países con situaciones similares. Quizás esta sea la lección más importante del caso colombiano, y una gran oportunidad para que otros países aprendan del fracaso del POS.

Bibliografía

- ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral). 2011. "ACEMI se pronuncia sobre el valor de la UPC anunciado por el Gobierno". Comunicado de prensa. Disponible en: <<http://www.acemi.org.co/images/documentos/ACEMI%20sobre%20ajuste%20de%20la%20UPC.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Distrito Capital. 2007. Decreto 122 de 2007. 29 de marzo.
- Ariza J. F., U. Giedion y A. Pulido. 2007. *Hitos centrales en el diseño, implementación y ajuste del POS*. Bogotá, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS), Ministerio de la Protección Social.
- Barón G. 2007. *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003*. Bogotá, Ministerio de Salud.
- Barraza Llorens M. 2012. *Política farmacéutica y priorización en salud: el caso de México*. Mexico DF, BID.
- Bonilla J. 2009. "El derecho a la información en la sentencia T760. Revisión de la sentencia T760 de la Corte Constitucional". Dirección de Aseguramiento, Ministerio de la Protección Social, Bogotá.
- Camargo M. del P. 2011. "¿Por qué los médicos se oponen al nuevo POS?". *Semana*. Disponible en: <<http://www.semana.com/nacion/articulo/por-que-medicos-oponen-nuevo-pos/250467-3>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Cañón O. I., L. A. Daza Castillo, M. P. Gómez, I. Moreno y J. S. Rodríguez. 2010. "High-cost medications in 10 countries: A cross-sectional comparative study". *Value in health*, A123 PMS8.
- Castaño Yepes R. 2004. *Elementos fundamentales del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC*. Bogotá, Fundación Corona.
- Cendex (Centro de Proyectos para el Desarrollo). 2006. Encuesta Nacional de Salud 2005.
- CNSSS (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud). 2003. Acta n.º 142. 23 de diciembre.
- _____. 2004. Acuerdo n.º 000260 de 2004. Por el cual se define el régimen de pagos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Congreso de la República. 1982. Ley 21 de 1982.
- _____. 1993. Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- _____. 2010. Ley 1393 de 2010.

____. 2011. Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

____. 2013. Ley estatutaria de salud.

Corte Constitucional. 2008. Sentencia T-760.

____. 2010. Sentencia C-252.

____. 2012. Auto 064 de la sala especial de seguimiento.

Cortés Castillo C. 2009. “El Plan Obligatorio de Salud: antes no; ahora, tampoco”. *La Silla Vacía*. 1 de octubre. Disponible en: <<http://www.lasillavacia.com/historia/4554>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.

CRES (Comisión de Regulación en Salud). 2011a. Actualización integral del Plan Obligatorio de Salud 2011. Anexo 9: “Fichas de supresión de medicamentos”.

____. 2011b. Actualización integral del Plan Obligatorio de Salud 2011. Anexo 1: “Metodología para la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

____. 2011c. Acuerdo 30 de 2011.

____. 2011d. *Actualización integral del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*.

____. 2011e. Acuerdo 29 de 2011.

____. 2011f. “Efectividad, seguridad y análisis económico de la inmunoglobulina antitimocítica (equina y leporina) en el tratamiento de la anemia aplásica”. Disponible en: <<http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/CRES/Actualizacion%20POS%202011/Inmunoglobulina%20Antitimoc%3%ADtica%20%20Anemia%20Apl%3%A1sica%20Informe.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.

____. 2011g. “Estimación del valor de la unidad de pago por capitación de los regímenes contributivo y subsidiado”. Bogotá, unidad administrativa especial de la CRES.

Cubillos Turriago L. y J. Castrillón Correa. 2009. *Condiciones médicas priorizadas para la realización del primer grupo de guía de atención integral -GAI- para la actualización del los planes obligatorios de salud -POS*. Bogotá, Ministerio de la Protección Social.

DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística). 2012a. Estimaciones de población 1985-2005. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Metodologia_estimaciones.pdf>.

____. 2012b. Proyecciones de población 2005-2020 nacional y departamental desagregado por área, sexo y grupos quinquenales de edad. Información estadística. Base de datos disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/VisorCertificaPPO_Oct11.xls>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.

- Defensoría del Pueblo. 2007a. *Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud*. Bogotá, Imprenta Nacional de Colombia. Disponible en: <http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/aut_med.pdf>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2007b. *La tutela y el derecho a la salud*. Período 2003-2005. Bogotá. Disponible en: <http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutela_salud.pdf>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Departamento Nacional de Planeación. 2012. *Política farmacéutica nacional*. Documento Conpes social 155. Bogotá, Consejo Nacional de Política Económica y Social. Disponible en: <<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Politica%20Farmac%C3%A9utica%20Nacional.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Drummond M. y C. Sorenson. 2009. “Nasty or Nice? A perspective on the use of health technology assessment in the United Kingdom”. *Value in health*, 12 (Supplement 2), S8-S13.
- Echavarría Aguirre M. 2004. “Evaluación de la calidad técnica en prestación de servicios de salud. Ojo con la calidad en salud, porque no todo es lo que parece”. *El Pulso. Periódico para el sector de la salud*, año 6, n.º 68, mayo.
- Econometría SA. 2011. Producto 2A. Diagnóstico de la situación 2011. Parte A - Medicamentos. Informe final.
- Eddy D. M. 1996. “Clinical decision making: from theory to practice. Benefit language: criteria that will improve quality while reducing cost”. *JAMA*, vol. 275, n.º 8: 650-7.
- Flórez C. E., V. E. Soto, O. L. Acosta y otros. 2007. *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano*. Bogotá, Fundación Corona.
- Gerencie. 2011. “Histórico del salario mínimo y del auxilio de transporte en Colombia”. Disponible en: <<http://www.gerencie.com/historico-del-salario-minimo-y-del-auxilio-de-transporte-en-colombia.html>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Gestarsalud y Centro Nacional de Consultoría. 2009. “Reforma propuesta al sistema de salud”. Disponible en: <<http://gestarsalud.com/logrosycriterios/images/PDF/postura%20reforma%20a%20la%20salud.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Giedion U. y otros. 2007. “Entrevistas estructuradas a actores claves”. Documento sobre diseño, ajuste e implementación de los planes de beneficios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud.
- Giedion U. y Á. López. 1996. *Heterogeneidad financiera territorial y homogeneidad en la política de salud*. Universidad de Harvard (Programa de Apoyo a la Reforma de Salud) y Banco Mundial (Programa de Sistemas Municipales).
- Giedion U., G. Panopoulou y S. Gómez-Fraga. 2009. *Diseño y ajuste de los planes de beneficios: el caso de Colombia y México*. Santiago de Chile, Naciones Unidas. (Serie Financiamiento del desarrollo).

- Giedion U. y M. Villar Uribe. 2009. "Colombia's Universal Health Insurance System". *Health Affairs*, vol. 28, n.º 3: 853-63.
- Glassman A., M. L. Escobar, U. Giedion y A. Giuffrida. 2009. *From few to many: a decade of health insurance expansion in Colombia*. Washington DC, BID y Brookings Institution.
- Grupo de trabajo del proyecto participación ciudadana para definir las metodologías y propuestas de actualización del POS y fijación de la UPC en Bogotá. 2010. Comunicado enviado a la CRES el 9 de diciembre.
- Guzmán Paniagua H. 2012a. "Gobierno insiste en acabar con la CRES". *El Pulso. Periódico para el sector de la salud*, año 14, n.º 168, septiembre. Disponible en: <<http://www.periodicoelpulso.com/html/1209sep/debate/debate-14.htm>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2012b. "Promotor de la CRES dio apoyo crítico". *El Pulso. Periódico para el sector de la salud*, año 14, n.º 168, septiembre. Disponible en: <<http://www.periodicoelpulso.com/html/1209sep/debate/debate-16.htm>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Hsiao W. y P. Shaw. 2007. *Social health insurance for developing nations*. Washington DC, Banco Mundial.
- IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud). 2012. Estatutos. Bogotá.
- ISPOR Colombia (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research). 2011. "Observaciones metodológicas generales del proceso de evaluación". Documento inédito.
- Iunes R., L. Cubillos-Turriago y M. L. Escobar. 2012. "Universal Health Coverage and Litigation in Latin America". Washington DC, Banco Mundial.
- Lewin J. E. 2012. "Al autorizar el Misoprostol, la CRES le da otro golpe al Procurador". *La Silla Vacía*, 5 de octubre. Disponible en: <<http://www.lasillavacia.com/historia/al-autorizar-el-misoprostol-la-cres-le-da-otro-golpe-al-procurador-36406?page=3>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- López G. J. J. 2012. "Los medicamentos inútiles del POS". *UN Periódico*, n.º 152, 11 de febrero. Disponible en: <<http://www.unperiodico.unal.edu.co/dper/article/los-medicamentos-inutiles-del-pos-1.html>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Martínez Tamayo A. M. y J. C. Valdez. 2009. *Indización y clasificación de bibliotecas*. Buenos Aires, Alfagrama.
- Ministerio de la Protección Social. 2005. *Guía para el manejo de VIH/SIDA basada en la evidencia Colombia*. Bogotá, Fedesalud.
- _____. 2008. Resolución 01747. Por la cual se modifica la resolución 634 de 2006. 21 de mayo. Bogotá. Disponible en: <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30469>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.

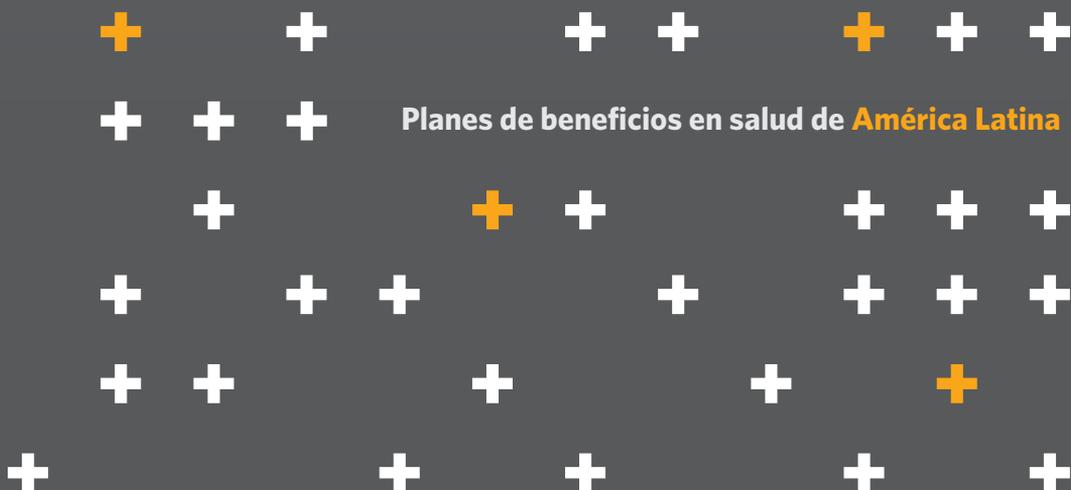
- _____. 2009a. *Composición de la oferta de profesionales de medicina en Colombia 2009*. Bogotá. Disponible en: <<http://www.minsalud.gov.co/salud/documents/observatorio%20talento%20humano%20en%20salud/composici%3%93n%20oferta%20de%20profesionales%20en%20colombia.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2009b. Decreto 4975 de 2009. 23 de diciembre. Bogotá. Disponible en: <http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/decreto/2009/decreto_4975_2009.html>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2010a. *Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011*. Bogotá, Ministerio de la Protección Social. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/sitio/Estudio_Suficiencia_POS_UPC_2009_Def.pdf>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2010b. *Sostenibilidad de la subcuenta de compensación del FOSYGA y financiación del régimen subsidiado*. Bogotá. Disponible en: <<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Acuerdo%20019%20de%202010%20-%20Anexo%206%20-%20Sostenibilidad%20del%20Fosyga%20-%20OR%20C3%A9gimen%20subsidiado.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2011a. *Estudio de la suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2006*. Colección Estudios de Suficiencia UPC-POS. Bogotá, Ministerio de la Protección Social. Disponible en: <<http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/sitio/Estudio%20de%20Suficiencia%20UPC-POS%202006.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2011b. *Estudio de la suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2007*. Colección Estudios de Suficiencia UPC-POS. Bogotá, Ministerio de la Protección Social. Disponible en: <<http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/sitio/Estudio%20Suficiencia/Estudio-suficiencia-UPC-POS-2007.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2011c. *Estudio de la suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2008*. Colección Estudios de Suficiencia UPC-POS. Bogotá, Ministerio de la Protección Social. Disponible en: <<http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/sitio/Estudio%20de%20Suficiencia%20UPC-POS%202008.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2011d. *Estudio de la suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2009*. Bogotá. Ministerio de la Protección Social. Colección Estudios de Suficiencia UPC-POS. Bogotá, Ministerio de la Protección Social. Disponible en: <<http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/sitio/Archivos/Estudio%20de%20Suficiencia%20UPC-POS%202009.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.

- _____. 2011e. *Estudio de la suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2010*. Bogotá, Ministerio de la Protección Social. Colección Estudios de Suficiencia UPC-POS. Bogotá, Ministerio de la Protección Social. Disponible en: <<http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/sitio/ACTUALIZACION%20POS%202012/Estudio%20de%20Suficiencia%20UPC-POS%202010.rar>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2011f. Resolución 477. Por la cual se define el monto de la cotización obligatoria de los afiliado al régimen contributivo que se destina a la financiación de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA.
- Ministerio de Salud. 2000. Resolución 412 de 2000.
- Ministerio de Salud y Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Universidad de Harvard. 1996. *La reforma de salud en Colombia y el Plan Maestro de Implementación*. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud de Salud-BID.
- Ministerio de Salud y CNSSS (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud). 1994a. Acuerdo n.º 009 de 1994.
- _____. 1994b. Acuerdo n.º 011 de 1994.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2012a. Decreto 2560.
- _____. 2012b. Boletín de prensa n.º 311. 3 de octubre. Disponible en: <<http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Creacion-de-Fondo-unico-para-recaudar-todos-los-recursos-de-la-salud.aspx>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2012c. Registro especial de prestadores de servicios de salud. Disponible en: <<http://201.234.78.38/habilitacion/>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2012d. Respuesta a cuestionario realizado por el presidente de la Comisión séptima del Senado de la República. Proposición 20, 21 y 28.
- Molina C. G. y U. Giedion. 1994. *Distribución del gasto público en salud en Colombia*. Bogotá, Fedesarrollo.
- Montoya C. M. 2003. “Continúan tropiezos en verificaciones de habilitación de IPS”. *El Pulso. Periódico para el sector de la salud*, año 5, n.º 60, septiembre. Disponible en: <<http://www.periodicoelpulso.com/html/sep03/general/general-09.htm>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Muñoz M. N. 2012. “Política de precios de medicamentos”. 19.º foro farmacéutico ANDI. Cartagena de Indias, Ministerio de Salud y Protección Social.
- Núñez J., J. G. Zapata, C. Castañeda, M. Fonseca y J. Ramírez. 2012. *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro*. Bogotá: Fedesarrollo.

- Observatorio del Medicamento, Federación Médica Colombiana, Colegio Médico de Cundinamarca. 2010. “Una muestra de factores antihemofílicos VIII y IX incluidos en el POS que habrían sido recobrados como ‘No POS’ por más de Col\$ 15.000 millones”. *Boletín Informática & Salud - Boletín del Consumidor de Medicamentos*, año 20, n.º 44, 25 al 31 de octubre. Disponible en: <http://www.med-informatica.net/BIS/BisBcm44de2010_25a31oct10.htm>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Pinto D. 2010. Estrategia del BID con Colombia: 2011-12. Nota Sectorial: “Sistema general de salud”. BID.
- Plaza B. 1996. “Cost effectiveness & priority setting case study”. Washington DC, Banco Mundial.
- Pontificia Universidad Javeriana-Cendex. 2009. Encuesta Nacional de Salud 2007. Bogotá, Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas.
- Presidencia de la República. 1994. Decreto 1650 de 1994.
- _____. 2006. Decreto 1011 de 2006.
- _____. 2009. Decreto 4975 de 2009.
- _____. 2012a. “Declaración del Presidente Juan Manuel Santos sobre el sector salud”. 19 de julio. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Prensa/2012/Julio/Paginas/20120719_06.aspx>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2012b. Decreto ley 19. 10 de enero.
- Procuraduría General de la Nación, Cendex y USAID (Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional). 2011. *Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas*. Bogotá, ECOE ediciones. Disponible en: <<http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Publicaci%C3%B3n%20-%20Finanzas%20en%20Salud.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Profamilia. 2000. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá, Profamilia.
- _____. 2011. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá, Profamilia. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Ramírez Moreno J. 2011. “Las instituciones y los mercados en el sistema general de seguridad social en salud”. Presentación en 18 Foro Farmacéutico ANDI.
- Red de priorización y planes de beneficios en salud. 2012. BID.
- Rossi Buenaventura F., L. M. Umbacía y E. Sánchez. 2012. *Inclusiones de medicamentos incorporados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) - Acuerdo 029 de 2011*. Bogotá, IFARMA.

- Ruiz Gómez F., L. Amaya Lara, L. Garavito Beltrán y J. Ramírez Moreno. 2008. *Precios y contratos en salud. Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos*. Colección PARS. Bogotá, Cendex. Disponible en: <<http://www.cendex.org.co/GPES/publicaciones/libros/Precios.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Silva D. 2012. “Denisse Silva, vocero de Pacientes Colombia, denuncia fallas en los servicios de salud. Sandra Camacho, directora de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina, responde”. *W radio*, 1 de marzo.
- Steiner R. 2011. “Reflexiones sobre la dinámica del gasto en Salud”. XVIII foro farmacéutico de la ANDI. Cartagena de Indias, Fedesarrollo.
- Supersalud (Superintendencia Nacional de Salud). 2007. Circular externa 047 de 2007. Circular única, 30 de noviembre.
- _____. 2009. Certificación técnica de calidad en la gestión pública (Norma NTCGP 1000:2004).
- _____. 2012. “Entidades promotoras de Salud. Regimen contributivo y subsidiado. Informe de situación financiera. Marzo de 2012”. Disponible en <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=dt0XRxDSDgo%3D&tabid=443&mid=1545>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Tocarruncho Ariza, L. H. 2011. “Tecnologías en salud iniciales para evaluación al Plan Obligatorio de Salud”. Informe para la CRES.
- Universidad de Antioquia. 2007. “Reforma a la regulación en salud en Colombia: del Consejo Nacional a la Comisión de Regulación”. *Observatorio de la Seguridad Social*. n.º 16: 1-16.
- Universidad de los Andes. 2012. *El libro blanco de la salud*. Bogotá, Uniandes.
- Uprimny, R. 2013. “La protección judicial del derecho a la salud en Colombia: tendencias, debates y perspectivas”. Seminario a distancia, 25 de junio. Banco Mundial.
- Varela A., G. Carrasquilla y T. Tono. 2002. “Asimetría en la información: barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia”. *Colombia Médica*, vol. 33, n.º 3: 95-101.
- Zapata J. G., D. Pinto y J. L. González. 2010. “Análisis de la dinámica del gasto en salud en Cundinamarca y en los hospitales del departamento”. Fedesarrollo.

Capítulo 3



{ Uruguay: el Plan Integral de Atención a la Salud

Silvia Molins, Lucía Alonso y Jorge Fernández

Resumen

Contexto. Uruguay tiene un sistema de salud denominado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que separa las funciones de prestación y financiamiento. En la prestación de servicios participan prestadores públicos y privados. La financiación está separada por nivel de complejidad: el Fondo Nacional de Recursos (FNR) financia las prestaciones más complejas, mientras que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) financia las de mediano y bajo nivel de complejidad. Uruguay fue el primer país de América Latina en ofrecer un plan de salud explícito, integral e igual para toda la población.

Elementos clave del Plan Integral de Atención a la Salud. El Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) constituye un plan de beneficios en salud con garantías explícitas (lista positiva), que describe de manera clara y precisa las prestaciones de salud a las que tiene derecho la población. Un objetivo del PIAS es lograr la universalidad y equidad del acceso a la salud. A pesar de estar financiado por distintos fondos, el plan cubre a casi toda la población.

El PIAS tiene dos grandes componentes: los programas nacionales de salud, que son acciones de promoción y prevención dirigidas a grupos de edad específicos y el catálogo explícito de prestaciones de los servicios de prevención secundaria y

terciaria en todos los niveles de atención. El catálogo de prestación está compuesto por: 1) prestaciones diagnósticas y terapéuticas de complejidad y costo bajos o medianos (PBMC); 2) medicamentos de costo bajo o mediano (MBMC), y 3) prestaciones diagnósticas y terapéuticas de alta especialización y costo, y medicamentos de alto costo y alto impacto económico (PyMAC). Con el PIAS se pasó de la lógica de explicitar las exclusiones a describir en forma clara y precisa las prestaciones de salud a las que tiene derecho la población, de tal forma que se constituyen en una garantía explícita, exigible y equitativa al estar disponible para todos los ciudadanos. Con una perspectiva de derechos, el PIAS ofrece un abordaje integral, con acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria en todos los niveles de complejidad.

En el funcionamiento del PIAS se destacan los contratos de gestión entre la Junta Nacional de Salud (JUNASA), ente rector, con los prestadores integrales de salud, que cumplen la función de prestadores y articuladores de los servicios de salud. Estos contratos definen metas y criterios de calidad de las prestaciones incluidas en el plan de beneficios en salud (PBS). Esta articulación entre el contenido de un plan de beneficios y mecanismos de pago que premian el desempeño es una característica que comparten solo el PIAS de Uruguay y el plan Nacer / SUMAR de Argentina.

Otro aspecto destacable del PIAS es la selección de procedimientos prioritarios para los que se establecen normas del manejo clínico establecido en guías, pautas técnicas o protocolos correspondientes. Esto vincula la priorización con la estandarización de la práctica médica.

La gestión integral de las tecnologías de alto costo centralizada en el FNR, otra innovación del PIAS, facilita la coordinación de las intervenciones de alto costo, desde el financiamiento y el proceso de priorización hasta la monitorización del uso de las tecnologías.

Resultados. Al igual que en los demás casos revisados en este libro, Uruguay no cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación específico del desempeño del PBS. Sin embargo, se considera que

mediante los contratos de gestión que premian el cumplimiento de metas sanitarias priorizadas (junto con la política de reducción de copagos, entre otros aspectos), han mejorado varios indicadores de salud, como el gasto de bolsillo, los tiempos de espera y algunos indicadores de estado de salud, como la tasa de mortalidad materna, que es la más baja de la región.

Desafíos. La gestión compartida del PIAS en dos entidades, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el FNR, implica para ambas el reto de articularse. Por un lado, centralizar la gestión de las intervenciones de alto costo en una sola entidad con autonomía, como el FNR, es ventajoso. Pero queda la duda de si la gestión compartida puede llevar en ocasiones a una superposición de funciones. Independientemente de esto, se

Elementos fundamentales del Plan Integral de Atención a la Salud

Nombre del PBS	Plan Integral de Atención de Salud
Año de inicio	2008
Motivación central	Equidad en el acceso a prestaciones explícitas y exigibles
Población objetivo	Universal
Cobertura de servicios	Cobertura integral de todos los servicios, desde la atención preventiva hasta la curativa y la rehabilitación
Cobertura financiera	No hay copagos para prestaciones hospitalarias y servicios de promoción y prevención Hay copagos con topes para la atención ambulatoria y algunas exoneraciones
Cobertura de la población	El 95% de la población total del país (2012)
Costo anual estimado per cápita	Prima anual de US\$650 por beneficiario (2011)
Porcentaje de los recursos públicos de salud canalizados hacia la financiación del PBS	Aproximadamente 72% (2008)
Entrega de servicios no priorizados	El acceso a los servicios no incluidos en el PIAS depende del nivel adquisitivo de la población que los demanda o de la decisión de los prestadores de brindar esos servicios por su propia cuenta y riesgo. Además, existen organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que proveen prestaciones no obligatorias, principalmente a personas de bajos recursos
Principales innovaciones	Contratos de gestión para el cumplimiento de las prestaciones Establecimiento de normas relativas a los servicios cubiertos, indicando condiciones clínicas y subpoblaciones para las que está disponible el servicio Gestión integral de las tecnologías de alto costo, desde la priorización explícita hasta el monitoreo Primer país en América Latina en ofrecer un plan explícito, integral e igual para toda la población

ha identificado la necesidad de fortalecer la articulación de ambas instituciones.

La reforma sanitaria en Uruguay introdujo un cambio en el modelo de atención, que pasó de centrarse en lo curativo a orientarse hacia lo preventivo. Sin embargo, el PIAS aún no ha reflejado este nuevo enfoque del modelo de atención, lo que resalta la necesidad de que el plan se articule con las políticas del sistema de salud.

Introducción

Uruguay es uno de los países con mayor desarrollo humano de América Latina y el Caribe (PNUD, 2009). Su distribución del ingreso es de las más equitativas del continente y sus niveles de educación y de esperanza de vida están por encima de los promedios regionales. Con respecto al sistema de salud, Uruguay es quizás el país con mayor inversión pública per cápita en salud de la región, equivalente a US\$1210 en paridad del poder adquisitivo.¹ El país tiene una población de menos de 4 millones de habitantes, de los que el 12,4% está por debajo de la línea de la pobreza. El ingreso bruto per cápita es el segundo más alto de los países de América Latina, con US\$14.640 en paridad del poder adquisitivo.² El país es predominantemente urbano: 92,4% de su población vive en ciudades, y la mitad en la capital, Montevideo.

En cuanto a su perfil epidemiológico, Uruguay experimenta un proceso acelerado de envejecimiento. Según datos de 2010, la población mayor de 65 años era el 13,9% del total, contra un promedio regional de 6,9%. La disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida refuerzan esta tendencia. Las principales causas de

muerte están asociadas con enfermedades circulatorias, mientras que en las dos últimas décadas se ha reducido el número de muertes a causa de enfermedades infecciosas (Ministerio de Salud Pública, 2010). La tasa de mortalidad infantil es inferior al promedio de la región, con 10 muertes cada 1000 nacimientos (datos de 2011) y la tasa de mortalidad materna era en 2010 de 29 cada 100.000 nacidos vivos, la más baja de toda la región.³

En relación con su sistema de salud, hasta la reforma de 2007 Uruguay tenía un sistema segmentado, compuesto por: a) un subsector privado financiado mediante una cuota fija prepagada y asumida por la seguridad social⁴ (Banco de Previsión Social) para los trabajadores formales del sector privado, o mediante el pago directo para personas con capacidad de pago y que no eran trabajadores formales y b) un subsector público⁵ para los trabajadores informales y la población sin capacidad de pago. Las prestaciones de salud cubiertas para estas poblaciones no estaban definidas de forma explícita y se observaba una variabilidad en la cobertura otorgada por ambos subsistemas. Solo existía una definición explícita de exclusiones —por ejemplo, cirugía estética y psicoterapia— para las instituciones asistenciales del subsector privado sin fines de lucro (las llamadas instituciones de asistencia médica colectiva), establecida por el MSP. Esto determinaba diferencias entre los prestadores, tanto en el alcance de las prestaciones, como en los copagos que estaban autorizados a cobrar, un problema que todavía no se ha podido solucionar del todo. En suma, antes de la reforma no se reconocía un verdadero acceso universal a la cobertura integral, regulada, programada, sostenida en el tiempo y definida con igual calidad para todos.

¹ Según datos del repositorio del Observatorio de la Salud Mundial de la Organización Mundial de la Salud (<<http://apps.who.int/gho/data/node.main.75>>; fecha de acceso: septiembre de 2013).

² Banco de datos del Banco Mundial; gasto en salud per cápita: <<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.

³ Según datos del repositorio del Observatorio de la Salud Mundial de la Organización Mundial de la Salud (<<http://apps.who.int/gho/data/node.main.75>>; fecha de acceso: septiembre de 2013).

⁴ La seguridad social contratada a las instituciones asistenciales sin fines de lucro para que proveyeran servicios de salud de mediana y baja complejidad destinados a los trabajadores formales del subsector privado de trabajo.

⁵ El subsector público está representado por los siguientes prestadores: Administración de Servicios de Salud del Estado, Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, Dirección Nacional de Sanidad Policial y Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina.

En 2007 Uruguay reformó su sistema de salud y se creó el SNIS. El país se convirtió entonces en uno de los pocos de América Latina que ofrece un sistema de aseguramiento unificado y un plan explícito igual para todos, con lo que supera la segmentación anterior de su sistema de salud, y que caracteriza a muchos países de la región.

Con el SNIS también se creó el Seguro Nacional de Salud, basado en un fundamento de justicia distributiva en el financiamiento del gasto en salud, que asegure la equidad, solidaridad y sostenibilidad del sistema. Vincular a toda la población con este seguro único fue el sustento institucional para el diseño y la implementación de un plan de beneficios en salud conocido como Plan Integral de Atención a la Salud, que brinda homogéneamente un conjunto de beneficios explícitos en salud, sin importar el tipo de afiliación o nivel socioeconómico de los ciudadanos. Las instituciones acreditadas como prestadoras integrales del SNIS deben garantizar ese PBS a los usuarios, ya sea mediante servicios propios o contratados a terceros.

Motivos y proceso de adopción

Antecedentes

La fragmentación y la segmentación de los servicios de salud, acompañadas de otros motivos políticos y de la ausencia de una cobertura universal y de atención integral, generaron la necesidad y la motivación para reformar el sistema de salud y lograr una mayor equidad en el acceso a las prestaciones.

Sin embargo, la reforma mantuvo el esquema de prestaciones de alto costo

y complejidad que ya se manejaba de manera explícita y era administrado por el FNR, desde su fundación en 1980.⁶ El FNR funciona como un reaseguro que cubre incluso a la población de bajos ingresos de manera subsidiada por el Estado. Surgió por iniciativa de grupos de profesionales médicos que fomentaron la creación de un mecanismo de financiamiento especial para los procedimientos de diálisis, cirugía cardíaca, marcapasos y prótesis de cadera. Posteriormente se fueron incorporando más procedimientos y, a partir del año 2000, también medicamentos de alto costo, como los oncológicos.

A partir de 2005, con el primer gobierno del Frente Amplio, Uruguay planteó una reforma sanitaria y se creó el SNIS. En diciembre de 2007, a través de la ley n.º 18211 (creación del SNIS), se terminó de delinear la arquitectura general del sistema. La reforma tuvo tres ejes centrales:

- *Cambios en el modelo de financiación:* se aseguraron los principios de equidad y solidaridad a través del Seguro Nacional de Salud, administrado por la JUNASA, (integrada por representantes del MSP, Banco de Previsión Social, Ministerio de Economía y Finanzas, prestadores, usuarios y trabajadores) y financiado por un fondo público, único y obligatorio denominado FONASA para las prestaciones de mediana y baja complejidad y costo. Este esquema se complementa con el FNR para prestaciones de alta complejidad y alto costo.
- *Cambios en el modelo de gestión,* para hacerla más democrática, eficiente, participativa y garantizar su transparencia. A pesar de que estos cambios aún no se han

⁶ El FNR es un sistema de reaseguro para tecnologías sanitarias de alta complejidad y alto costo consideradas “enfermedades catastróficas”, creado en 1980 por la ley n.º 16343. Las enfermedades catastróficas se definen como aquellos problemas de salud muy graves que involucran un desembolso monetario significativo, que excede algún umbral considerado normal o en relación con el ingreso familiar. Tienen en general un fuerte impacto, y provocan un estado de insolvencia financiera temporal o definitiva. La OMS (2009) las define como aquellas enfermedades cuyo tratamiento involucra un costo directo igual o superior al 40% del ingreso del hogar donde hay una persona afectada. La función del FNR es financiar las prestaciones que cumplen estas características, que son provistas por los institutos de medicina altamente especializada.

implementado, la participación social es el eje clave de la reforma, con la participación de usuarios y trabajadores del SNIS en la JUNASA, máximo órgano rector del sistema de salud, y los prestadores privados y públicos en el nivel micro (consejos consultivos asesores en los prestadores privados y participación en el directorio de la Administración de Servicios de Salud del Estado).

- *Cambios en el modelo de atención*, que se dieron con la ayuda de los siguientes elementos:
 1. Un plan de beneficios de salud (PIAS) que nivela la calidad y cantidad de prestaciones a través de una definición explícita y exigible ante la autoridad sanitaria.
 2. Las cuotas de salud que FONASA gira a cada prestador encargado de garantizar la entrega del PIAS. Esas cuotas están compuestas por dos componentes: cápita ajustada por riesgo (según edad y sexo) y un pago por metas asistenciales. Este tipo de pago al prestador reconoce las necesidades de salud de la población, así como también los costos diferenciales que tiene su atención.
 3. Los contratos de gestión entre la JUNASA y los prestadores, un instrumento de gestión por resultados que busca incentivar a los prestadores a cumplir con actividades específicas, y lograr los objetivos establecidos en el marco de la reforma del sistema de salud.

Así, como el PIAS se creó en el contexto de reforma del sector, se pudieron establecer con claridad las prestaciones

integrales garantizadas a cambio del pago de la cuota salud, con la separación de las funciones de financiamiento y provisión de los servicios.⁷

El Seguro Nacional de Salud opera bajo un esquema de seguro social al que los individuos aportan según su capacidad económica, y reciben atención según sus necesidades de salud. Además, el FONASA redistribuye los recursos financieros desde los grupos de población que menos utilizan los servicios de salud (los de menor riesgo) hacia grupos que requieren un uso más intensivo de los servicios (los de mayor riesgo). El FNR se articuló dentro de la reforma y continuó operando como lo hacía hasta entonces.

Los prestadores integrales⁸ que componen el SNIS son: i) instituciones privadas sin fines de lucro (instituciones de asistencia médica colectiva, asociaciones mutuales o mutualistas, cooperativas médicas, sociedades de producción sanitaria e instituciones de asistencia médica privada de profesionales sin fines de lucro); ii) seguros privados integrales habilitados por el MSP, y iii) el prestador público, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). A estos prestadores FONASA les paga una prima denominada “cuota salud” para prestar las actividades de mediana y baja complejidad y costo del PBS.

Las prestaciones de alta complejidad⁹ financiadas por el FNR son brindadas por los institutos de medicina altamente especializada (IMAE). Los IMAE son prestadores públicos o privados habilitados por el Ministerio de Salud Pública para realizar las atenciones cubiertas en el PIAS. Cada IMAE se especializa en un área: hay IMAE cardiológicos, traumatológicos (artroplastia de cadera y rodilla), de diálisis, de trasplante renal, etc.

⁷ La cuota salud se encuentra integrada por un pago por cápita ajustado por edad y sexo más el pago de un suplemento por cumplimiento de metas asistenciales establecidas como prioritarias por la autoridad sanitaria nacional, por ejemplo, control del embarazo.

⁸ Los prestadores integrales de salud a quienes se les exige cumplir con el plan de beneficios de salud son las instituciones públicas privadas que han firmado contratos de gestión con la Junta Nacional de Salud.

⁹ Según un dictamen de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, medicina altamente especializada es la que requiere una gran concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes en los que está en juego el pronóstico vital o funcional, articulados de forma tal que permitan obtener la excelencia asistencial.

La arquitectura general del sistema de salud de Uruguay puede verse en el esquema 3.1.

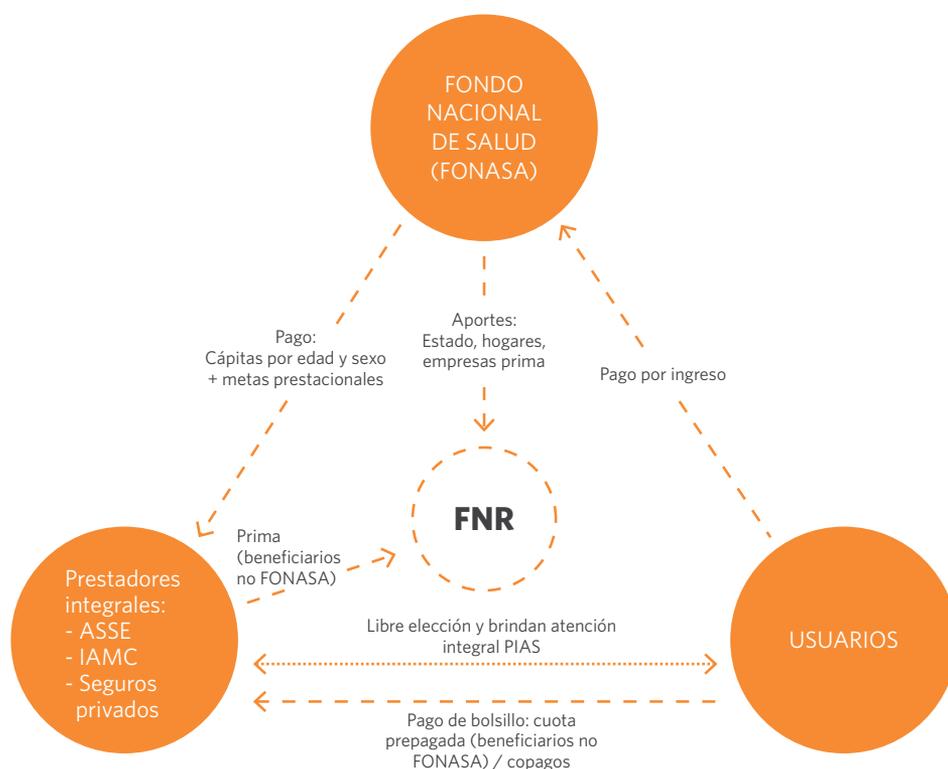
Objetivos

Los objetivos del PIAS son: i) universalizar el acceso a la salud; ii) asegurar la equidad de las prestaciones; iii) garantizar una atención de calidad socialmente aceptable; iv) asegurar la participación de la sociedad organizada, y v) establecer un sistema de financiamiento universal y equitativo. Estos objetivos se enmarcan dentro de los principios del SNIS.

Principales características del PIAS

El PIAS tiene dos grandes componentes: 1) los programas nacionales de salud de promoción y prevención, definidos por el MSP, cuyos lineamientos deben ser aplicados por las instituciones prestadoras integrales del SNIS a sus beneficiarios,¹⁰ y 2) el catálogo de prestaciones (véase el esquema 3.2). En este segundo componente, y a diferencia de otros países como Chile o Perú, el PBS no detalla patologías a cubrir, sino que especifica las prestaciones necesarias para el diagnóstico y tratamiento, así como

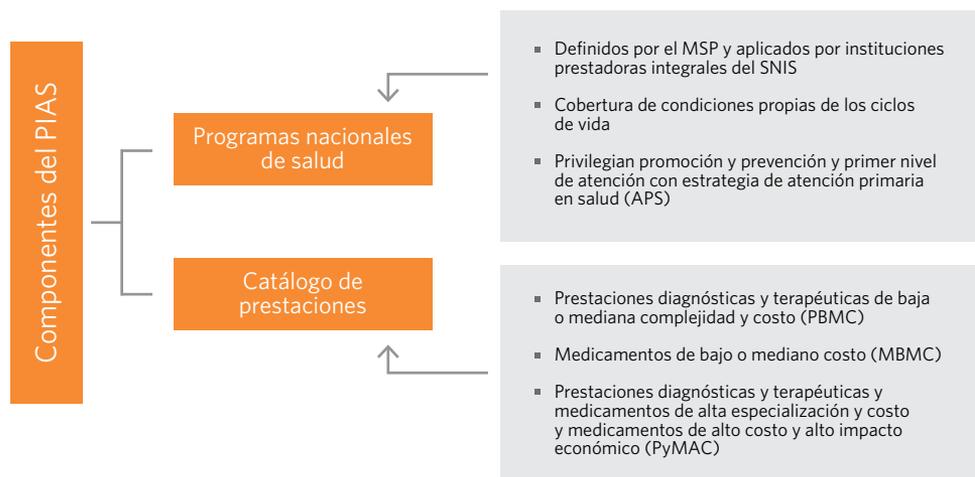
Esquema 3.1. Seguro Nacional de Salud



Fuente: Adaptado a partir de datos del Ministerio de Salud Pública.

¹⁰ Los programas definidos a la fecha son: Programa Nacional de Salud de la Niñez, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Programa Nacional de Salud del Adolescente, Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor, Programa Nacional de Salud Bucal, Programa Nacional de Salud Mental, Programa Nacional de Discapacidad, Programa Prioritario de ITS-Sida, Programa Nacional de Nutrición, Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas, Programa Nacional para el Control del Tabaco, Programa Nacional de Salud.

Esquema 3.2. Componentes del PIAS



Fuente: Elaboración propia.

para la rehabilitación de los problemas de salud. Además, las prestaciones incluidas en el catálogo se formulan como una lista positiva de servicios cubiertos, dividida en tres subcomponentes: PBMC, MBMC y PyMAC. Los medicamentos de bajo, mediano y alto costo se consolidan en un listado denominado formulario terapéutico de medicamentos. Las PyMAC fueron una herencia del sistema de salud previo a la reforma; desde 1980, el modelo de salud en Uruguay ya identificaba de manera explícita algunas prestaciones de alto costo para responder a las necesidades de la población, prestaciones que se financiaban mediante el FNR.

Cobertura poblacional

Todas las personas que residen en el territorio nacional y tienen formalizado su derecho de asistencia en una de las entidades prestadoras integrales del Seguro Nacional de Salud pueden acceder a las prestaciones incluidas en el PIAS sin importar su tipo de afiliación.¹¹ El número de usuarios del Seguro Nacional de Salud corresponde al 95% de la población del

país y el restante 2% accede a los servicios a través de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Dirección Nacional de Sanidad Policial. Las personas sin capacidad de pago reciben los servicios por parte de la ASSE. Los trabajadores formales y sus familias, así como las personas afiliadas al FONASA pero con capacidad de pago reciben los servicios en las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC). Además, los trabajadores formales que realizan un aporte extra o los no afiliados al FONASA que realicen los pagos respectivos pueden recibir los servicios de los seguros privados (véase el cuadro 3.1). Las instituciones que se encuentran excluidas del Seguro Nacional de Salud son las que cubren “población cerrada”, que es la perteneciente a la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y a la Dirección Nacional de Sanidad Policial. La cobertura de salud prestada por esas instituciones abarca las prestaciones incluidas en el PIAS y en algunos casos incluyen prestaciones adicionales. Se calcula que cerca de 100.000 personas no tienen cobertura formal (es decir, el 3% de la población). No obstante, igualmente

¹¹ Son consideradas prestadoras integrales del SNIS las instituciones que prestan cobertura a los usuarios beneficiarios del SNS y que tienen, por lo tanto, un contrato de gestión vigente con la Junta Nacional de Salud (ASSE, IAMC, seguros privados integrales).

acceden a los servicios del prestador público.

La obligatoriedad de cumplir con el catálogo de prestaciones es para todas las instituciones de asistencia pública o privada que han firmado los contratos de gestión con la JUNASA.

Alcance de cobertura médica

La reforma sanitaria en Uruguay determinó el cambio de modelo de atención de uno curativo a otro preventivo, centrado en el primer nivel de atención. Eso generó la necesidad

de armonizar el diseño del PBS con la planificación estratégica en salud. Por consiguiente, el PIAS resultó en un PBS muy amplio que pretende cubrir la casi totalidad de las necesidades de la población. Las prestaciones obligatorias incluidas en el PIAS permiten el control, diagnóstico y tratamiento de todas las patologías y problemas de salud conforme a las tecnologías disponibles en el país (estudios diagnósticos, procedimientos terapéuticos y medicamentos de baja y mediana complejidad y costo).¹²

Mientras que los programas nacionales de salud cubren condiciones propias de los ciclos de vida de las personas y

Cuadro 3.1. Usuarios del Seguro Nacional de Salud por tipo de prestador, 2006, 2007, 2008 y 2010

Prestador	Población objetivo	Dic. 2006	Dic. 2007	Dic. 2008	Dic. 2010
ASSE	Población sin capacidad de pago	1.440.264	1.308.593	1.203.702	1.200.000
IAMC	FONASA: trabajadores formales y sus familiares, jubilados	1.450.867	1.491.874	1.806.750	1.900.000
	NO FONASA: población con capacidad de pago individual				
Seguros privados	FONASA: trabajadores formales y sus familiares, jubilados, que acceden con un prepago de bolsillo complementario (población con mayor capacidad de ingreso)	64.995	69.167	74.789	80.000
	NO FONASA: población con mayor capacidad de ingreso (pago individual)				
Total usuarios Seguro Nacional de Salud		2.956.126	2.869.634	3.085.241	3.206.228
% población país		91%	89%	95%	95%*

Fuente: Dirección General del SNIS-MSP (2011).

*Nota: La población del país para 2010 estimada por el Instituto Nacional de Estadística es de 3.356.584 habitantes.

¹² Véase <http://www.fnr.gub.uy/cobertura>.

privilegian los aspectos de promoción de salud y de prevención de patologías o ciertas situaciones de salud, el catálogo de prestaciones cubre la prevención secundaria y terciaria en todos los niveles de atención y complejidad de los servicios de atención médica para enfermedades agudas y crónicas.

Organización y guías de práctica clínica

Nomenclatura del catálogo de prestaciones

Las prestaciones que conforman el catálogo se agrupan en diferentes capítulos: 1) modalidades de atención médica (por ejemplo, atención en internación en todos los niveles de cuidado, desde los cuidados básicos a los intensivos; atención ambulatoria, en consultorio y domicilio; atención en urgencia y emergencia institucional centralizada, o cirugía ambulatoria); 2) especialidades médicas, o de otros profesionales y técnicos para el control y la recuperación de la salud; 3) procedimientos diagnósticos; 4) procedimientos terapéuticos y de rehabilitación; 5) salud bucal; 6) medicamentos y vacunas (formulario terapéutico de medicamentos), y 7) transporte sanitario. En cada uno de estos capítulos, las prestaciones se presentan en secciones y dentro de ellas, por orden alfabético (por ejemplo laboratorio de análisis clínicos), por tipo (por ejemplo imagenología), o por aparato o sistema del organismo, como es el caso de los procedimientos quirúrgicos tanto diagnósticos como terapéuticos.

Hasta ahora no se ha planteado utilizar una codificación y las únicas prestaciones codificadas son las quirúrgicas, basadas en la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, cuya nomenclatura no corresponde a la práctica clínica de Uruguay y no siempre resulta adecuada para el usuario. Pese

a ello, no se han presentado problemas de interpretación errónea o de falta de cobertura en estos procedimientos, puesto que las dudas de los profesionales de salud son rápidamente resueltas por el MSP. Sin embargo, para los pacientes puede que no sea claro si una intervención prescrita por un médico está o no incluida, pues estas no suelen emplear la codificación.

Normas, guías o pautas que acompañan al plan

Todas las PyMAC financiadas por el FNR presentan normas, guías o pautas de cobertura con la especificación de indicaciones o patologías y sus criterios de inclusión y exclusión. Estos instrumentos basados en pruebas científicas tienen como finalidad racionalizar la indicación de las prestaciones cubiertas y evitar así indicaciones no justificadas con sus consecuentes riesgos y costos. Además, los contratos de gestión entre JUNASA y los prestadores integrales establecen que los prestadores deben elaborar guías de práctica clínica para patologías priorizadas por el MSP, como hipertensión arterial, diabetes, cáncer y tabaquismo.

En cuanto a las PBMC, considerando que su uso debe estar restringido y estandarizado, el MSP debería tener una norma o protocolo para la lista de procedimientos. Sin embargo, a la fecha todavía no se ha normativizado ninguna de las prestaciones establecidas.

Cobertura financiera

Las PBMC del PIAS relacionadas con la atención en la modalidad de internación son gratuitas y no incluyen copagos. Los prestadores solo pueden cobrar tasas moderadoras¹³ por los servicios brindados en atención ambulatoria (tickets de medicamentos y órdenes de consultas, de estudios y procedimientos)

¹³ Las tasas moderadoras son un sistema particular de copago, consistente en un monto fijo por concepto.

con un monto máximo autorizado para cada prestador. Sin embargo, la política actual del Ministerio de Economía y Finanzas en cada autorización de ajuste de dichos valores es de mantener los mismos por debajo de los \$1000 (US\$50 aproximadamente). Para promover la prevención y el control en salud, el gobierno adoptó una política tendiente a disminuir la barrera de acceso económico, basada en la exoneración de algunos copagos y la bonificación de otros,¹⁴ que tienen definido un monto fijo sin variaciones en función del nivel socioeconómico de cada beneficiario y sin la existencia de deducibles. De manera general, el prestador público no cobra copagos, mientras que los prestadores privados sí. Sin embargo, estos pueden exonerar o bonificar los copagos a amplios sectores de la población afiliada como elemento de competencia en la captación de beneficiarios. En el caso de las prestaciones bajo cobertura financiera del FNR, los beneficiarios no pagan tasas moderadoras (copagos) por ningún concepto.

Costo

El valor anual que se asigna para cubrir las prestaciones y los medicamentos de baja y mediana complejidad es de aproximadamente US\$590 por persona beneficiaria. Este valor corresponde a las 12 cuotas mensuales (cápita más cumplimiento de metas asistenciales) que paga el FONASA a las instituciones prestadoras integrales y corresponde a la cobertura integral de prestaciones en salud de las PBMC, según datos de la División Economía de la Salud del MSP. Además, el costo anual promedio del plan de prestaciones financiadas por el FNR por habitante del país asciende a aproximadamente US\$60 para un presupuesto anual del FNR de US\$15 millones. Considerando ambas cuotas, se

calcula que el PIAS tiene un valor anual de alrededor de US\$650 por beneficiario. Este valor es más alto que el de los demás casos incluidos en este libro, lo que refleja la amplitud de la cobertura del PBS de Uruguay y el nivel de inversión pública en salud que realiza el país.

Financiamiento

Los dos tipos de prestaciones cubiertas por el PIAS, dirigidas a diferentes contingencias en salud (de alto costo y de baja o mediana complejidad) presentan fuentes de financiamiento diferentes y son manejadas por actores diferentes. El PIAS de baja o mediana complejidad se financia a través de fuentes públicas (impuestos generales y departamentales y aporte mensual obligatorio para contribuyentes del FONASA, proporcional a los ingresos y a la estructura familiar) y fuentes privadas (copagos para prestaciones ambulatorias y cuotas prepagadas para población no contribuyente al FONASA). El PIAS de alta complejidad es financiado exclusivamente por el FNR a través de fuentes públicas (impuestos a juegos de azar y contribuciones obligatorias mediante una cápita fija). El cuadro 3.2 detalla las principales fuentes de financiamiento del PIAS. A la fecha, no ha habido ningún cambio ni planteamiento político en cuanto a la coexistencia de estos dos sistemas de financiamiento.

Un lineamiento clave del sistema que permite lograr una adecuada protección financiera es la desconexión entre aporte y beneficio recibido. Como se desprende del cuadro 3.2, se aporta de acuerdo con los ingresos y se reciben servicios según la necesidad, independientemente del valor del aporte mensual.

¹⁴ a) Exoneración del pago de ticket de consulta médica para el control en salud del niño y del adolescente hasta los 17 años, según pauta; b) exoneración del pago de ticket de ciertos estudios paraclínicos para el control del embarazo, según pauta; c) exoneración del pago de ticket para algunos medicamentos reguladores de la glucemia; d) exoneración del pago del ticket para colpocitología oncológica y mamografía según pauta; e) bonificación del ticket de ciertos medicamentos para el control de la hipertensión arterial y de determinados fármacos antipsicóticos; f) análisis de rutina gratis para jubilados FONASA: una rutina básica semestral: hemograma completo, glucemia, creatinina, colesterol total y HDL, examen de orina, una radiografía y un electrocardiograma anual.

Cuadro 3.2. Fuentes de financiamiento del PIAS

Fuentes de financiamiento			Tipo de prestaciones	
			Baja y mediana complejidad y costo	Alta complejidad e impacto económico ("catastróficas")
Públicas	Impuestos	Generales, departamentales	Se destinan en su totalidad a instituciones públicas (ASSE, DNSFFAA, DNSP), para financiar las prestaciones obligatorias para aquellos no cotizantes al FONASA o población sin capacidad de pago	
		A juegos de azar		Aproximadamente US\$1.000.000. Representa solo el 0,7% del total del financiamiento del FNR
	Contribuciones obligatorias		Al FONASA: aporte mensual obligatorio de los contribuyentes. Porcentajes sobre salario según nivel ingresos y estructura familiar	Al FNR*: cápita fija (equivalente a US\$5). Este aporte corresponde a los beneficiarios FONASA y no FONASA con capacidad de pago (afiliados a IAMC o seguros privados integrales con fines de lucro). Para beneficiarios del subsector público (no cotizantes al FONASA o población sin capacidad de pago), el Ministerio de Economía y Finanzas paga al FNR un arancel por acto médico, acordado entre el FNR, el ministerio y los IMAE), en calidad de reintegro por los actos médicos realizados a usuarios del subsector público ASSE. La DNSFFAA reintegra los actos médicos realizados a sus beneficiarios (arancel)
Privadas	Personas (hogares)	Cuotas prepagas	No contribuyentes al FONASA con capacidad de pago: prima fija mensual	
		Pagos de bolsillo (aprox. 13% del gasto nacional en salud)	Solo para atención ambulatoria	PyMAC no tiene copagos
	Venta de servicios		Venta de servicios a otras instituciones y a particulares. Ingresos por IMAE	

Fuente: Elaboración propia.

*El FNR opera como un sistema de reaseguro de cobertura nacional y afiliación obligatoria de toda la población.

Relevancia del PIAS en el sistema de salud

En Uruguay el PIAS es visto como un instrumento estratégico de política para la provisión de servicios costo-efectivos, que asegura acceso a prestaciones en salud en concordancia con el perfil demográfico y epidemiológico de su población.

Esta relevancia se explica también en el rol que tiene el plan explícito de beneficios como orientador del gasto en el país. Según se desprende del análisis del gasto en salud del ejercicio de 2008 (únicos datos disponibles a la fecha), se estima que un 85% del gasto en salud se destina a la provisión de servicios del PIAS (cuadro 3.3).

Además, el PIAS tiene una participación fundamental en la provisión de servicios (MSP y OPS, 2010); se estima que un 90% del total de los servicios disponibles en el mercado corresponde a prestaciones incluidas en él, según datos provistos por la División Economía de la Salud del MSP.

Diseño del PIAS

Método de priorización

Que los componentes de baja y mediana complejidad y los de alto costo y alta complejidad del PIAS sean independientes desde el punto de vista financiero, jerárquico y de gestión ha llevado a que los procesos de priorización de uno y otro no estén unificados, a pesar de formar parte de un mismo PBS. En la definición y priorización de las PBMC se utilizó una metodología con criterios pragmáticos que combinó diversas fuentes de información: antecedentes de grupos de trabajo previos, listados de prestaciones de referencia, análisis de las pruebas disponibles, normativas vigentes y opiniones de expertos. Además, algunos servicios fueron sometidos a una deliberación mediante un método de consenso Delphi modificado en varias etapas consecutivas (esquema 3.3), que estuvo liderado por la Dirección General de Salud y la División Economía de la Salud del MSP, con la asesoría técnica del Instituto de Efectividad Clínica Sanitaria de Argentina.

Cuadro 3.3. Relevancia del PIAS (2008)

Concepto	Monto millones de US\$
Instituciones Prestadoras Integrales	1.653
ASSE	463,5
IAMC	1.071,1
Seguros Privados	118,4
FNR - Medicina Altamente Especializada*	122
Gastos PIAS	1.775
Gasto total en salud	2.464
% Gasto total asinado a PIAS	72%

*Incluye US\$25,4 millones de gasto de IAMC, cuyo agente de financiamiento fue el FNR.
 Fuente: MSP y OPS (2010).

Esquema 3.3. Etapas del proceso de priorización



Fuente: Elaboración propia.

a) *Preparación del listado base del PIAS.* Para preparar el listado base de prestaciones se utilizó una propuesta de canasta de prestaciones presentada por la Unión de la Mutualidad del Uruguay.¹⁵ El listado fue ampliado a partir de otros referentes de orden nacional e internacional (esquema 3.4). Así, con los listados vigentes en múltiples entidades de Uruguay e incluso de Argentina se construyó un inventario de las prestaciones disponibles en el que se identificaron 4420 posibles prestaciones.

b) *Selección de las prácticas para ser consideradas en el estudio Delphi.* Se seleccionaron las prácticas que se consideró que debían someterse a un análisis específico. En este listado “priorizado” para el estudio Delphi fueron incluidas: i) todas las prácticas que componían el listado de dudas; ii) algunas de las prácticas del listado de exclusiones; iii) prestaciones que no forman parte de la práctica habitual de la medicina en el país; iv) técnicas que si bien estaban incluidas en el plan eran poco utilizadas en la práctica, y v) prácticas cuya normativización de uso podría aportar un beneficio. El número final de prácticas seleccionadas mediante el estudio Delphi para que analizaran los expertos fue de 163.

c) *Consulta con expertos en cargos de gestión mediante método de consenso Delphi modificado y análisis de los resultados.* Las variables para analizar las 163 prestaciones seleccionadas fueron: i) nivel de datos probatorios que avalan

la efectividad de la práctica; ii) costo-efectividad; iii) impacto presupuestario; iv) necesidad o beneficio potencial de normativizar su uso o restringirlo a poblaciones especiales; v) disponibilidad de la tecnología en Uruguay o capacidad de hacerla accesible con una distribución adecuada; vi) factibilidad de aplicación, considerando el contexto sociopolítico, y vii) cobertura potencial en cuanto a la capacidad de alcanzar a todos los posibles beneficiarios según criterios de equidad.

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los expertos consultados, se clasificaron las prestaciones en las categorías “prácticas con acuerdo para incorporar”, “prácticas con acuerdo para no incorporar”, “prácticas sin acuerdo” y “prácticas con evaluaciones insuficientes”.

d) *Definición del listado final del PIAS.* Todas las prestaciones del borrador del PIAS que no fueron sometidas al consenso de expertos y del grupo de trabajo interinstitucional quedaron comprendidas dentro de la cobertura obligatoria, sin requerir normativización. Tras la discusión de consenso del grupo de trabajo interinstitucional, las prestaciones que fueron sometidas a evaluación se clasificaron en dos grupos principales: las prácticas incluidas y las no incluidas. Lo anterior dio lugar a las siguientes cuatro categorías de prácticas.

Categoría 1. Prácticas incluidas sin normativización. Aquellas para las que se entiende que hay prueba suficiente acerca

¹⁵ La Unión de la Mutualidad del Uruguay (UMU) fue fundada en 1988 por sus tres miembros actuales, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, Asociación Mutualista Hospital Evangélico y Casa de Galicia, y es miembro de la Asociación Internacional de la Mutualidad y de la Alianza del Mutualismo de América.

Esquema 3.4. Referentes nacionales e internacionales utilizados para el listado base del PIAS



Fuente: Elaboración propia.

de su efectividad y para las que no resulta posible o costo-efectivo implementar limitaciones en los alcances de dicha cobertura: i) prácticas de baja utilización y bajo costo; ii) prácticas cuyo espectro de indicaciones tiene poca variabilidad; iii) prácticas para las que no resulta posible, desde el punto de vista clínico, definir claramente limitaciones en el alcance de sus indicaciones, y iv) prácticas para las que, si bien existiría la posibilidad de limitar sus indicaciones, no resultaría práctico o costo-efectivo implementar medidas de control.

Categoría 2. Prácticas incluidas que serán normativizadas en una etapa posterior. Se considera que su uso debe estar restringido a poblaciones e indicaciones específicas: i) prácticas sobre las que hay prueba suficiente de su efectividad, pero de las que es necesario definir las indicaciones clínicas en las que estaría recomendada su utilización, dado que estas pueden ser muy variables según factores clínicos, demográficos, financieros, culturales, geográficos, etc. Se trata de prácticas en las que, por sus tasas de utilización o su costo, estaría justificado implementar mecanismos

de control. Definir los alcances de su cobertura permitiría, por un lado, garantizar su correcta utilización en todas las situaciones clínicas en las que existe suficiente prueba acerca de sus beneficios y, por otro lado, evitar su utilización cuando no existe una indicación precisa. La revisión sistemática de las pruebas científicas y la elaboración de guías y recomendaciones es el contexto en el que deben ser definidos los alcances de la cobertura de las prácticas incluidas en este grupo. Al limitar así las situaciones clínicas en las que la práctica debe ser cubierta, puede reducirse en forma significativa su utilización y garantizar su correcta utilización para reducir la variabilidad inapropiada.

Categoría 3. Prácticas no incluidas en el listado inicial, pero con prioridad en la evaluación para considerar su inclusión. Prácticas para las que es necesario, en una primera instancia, analizar críticamente la obligatoriedad de su cobertura por tener una o más de las siguientes características: existen pruebas suficientes sobre su efectividad pero hay otras alternativas diagnósticas y/o terapéuticas más disponibles, con un uso más generalizado o más costo-efectivo, por lo que los alcances de la cobertura de la práctica deberían ser analizados en este contexto; prácticas para las que hay evidencia suficiente sobre su efectividad, pero que se sustentan en tecnologías y/o habilidades específicas que no pueden garantizarse en todos los prestadores que las practican; o prácticas para las que hay prueba suficiente sobre su efectividad en situaciones clínicas específicas, pero que no se encuentran ampliamente disponibles en el país, o prácticas para las que hay prueba sobre su efectividad, pero de un alcance muy limitado o en situaciones clínicas muy específicas, por lo que su inclusión debería considerar la posibilidad de una correcta limitación en sus indicaciones.

Categoría 4. Prácticas no incluidas en el listado inicial ya que existen dudas sobre su eficacia, costo-efectividad u otras, y que serán analizadas durante el período siguiente a la consideración del grupo

anterior para definir su inclusión. Poseen una o más de las siguientes características: la prueba acerca de su efectividad es limitada; existen otras alternativas diagnósticas y/o terapéuticas de mayor efectividad; pueden ser consideradas obsoletas de acuerdo con los estándares actuales o hay pruebas suficientes para desaconsejar su utilización.

En la priorización de MBMC no se aplicó la metodología Delphi detallada porque el proceso fue previo a la creación del PIAS.

En cuanto a las PyMAC, su definición fue previa a la del SNIS, lo que implicó que fueran incluidas sin modificaciones al PIAS. Los procesos de priorización y costeo del FNR son independientes de los correspondientes a las prestaciones de baja y mediana complejidad (PBMC y MBMC) a cargo del MSP. El FNR tiene independencia financiera total del MSP e independencia orgánica parcial, dado que su comisión honoraria administradora (que decide la incorporación de las prestaciones financiadas) es presidida por el MSP. Pese a ello, la participación del MSP dentro de la comisión es minoritaria y por ende también lo es su poder de decisión. El hecho de que ambos planes de prestaciones (baja y mediana y de alta complejidad) sean independientes desde el punto de vista financiero, jerárquico y de gestión, determina que la priorización llevada a cabo por uno y otro no esté unificada, a pesar de formar parte del mismo plan de beneficios (PIAS). Tampoco existe un verdadero ámbito jerárquico común superior a ambos organismos.

Costeo

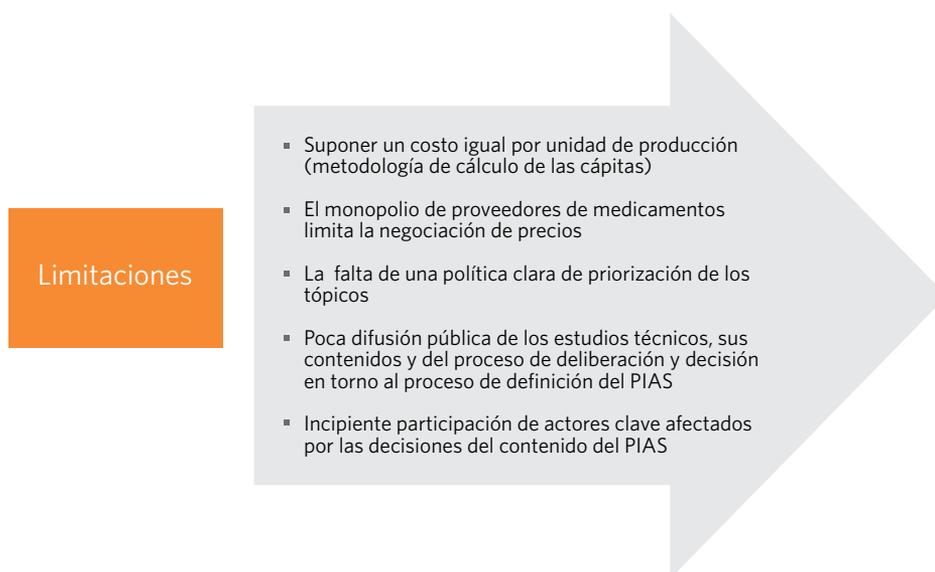
No se determinó el costo total del PIAS en lo relacionado a PBMC y MBMC por estar compuesto, en su mayoría, por servicios que ya habían estado cubiertos por las IAMC antes de la reforma. En cualquier caso, resultaba necesario definir el monto de recursos que se giraría a los aseguradores participantes del SNIS para que ellos prestaran las intervenciones incluidas en el PIAS. Para hacerlo, se

recurrió a los gastos per cápita declarados por las IAMC en el supuesto de que estos era indicadores de los recursos requeridos para prestar el PBS. El listado de prestaciones priorizadas nunca dio lugar a un ejercicio de costeo. Una limitación de esta metodología de cálculo reside en que supone que los costos y frecuencias de las IAMC son las deseadas y que el costo por servicio es igual independientemente de las características del beneficiario.¹⁶

Actualmente, se realizan los correspondientes estudios de costos de producción y cálculo de aranceles para las PyMAC teniendo en cuenta los recursos humanos y materiales necesarios, los días de internación requeridos, el tipo de complicaciones posibles y la utilización de salas de cirugía cuando corresponde. Con base en esto se define el costo de producción y el impacto presupuestario según la prevalencia estimada. Sin

embargo, a este proceso de costeo se le ha criticado que no contempla aspectos de eficiencia en términos de escala, es decir que los aranceles reflejan la situación de los proveedores de servicios de alta complejidad (IMAE) con mejores condiciones de escala. El informe técnico de esos estudios es el instrumento para negociar tarifas entre el FNR, el Ministerio de Economía y Finanzas y la agrupación de los IMAE. En el caso de los medicamentos, se examina la prevalencia e incidencia anual de la patología a tratar y los precios se negocian con el proveedor en un proceso de manejo interno a través de una comisión ad hoc integrada por FNR y Ministerio de Economía y Finanzas. La existencia de proveedores únicos de medicamentos (monopolio) es un factor limitante para negociar los precios de compra. Además, estos estudios de costos no están disponibles públicamente.¹⁷

Esquema 3.5. Factores limitantes del costeo para el PIAS



Fuente: elaboración propia.

¹⁶ Se supone que una consulta tiene el mismo costo, independientemente de que el servicio sea para un niño o un anciano, un hombre o una mujer. Por ello, se procedió a multiplicar por un factor de corrección que hiciera pesar menos dichas consultas, buscando que sean representativas del gasto que generan (el factor de corrección es 0,5). En la distribución del gasto se excluyen los “gastos de administración y ventas”, que se distribuyen en forma lineal entre todos los usuarios de las instituciones, sin hacer pesar el uso de cada tramo.

¹⁷ Entrevista realizada al director técnico del FNR, Álvaro Haretche en 2010.

Proceso de deliberación y negociación de las prestaciones

El proceso de deliberación y negociación de las prestaciones incluidas en el PIAS se dividió, según el tipo de beneficio considerado, en PBMC, MBMC y PyMAC, que se describen a continuación.

PBMC. La deliberación se desarrolló mediante la conformación de un grupo de trabajo interinstitucional, integrado por representantes del MSP —líder de dicho proceso—, el FNR, con una muy importante participación, y el Instituto de Seguridad Social.¹⁸ El grupo contó con el apoyo técnico del Instituto de Efectividad Clínica Sanitaria de Argentina; además, se consultó a expertos clínicos en diversas especialidades y en gestión de prestaciones. Las principales discusiones giraron en torno a aspectos técnicos y económicos y de accesibilidad y disponibilidad de las diferentes tecnologías sanitarias para establecer las prestaciones brindadas en forma homogénea por todas las instituciones asistenciales. Si bien se ganó en extensión de cobertura (universalización), esto tuvo como consecuencia la pérdida de algunos servicios o prestaciones (derechos adquiridos) que brindaban hasta ese momento algunas instituciones con el cobro de la cuota respectiva. A este respecto, no se relevaron sistemáticamente las manifestaciones de disconformidad por parte de la población afectada.

MBMC. Existe una comisión de medicamentos en la órbita del MSP encargada del proceso de deliberación en la inclusión —o exclusión— a la cobertura obligatoria.

PyMAC. La deliberación con respecto a estas intervenciones de alto costo es de carácter técnico-político. A la comisión honoraria administradora del FNR le corresponde decidir la incorporación de tecnologías bajo su cobertura mediante un informe de recomendación y con el

apoyo técnico de médicos y contadores públicos que evalúan y asesoran. Independientemente de la procedencia de la solicitud de revisión e incorporación al PIAS, las principales herramientas de negociación para la toma de decisiones son la evidencia científica respecto a la efectividad, así como la seguridad y la sostenibilidad financiera. La decisión y la negociación se efectúan en estrecha relación con las autoridades políticas.¹⁹

Mecanismos para el ajuste del PIAS

Los ajustes en los planes de beneficios en salud sirven para restablecer el equilibrio financiero del sistema o para incorporar nuevas tecnologías y eliminar otras obsoletas.

En cuanto a las PBMC, la ley 18211 (Art. 5°) establece que el MSP actualizará periódicamente estos planes integrales, basado en la evidencia científica, demográfica y epidemiológica de la población uruguaya y en la factibilidad financiera del sistema de salud. Su financiamiento dependerá del incremento en la cuota salud u otra medida en el caso de prestaciones en atención ambulatoria (copago). Estos ajustes se realizan de acuerdo con los siguientes pasos: a) *corrección de omisiones, depuración, clasificaciones, nomenclatura* de prácticas de uso habitual no incluidas, eliminación de técnicas obsoletas o sustituidas por otras de mayor efectividad, seguridad, accesibilidad y menor costo; b) *normativización de prestaciones*; c) *evaluación de la inclusión de nuevas prestaciones*, con la selección de las prestaciones a evaluar, la búsqueda sistemática de evidencia, el costeo de prestaciones y la definición de financiamiento. Este proceso de ajuste parte de sugerencias y solicitudes de los usuarios para escoger las de mayor demanda, las que suscitan mayor presión por parte de grupos de interés y las prestaciones que durante el estudio

¹⁸ El Instituto de Seguridad Social (ex Banco de Previsión Social) es la entidad encargada de administrar los programas de seguridad social del Uruguay, entre los que se encuentran prestaciones ante riesgos de invalidez, vejez, sobrevivencia, enfermedad y desocupación forzosa.

¹⁹ Entrevista realizada al director técnico del FNR, Álvaro Haretche.

Delphi quedaron excluidas, pero con prioridad en la evaluación y búsqueda de mayor evidencia de efectividad.²⁰ La normativización de prestaciones es el paso más avanzado de los tres definidos arriba, mientras que las pautas y sus cálculos de costos deben ser puestos a consideración de las autoridades respectivas.²¹ El proceso de ajuste requiere de un grupo estable de profesionales capacitados destinados a esta tarea. Pero aunque se cuenta con profesionales formados en evaluación de tecnología sanitaria que conocen el proceso de elaboración del PIAS, y con el apoyo del mundo académico (Facultad de Medicina), del prestador público (ASSE) y de expertos clínicos, estos profesionales no tienen dedicación plena a esta tarea, lo que limita el proceso de ajuste.

El ajuste de las PyMAC, financiadas por el FNR —que es un sistema de cobertura y no un sistema para financiar la innovación— se realiza mediante la selección de prestaciones según las pruebas científicas sobre cambios objetivables en la progresión de la enfermedad, años de vida libre de enfermedad y calidad de vida, pruebas orientadas por los trabajos del Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) de Reino Unido. Con base en esta información, la comisión técnica asesora sobre medicina altamente especializada redacta un informe técnico que contiene, además, estudios de costo-efectividad. La comisión técnica asesora está integrada por un representante del MSP, otro de la Facultad de Medicina y un tercero designado por la comisión honoraria administradora a propuesta del cuerpo médico nacional. Las recomendaciones de la comisión técnica asesora no son vinculantes. El informe se entrega a la comisión administradora del FNR para su aprobación y esta sesiona con un quórum mínimo de cinco miembros presentes. Las decisiones de la comisión

administradora sobre la inclusión o exclusión de técnicas o medicamentos en el FNR se toman por medio de votación y aprobación por mayoría simple. En caso de que no se llegue a una decisión en una votación, esta se repite, y el voto del MSP se toma como doble. La comisión honoraria administradora tiene la potestad de autorizar los gastos necesarios para cumplir los objetivos del FNR. Las decisiones de la comisión administradora pueden ser apeladas por los interesados en un plazo de 20 días y la comisión debe responder en los 30 días siguientes a la presentación de la reclamación.

Los ajustes referidos a los MBMC se apoyan en la revisión de pruebas, el análisis de costo-efectividad y seguridad, análisis fármaco-epidemiológicos, el lugar en la lista terapéutica y los costos para el SNIS, entre otros aspectos a cargo de la Unidad del Formulario Terapéutico de Medicamentos de la Dirección General de la Salud. La revisión del formulario terapéutico de medicamentos es permanente y su actualización es anual y acorde a la reglamentación, aunque si la situación lo requiere se pueden hacer incorporaciones antes de que se cumpla un año completo desde la última incorporación (el proceso de actualización y ajuste se representa gráficamente en la sección 8 del anexo a este capítulo). Las solicitudes para incorporar medicamentos al formulario terapéutico de medicamentos deben ser presentadas por escrito por los programas nacionales de salud, cátedras y servicios de la Facultad de Medicina, sociedades científicas u otros, y deben estar fundamentadas en aspectos como el lugar en la lista terapéutica, la evidencia de seguridad y eficacia, costos comparativos, etc. Cada programa de atención analiza el conjunto de medicamentos que forman parte de su área y corresponde a la Unidad del

²⁰ Están incluidas prácticas con alguna de las siguientes características: con suficiente prueba sobre su efectividad pero de las que se dispone de otras alternativas diagnósticas y/o terapéuticas; prácticas para las que existe suficiente prueba sobre su efectividad pero esta se basa en la utilización de tecnologías y/o habilidades específicas que no pueden garantizarse en todos los prestadores; prácticas para las que existe suficiente prueba sobre su efectividad en situaciones clínicas específicas, pero que no se encuentran ampliamente disponibles en el país (en estos casos debería considerarse críticamente la obligatoriedad de su cobertura y prever en cada caso mecanismos adecuados para evitar asimetrías e inequidades en el impacto económico que su inclusión podría provocar); prácticas con prueba sobre su efectividad pero con alcance muy limitado o en situaciones clínicas muy específicas, por lo que su inclusión debería considerar la posibilidad de una correcta limitación en sus indicaciones.

²¹ Incluye la búsqueda de pruebas con las tecnologías seleccionadas, la consulta con expertos clínicos y el relevamiento de prevalencia.

Formulario Terapéutico de Medicamentos decidir o procurar el apoyo adecuado (de la Facultad de Medicina, sociedades científicas o grupos de referentes nacionales).

En los más de cuatro años desde que el PIAS se implementa, el catálogo de prestaciones se ha ajustado, ha incorporado y ha eliminado prestaciones, pero de manera diferente para cada categoría de prestaciones y medicamentos.

Legitimidad

Aunque la elaboración y el ajuste del PIAS respondieron a criterios y normas, a continuación se detallan factores que podrían ayudar a mejorar la legitimidad del PIAS. Estos están relacionados principalmente con la participación de diferentes actores en las etapas de definición y ajuste de las prestaciones.

En la determinación de las PBMC se empleó el método Delphi, mientras que con las PyMAC el FNR usó una evaluación sistemática de la evidencia y un cálculo del impacto presupuestario. La falta de una política clara de priorización —la selección de tecnologías candidatas a evaluación— es limitante, pues hasta ahora se responde principalmente a la demanda de organizaciones sociales, académicas y empresariales.

En lo que respecta al asesoramiento técnico, los criterios de selección de los expertos académicos no son explícitos ni se difunden públicamente, tanto en el FNR como en el resto de las prestaciones del PIAS. Un ejemplo es la selección de los participantes de ateneos médicos. El FNR tiene la política implícita y no públicamente difundida de seleccionar como expertos consultores a los profesionales con una conducta profesional conocida y un perfil independiente.

La participación de actores clave afectados por las decisiones sobre el contenido del PIAS es aún incipiente. Si bien en la definición de las PBMC se consultaron

grupos de expertos y académicos, no se consultó a otros sectores de la sociedad civil: ni a los gremios de médicos, ni a los pacientes, ni a los políticos. La participación se limitó a la entrega de solicitudes de inclusión, especialmente de medicamentos, por parte de prestadores que venden servicios, de grupos de profesionales y del área académica. En cuanto a la legitimidad de los ajustes realizados al PIAS, hasta el momento no se define con claridad una instancia de consulta o participación de usuarios. A pesar de que existe un proceso de participación, hasta el momento no ha sido regular. Limitan este proceso: i) los cambios en las autoridades del MSP; ii) la priorización de mayor cobertura de la población, antes que el incremento de la cobertura de las prestaciones; iii) la falta de institucionalización de las políticas de salud, desarrolladas sin la influencia de la autoridad del momento, y iv) una agenda sanitaria afectada por las fluctuaciones políticas.

Por último, una debilidad del PIAS es la limitada difusión pública de los estudios técnicos y del proceso de deliberación y decisión sobre el plan de beneficios.

Implementación

En esta sección se describen los siguientes aspectos de la implementación del PIAS: la compra de los servicios del plan, la suficiencia de los recursos financieros, el control de calidad, el conocimiento de los beneficios por parte de los usuarios, los recursos físicos y humanos disponibles para la prestación del plan, la capacidad para monitorear y verificar el cumplimiento del plan y por último, los obstáculos y problemas de implementación.

Compra de servicios del plan

La coexistencia de dos tipos de planes dentro del PIAS, con administradores y fuentes de financiación diferentes, hace que los mecanismos para la compra de los servicios no estén unificados. A

continuación se describe el mecanismo de compra de cada plan.

PBMC. La JUNASA firma contratos de gestión con todos los prestadores habilitados para el PIAS. Estos contratos han sido uno de los hechos más importantes en el contexto del PIAS y de la reforma del sistema de salud y, al dirigir el comportamiento de los prestadores, son un instrumento poderoso para lograr que los beneficios incluidos en el PIAS se traduzcan en salud. En los contratos de gestión²² se definen las siguientes obligaciones:

a) *Garantizar la prestación del PIAS según el alcance definido de las prestaciones y cumplir con las metas asistenciales como condición para acceder a los recursos:* con ello se espera que los prestadores tengan incentivos para orientar el gasto hacia las actividades con mayor impacto, relacionadas con la promoción y prevención de la salud.

b) *Gestión:* se establecen las condiciones de acceso a las prestaciones (tiempos de espera máximos para consultas e intervenciones quirúrgicas coordinadas), los horarios de atención del primer nivel, las facilidades para la coordinación de consultas (por ejemplo, la posibilidad de solicitar citas por teléfono). También se definen las obligaciones referentes a la información y atención a los usuarios, y se establecen los medios de comunicación, información obligatoria sobre derechos y deberes, precios, lista de profesionales, así como la obligación de realizar encuestas de satisfacción.

c) *Financiamiento:* forma de pago de la cuota salud y sanciones en caso de incumplimiento con las obligaciones anteriores; por ejemplo, la suspensión total o parcial, temporal o definitiva, del pago de las cuotas salud.²³

PyMAC. El FNR paga a los IMAE un arancel por prestación; realiza la compra centralizada de medicamentos y ciertos dispositivos y prótesis mediante llamados para concurso de precios. La autonomía financiera del FNR es indispensable al momento de programar y concretar las adquisiciones. Este esquema le confiere un importante poder de compra; sin embargo, el volumen del mercado de Uruguay no le otorga al gobierno una fuerte capacidad de negociación, como la de otros países de la región (Tobar, s/f).

Suficiencia de recursos financieros

Un PBS tiene que venir acompañado de recursos suficientes para poder prestarlo; de lo contrario puede restringirse el acceso o ponerse en peligro el equilibrio financiero de los prestadores. En el caso de Uruguay, los recursos han sido suficientes y se han empleado diferentes estrategias para gestionar las frecuencias de uso de los servicios de salud.

PBMC y MBMC. Según el análisis de la situación económica financiera de las instituciones que conforman el subsector IAMC en el SNIS, entre octubre de 2007 y septiembre de 2008²⁴ los montos estimados para la financiación de este tipo de prestaciones han sido suficientes para cumplir con las prestaciones del PIAS en condiciones de calidad y acceso sin desbordes por incrementos en la demanda ni de ningún tipo. El gobierno reglamentó la accesibilidad mediante disposiciones relacionadas con los tiempos de espera para las cirugías de coordinación y para las consultas médicas, metas asistenciales,²⁵ y la política de tasas moderadoras,²⁶ entre otras medidas. Por otro lado, estableció que todas las nuevas incorporaciones tengan un financiamiento específico a través del aumento en la cápita o

²² Disponible en <http://www.msp.gub.uy/marco-normativo/contrato-de-gesti%C3%B3n>.

²³ Si bien no hay registro público y accesible, en la práctica se sabe que no son frecuentes las sanciones o castigos financieros.

²⁴ El sistema IAMC no presentó variaciones relevantes en la estructura de ingresos, costos y gastos que comprometerían su rentabilidad (Ministerio de Salud Pública, 2009b).

²⁵ Control de la embarazada, control del niño sano, elección de médico de referencia.

²⁶ Prohibición de creación de nuevos copagos desde 2005, establecimiento de valor tope y exoneración del cobro de copago para algunas prestaciones.

de copagos.²⁷ Aunque se entendía que los beneficios (no explícitos) que se brindaban antes de la definición del PIAS estaban financiados con la cuota mensual, no se hizo un análisis sobre si esa cuota estaba sub- o sobredimensionada.

PyMAC. La financiación actual del FNR parece ser suficiente para cubrir las prestaciones de alta complejidad y costo, a pesar de los nuevos beneficios cubiertos (medicamentos) y de que no se hayan reportado grandes aumentos en las fuentes de financiamiento ni bajas en esa cartera de beneficios.²⁸ Una de las estrategias utilizadas por el FNR ha sido la difusión y educación del cuerpo profesional respecto de las normativas de cobertura, las indicaciones de los procedimientos y los medicamentos cubiertos, de modo que se reduce el número de solicitudes por parte de los médicos de las instituciones de asistencia, sin aumentar el número de rechazos desde el FNR. Otra estrategia han sido las actividades e insumos para prevenir determinadas patologías, pues así se reduce o retrasa su aparición, lo que impacta en costos futuros menores.²⁹

Por último, el equilibrio financiero micro entre la asignación prevista (cuotas) y el costo real del PBS pretende mantenerse a través de los ajustes periódicos en las cápitas que el FONASA paga a las instituciones prestadoras integrales. Esos valores se ajustan semestralmente, según la variación de precios de una serie de rubros, de los que las remuneraciones al personal de la salud son las que más peso tienen (un 64,8%). Para ese cálculo, se aplica un parámetro a través del cual se ajustan los precios de las cuotas individuales y colectivas y de las cápitas que paga el FONASA (véase la sección 3 del anexo a este capítulo).

Control de calidad

El MSP es el encargado de habilitar tanto a los IMAE como a las instituciones prestadoras integrales que participan en el mercado de la salud. Si bien no se exige que estén certificadas, se exigen requisitos mínimos en aspectos de planta física, infraestructura, equipamiento, recursos humanos con títulos habilitantes y procedimientos de manejo de residuos hospitalarios.³⁰

En sus decisiones de cobertura, el FNR ha procurado que las indicaciones se ajusten a las pruebas científicas, que sean oportunas y que tengan en cuenta la calidad de vida de los pacientes y la evaluación del riesgo. Se trata de una estrategia de racionalización del gasto que busca economías internas, sin disminuir la calidad de los servicios y su accesibilidad. Incluye el control posterior al ingreso del paciente en la institución y a la realización de los actos médicos. Se evalúa si el procedimiento efectuado se ajusta a las normativas del FNR. Si se considera necesario, se elevan algunos de los casos a consideración de un ateneo o grupo de evaluadores externos. En términos generales, la actuación del control médico culmina con la autorización del pago (Rodríguez, Fernández y Haretche, 2008).

Conocimiento de los beneficios y mecanismos para que población y actores exijan sus derechos

Que la población acceda efectivamente o no a los servicios priorizados depende en parte de su capacidad de exigir la prestación y, por tanto, también del conocimiento de sus beneficios. Esto también se aplica a los proveedores. Los únicos medios empleados para divulgar el

²⁷ Como ejemplo podemos citar la inclusión en 2011 de la ligadura tubarica y la vasectomía dentro de la cobertura obligatoria, que se financiaron a través de un aumento en la cápita.

²⁸ Desde su origen solo se produjeron tres bajas: los procedimientos de litotricia extracorpórea, litotricia percutánea y radio neurocirugía, que se transfirieron a la cobertura obligatoria de las instituciones de asistencia integral mediante un aumento de la cuota respectiva.

²⁹ Por ejemplo: el costo de proveer a diario 100 mg de ácido acetil salicílico como antiagregante plaquetario en pacientes de alto riesgo cardiovascular es sustancialmente menor que el de implantar un *stent*, intervención propia de un estado avanzado de la patología cardiovascular. La medicación que el FNR entrega en un año a 288 pacientes en programas preventivos de enfermedades cardíacas se financia con los recursos que requieren menos de dos cirugías cardíacas FNR (2010).

³⁰ La habilitación se otorga por un plazo máximo de cinco años al cabo de los cuales se debe solicitar la rehabilitación para continuar como prestador integral del SNIS.

contenido del PIAS son la página web del MSP y la del FNR, así como las normativas de cobertura. Estos mecanismos no son accesibles para toda la población, por lo que es necesario implementar otros mecanismos de comunicación para optimizar el conocimiento de las prestaciones del PIAS, sus normativas de cobertura, los valores de los copagos y los tiempos de espera admitidos para las instituciones prestadoras integrales. Además, una estrategia de comunicación contribuye a disminuir los planteos a nivel judicial.

Recursos físicos y humanos disponibles para prestar los servicios

De manera general, lo que promete el plan de beneficios y la realidad institucional, económica y epidemiológica del país parecen ser coherentes con su capacidad real de oferta. Sin embargo, aunque todos los prestadores cubren las mismas prestaciones de mediana y baja complejidad, el usuario residente en el interior del país debe, en ocasiones, trasladarse a la capital por la asimétrica oferta de tecnología sanitaria, lo que constituye muchas veces una barrera económica al acceso.³¹ Para paliar esta situación se está elaborando un programa nacional de salud rural que comprende a residentes en localidades de menos de 5000 habitantes y a la población rural dispersa. Se prevé crear un sistema de servicios en red, que coordine servicios entre proveedores públicos y privados, con la necesaria referencia y contrarreferencia de los pacientes.

Capacidad institucional para monitorear y verificar el cumplimiento de los objetivos

El cumplimiento del PIAS se verifica a través de las metas asistenciales, cuyo

control está a cargo de una división específica del MSP que reporta a la JUNASA. También se controla el acatamiento de los tiempos de espera para consultas médicas ambulatorias y de las intervenciones quirúrgicas a través del Sistema Nacional de Información, dependiente de la División Economía de la Salud y a través del Departamento de Fiscalización, dependiente de la Dirección General de la Salud. El MSP no tiene un mecanismo regular de seguimiento, vigilancia y control de la cobertura del resto de las prestaciones obligatorias.

La ley 18211 estableció que las entidades públicas y privadas que conforman el SNIS están obligadas a brindar a sus usuarios los programas integrales de prestaciones que apruebe el MSP (uno de los dos grandes componentes del PIAS). En caso de no hacerlo, el MSP debe intervenir inmediatamente para garantizar el derecho a la atención. El MSP es la entidad fiscalizadora, no existe una superintendencia de servicios de salud. Los ámbitos de control contemplan mecanismos de fiscalización que evalúan que los actores del sistema cumplan con sus obligaciones de tal forma que se garanticen los derechos de los usuarios, así como también fiscalizan la calidad y adecuación de las prestaciones. En este contexto se definieron los tiempos de espera para ciertas prestaciones,³² lo que permite verificar que se cumplan los parámetros de acceso funcional, geográfico y económico, al tiempo que se ejerce un control mediante los datos que las instituciones prestadoras envían al Sistema Nacional de Información.

Aunque ha habido fiscalizaciones puntuales por parte del MSP, estas no son sistemáticas.³³

El FNR garantiza la calidad de la atención a través de un sistema de evaluación prospectiva y retrospectiva que, por un

³¹ Este traslado es a costo propio si se trata de una atención ambulatoria, o mediante ambulancia incluida en la cobertura si se trata de un paciente internado.

³² Estos fueron seleccionados tras identificar indicadores de calidad de los sistemas de salud que priorizan necesidades de los usuarios, producto del trabajo de un grupo técnico. Asimismo, se consideraron reclamos y denuncias de los usuarios del SNIS.

³³ El MSP cuenta con una oficina de atención al usuario que recibe y procesa todos los planteos realizados por los beneficiarios del SNIS. Por el momento no se han publicado datos sobre tipo y frecuencia de los planteos.

lado, inspecciona periódicamente a los IMAE para evaluar aspectos de estructura, instalaciones, planta física, equipos y procesos y, además, realiza seguimiento, monitoreo y evaluación de los resultados de las prestaciones brindadas. El control de resultados permite, entre otras cosas, evaluar periódicamente la pertinencia de mantener cada uno de los tratamientos. También se da seguimiento a los IMAE, dado que están obligados a denunciar determinadas complicaciones médicas o alteraciones de parámetros.³⁴

Obstáculos y problemas en la implementación

Los principales retos que surgieron en la implementación del PIAS se resumen en el esquema 3.6.

Dos de los retos se relacionan con las prestaciones no incluidas en el PBS. Estos generan reclamos y acciones judiciales de los beneficiarios. Cabe notar que el MSP

no exige a las instituciones asistenciales la cobertura de prestaciones no incluidas en el PIAS. Por ejemplo, el catálogo no especifica los materiales médico-quirúrgicos requeridos para la prestación de los beneficios definidos ya que, en teoría, las cápitras y cuotas deben financiar el plan completo de prestaciones, incluidos los materiales necesarios. Sin embargo, en la práctica hay problemas con ciertos dispositivos de alto costo, que presentan alternativas más económicas.³⁵ Esto lleva a plantearse cuál sería el nivel de detalle necesario del PBS.

Otro problema son las tasas moderadoras (copagos) para las prestaciones en atención ambulatoria. Los valores de algunos copagos restringen el acceso a las prestaciones de algunos ciudadanos.³⁶ Por este motivo, el MSP implementó una política de tasas moderadoras que establece exoneraciones.³⁷

Algunos usuarios consideran que los tiempos máximos de espera permitidos

Esquema 3.6. Retos del PIAS



Fuente: Elaboración propia.

³⁴ Por ejemplo, tromboembolismo pulmonar en una prótesis de cadera, brote infeccioso, fiebre y escalofríos durante procedimientos de diálisis.

³⁵ Por ejemplo el port-a-cath® para los procedimientos de quimioterapia.

³⁶ Por ejemplo, un mismo procedimiento puede tener un copago con diferente valor en cada una de las instituciones asistenciales, en un rango de US\$0 hasta US\$300.

³⁷ Exoneración del pago de tasa moderadora para algunos medicamentos reguladores de la glucemia, para la realización de PAP (colpocitología oncológica) y mamografía (PAP de 21 a 65 años cada tres años, mamografía de 40 a 59 años cada dos años) y para la realización de estudios diagnósticos en embarazadas de bajo riesgo obstétrico (según pautas); copago con valor fijo establecido para ciertos medicamentos antihipertensivos y copago con valor establecido para la consulta de medicina general, pediatría (no control en salud, que está exonerado) ginecología y obstetricia. Estas medidas están dirigidas a la promoción y prevención de la salud y al tratamiento de enfermedades prevalentes, y su objetivo es disminuir la heterogeneidad identificada y asegurar la equidad del acceso. Se trata de que las tasas sean verdaderamente moderadoras, y no recaudadoras.

admitidos³⁸ para consultas médicas y cirugías de coordinación deben reducirse, y que deberían definirse también tiempos máximos de espera para ciertos estudios diagnósticos y prestaciones hoy aún no reglamentados.

Es importante mejorar la comunicación con los usuarios y toda la sociedad sobre las prestaciones del PIAS, las tasas moderadoras autorizadas y los tiempos de espera admitidos. También debe mejorarse la difusión de las prestaciones de cobertura obligatoria por parte del FNR y sus protocolos. Esto ayudaría a disminuir las demandas judiciales.

La judicialización de la medicina, motivada por la reticencia a aceptar los límites de la cobertura, es un obstáculo para la planificación en salud, ya que se presiona por incorporar prestaciones “a demanda”, que no surgen de un análisis de eficacia, o de costo-efectividad. En Uruguay, estas presiones han apuntado fundamentalmente a la cobertura de medicamentos para tratar enfermedades catastróficas (por ejemplo, enfermedades oncológicas) o para indicaciones no normatizadas por el FNR. En muchos casos, los jueces ordenan la cobertura a cargo del FNR, a pesar de no haber pruebas de eficacia sólidas que la avalen. Por ello, el FNR debe darse una política de priorización que le permita abordar con transparencia y equilibrio financiero el creciente problema de la solicitud de incorporar nuevos medicamentos de alto costo, garantizando simultáneamente el derecho a la salud.

Hay jueces que fallan a favor de los demandantes y le asignan al MSP la responsabilidad de cubrir la prestación solicitada, a pesar de contar con estudios técnicos que demuestran su ineficacia a nivel de la población. El MSP no es prestador y carece de rubros asignados a tales efectos. Responsabilizarlo como prestador puede amenazar el equilibrio financiero del sistema: cada amparo

judicial es por persona —para tutelar un derecho “vulnerado”—, lo que impone el concepto de desplazamiento (“sacarle a los demás para darle a una persona”) en detrimento de una visión macro del sistema y de la planificación en salud. Si bien este es un fenómeno aún incipiente, su impacto es importante por tratarse principalmente de medicamentos de alto costo.

La falta de *mecanismos de coordinación* claros, explícitos y comunes al FNR y el MSP para definir políticas de priorización armónicas sobre las prestaciones a brindar ha creado vacíos o grises aún no resueltos. Es el caso del dispositivo implante coclear para los niños menores de 7 años con sordera sensorineural profunda: el FNR cubre el dispositivo, pero el procedimiento quirúrgico de implantación no está comprendido explícitamente en la cobertura obligatoria por parte de las instituciones de asistencia integral.

El FNR ha incorporado y financia programas de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con procedimientos de alto costo. Aunque esta aproximación se justifica como forma de contener los costos del FNR, es evidente cierta superposición de políticas con las del Departamento de Planificación Estratégica en Salud del MSP. Ambas se beneficiarían de una coordinación de objetivos y métodos más armoniosa.

Traspasar la cobertura financiera de ciertas prestaciones desde el FNR a las instituciones de asistencia integral ha traído aparejado un impacto negativo en cuanto a la accesibilidad de la población. Esto se comprobó con los procedimientos de litotricia extracorpórea, en los que las instituciones de asistencia integral aplican políticas más restrictivas pese a existir la necesidad en términos de salud. La preocupación actual del FNR es la incorporación de tecnologías al plan, no su eliminación.

³⁸ Tiempos de espera establecidos por el decreto 359/07: consulta con medicina general, pediatría y ginecología dentro de las 24 horas; cirugía general dentro de las 48 horas, y para especialidades médicas y quirúrgicas, dentro de los 30 días desde la solicitud. Para la cirugía de coordinación, el plazo estipulado es hasta 180 días desde su indicación por el médico tratante.

Monitoreo, evaluación y resultados

Monitoreo y evaluación

Aunque el MSP solo cuenta con un estudio de monitoreo del PIAS, el Sistema Nacional de Información da seguimiento a varios indicadores.

Objetivos, indicadores. El Sistema Nacional de Información, en la órbita del MSP, recoge indicadores para evaluar el desempeño de las prestaciones de baja y mediana complejidad del PBS (véase la sección 6 del anexo a este capítulo): utilización de servicios en atención ambulatoria e internación, cobertura y medición de la accesibilidad, calidad y cambio del modelo de atención. En cuanto a las prestaciones con cobertura financiera del FNR, los indicadores referidos a complicaciones, infecciones y mortalidad no son públicos, aunque el FNR usa esta información para hacer revisiones y tomar decisiones.

Estudios realizados. El único estudio realizado por el MSP es la Encuesta de Satisfacción de Usuarios (2010) de servicios de primer nivel de atención. La encuesta reveló trato en la atención, accesibilidad, instalaciones, información sobre derechos y obligaciones y calidad de la atención. Los resultados muestran niveles de insatisfacción más elevados en el plano administrativo y en el acceso a información sobre derechos y obligaciones. El FNR analiza cada año los resultados de los IMAE (específicamente hemodiálisis, angioplastia, cirugía cardíaca y cirugía de cadera) y los publica en su página web. El FNR compara los resultados de cada IMAE con la media nacional.

Para algunas variables, se estableció un límite de aceptabilidad que considera las recomendaciones de la bibliografía especializada, así como el contexto nacional (calidad del procedimiento,

eventos adversos, mortalidad, etc.). El FNR también evalúa anualmente ciertos programas: nefroprevención, hemodiálisis y cardiovascular, incluso tabaquismo. Esto brinda información valiosa para la toma de decisiones, que aún no se utiliza como instrumento para potenciar al FNR y a la población (por ejemplo, para que seleccione uno u otro IMAE).

Resultados

Aunque no se ha estudiado el impacto del PIAS, el gasto de bolsillo y las barreras de acceso económico disminuyeron desde que se aprobó la reforma de salud. Esto ocurrió por dos vías: la disminución del gasto directo en servicios de salud de los hogares que antes no estaban asegurados y la política de reducción de las tasas moderadoras de las IAMC, impulsada por el MSP para ciertas prestaciones y medicamentos priorizados en la atención ambulatoria. El peso relativo de las órdenes y tickets cobrados por las IAMC pasó de un 2,6% y un 9,5% en 2004, respectivamente, a un 2,4% y un 7% en 2008 (Dirección General del SNIS-MSP, 2011). Los datos recabados por el módulo asistencial del Sistema Nacional de Información³⁹ permiten determinar los tiempos promedio para una cita en la policlínica, las consultas por afiliado por año, los ingresos por 1000 afiliados y las cirugías realizadas. Asimismo, se destaca un descenso marcado de la tasa de mortalidad infantil en el período, que está cerca de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El cumplimiento del control del embarazo y del niño sano, con pautas establecidas en las metas asistenciales, fue una política priorizada en el período y puede haber sido uno de los factores que contribuyó a esta disminución.

Lecciones y recomendaciones

El diseño y la implementación del PIAS, en el marco de la puesta en marcha

³⁹ A partir de 2010 se incorporó el prestador público ASSE, por lo que los datos de 2009 solo corresponden a los prestadores privados. Por esto, la información no puede extrapolarse al sistema en general.

del SNIS, implicó retos y la necesidad de hacer ajustes sobre la marcha para garantizar la articulación y coordinación del sistema. A continuación se identifican las lecciones más relevantes de este proceso y se formulan algunas recomendaciones.

Es importante *armonizar el diseño del PBS con la planificación estratégica en salud*. La reforma sanitaria en Uruguay cambió el modelo de atención, con un énfasis en el primer nivel. Pero este cambio, llamativamente, no se acompañó de un fuerte aumento de las prestaciones de primer nivel, sino que a la fecha persisten mayoritariamente las de segundo y tercer nivel de atención.

El gerenciamiento del PBS está fraccionado según la complejidad y costo de sus prestaciones (el MSP gestiona las PBMC y los MBMC, mientras que el FNR gestiona las PyMAC), y faltan mecanismos sólidos de coordinación. Sin embargo, la gestión diferencial de las prestaciones de alto costo y complejidad a cargo de un organismo especializado, con independencia presupuestal y jerárquica, es una ventaja o fortaleza distintiva porque facilita la gestión integral de las prestaciones.

El caso del PIAS muestra que la *normativización o protocolización de las prestaciones* trasciende la mera identificación de un listado de prestaciones. La normativización se aplica i) al uso de tecnologías restringido a poblaciones y prácticas cuya eficacia está debidamente probada, relacionadas con ciertas indicaciones clínicas o ii) cuando por su tasa de utilización o su costo se justifique implementar la protocolización o definición adicional.

Definir los alcances de la cobertura garantizaría una utilización correcta de los servicios de salud en las situaciones clínicas donde sus beneficios están suficientemente probados. También evitaría su utilización cuando no haya una indicación precisa. Al reducir la diversidad de tratamientos para una misma condición, no sustentada

científicamente (variabilidad inapropiada), el sistema se hace más seguro y eficiente, lo que le brinda legitimidad técnica.

Para diseñar un PBS es clave determinar una nomenclatura acorde con las denominaciones locales, que facilite el manejo de los usuarios. La nomenclatura de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades ha dificultado la consulta por parte de los usuarios (población, médicos y gestores).

Las políticas de priorización se fortalecen y legitiman cuando *la sociedad participa y la metodología aplicada es pública*. En Uruguay no hubo un proceso de participación social colectiva y organizada, con capacidad de incidir en las decisiones estratégicas, como podría haber sido la consulta y participación de los usuarios. Por otro lado, el diseño del plan y la metodología para ajustarlo no son públicos, sino de manejo interno del MSP.

Adicionalmente, la falta de mecanismos para evaluar la satisfacción de los usuarios del SNIS con las prestaciones incluidas en el PIAS es otra debilidad. Información de esa índole permitiría que los usuarios manifestaran los aspectos por mejorar lo que sería de gran valor para ajustar el PBS.

Definir una efectiva estrategia de *comunicación y difusión de los beneficios* incluidos en el PBS permite que la población haga valer sus derechos y que el personal de salud y los gestores conozcan las tecnologías sanitarias cubiertas de manera obligatoria. En Uruguay, salvo por la publicación del PIAS en la página web del MSP y del plan de prestaciones financiadas por el FNR en su página web, no se ha difundido activamente el PBS. Esto lleva a que ni los usuarios ni los médicos tuvieran un conocimiento claro de las prestaciones de cobertura obligatoria, por lo que han surgido múltiples consultas al MSP, y se generaron demoras en la atención a la salud.

La reforma sanitaria de Uruguay estableció los contratos de gestión entre la JUNASA y las instituciones prestadoras

integrales como *mecanismos de control y evaluación eficientes y oportunos de las prestaciones del PIAS*. Sin embargo, la fiscalización ha sufrido altibajos, principalmente por los pocos recursos humanos y materiales disponibles para la tarea. Las metas asistenciales que forman parte de estos contratos son un incentivo económico para que los

prestadores cumplan con las metas sanitarias priorizadas. Un buen ejemplo es la reducción de la tasa de mortalidad infantil, una de las más bajas de América Latina.⁴⁰ Este mecanismo de pago por desempeño contribuyó con el cambio, pues apunta a actividades de promoción y prevención de salud en el primer nivel de atención.

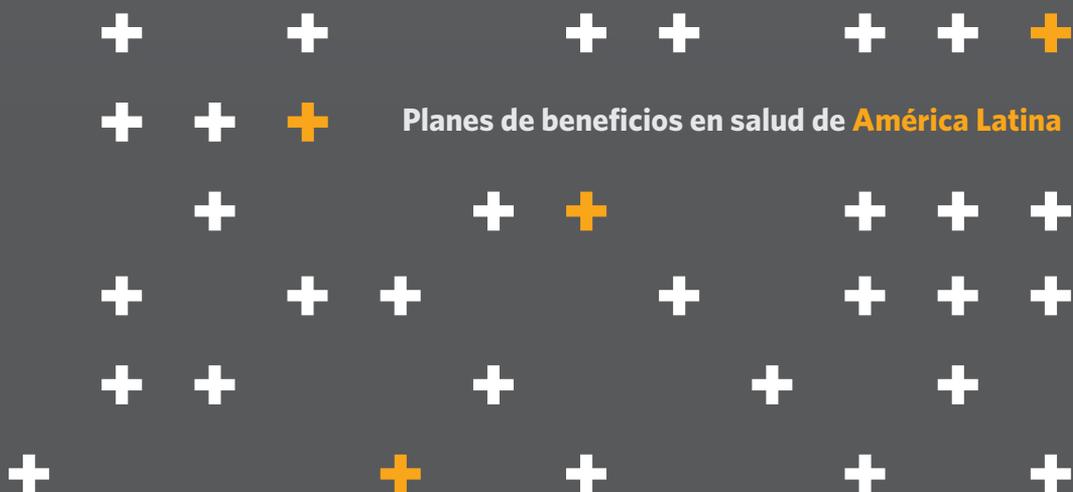
⁴⁰ Este logro se basó, entre otras cosas, en que se definieron metas, como conseguir una proporción dada de gestantes y lactantes bajo control médico, una proporción dada de población pediátrica con esquema de vacunación vigente, de visita domiciliaria obligatoria de neonatos, etc.

Bibliografía

- Arana D. y H. Laca. 2011. "Sistema de salud de Uruguay". *Salud pública de México* vol. 54, suplemento 2.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2012. *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2012*. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Disponible en: <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/48862/AES2012EstadisticasSociales.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Dirección General del SNIS-MSP. 2011. Transformar el futuro: *Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo, Ministerio de Salud Pública.
- FNR (Fondo Nacional de Recursos). 2006. Texto Ordenado de Normas Regulatorias del FNR. Disponible en: <<http://www.fnr.gub.uy/formularios-normativas>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2010. *Política y gestión de la cobertura de medicamentos de alto costo: Programa de Seguimiento del Fondo Nacional de Recursos*. Publicación técnica n.º 13, Montevideo, FNR. Disponible en: <http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf2/Politica%20y%20gestion.pdf>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Junta Nacional de Salud. 2010. Rendición de cuentas ejercicio 2009.
- MSP (Ministerio de Salud Pública de Uruguay). 2009a. *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2005-2009*. Montevideo, MSP. Disponible en: <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2009b. Primer ejercicio cerrado luego de la creación del SNIS el 1 de enero de 2008. Informe sistema mutual. Ejercicio 2007-2008. División Economía de la Salud, MSP. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3056,17014>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2010. Datos sobre mortalidad en Uruguay, 2010. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_6490_1.html>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2013. "Mortalidad infantil, Uruguay 2012". Montevideo, MSP. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_6487_1.html>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- MSP y OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2010. Cuentas nacionales de salud 2005-08. Montevideo, MSP-OPS. Disponible en: <www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5650,21507>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2003. *Conjunto de prestaciones de salud. Objetivos, diseño y aplicación*. Washington, DC, OPS.

- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2009. *Informe sobre desarrollo humano 2009. Superando barreras: Movilidad y desarrollo humano*. Nueva York, PNUD. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_ES_Complete.pdf>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Rodríguez A., G. Fernández y A. Haretche. 2008. “Gestión de la utilización de procedimientos de alta especialización médica en Uruguay”. *Cuadernos del Centro de Estudios de la Salud del Sindicato Médico de Uruguay* n.º 4. Disponible en: <<http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos4/art8.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Sindicato Médico del Uruguay. El sector salud: 75 años de un mismo diagnóstico. Disponible en: <<http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/turrene/index.html>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Tobar, F. S/f. “Medicamentos en la reforma de salud del Uruguay”. Disponible en: <http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf2/Medicamentos.pdf>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.

Capítulo 4



México: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud y el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos

Giota Panopoulou, Ursula Giedion y Eduardo González-Pier

Resumen

Contexto. El sistema de salud de México es un sistema segmentado. Los servicios que recibe la población dependen de su situación laboral y su capacidad de pago. El acceso a los servicios distingue cuatro segmentos poblacionales: i) las personas con capacidad de pago que acceden a seguros privados que cubren todos los niveles de atención; ii) los jubilados y los trabajadores y sus familias, afiliados a la seguridad social por medio de entidades como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o Petróleos Mexicanos (Pemex), entre otros, iii) las personas sin seguridad social, cubiertas por el Seguro Popular, y iv) una población reducida que aún no se encuentra cubierta por el Seguro Popular.

Las instituciones de la seguridad social no tienen definidos planes explícitos de beneficios en salud (PBS) para sus afiliados. Las personas afiliadas al Seguro Popular, introducido en 2003, tienen derecho a recibir los servicios de dos planes explícitos de beneficios: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y el Catálogo de Intervenciones de Alto Costo (CIAC) financiado por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Estos dos paquetes de prestaciones, que cubren en la

actualidad aproximadamente al 45% de la población, son el objeto de análisis del presente capítulo.

*Elementos clave del CAUSES y del paquete del FPGC.*¹ Los planes de beneficios del Seguro Popular han permitido explicitar los servicios de salud a los que tienen derecho las personas afiliadas. Esto ha tenido dos importantes consecuencias: i) al evidenciar las necesidades financieras para prestar estos paquetes, se ha logrado aumentar la disponibilidad de recursos destinados a los afiliados al Seguro Popular, y ii) con este incremento de recursos se han disminuido las brechas entre los afiliados al Seguro Popular y los afiliados a la seguridad social.

Resultados. En 2012, casi 53 millones de mexicanos tuvieron acceso al CAUSES y al paquete del FPGC por su afiliación al Seguro Popular. La cobertura del CAUSES se ha incrementado progresivamente y actualmente incluye 284 intervenciones centradas en el primer y segundo nivel de atención. El CIAC cubre 20 grupos o patologías asociados a 61 intervenciones.

Si bien no hay evaluaciones específicas del CAUSES, la evaluación 2005-06 del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) encontró que el Seguro Popular ha protegido contra los gastos catastróficos, específicamente a los hogares que reportaron utilización

¹ La palabra “paquete” en este contexto es habitual en México y designa lo que en otros países de América Latina y el Caribe se llama “plan”.

de servicios ambulatorios y de hospitalización. Además, los resultados de la evaluación indicaron que los afiliados al Seguro Popular mostraron una mayor probabilidad de utilizar servicios de salud que los no afiliados. También se observó un incremento en la cobertura efectiva de los servicios para hipertensión arterial, detección de cáncer de mama y cérvico-uterino, atención del parto y manejo de nacimientos prematuros. Las evaluaciones realizadas a la fecha no han reportado cambios notables en términos de condiciones de salud.

Desafíos. En la actualidad, el principal desafío es institucionalizar el proceso de priorización y ajuste para ambos PBS. Si bien se han realizado importantes avances, el proceso aún no se encuentra ni formalizado ni documentado. Otra tarea pendiente es hacer pública la

información que sustenta el costeo de los paquetes, algo importante porque permitiría analizar los costos teóricos y empíricos para saber si los recursos disponibles son suficientes y, en caso de no serlo, justificar la solicitud de recursos adicionales. El siguiente desafío, dado que ya se ha alcanzado la cobertura poblacional, es aumentar las coberturas de los planes, lo que implicaría que los recursos por persona en el Seguro Popular se acerquen al monto de la seguridad social. Además es necesario mejorar la transparencia de las fuentes y el uso de los recursos del Seguro Popular, de tal forma que se establezca un vínculo claro entre los servicios prestados y los mecanismos de pago, pues actualmente existe preocupación sobre el uso del dinero y la eficiencia lograda con los recursos disponibles.

Elementos fundamentales de planes de beneficios del Seguro Popular

Nombre del PBS	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud Catálogo de Intervenciones de Alto Costo financiado por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
Año de inicio	2003
Motivación central	Hacer evidentes los recursos requeridos para atender a la población sin seguridad social; mejorar la equidad y eficiencia del gasto de salud; potenciar a la población afiliada con relación a sus derechos
Población objetivo	Población sin seguridad social
Cobertura de servicios	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud: servicios de baja y mediana complejidad. Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: intervenciones de alto costo
Cobertura financiera	No hay copagos
Cobertura de la población	Aproximadamente el 45% de la población total (2012)
Costo anual estimado per cápita	US\$200 para ambos (además de los presupuestos que ya reciben los estados para la prestación de servicios médicos [2012])
Porcentaje de los recursos públicos de salud canalizados hacia la financiación del PBS	28,1% del total del gasto en salud (2011)
Entrega de servicios no priorizados	Red pública bajo el tradicional esquema de subsidios de oferta y presupuesto histórico
Principales innovaciones	Se hicieron explícitos los servicios a los que tienen derecho los afiliados al Seguro Popular Se posicionó el tema de la priorización de los servicios médicos en el centro de la discusión del sector salud Se evidenció la necesidad de más recursos para la población sin seguridad social, se facilitó la movilización de recursos adicionales y se ayudó a cerrar la brecha en la equidad de financiamiento entre la población con y sin seguridad social

A futuro, si México decide avanzar hacia un sistema universal e integrado de salud se enfrentará a grandes desafíos y presiones para introducir un PBS universal que seguramente estará basado en el CAUSES y el paquete del FPGC. Dentro de estos desafíos y presiones se encuentran, entre otros, las presiones y limitaciones fiscales, los grupos políticos, las presiones de los sindicatos, la capacidad de la infraestructura física y la disponibilidad de recursos humanos en salud.

Introducción

Este capítulo revisa el diseño e implementación de los planes de beneficios de salud del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), conocido como Seguro Popular.² Este es un esquema de aseguramiento público dirigido a las personas no afiliadas a la seguridad social que cubre 52,9 millones de personas (datos de 2012) que equivalen a 45,2% de la población.³ Los beneficios ofrecidos en el Seguro Popular se plasman principalmente en dos planes explícitos: un plan de baja y mediana complejidad llamado Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y un catálogo de intervenciones de alto costo financiadas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). A partir de 2007 se creó un programa llamado Seguro Médico para una Nueva Generación (ahora llamado Seguro Médico Siglo XXI) para acelerar y ampliar la cobertura a niños menores de 5 años nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006. El programa ofrece 131 intervenciones adicionales a las incluidas en el CAUSES y el FPGC, relacionadas con padecimientos raros que afectan a niños menores de 5 años. Este capítulo analizará solo el CAUSES y el FPGC.

Como en la mayoría de los estudios presentados en este volumen, México se caracteriza por tener un sistema de salud segmentado, que divide a la población en subsectores según su capacidad económica y su tipo de vínculo laboral (esquema 4.1). En primer lugar, existe un subsector privado dirigido a la población con mayores ingresos. En segundo lugar, un subsector de aseguramiento público, el Seguro Popular, que ofrece cobertura médica a la población no cubierta por la seguridad social. Y en tercer lugar, un subsector de la seguridad social fragmentado en diferentes tipos de vínculo laboral: el IMSS para los trabajadores del sector privado y sus familias, el ISSSTE para los trabajadores del gobierno federal y sus familias, así como esquemas que cubren sectores específicos, como por ejemplo los trabajadores de la industria petrolera (Pemex), así como los miembros del ejército mexicano (Secretaría de la Defensa Nacional) y la marina (Secretaría de Marina) (véase esquema 4.1).⁴ Los tres principales segmentos de aseguramiento público (IMSS, ISSSTE y Seguro Popular) no gozan de los mismos beneficios. Los afiliados del IMSS e ISSSTE tienen derecho a un conjunto de servicios de salud más amplio comparados con los afiliados del Seguro Popular.⁵ Sin embargo, el objetivo a largo plazo es la universalización del esquema de protección social en salud en México, equiparando el IMSS, el ISSSTE y el Seguro Popular, tanto en términos de financiamiento como en beneficios médicos cubiertos (González-Pier, Gutiérrez-Delgado, Stevens y otros, 2006). Según datos administrativos, en 2012 el 52,1% de la población mexicana estaba asegurada por el IMSS, el 44,9% por el Seguro Popular y el 10,6% por el ISSSTE. Otros esquemas como Pemex, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y los esquemas de los gobiernos estatales cubrían al 1% de la población,

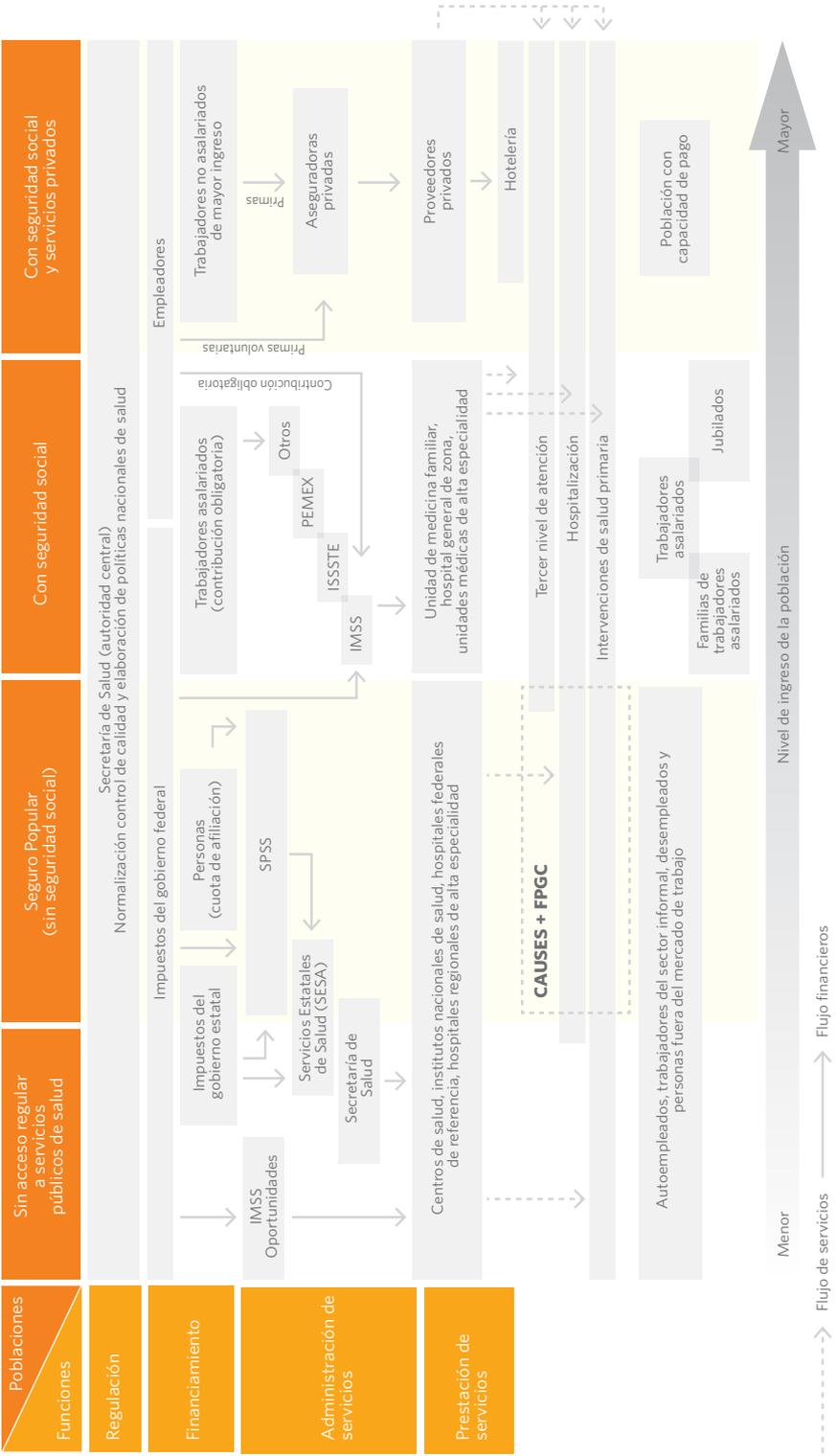
² Este estudio de caso se basa en Giedion, Panopoulou y Gómez-Fraga (2009).

³ Cálculo realizado a partir de la proyección de población nacional del Censo de Población y Vivienda 2010, para 2012. Se puede consultar en <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>.

⁴ Para una descripción detallada del sistema de salud mexicano y del Seguro Popular, véase Secretaría de Salud (2006a) y OCDE (2005).

⁵ Los servicios de IMSS e ISSSTE no están definidos en un paquete explícito, sino que se describen de forma general, como atención ambulatoria, hospitalización, rehabilitación, etc., en las respectivas leyes de las dos instituciones (Congreso de la Unión, 1995; ISSSTE, 2007).

Esquema 4.1. Sistema de servicios de atención médica en México



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

mientras que otro 1,8% de la población tenía un seguro privado.⁶ De acuerdo con lo anterior, México habría logrado la cobertura universal de su población.⁷

Objetivos y proceso de deliberación

El estudio *Economía y salud* de la Fundación Mexicana para la Salud (Frenk, Lozano, González-Block y otros, 1994) fue el primero en definir un plan de servicios de salud diseñado con datos nacionales del indicador de años de vida saludable y cálculos de costo-efectividad de las intervenciones. Con base en este estudio, la Secretaría de Salud comenzó a implementar en 1996 el Plan Ampliado de Cobertura con un fuerte énfasis en la promoción y prevención de la salud y dirigido especialmente a las familias pobres del área rural. Este paquete fue asimilado en 1997 por el programa de transferencias condicionadas Progresá (Programa de Educación, Salud y Alimentación), que fue luego rebautizado como Oportunidades.

Aunque el Plan de Ampliación de Cobertura fue un antecedente importante para el CAUSES, rápidamente se hizo evidente que las intervenciones que curía eran limitadas en el contexto del Seguro Popular. Fue así como, durante la implantación de los primeros pilotos del Seguro Popular (2001-03), se optó por un plan de beneficios mucho más amplio, centrado en atenciones de baja y mediana complejidad, llamado Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME). Para construirlo se utilizó como referencia el Plan de Ampliación de Cobertura, pero también la información sobre la frecuencia de uso de los servicios ofrecidos por la red

pública de prestadores de la Secretaría de Salud y de los servicios estatales de salud. La mayoría de estos servicios ya se financiaban con el presupuesto de la Secretaría de Salud y contaban con una normatividad oficial, en la que se establecían los procedimientos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades como hipertensión y diabetes, así como el manejo de atenciones como el parto y la cesárea, entre otras.

En 2003 se aprobó la reforma a la Ley General de Salud (LGS) y se creó el SPSS con el Seguro Popular como brazo operativo para los servicios personales de salud. En este contexto se aprobaron dos paquetes explícitos de salud: i) el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) que incluyó un conjunto de intervenciones médicas de baja y mediana complejidad, sucesor directo del CABEME que operaba en la fase de piloto 2001-03 y que fue a su vez remplazado por el CAUSES en 2006, y ii) el catálogo de intervenciones de alto costo del FPGC, un paquete de atención de alta complejidad y de alto costo cuya necesidad se evidenció durante la fase piloto.⁸

El gráfico 4.1 presenta de manera esquemática los nombres y paquetes en el período 1996-2012 y muestra cómo se ha ampliado gradualmente su alcance. Por ejemplo, la cobertura del FPGC pasó de seis intervenciones en 2004 a 61 en 2012.

Objetivos

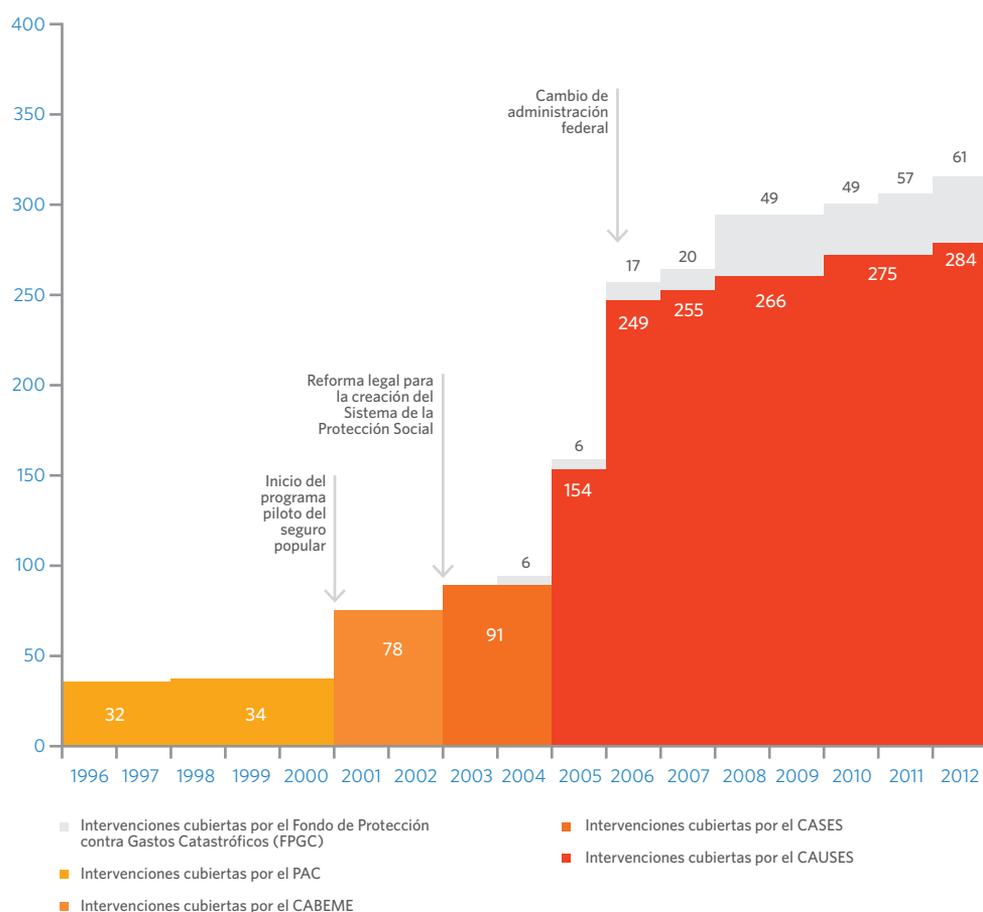
La reforma de la LGS de 2003 que dio origen al CAUSES y al paquete del FPGC no estipula explícitamente sus objetivos. Sin embargo, en el documento que acompaña al CAUSES 2008 (CNPSS, 2008b), se plantea el objetivo de la

⁶ La suma de afiliados a los distintos esquemas de aseguramiento es mayor al total de la población mexicana (117.724.402 personas) por una duplicidad en la condición de aseguramiento. Por ejemplo, muchas personas están afiliadas al mismo tiempo al Seguro Popular y al programa Oportunidades. Fuentes: IMSS (2012b y 2013), ISSSTE (2012); SPSS, informe de resultados 2012; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Censo de Población y Vivienda 2010.

⁷ Se estima que solo una muy pequeña proporción de población no pertenece aún a ningún esquema de aseguramiento y tiene que acudir a los proveedores de la Secretaría de Salud y los servicios estatales de salud para ser atendido como "población abierta" o no asegurada.

⁸ También se aprobó un tercer paquete de intervenciones no personales enfocadas a la comunidad (campañas de vacunación, actividades de vigilancia epidemiológica, control de vectores, etc.) llamado Catálogo de Servicios a la Comunidad, dirigido a todos los mexicanos y no solo a los afiliados del Seguro Popular, como sucedió con el CASES y el FPGC.

Gráfico 4.1. Evolución de los planes de beneficios del Seguro Popular, 1996-2012



Fuente: Adaptación del gráfico 2 de González-Pier y otros (2006).

PAC: Plan Ampliado de Cobertura; CABEME: Catálogo de Beneficios Médicos; CASES: Catálogo de Servicios Esenciales de Salud; CAUSES: Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud.

priorización de las intervenciones: “... utilizar los recursos destinados a salud de forma que se generen los mayores beneficios posibles en las condiciones de salud de la población”. Mientras que, según otra publicación, el objetivo del catálogo es: “...definir la composición y los alcances de cada uno de los servicios o procedimientos a los que la población afiliada tiene derecho” (CNPSS, 2009b). Quizás más importante aún resulta una publicación de Frenk, Gómez-Dantés y Knaul (2009) que menciona tres razones fundamentales para la implementación del CAUSES. Primero, que dicho paquete sirviera de base para calcular los recursos

que se requerían para proveer servicios de salud a la población sin aseguramiento. Segundo, que el paquete fuera usado como una herramienta de aseguramiento de la calidad, diseñado para garantizar que todos los servicios necesarios fueran ofrecidos de acuerdo con protocolos estandarizados. Tercero, que el paquete fuera usado para potenciar a la población afiliada, haciéndolos conscientes de sus derechos.

La LGS define el objetivo del FPGC pero no de su PBS. De acuerdo con su artículo 77 bis 29, el objetivo del fondo es “... apoyar el financiamiento en la atención

principalmente de beneficiarios del SPSS que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos...”.

Además, una de las motivaciones centrales de la formulación y costeo de un plan explícito de beneficios fue mejorar la equidad en el financiamiento del sistema de salud entre los afiliados a la seguridad social y la población sin aseguramiento. Antes de la reforma, el gasto público per cápita en salud por asegurado (principalmente de la seguridad social) era 2,3 veces mayor que el gasto público per cápita en salud por no asegurado (cifra para 2002) (Secretaría de Salud, 2006a). La introducción de los PBS quiso corregir este desequilibrio y aseguró la asignación de una cantidad específica de dinero público por familia afiliada y posteriormente por afiliado al Seguro Popular para el financiamiento de servicios médicos personales. Al establecer su contenido y costo, se evidenciaron los requerimientos de recursos por afiliado, lo que a su vez ayudó a movilizar recursos adicionales. El listado explícito de intervenciones permitió identificar brechas de cobertura en las localidades del país para orientar las decisiones de inversión en infraestructura, equipamiento y capacitación de los recursos humanos, y así garantizar progresivamente el acceso efectivo a los servicios. Como resultado, en 2010 la diferencia entre el gasto público per cápita en salud entre asegurados y no asegurados había disminuido a 1,2 veces (Knaul, González-Pier, Gómez-Dantés y otros, 2012).

Proceso de deliberación

El CABEME fue el PBS con el que comenzó a operar el Seguro Popular durante su fase piloto (2001-03). Cubría intervenciones del primer nivel de atención, atención ambulatoria y hospitalaria, pero no intervenciones de alto costo. El proceso de deliberación y negociación en el que se seleccionaron las intervenciones fue encabezado por la Secretaría de Salud y fue el resultado de un amplio consenso entre diferentes áreas de esta entidad y la participación

de varias disciplinas, incluidos médicos y economistas (una descripción de los métodos de priorización y costeo se encuentra más adelante). Asimismo, los análisis y discusiones de la Secretaría de Salud se complementaron con la consulta y asesoría de las autoridades de salud de los cinco estados donde se inició el piloto (Jalisco, Colima, Tabasco, Campeche y Aguascalientes).

En las discusiones se buscó diseñar un paquete de beneficios que cumpliera tanto criterios técnicos como otros requisitos: i) que fuera financieramente viable, lo que implicaba que la combinación de su costo per cápita por la cobertura esperada no rebasara el techo presupuestal asignado para su implementación; ii) que se contara con la capacidad técnica resolutive para su provisión con criterios mínimos de calidad, lo que dependía de la capacidad instalada de equipo, infraestructura y recursos humanos, y iii) que estuviera asociado con un formulario de medicamentos cuyo abastecimiento se pudiera garantizar tomando en cuenta la población esperada de afiliados. Al igual que en otros casos analizados en este libro (Colombia, Perú, Honduras, Uruguay) los ciudadanos, así como otros actores clave (por ejemplo asociaciones de médicos) no participaron explícita y sistemáticamente en este proceso inicial de definición del CABEME. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), el órgano operativo del Seguro Popular a nivel federal, fue señalada por la ley como la entidad responsable de actualizar el catálogo de servicios esenciales y el cálculo de los costos de las intervenciones que forman parte del mismo.

Los análisis previos a la introducción del Seguro Popular mostraron que los hogares no asegurados sufrían de gastos catastróficos y empobrecedores causados por gastos de bolsillo en salud (Secretaría de Salud, 2006a) se hizo entonces evidente la necesidad de complementar la cobertura de servicios de baja y mediana complejidad ofrecida en el CABEME con la cobertura de algunos eventos de salud catastróficos. La LGS definió así nueve categorías de problemas de salud

que serían objeto del financiamiento inicial del FPGC.⁹ Asimismo, la LGS y su reglamento (publicado en abril de 2004), designaron al Consejo de Salubridad General¹⁰ como el responsable de definir las enfermedades, los tratamientos, los medicamentos y los materiales asociados, objetos de financiamiento del FPGC. A partir de ahí, el Consejo de Salubridad General estableció un primer listado de 60 enfermedades candidatas a ser incluidas. Lakin y Daniels (2007), ofrecen una detallada descripción y análisis de este proceso de priorización, que se resume en los siguientes dos párrafos.

Las nueve categorías generales se seleccionaron con base en criterios técnicos y políticos. En términos técnicos, las categorías se definieron con base en criterios de costo-efectividad, años de vida ajustados por discapacidad y consideraciones de impacto presupuestario y costo total. En términos políticos, se consideró la existencia de programas en funcionamiento, tales como el de antirretrovirales para pacientes con VIH/sida. Igualmente se dio importancia a las consideraciones del Congreso de la Unión sobre equidad y derechos de las mujeres y los niños. La lista de las 60 enfermedades candidatas resultó de discusiones de nueve grupos de expertos médicos convocados por el Consejo de Salubridad General. Estos grupos definieron además los protocolos médicos para su atención, que sirvieron para calcular el costo promedio anual de atención de un subgrupo de ellas que, se consideró, encabezarían el listado de candidatas para entrar al FPGC en su primer año de operación.

El FPGC empezó cubriendo cuatro enfermedades: antirretrovirales para VIH/sida, cáncer cérvico-uterino, cuidados intensivos neonatales y leucemia linfoblástica aguda para niños

y adolescentes (menores de 19 años). Los antirretrovirales para pacientes con VIH/sida fueron seleccionados porque los pacientes constituían un grupo de presión fuerte que había apoyado la reforma en 2003. También, porque estaban financiados a través de un programa vertical administrado por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida y, así, su inclusión en el FPGC no implicaba un costo financiero adicional. De manera similar, algunos tratamientos neonatales ya se ofrecían a la población sin seguridad social a través del programa “Arranque parejo en la vida” creado durante la administración Fox para reducir la mortalidad materna e infantil. La inclusión de los cuidados neonatales y de la leucemia linfoblástica aguda estuvo influenciada en gran medida por la creciente evidencia de familias con miembros que sufrían de estas enfermedades y enfrentaban un gasto catastrófico y empobrecedor, además de los malos resultados por la alta tasa de abandono del tratamiento por falta de recursos. La inclusión del cáncer cérvico-uterino permitía beneficiar a la población femenina, dando atención al problema de salud que encabezaba desde entonces la lista de causas de mortalidad prematura en mujeres, además de que el sector público tenía la capacidad de identificar de una manera relativamente confiable los casos nuevos, sin contar con fondos necesarios para financiar su tratamiento.

En entrevistas realizadas con varios actores del sector, se ha confirmado el importante papel que jugó el entonces secretario de Salud en la toma de decisiones sobre las enfermedades cubiertas por el FPGC (Giedion, Panopoulou y Gómez-Fraga, 2009). Sin embargo, al mismo tiempo se ha señalado que, dadas las condiciones y presiones políticas y de tiempo, las enfermedades que se cubrieron fueron acertadas.

⁹ El diagnóstico y tratamiento del cáncer; problemas cardiovasculares; enfermedades cerebro-vasculares; lesiones graves; rehabilitación de largo plazo; VIH/sida; cuidados intensivos neonatales; trasplantes, y diálisis (artículo 14 transitorio del decreto de reforma de la LGS). En la terminología que se usó para definir las categorías hay discrepancias dado que en algunos casos se definió como nombre de cada categoría el tratamiento sugerido, por ejemplo diálisis y cuidados intensivos neonatales, mientras en otros casos se tomó el nombre de la enfermedad, por ejemplo cáncer y enfermedades cerebro-vasculares.

¹⁰ Creado en 1917 por mandato constitucional, rinde cuentas directamente al presidente y es responsable de planear, regular, coordinar y organizar el sistema nacional de salud.

En general, no hubo un alto grado de dificultad durante el período de deliberación y negociación de los paquetes del Seguro Popular, principalmente porque la reforma no intentó homologar o equiparar los paquetes de beneficios del IMSS y el ISSSTE con los del Seguro Popular y por ello no afectó a los derechos adquiridos de la población.

Como otros países documentados en este libro (Colombia, Uruguay, Perú), el diseño de los planes del Seguro Popular muestra un proceso paulatino de construcción, marcado por la capacidad de respuesta de la oferta y su disponibilidad presupuestal asociada. En este sentido, los PBS mexicanos se ajustan a la realidad nacional y no parecen reflejar una propuesta técnica ajena. Asimismo, y al igual que en Uruguay y Perú, los procesos de construcción se realizaron de manera separada para los servicios de baja y mediana complejidad y para los servicios de alto costo o catastróficos.

Principales características del CAUSES y del plan de FPGC

En esta sección se describen tres dimensiones de los dos planes analizados: su cobertura poblacional, el alcance de los servicios que prestan y su cobertura financiera en términos de los aportes que deben hacer los beneficiarios (copagos) (OMS, 2008).

Uno de los retos más importantes de la reforma que introdujo el Seguro Popular fue proveer aseguramiento a más de 50 millones de mexicanos no afiliados a la seguridad social, en su mayoría pobres. La implementación del Seguro Popular fue gradual, inició su operación en 2001 en cinco estados piloto con una cobertura de 59.500 familias pobres (Secretaría de Salud, 2006a). En diciembre de 2012, el Seguro Popular cubría aproximadamente a 52,9 millones de personas,

aproximadamente el 45% de la población de México (cuadro 4.1).

El alcance del CAUSES en término de servicios cubiertos se estableció a nivel nacional por primera vez en 2004 y evolucionó hasta ofrecer, en 2012, 284 intervenciones centradas en el primer y segundo nivel de atención. De manera similar, el paquete del FPGC, orientado a enfermedades de alto costo, ha ido aumentando su cobertura de “arriba hacia abajo”, comenzando por los eventos más catastróficos.

El contenido y la estructura del CAUSES incluye una descripción del diagnóstico y el tratamiento de cada intervención, las medidas de rehabilitación, los medicamentos necesarios y los exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas que podrán ser indicados por parte del médico tratante. Las intervenciones o servicios están agrupados en seis conglomerados: i) 27 intervenciones de salud preventiva; ii) consulta de medicina general o familiar y de especialidad que corresponde a 110 intervenciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades infecciosas que pueden ser atendidas en el primero y segundo nivel de atención; iii) 7 servicios de odontología; iv) 25 servicios de urgencias; v) 49 intervenciones de hospitalización, y vi) 66 intervenciones quirúrgicas de diagnósticos de mayor frecuencia de patologías digestivas, ginecológicas, obstétricas, dermatológicas, ortopédicas, etc. (CNPSS, 2012b).¹¹ La organización del CAUSES en estos seis conglomerados sigue una lógica jerárquica y, como se comenta en el catálogo de 2008, tiene la intención de “permitir la continuidad de la atención, facilitando la referencia y contrarreferencia del afiliado una vez identificadas las diferencias de complejidad entre cada unidad de salud y la necesidad de atención de todos los usuarios del SPSS”. Eso a pesar de que en la actualidad sigue habiendo desafíos

¹¹ En el anexo a este capítulo se presenta un extracto del catálogo, donde cada uno de los seis conglomerados se ejemplifica con una intervención, la organización y estructura del plan de beneficios.

Cuadro 4.1. Cobertura del Seguro Popular, 2004-12

Año	Número de familias afiliadas	Número de personas afiliadas	Número de miembros por familia
2004	1.563.572	5.318.289	3,4
2005	3.555.997	11.404.861	3,2
2006	5.100.000	15.672.374	3,1
2007	7.293.539	21.925.654	3,0
2008	9.146.013	27.176.914	2,9
2009	10.735.500	31.132.949	2,9
2010	15.542.400	43.518.719	2,8
2011	19.932.044	51.823.314	2,6
2012	20.349.235	52.908.011	2,6

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud, informes de resultados, 2005-13.

en los procedimientos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención.

Por su parte, para 2012, el paquete del FPGC cubrió 20 grupos o enfermedades conformados por 61 intervenciones (véase el anexo a este capítulo).¹² A diferencia del CAUSES, en el caso del fondo no se describen los procedimientos, intervenciones o medicamentos incluidos para cada uno de los eventos cubiertos. Sin embargo, se han manejado desde el inicio de operación protocolos de atención, que definen los insumos y servicios que representan los costos variables de cada intervención (medicamentos, estudios de laboratorio, etc.), y se usan para calcular el costo promedio, pero no para definir en detalle los beneficios cubiertos.

En el caso de patologías no cubiertas por alguno de los dos paquetes, los afiliados del Seguro Popular pueden recibir servicios financiados con recursos del presupuesto federal y estatal, distintos a los del Seguro Popular.

En cuanto a la cobertura financiera, la LGS deja abierta la posibilidad de introducir copagos para ciertos servicios y/o medicamentos, con la finalidad de reducir la demanda superflua y controlar la prescripción innecesaria. Sin embargo, hasta la fecha los copagos no se han implementado. Como se menciona en la sección sobre financiamiento, la única contribución que se ha realizado por parte de las familias afiliadas al Seguro Popular son las cuotas familiares al momento de afiliación, que forman parte de la “prima” del seguro.

Métodos de priorización, costeo y ajuste

Métodos de priorización

La selección de las intervenciones del CABEME se basó en las que ya tenían una efectividad reconocida y un sustento en los programas federales, que estaban regulados y que en muchos casos ya contaban con financiamiento. Para

¹² Entre las enfermedades que se financian por el FPGC se encuentran el cáncer cérvico-uterino, el tratamiento de VIH/sida, los cuidados intensivos neonatales, los distintos tipos de cáncer en niños y adolescentes, el trasplante de médula ósea, el cáncer de mama, el cáncer de testículo, el linfoma no Hodgkin, el trasplante de córnea, las enfermedades lisosomales en menores de 10 años, la hemofilia en menores de 10 años, el infarto agudo al miocardio en menores de 60 años, el cáncer de próstata, el trasplante renal en menores de 18 años, hepatitis C, el cáncer colono-rectal, el cáncer maligno de ovario y 17 patologías de trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos que forman parte del Seguro Médico para una Nueva Generación.

ello se utilizaron como fuentes i) los planes de servicios ya ofrecidos por otros programas como el Plan de Ampliación de Cobertura y el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud; ii) las intervenciones incluidas en los programas de nivel federal, y iii) el estudio Economía y salud, que presentó una propuesta de tres planes de servicios esenciales de salud (ordenados de menor a mayor número de intervenciones), basado en el costo por años de vida saludable ganado por beneficiario y por año.¹³

La selección también se basó en una serie de criterios: i) que las intervenciones fueran altamente costo-efectivo según datos de estudios previos, ii) que abordaran problemas de salud importantes en términos de carga de la enfermedad (medidos en años de vida saludable perdidos), y iii) que ya existiera una capacidad de respuesta razonable para evitar un problema de expectativas en el corto plazo. Además de estos componentes, se analizó la demanda con base en los ingresos hospitalarios y el registro de consultas del primer nivel de atención. A partir de estos datos, se logró que las intervenciones seleccionadas en el CABEME cubrieran el 95% de los motivos por los que la población acudía a solicitar atención ambulatoria y el 66% de las causas de ingresos hospitalarios registradas en los servicios de la Secretaría de Salud a nivel nacional. Con base en lo anterior se formularon dos planes, uno con 78 intervenciones y otro más amplio con 105 intervenciones. También se contemplaron unas 15 intervenciones de servicios médicos de alto costo, aunque en la fase piloto no estaba en operación el FPGC. El ejercicio de selección y diseño del CABEME quedó descrito en el libro *Estimación de costos de producción de servicios clínicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento médico* (Ávila-Figueroa, Herrera-Basto, Sousa-Fragoso y otros, 2002), que es la única fuente publicada sobre cómo se conformó el plan de servicios esenciales.

Uno de los puntos que no se había definido con claridad en el momento de la priorización es el concepto de la enfermedad catastrófica. Los estudios económicos que se desarrollaron antes y durante la reforma consideraron que un hogar enfrenta un gasto catastrófico cuando gasta más de 30% de su ingreso disponible (ingreso total menos el gasto en alimentos) en gastos médicos (Knaul, Arreola-Ornelas, Méndez-Carniado y otros, 2006). Sin embargo, esta definición resultaba poco operativa para definir las intervenciones de alto costo. Actualmente los expertos convocados por el Consejo de Salubridad General definen una enfermedad catastrófica según el período que dura la enfermedad, las diferentes etapas de tratamiento y su costo económico.

Métodos de costeo

Para definir el costo de las intervenciones cubiertas por el Seguro Popular se hicieron dos tipos de costeo. El primero fue de abajo hacia arriba (microcosteo), para lo que se elaboró la función de producción de cada una de las intervenciones, considerando todos los insumos necesarios para ofrecerlas (infraestructura, recursos humanos y equipamiento), se diseñaron árboles de decisiones para los padecimientos con varias opciones clínicas y se definió el costo promedio de funciones básicas como consulta externa, día de estancia hospitalaria, día de terapia intensiva, hora/quirófano, medicamentos, insumos, estudios, etc. (Ávila-Figueroa y otros, 2002). A partir de ahí se definió el costo de cada intervención, clasificado en fijo y variable.

El segundo tipo de costeo fue de arriba hacia abajo (macrocosteo) a partir de un techo presupuestario con el acuerdo implícito de que la financiación de los paquetes del Seguro Popular no podría exceder ese techo. Se consideró la población sin seguridad social

¹³ Un año de vida saludable correspondería a un año de vida saludable perdido. La medición de la carga de enfermedad por este indicador significaría la brecha entre la situación actual de salud de una población y la ideal, en la que cada miembro de esa población podría alcanzar la vejez libre de enfermedad y discapacidad.

(población objetivo del Seguro Popular), la demanda estimada de cada intervención (incidencia) y se estimó un costo per cápita por intervención. La suma de los costos anuales de las intervenciones que formarían el paquete no podía exceder el costo total per cápita que se definió como techo presupuestario.

En el caso del paquete del FPGC, se llevó a cabo el mismo ejercicio de costeo de abajo hacia arriba, aunque solo se consideraron los costos variables (costo marginal de las intervenciones), tomando en cuenta que las instituciones que proveen este tipo de servicios, principalmente hospitales de alta especialidad, ya recibían recursos para el financiamiento de los costos fijos (salarios, costos de capital y servicios generales).

En ambos casos, probablemente la mayor dificultad fue la disponibilidad y confiabilidad de la información de los servicios de la Secretaría de Salud para realizar los cálculos, por lo que en ocasiones se utilizó información de otras instituciones del sector salud, o incluso de otros países.

Ajuste del CAUSES y del paquete del FPGC

Ajuste del CAUSES

El ejercicio de la selección y diseño inicial del CABEME no se repitió en años posteriores a la introducción del SPSS, aunque se hicieron varios ajustes al PBS que se describen a continuación.

Durante el período 2004-08, el ajuste del CAUSES se basó en un ejercicio dirigido por la CNPSS que utilizó varias fuentes, por ejemplo el costeo de las intervenciones que no se habían incluido inicialmente en el CAUSES, así como la opinión y experiencia de los estados que proponían intervenciones a incluir de acuerdo con la demanda en los servicios estatales. A partir de ahí se listaron

anualmente las intervenciones candidatas a incluir, sobre la base de un consenso de diferentes áreas de la CNPSS y tomando en cuenta criterios tanto clínicos como económicos, similares a los considerados para diseñar el primer paquete: suficiencia presupuestaria, capacidad resolutive y capacidad técnica, entre otros. Sin embargo, este proceso no se sistematizó, institucionalizó ni documentó.

Entre 2004 y 2008 la cantidad de intervenciones del CAUSES pasó de 91 a 266, un aumento del 192%. Los cambios no solo significaron que se incluyeron nuevas intervenciones o se desagregaron intervenciones ya incluidas, sino también que se excluyeran intervenciones con baja demanda o una efectividad terapéutica limitada, según información de los estados.

Durante este mismo período, el aumento de las intervenciones se acompañaba año tras año con un aumento real moderado de los recursos financieros (véase cuadro 4.2), sin una clara relación entre el aumento de las intervenciones y el aumento de los recursos.

Considerando la necesidad de actualizar el costo de las intervenciones, a partir de 2008 la CNPSS definió protocolos técnicos para todas las enfermedades del CAUSES y para enfermedades candidatas para incluir. Los protocolos se transformaron en hojas de cálculo a través de una metodología estandarizada, con información parecida a la utilizada en el primer costeo: perfil epidemiológico de las enfermedades y datos de utilización, incluidos ingresos hospitalarios. Esta actualización demostró que el cálculo original sobreestimó la demanda de ciertas intervenciones, por lo que se observaba una holgura presupuestaria del costo per cápita del CAUSES. El hecho de que los recursos per cápita asignados al CAUSES fueran más que suficientes para financiar sus intervenciones permitió incluir nuevas intervenciones en 2010 y 2012.¹⁴

¹⁴ Intervenciones/patologías relacionadas con la atención de la emergencia obstétrica, salud mental, el programa de atención de adicciones, vacunación, enfermedades de rezago, trastornos de alimentación y diabetes, entre otros.

Ajuste del paquete del FPGC

A la inclusión de las primeras cuatro enfermedades del paquete del FPGC se sumaron cataratas, trasplante de médula ósea, otros tipos de cáncer en niños y adolescentes, cáncer de mama y las 17 enfermedades del Seguro Médico para una Nueva Generación (véase el anexo a este capítulo). En 2011 entraron en el paquete del fondo el cáncer de testículo, cáncer de próstata, enfermedades lisosomales y hemofilia en menores de 10 años, trasplante de córnea, infarto agudo de miocardio en menores de 60 años y se amplió la cobertura del linfoma no Hodgkin y trasplante de medula ósea en mayores de 18 años. En 2012 se incluyó el trasplante de riñón en menores de 18 años, la hepatitis C, tumor maligno de ovario y cáncer colono-rectal.

La inclusión de estas enfermedades en el FPGC, de acuerdo con lo comentado en el caso de las primeras cuatro enfermedades, obedece a una priorización a favor de grupos vulnerables tales como los niños y con un enfoque basado en cuestiones de género, como el cáncer de testículo y próstata, o el cáncer de mama y cérvico-uterino. Para la mayoría de los tipos de cáncer, se ordenó la priorización por ser enfermedades que generan altos costos y para su inclusión se tomaron en cuenta elementos de eficacia clínica y de costo-efectividad. Sin embargo, una búsqueda de minutas del Consejo de Salubridad General donde se documenta bajo qué criterios y procesos se incluyeron las distintas enfermedades no arrojó resultados. Muchas de las decisiones y discusiones de selección se tomaron en reuniones que no quedaron documentadas.

El caso de las cataratas es de interés, dado que no parece ser una intervención que genere gastos catastróficos. Lakin y Daniels (2007) relacionan este caso con presiones por parte de organizaciones no gubernamentales; en particular mencionan que la Fundación Gonzalo Río Arronte quería donar un monto de 50 millones de pesos mexicanos para incrementar el número de cirugías de

cataratas en el país, pero dado que los donativos de la Fundación cubrían principalmente equipos, pidieron a la Secretaría de Salud contribuir otros 50 millones de pesos para cubrir el costo del personal. Los recursos destinados para esas cirugías se incluyeron en el fondo. En consecuencia, la intervención entró en el paquete. Otros actores mencionan que existía un rezago en el sector salud relacionado con las cirugías de cataratas, que el sector público había dejado de hacer por un período de más de 15 años. Aunque no representaban un gasto catastrófico a nivel individual, las cirugías podrían representar un gasto catastrófico para el sector público por la alta demanda por parte de la población sin seguridad social.

Este ejemplo y otros, como el financiamiento de vacunas a través del fondo y las patologías del Seguro Médico para una Nueva Generación que fueron incluidas en un período muy corto y sin contar con protocolos de atención, demuestran que en varias ocasiones el FPGC se ha usado para financiar intervenciones que no generan necesariamente gastos catastróficos a nivel familiar o personal. El FPGC cuenta con un fidecomiso sin límite presupuestal, lo que significa que al final de cada año los recursos que no hayan sido utilizados no deben ser reintegrados a la Tesorería de la Federación.

Por la necesidad de institucionalizar el proceso de inclusión de enfermedades catastróficas en el paquete del FPGC, en el verano de 2006 el Consejo de Salubridad General empezó a desarrollar un manual para la priorización. Se crearon cuatro grupos de trabajo: el de evaluación clínico-epidemiológica, el económico, el de valoración ética y el de aceptabilidad social. Con base en el primer manual para la priorización se definió que los cuatro grupos de trabajo tendrían un estatus/peso similar. Cada grupo usaría indicadores relevantes a su tema para evaluar las enfermedades (Lakin y Daniels, 2007). Luego, las evaluaciones de cada grupo se traducirían a un índice compuesto

que permitiría ordenar las distintas enfermedades y definiría su inclusión. A este primer borrador de manual le siguieron otros borradores, pero el cambio de administración nacional, a finales de 2006 y principios de 2007, produjo cambios en las personas que participaban y llevó a una pausa que continuó hasta principios de 2009. En 2009 se reinició el trabajo, pero muchas de las preguntas que se habían planteado originalmente quedarían aún sin respuesta. Las preguntas más difíciles de contestar correspondían a los grupos ético y de aceptabilidad social, por ejemplo el tipo de criterios e indicadores que se tomarían en cuenta, o quién integraría estos grupos. Aunque la formulación del manual permitió ordenar mejor la lista de enfermedades a incluir en el fondo, no consiguió institucionalizar un proceso de priorización.

A la fecha, y nueve años después de implementar la reforma, no existen procesos formales e institucionalizados para ajustar el CAUSES y el paquete del FPGC. Durante este periodo se han hecho intentos aislados por definir la priorización de los dos paquetes, sin resultado final. Actualmente, y después de haber conseguido la cobertura universal, se presenta la oportunidad de concentrar esfuerzos para formalizar la priorización de los paquetes del Seguro Popular y añadir transparencia y credibilidad al proceso.

Financiamiento

El mecanismo financiero del Seguro Popular responde a la intención de sus creadores de combinar fuentes de financiamiento existentes y nuevas en una sola bolsa virtual sin tener que cambiar las estructuras financieras vigentes en el momento de la reforma, como por ejemplo los recursos que se destinaban históricamente a los estados a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud o los recursos de

programas como Oportunidades. Esta lógica, conocida como alineación de recursos, evitó duplicar recursos y sentó las bases para que, en un futuro, los estados destinen los fondos que reciben para salud a financiar el SPSS.

Esta sección describe las fuentes de financiamiento de los paquetes del Seguro Popular, la evolución de la asignación presupuestaria por persona y la participación de estos recursos en el gasto público en salud total.

Fuentes de financiamiento

El financiamiento del Seguro Popular tiene tres componentes, como se muestra en el esquema 4.2: las aportaciones federales de nivel central, las aportaciones de nivel estatal y las cuotas familiares. El CAUSES y el paquete del FPGC se financian con una bolsa de dinero compuesta en su mayoría por recursos nacionales (74,4%), que se complementan con recursos de nivel estatal (25,5%), y en mucha menor medida con aportes de las familias (0,1%) (datos de 2012). Casi el 90% de estos recursos financia los servicios de baja y mediana complejidad del CAUSES y menos del 10% financia las prestaciones y enfermedades catastróficas incluidas en el FPGC.

Las aportaciones provenientes de recursos federales se dividen en dos partes:

- a. La *cuota social* por persona beneficiaria, que equivale al 3,92% de un salario mínimo general vigente diario en el Distrito Federal. La cuota social anual ascendió en 2012 a US\$66,8 por persona.¹⁵
- b. La *aportación solidaria federal* por persona afiliada es en promedio 1,5 veces el monto de la cuota social, pero varía de acuerdo con el nivel de ingresos de cada estado: en los más pobres es mayor, a costo de los

¹⁵ Se calculó por única vez en enero de 2009, y se ha actualizado periódicamente según la inflación. El tipo de cambio promedio anual de 2012 es de 13,17 pesos mexicanos por dólar (fuente: Banco de México).

Esquema 4.2. Fuentes y usos de los recursos del SPSS, 2012



Fuente: Elaboración propia, con datos del informe de resultados 2013 del Sistema de Protección Social en Salud.

Nota: Los recursos del Fondo de Previsión Presupuestal financian infraestructura, equipamiento y cubren las diferencias imprevistas en la demanda por la prestación interestatal de servicios de salud.

más ricos (de conformidad a una fórmula que considera factores como el número de familias afiliadas, las necesidades de salud, el desempeño de los servicios de salud, etc.). El promedio de la aportación solidaria federal anual a nivel nacional en 2012 fue de US\$100,2 por persona. El Gobierno federal transfiere como aportación solidaria federal solo la parte que reste después de considerar los presupuestos de programas y fuentes que existían antes del Seguro Popular (recursos existentes).

La aportación solidaria estatal proviene de recursos estatales, es igual para todos los estados y se fijó en la mitad de la cuota social. En 2012, la aportación solidaria estatal anual equivalía a US\$33,4 por persona.

Las cuotas familiares son pagos que deben hacer las familias afiliadas al Seguro Popular con excepción de los grupos más pobres de la población (deciles I a IV de ingreso). La cuota es anual, por familia y depende del nivel de ingreso familiar. Su nivel varía entre US\$157 (para el decil V en 2012) y US\$864 (para el decil X) para las personas más

ricas (CNPSS, 2013). Estas aportaciones son recaudadas directamente por los gobiernos estatales. Tienen como objetivo crear una cultura de corresponsabilidad y de pago anticipado. Desde el principio no se contemplaron como un recurso importante para el financiamiento de los paquetes.

Evolución de la asignación presupuestaria por persona

En 2012, la asignación presupuestaria por persona para el CAUSES y el paquete del FPGC fue, en promedio, de aproximadamente US\$201. El cuadro 4.2 muestra la evolución de la asignación presupuestaria para el período 2004-12, tomando en cuenta que el financiamiento del sistema cambió en 2009 de una asignación familiar a una personal. Las cifras señalan que en el período 2004-09 el crecimiento real de los recursos asignados al Seguro Popular ha sido positivo, aunque con una tendencia decreciente. En 2010, al pasar de una asignación familiar a una por persona, el financiamiento per cápita disminuyó un 27%, mientras que en 2011 y 2012 se ha mantenido estable en términos reales.

Cuadro 4.2. Presupuesto per cápita para el Seguro Popular, 2004-12

Asignación	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Familiar (pesos corrientes)	7.553	7.881	8.076	8.404	8.720	9.289	-	-	-
Individual (pesos corrientes)	2.221	2.463	2.605	2.801	3.007	3.203	2.436	2.543	2.641
Individual (pesos constantes de 2012)	3.089	3.293	3.362	3.477	3.550	3.592	2.623	2.648	2.641
Crecimiento real	-	6,6%	2,1%	3,4%	2,1%	1,2%	-27,0%	1,0%	-0,3%
Individual (dólares constantes de 2012)	197	226	239	256	270	237	193	205	201

Fuente: Elaboración propia con base en los informes de resultados 2005-13 del Sistema de Protección Social en Salud.

El cambio de la unidad de financiamiento tenía como meta equilibrar las finanzas del Seguro Popular, ya que había evidencia de que el tamaño familiar promedio era menor al 3,4 establecido cuando se puso en marcha el esquema.¹⁶ Eso sucedía en parte porque los estados manipulaban el número de familias afiliadas al separar las personas que compartían una misma vivienda en varias familias, lo que incrementaba los recursos federales que recibían. Como resultado, estados con mayores recursos y tamaño de familia más reducido recibían un financiamiento mayor por persona en comparación con estados más pobres y con familias más numerosas (CNPSS, 2009a). Al cambiar el financiamiento de familia a persona se impulsó la afiliación, que registró en 2010 un máximo de 12,4 millones de afiliados adicionales. Se espera que se beneficiarán los estados con más afiliados.

En el caso del FPGC, se cubre exclusivamente el costo marginal de las intervenciones (costos variables), dado que las instituciones que proveen los servicios, principalmente los hospitales

de alta especialidad, reciben su propio presupuesto para cubrir los costos fijos. En 2012, el monto de servicios asignados a los prestadores como reembolso de los costos variables de la prestación de las coberturas del FPGC fue de US\$825 millones, que dividido por el número de afiliados del Seguro Popular para ese año (52,9 millones) da un costo per cápita marginal de aproximadamente US\$12.¹⁷ Este costo está incluido en la asignación presupuestaria de US\$201.

Participación en el presupuesto

Como se mencionó al principio de esta sección, los paquetes del Seguro Popular se financian en parte con recursos que ya existían y en parte con nuevos recursos. En 2011, el conjunto de recursos representaba el 28,1% del gasto público en salud y los nuevos recursos representaban un 18,4% (cuadro 4.3). Los nuevos recursos destinados al financiamiento del CAUSES y del paquete del FPGC aumentaron más de 10 veces entre 2004 y 2011.

¹⁶ El núcleo familiar del Seguro Popular se integraba por el jefe de familia; su cónyuge; menores de 18 años o estudiantes hasta 25 años; ascendientes directos mayores de 64 años dependientes económicamente que habitan en la misma vivienda, y personas con discapacidad, dependientes, de cualquier edad.

¹⁷ No es posible calcular un costo total para el paquete del FPGC dado que los costos fijos difieren entre los hospitales de alta especialidad.

Cuadro 4.3. Gasto público en salud, 2004-11*

Gasto público en salud	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total	307.294	314.502	329.687	355.399	373.427	397.330	420.581	436.947
Población con seguridad social	206.914	195.147	198.383	209.276	206.201	216.982	233.028	243.261
% del total	67,3	62,0	60,2	58,9	55,2	54,6	55,4	55,7
Población sin seguridad social	100.380	119.355	131.304	146.123	167.227	180.348	187.552	193.686
% del total	32,7	38,0	39,8	41,1	44,8	45,4	44,6	44,3
Seguro Popular								
Recursos existentes y nuevos	10.352	24.216	41.015	60.102	78.496	95.148	94.424	122.799
% del total	3,4	7,7	12,4	16,9	21,0	23,9	22,5	28,1
Recursos nuevos	7.724	15.344	28.334	41.644	52.587	62.918	65.421	80.268
% del total	2,5	4,9	8,6	11,7	14,1	15,8	15,6	18,4

Fuente: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal, 2012. Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud; informe de resultados 2013 del Sistema de Protección Social en Salud.

* Pesos constantes de 2011.

En el período 2004-11 el gasto público en salud para la población sin seguridad social creció relativamente más rápido que para la población con seguridad social. Al igual que en Colombia y Uruguay, los paquetes explícitos del Seguro Popular definen una parte creciente de los recursos del sector y se han convertido en instrumentos estratégicos para aumentar el gasto público en salud en México.

Implementación

La implementación de los PBS supone retos importantes, como el equilibrio micro de los actores del sistema, la gestión de la compra de los servicios priorizados, el monitoreo de la calidad del servicio, así como los recursos físicos y humanos para garantizar el acceso efectivo a los derechos que se plasman en los planes de beneficios. A continuación se describe los aspectos del CAUSES y el paquete del FPGC.

Equilibrio financiero

De acuerdo con la ley, la CNPSS realiza anualmente una valoración financiera y actuarial del CAUSES y del FPGC. Hasta la fecha, los resultados de esas evaluaciones no son públicos, en contraste con los de evaluaciones actuariales realizadas para los seguros del IMSS e ISSSTE. Por ello, no existen fuentes de dominio público en las que basarse para opinar sobre el equilibrio financiero del SPSS. Sin embargo y como se comentó anteriormente, se ha actualizado el costeo del CAUSES, que ha mostrado una holgura presupuestaria en comparación con el costeo original.

Compra de servicios médicos

En el caso del CAUSES, no hay vínculo directo entre el pago de proveedores, en su mayoría públicos, y la provisión de servicios del paquete. Dicho de otra

manera: a los prestadores no se los remunera en función de los servicios que otorguen. A diferencia de otros casos de este libro (PIAS de Uruguay, AUGE de Chile, plan Nacer de Argentina y POS de Colombia) donde el financiamiento y la provisión están separados, en la mayoría de los estados de México el gestor de los recursos financieros y el prestador coexisten bajo el sistema de salud estatal. Los recursos a nivel estatal se distribuyen todavía a partir de presupuestos históricos y sin considerar el desempeño del prestador donde se atienden los pacientes, incluida la calidad, la complejidad o el resultado de los servicios.

Que no se hayan separado las funciones de financiamiento y provisión a nivel estatal se relaciona con el control que los estados y los servicios estatales de salud quieren todavía mantener sobre los recursos del Seguro Popular. Aunque la CNPSS intenta contar con información sobre cómo y en qué se gastan los recursos del Seguro Popular en los estados, en la actualidad no hay regulaciones para la rendición de cuentas y la transparencia en el uso de los recursos.

A diferencia del CAUSES, los pagos por servicios del paquete del FPGC están vinculados con su provisión. Una institución que presta servicios cubiertos por el FPGC debe presentar su solicitud a la CNPSS para prestar un servicio cubierto por el fondo; esta se valida y luego se paga. El monto a pagar está definido por una tarifa fija que no cambia en razón del número y tipo de estudios o intervenciones efectuadas durante el tratamiento del paciente. Es decir que los proveedores asumen parte del riesgo del tratamiento, y por ello se espera que efectúen los procedimientos necesarios para atender al paciente.

Separar el financiamiento de la provisión de servicios médicos no es una condición indispensable para que el dinero siga al paciente. Sin embargo, cuando el gestor de recursos y el prestador son la misma entidad, es frecuente que los recursos se repartan con criterios distintos al del pago por prestación de servicios.

Exigibilidad de los servicios médicos

Los PBS del Seguro Popular definen una serie de intervenciones explícitas que los afiliados tienen derecho de recibir. Así se concretó el derecho a la protección de la salud como se define en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917. Pero ni la Constitución ni la LGS definen con claridad cómo pueden los afiliados exigir que se cumpla ese derecho. El artículo 4 de la Constitución señala que "...la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución". La LGS establece que los derechos de los afiliados incluyen: "Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas, y ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida".

Por otro lado, en el apartado 11 de las reglas de operación del SPSS, que corresponde a quejas y denuncias, se define que se crean dos instancias: el Sistema Nacional de Atención Ciudadana del Seguro Popular, compuesto por un centro de atención telefónica donde se reciben preguntas, quejas, sugerencias y comentarios de todo el país, y el "buzón electrónico contacto", donde ciudadanos y beneficiarios pueden enviar sus preguntas, quejas, sugerencias y comentarios a través de Internet. También se ofrece un sistema de atención a la población para la demanda ciudadana, operado por los órganos estatales de control y la Secretaría de la Función Pública.

Si bien existe un proceso para presentar quejas, el número recibido es muy bajo en comparación con los afiliados al Seguro Popular. En el informe de resultados del

SPSS 2012 (CNPSS, 2013) se informa que a nivel nacional se atendieron 41.819 llamadas a través del centro de atención telefónica, de las que 8% fueron quejas (3127 llamadas). De ellas, los principales tipos fueron: cobro por atención (39,6%), mala atención (22,2%), negación del servicio (13,5%) y desabasto de medicamentos (9%). Mediante el buzón electrónico contacto se recibieron 2167 correos, de los que 9% fueron quejas. El informe no menciona la resolución de las quejas, el porcentaje de quejas resueltas, el tiempo de respuesta o el seguimiento que se les dio, más allá de que se canalizaron a los estados para su atención.

De lo anterior se deduce que los planes del Seguro Popular actualmente son exigibles en teoría, pero nada sugiere que lo sean en la realidad. La experiencia de México muestra que la exigibilidad del derecho a la protección de la salud plasmado en un plan explícito de beneficios no solo depende del alcance del plan, sino también de los mecanismos para hacerlo exigible y de la potenciación de los usuarios frente a sus derechos.

Control de la calidad

De acuerdo con la LGS, los establecimientos que desean ingresar en la red de prestadores del Seguro Popular deben acreditarse y garantizar una oferta de servicios médicos apropiada. La acreditación está a cargo de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Secretaría de Salud. Los principales aspectos de la acreditación son seguridad, calidad y capacidad instalada del personal médico, dispositivos físicos, infraestructura y medicamentos.

En cuanto al CAUSES, deben acreditarse los centros de salud, hospitales generales, unidades móviles y unidades de especialidades médicas. De acuerdo con el informe de resultados del SPSS 2012, durante el período 2004-12 se acreditaron 10.788 unidades, lo que

representa el 84,6% de un universo de 12.743 establecimientos inscritos en el SPSS (CNPSS, 2013). Para proveer el paquete del FPGC deben acreditarse los hospitales generales, unidades de especialidades médicas, centros regionales de alta especialidad y hospitales privados. En 2012 había acreditados 1013 establecimientos que cubren todas las intervenciones del fondo.

La acreditación de los establecimientos públicos que prestan servicios a afiliados del Seguro Popular se analizó durante el primer ciclo de evaluaciones del SPSS 2005-06, aunque este componente se evaluó en años posteriores. La evaluación inicial había enfatizado la necesidad de acreditar más unidades en menor tiempo, un reto que parece estar vigente, dado que en la actualidad algo más de un 15% de las unidades que prestan servicios del CAUSES no están acreditadas. Además, la evaluación argumentaba que el principal obstáculo para acreditarse era la calidad, mientras que el componente de seguridad tenía un desempeño satisfactorio. En la actualidad, el número de prestadores acreditados se informa anualmente a través de los informes de resultados del SPSS, pero sin un análisis cualitativo o de los retos de la acreditación.

Conocimiento de los beneficios y mecanismos para exigir derechos por parte de la población

Hay pocas fuentes de información sobre el conocimiento de la población acerca de los beneficios de los paquetes del Seguro Popular. La CNPSS realiza anualmente una encuesta de satisfacción entre los usuarios de Seguro Popular cuyos resultados publica en su página de Internet. A través de este instrumento, se pregunta si los beneficiarios del sistema han recibido información sobre los servicios del Seguro Popular al momento de inscripción. El porcentaje de personas que responden afirmativamente aumentó desde 57% en 2009 a 90,5% en 2011.¹⁸

¹⁸ Estas encuestas tienen muestras de unas 20.000 personas a la salida de unidades prestadoras de servicios (CNPSS, 2009c y 2011b).

La Encuesta de Salud y Nutrición de 2006 reporta que 3 de cada 4 personas afiliadas han recibido el catálogo de beneficios médicos del Seguro Popular, mientras que poco menos de unas tres cuartas partes de los afiliados consideran que cuentan con información suficiente sobre sus derechos y obligaciones.

Recursos físicos y humanos

La disponibilidad de recursos físicos y humanos es muy importante dado que la cantidad de afiliados ha aumentado rápidamente y a 2013 representa cerca de la mitad de la población del país. De acuerdo con datos del Sistema Nacional de Información en Salud, los niveles e índices por 1000 habitantes de camas, consultorios, médicos y enfermeras han aumentado en el período 2000-10 (cuadro 4.4). Los aumentos han sido mayores en recursos humanos que en infraestructura física, y para la Secretaría de Salud en comparación con todo el sector.

Aun así, los recursos humanos siguen siendo un gran desafío, como lo demuestra la evaluación gerencial del SPSS de 2009 (INSP, 2009). Para enfrentar el incremento de la demanda de servicios médicos, los servicios estatales de salud han contratado personal por honorarios con recursos del SPSS, sin otros beneficios laborales. Como esta modalidad de contratación es precaria ha habido una fuerte presión por contratar al personal de forma permanente. Al cierre de 2009, la Secretaría de Salud estimaba que los servicios estatales de salud habían “regularizado” alrededor de 70.000 trabajadores de varios niveles, de los que más de 24.000 lo fueron con recursos del SPSS. La regularización implicó otorgar prestaciones laborales al personal y ampliar la vigencia de los contratos, lo que incrementó los recursos necesarios. De acuerdo con la evaluación de 2009, la cantidad y las categorías del personal contratado parecen responder a la oferta

de servicios del CAUSES y al número de afiliados por estado, pero el costo de la regularización ha recaído completamente en el SPSS, limitando la posibilidad de utilizar los fondos del sistema para cumplir con metas de afiliación, provisión de medicamentos y otros insumos, etc. Para controlar, la CNPSS ha puesto el tope de 40% de los recursos para pagar al personal contratado para proveer servicios.

En suma, si bien se han explicitado los beneficios para la población de los PBS, todavía se requiere aumentar la capacidad física y humana para cubrir a la población beneficiaria y controlar la calidad para garantizar la eficiencia y efectividad de las prestaciones; además, se debe avanzar en la divulgación de los derechos de los beneficiarios para que puedan reclamar sus derechos.

Evaluación

Desde el principio de la reforma, en 2003, se enfatizó la importancia del monitoreo y la evaluación. En el artículo 75, fracción III, del reglamento de la LGS se planteó un modelo de evaluación con tres componentes: financiero, gerencial y de impacto. La Dirección General de Evaluación de Desempeño de la Secretaría de Salud es la responsable de evaluar el Seguro Popular. De acuerdo con este marco legal, se han hecho evaluaciones a cargo de instituciones académicas nacionales e internacionales, que cubrieron diferentes aspectos de la reforma.¹⁹

La evaluación inicial del SPSS, probablemente la más completa, se realizó en 2005-06. Entre 2007 y 2010 hubo otras evaluaciones, más enfocadas en procesos administrativos y gerenciales. En la primera evaluación se analizaron temas relevantes para el otorgamiento de los paquetes y sus resultados. Entre ellos, acceso y utilización de servicios, abastecimiento de medicamentos,

¹⁹ Aunque muchas publicaciones evalúan distintos aspectos del Seguro Popular, esta sección se concentra en las evaluaciones comisionadas por la Dirección General de Evaluación de Desempeño y con énfasis en los paquetes del Seguro Popular.

Cuadro 4.4. Recursos físicos y humanos, 2000-10

Año	Camas	Consultorios	Médicos	Enfermeras
Sector salud total (índices por 1000 habitantes)				
2000	0,8	0,5	1,2	1,9
2005	0,7	0,5	1,5	1,9
2010	0,8	0,6	1,7	2,3
Tasa de crecimiento 2000-10	3,2%	16,1%	41,7%	20,4%
Sector salud total (niveles)				
2000	77.144	51.492	140.629	190.335
2005	75.992	53.365	155.880	201.036
2010	84.625	65.801	188.909	252.625
Tasa de crecimiento 2000-10	9,7%	27,8%	34,3%	32,7%
Secretaría de Salud total (niveles)				
2000	31.487	23.395	54.293	73.502
2005	33.388	26.671	65.575	83.097
2010	37.851	33.015	87.407	115.017
Tasa de crecimiento 2000-10	20,2%	41,1%	61,0%	56,5%

Fuente: Boletines de información estadística de la Secretaría de Salud, 2000, 2005 y 2010.

cobertura efectiva, condiciones de salud, trato adecuado y protección financiera. Según los resultados, los afiliados al SPSS tienen mayor probabilidad de utilizar servicios de salud que los no afiliados. Al mismo tiempo, el SPSS protege contra los gastos catastróficos, especialmente a subgrupos de hogares que reportaron la utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios. La dispensación de recetas de medicamentos ha mejorado a causa del SPSS; sin embargo, el nivel actual es inferior al observado en las unidades de la seguridad social. La cobertura efectiva de los servicios se incrementó en todas las intervenciones estudiadas en un período de cinco años, en particular en hipertensión arterial, detección de cáncer de mama y cérvico-uterino, atención del parto y

manejo de nacimientos prematuros.²⁰ Asimismo, la mejor cobertura efectiva benefició tanto a las personas afiliadas al SPS como a las no afiliadas. No se observaron grandes cambios en términos de condiciones de salud, pero dados los pocos años desde la reforma esto era esperable. Algunos de estos resultados fueron corroborados por otros estudios²¹ y las evaluaciones del SPSS de 2008 (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 2010) y 2010 (INSP, 2010).

Además, tres de las evaluaciones incluyeron aspectos relacionados con el FPGC. Las de 2007 (INSP, 2008) y 2009 (INSP, 2009) se enfocaron en aspectos administrativos y gerenciales

²⁰ A efectos de esta evaluación se definió como cobertura efectiva que una intervención se preste si es necesaria y que logre los resultados deseados (calidad). Por ejemplo, en el caso de tratamiento de hipertensión arterial, la necesidad se definió con base en la población objetivo: adultos de 20 años o más, con niveles de presión arterial sistólica iguales o superiores a 140 mmHg; la utilización se definió como autorreporte de uso de antihipertensivos, mientras que la calidad se midió como reducción de la presión arterial sistólica debida al tratamiento.

²¹ Para una revisión bibliográfica sobre los efectos de la reforma véase Knaul y otros (2012).

del fondo. Los resultados de la última evaluación señalan tres problemas en la operación: i) dificultades para acreditar hospitales en los estados a causa de falta de infraestructura y/o falta de recursos para acreditarse; ii) problemas operativos para notificar y validar oportunamente casos por deficiencias en recursos materiales y humanos, y iii) falta de oportunidad en la transferencia de recursos por parte de la CNPSS. Además, la evaluación de 2007 menciona que gran parte de los recursos siguen asignándose a la compra de antirretrovirales, lo que deja a otros padecimientos a la zaga, mientras que el uso de recursos del FPGC para la compra de vacunas no concuerda con la lógica de financiar un evento de atención personalizada para atender un programa específico de salud. La evaluación de 2010 analizó el efecto del FPGC en pacientes de cáncer cérvico-uterino y concluyó que, aunque el fondo había disminuido el gasto de bolsillo de las pacientes y sus familias, debería incentivar el diagnóstico temprano, lo que a su vez facilitaría la atención oportuna y lograría la sobrevivencia de las pacientes (INSP, 2010).

La reforma del Seguro Popular ha sido ampliamente evaluada, pero dado que la evaluación debe ser un proceso continuo, falta cubrir de nuevo temas de la primera ola de evaluaciones, como cobertura efectiva y resultados de salud.

Lecciones y recomendaciones

Uno de los principales logros de la reforma que creó el SPSS fue explicitar los servicios a los que tiene derecho la población afiliada al Seguro Popular. El caso del CAUSES y del paquete del FPGC contrasta en México porque ningún otro subsector de salud en el país (IMSS, ISSSTE, Pemex, etc.) tiene un paquete claramente definido. Como segundo logro, los paquetes del Seguro Popular, con todas sus deficiencias de deliberación, implementación y ajuste, han hecho de la priorización de los servicios médicos un tema de discusión. Un tercer logro es su efecto sobre la

disponibilidad de recursos financieros para la prestación de servicios de salud a la población sin seguridad social, que aumentó significativamente. Ello llevó a una distribución más equitativa entre población con y sin seguridad social.

Quedan retos importantes por cumplir. El principal es institucionalizar los procesos de priorización de ambos paquetes. Aunque se han hecho esfuerzos importantes para ordenar el proceso, a la fecha este no está formalizado ni documentado. Segundo, la falta de información pública sobre el costeo de los paquetes y la inclusión de nuevas intervenciones no ha permitido debatir sobre el nivel de financiamiento per cápita y cómo se compara con el costo teórico y empírico del paquete. Dado que ya se logró la cobertura poblacional, los siguientes pasos deben enfocar la cobertura de servicios adicionales. Para ello, se necesitan recursos parecidos a los que en la actualidad disfruta la población con seguridad social. La información sobre el equilibrio micro y macro del sistema permitirá argumentar a favor de más recursos. Como tercer reto, se plantea vincular la provisión de los servicios del CAUSES con los mecanismos de pago, de tal manera que el dinero siga al paciente al cruzar la frontera estatal. La falta de transparencia a nivel estatal sobre la asignación del presupuesto para salud causa serias preocupaciones sobre el uso del dinero y sobre los resultados en salud que se pretende lograr.

Finalmente, bajo el supuesto de que México va hacia un sistema integrado en salud, un tema importante será definir un paquete único para toda la población. Los paquetes del Seguro Popular podrán conformar la base para un nuevo paquete sectorial, pero la pregunta es cómo se definirá su alcance considerando la cobertura diferente de los servicios de seguridad social y el SPSS. Los retos son múltiples: el manejo político, la presión de los sindicatos, las limitaciones financieras, de capacidad resolutive y de capacidad técnica, entre otros.

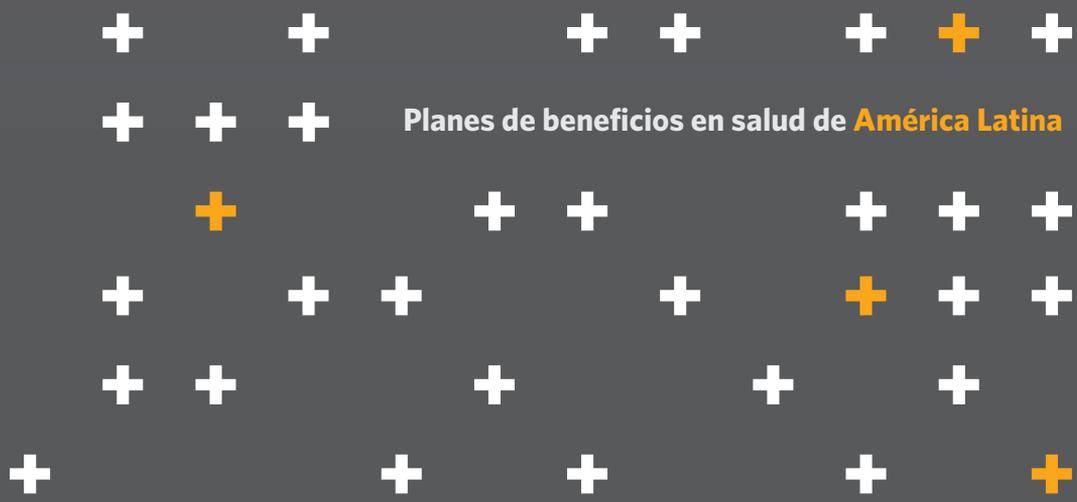
Bibliografía

- Ávila-Figueroa C., E. Herrera-Basto, A. Sousa-Fragoso y otros. 2002. “Estimación de costos de producción de servicios clínicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento médico”. México DF, Secretaría de Salud.
- Banco Mundial. 1993. *Invertir en salud*. Washington DC, Banco Mundial.
- CNPSS (Comisión Nacional de Protección Social en Salud). 2005. *Sistema de Protección Social en Salud, informe de resultados, tercer trimestre de 2004*. México DF, CNPSS.
- _____. 2006. *Sistema de Protección Social en Salud, informe de resultados, segundo semestre de 2005*. México DF, CNPSS.
- _____. 2007. *Sistema de Protección Social en Salud, informe de resultados, segundo semestre de 2006*. México DF, CNPSS.
- _____. 2008a. *Sistema de Protección Social en Salud, informe de resultados 2007*. México DF, Secretaría de Salud, CNPSS.
- _____. 2008b. “Catálogo Universal de Servicios de Salud 2008”. México DF, CNPSS.
- _____. 2009a. *Sistema de Protección Social en Salud, informe de resultados 2008*. México DF, CNPSS.
- _____. 2009b. “Catálogo Universal de Servicios de Salud 2009”. México DF, CNPSS.
- _____. 2009c. Presentación “Estudio de satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2009”. México DF.
- _____. 2010. *Sistema de Protección Social en Salud, informe de resultados 2009*. México DF, CNPSS.
- _____. 2011a. *Sistema de Protección Social en Salud, informe de resultados 2010*. México DF, CNPSS.
- _____. 2011b. Presentación “Estudio de satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2011”. México DF.
- _____. 2012a. *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de resultados 2011*. México, DF, CNPSS.
- _____. 2012b. “Catálogo Universal de Servicios de Salud 2012”. México DF, CNPSS.
- _____. 2012c. *Sistema de Protección Social en Salud, informe de resultados, enero a junio de 2012*. México DF, CNPSS.
- _____. 2013. *Sistema de Protección Social en Salud, informe de resultados 2013*. México DF, CNPSS.

- Congreso de la Unión. 1984. Ley General de Salud. Disponible en: <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 1995. Ley del Seguro Social. Disponible en: <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Consejo de Salubridad General. 2009. “Manual para la priorización de enfermedades e intervenciones que ocasionan gastos catastróficos”. Versión del 19 de febrero.
- Frenk J., O. Gómez-Dántes, F. M. Knaul. 2009. “The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage”. *Bulletin of the World Health Organization* 87: 542-8.
- Frenk J., R. Lozano, M. A. González-Block y otros. 1994. *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*. México DF, Fundación Mexicana para la Salud.
- Giedion U., G. Panopoulou y S. Gómez-Fraga. 2009. “Diseño y ajuste de los planes de beneficios: el caso de Colombia y México”. Serie Financiamiento del desarrollo n.º 219. Santiago de Chile, CEPAL. Disponible en: <<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/37988/lcl3131pe.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Gómez-Dantés O., S. Sesma, V. M. Becerril y otros. 2011. “Sistema de salud de México”. *Salud pública de México* vol. 53 sup. 2: S220-32.
- González-Pier E., C. Gutiérrez-Delgado, G. Stevens y otros. 2006. “Priority setting for health interventions in Mexico’s System of Social Protection in Health”. *Lancet*, publicado en línea el 25 de octubre.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). 2012b. Informe mensual de población derechohabiente y sistema de acceso a derechohabientes.
- _____. 2013. *Informe al Ejecutivo y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos que enfrenta el Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012-2013*. México DF, IMSS.
- INSP (Instituto Nacional de Salud Pública). 2008. Evaluación de procesos administrativos 2007. Cuernavaca, INSP.
- _____. 2009. Evaluación de Sistema de Protección Social en Salud 2009. Evaluación gerencial. Cuernavaca, INSP.
- _____. 2010. Evaluación de los efectos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en los pacientes con cáncer de mama. Cuernavaca, INSP.
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. 2010. “Evaluación de efectos del Sistema de Protección Social en Salud 2008”. México DF, Secretaría de Salud.
- ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado). 2007. “Seguros y prestaciones del ISSSTE”. Documento publicado a través de la Subdirección de Atención al Derechohabiente. México DF, ISSSTE.

- _____. 2012. Anuario estadístico 2012. Disponible en: <<http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/mdir-inst-finanzas-anuarios-anos/100-instituto/finanzas/567-dir-finanzas-anuarios-capitulos2012>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Disponible en: <<http://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-antiores-2010/661-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-2006.html>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Knaul F. M., E. González-Pier, O. Gómez-Dantés y otros. 2012. “The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in México”. *Lancet*. Publicado en línea el 15 de agosto.
- Knaul F. M., H. Arreola-Ornelas, O. Méndez-Carniado y otros. 2006. “Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico”. *Lancet*. Publicado en línea el 25 de octubre.
- Lakin J. y N. Daniels. 2007. “The Quest for Fairness: A case study of the evolution of Mexico’s Catastrophic Insurance Fund.” Borrador.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). 2005. *OECD Reviews of Health Care Systems: Mexico*. París, OCDE.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2008. *The World Health Report*. “Advancing and sustaining universal coverage”, capítulo 2. Washington DC, OMS.
- Presidencia de la República. 2004. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS.pdf>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Secretaría de Salud. 2007a. “Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación de efectos”. México DF, Secretaría de Salud.
- _____. 2007b. “Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación de procesos”. México DF, Secretaría de Salud.
- _____. 2006a. “Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos”. México DF, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud e INSP.
- _____. 2006b. “Sistema de Protección Social en Salud. Estrategia de evaluación”. México DF, Secretaría de Salud.
- _____. 2006c. “Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación financiera”. México DF, Secretaría de Salud.

Capítulo 5



Planes de beneficios en salud de **América Latina**

Perú: el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud

Lorena Prieto, Camilo Cid y Vilma Montañez

Resumen

Contexto. Perú tiene un sistema de salud segmentado, con un tercio de su población sin asegurar. El Seguro Integral del Salud (SIS) cubre a un tercio de la población del país, incluidas las personas en situación de indigencia y pobreza, mientras que el seguro social (EsSalud) cubre a un 24,8% de la población, que corresponde a los trabajadores del sector formal. Además, el sistema de seguridad social en salud permite comprar coberturas para prestaciones de baja complejidad a través de las empresas prestadoras de salud, y hay seguros privados para las personas con capacidad de pago.

Puesto que cada segmento poblacional accede a diferentes coberturas de salud, se observan desigualdades en el acceso a la atención médica. Esta fue una de las motivaciones centrales que llevaron a proponer en 2009 un plan de beneficios en salud (PBS), el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), como parte de una reforma al sistema de salud introducida con la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (ley AUS). El PEAS es el plan de beneficios mínimo legal para toda la población.

Resultados. Se han logrado acuerdos políticos sobre la utilidad de un PBS y se ha avanzado en su implementación mediante la aprobación de la ley AUS, la definición y aprobación del PEAS y su implementación gradual en zonas piloto.

A pesar de las falencias técnicas, el riesgo de revertir esta reforma parece bajo por el respaldo político con que cuenta.

Desafíos. El mayor reto del PEAS es la diferencia entre los recursos necesarios para financiarlo y los recursos asignados. Según el presente estudio de caso, los recursos per cápita asignados representan solo el 25,5% del costo variable del PEAS. Si bien el SIS solo financia el costo variable, el Ministerio Nacional de Salud (MINSA) debe ayudar a mejorar su capacidad de negociación con el Ministerio de Economía y Finanzas para hacer factible el financiamiento del PBS para la población afiliada al SIS. Mientras no se logre que los recursos para financiar el plan se equiparen con su costo real, persistirá un racionamiento implícito en la prestación de estos servicios.

También existen problemas de legitimidad por dificultades en la participación de los distintos actores y por la solidez técnica del PEAS. Expertos del sector de salud consideran que la priorización fue poco transparente y que las consultas, tanto con expertos como con la población, fueron insuficientes. Además, aún es necesario protocolizar las prestaciones de salud del PEAS. Otro reto importante es la institucionalización del proceso de priorización explícita, de tal manera que pueda actualizarse sistemática y periódicamente el plan de beneficios para cumplir también con el mandato de la ley AUS. Hasta ahora, en vez de actualizar el PEAS se ha optado por implementar

Elementos fundamentales del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud

Nombre del PBS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
Año de inicio	2009
Motivación central	Desigualdades en el acceso a la atención médica entre los diferentes segmentos poblacionales: los indigentes y las personas de bajos ingresos (afiliados al Seguro Integral de Salud), los trabajadores formales (afiliados a EsSalud), personas de altos ingresos y personas de bajos ingresos no aseguradas
Población objetivo	Universal (implementación gradual a través de zonas piloto)
Cobertura de servicios	Plan integral elaborado a partir de condiciones asegurables que cubren todos los ciclos vitales, a la población saludable y a la enferma, y que además enfatiza la prevención. Sólo cubre tres enfermedades catastróficas (cáncer de cuello uterino, miomatosis uterina e hipertrofia prostática). Otras enfermedades catastróficas y huérfanas se encuentran cubiertas por el Plan Esperanza financiado con el FISSAL
Cobertura financiera	No hay copagos para prestaciones hospitalarias y servicios de promoción y prevención. Hay copagos con topes para la atención ambulatoria y algunas exoneraciones
Cobertura población objetivo	El 67,3% de la población tiene garantizada la cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
Costo anual estimado per cápita	Cálculo del MINSa: US\$174,70 en paridad del poder adquisitivo (PPA). Parte variable de los costos: US\$104,82 PPA. Recursos realmente asignados al SIS para cubrir los costos variables: US\$24,96 PPA
Porcentaje de los recursos públicos de salud canalizados hacia la financiación del PBS	No se conocen estimaciones
Entrega de servicios no priorizados	Depende de la institución. EsSalud ofrece servicios adicionales al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud de manera regular. El SIS ofrece dos planes complementarios. El Fondo Intangible Solidario de Salud debe cubrir las condiciones de alto costo (enfermedades crónicas, cáncer y enfermedades raras o huérfanas)
Principales innovaciones	Aprobación de una ley marco de aseguramiento universal en salud (ley AUS) y de un plan de beneficios mínimo legal y universal

planes complementarios. Por último, la experiencia de Perú muestra cómo a pesar de un acuerdo general sobre la necesidad de un plan mínimo, las reformas que debieron acompañar su implementación —como el desarrollo de las funciones del SIS y de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, o la actualización del sistema de focalización— pueden limitar el rol central que este debió tener.

Introducción

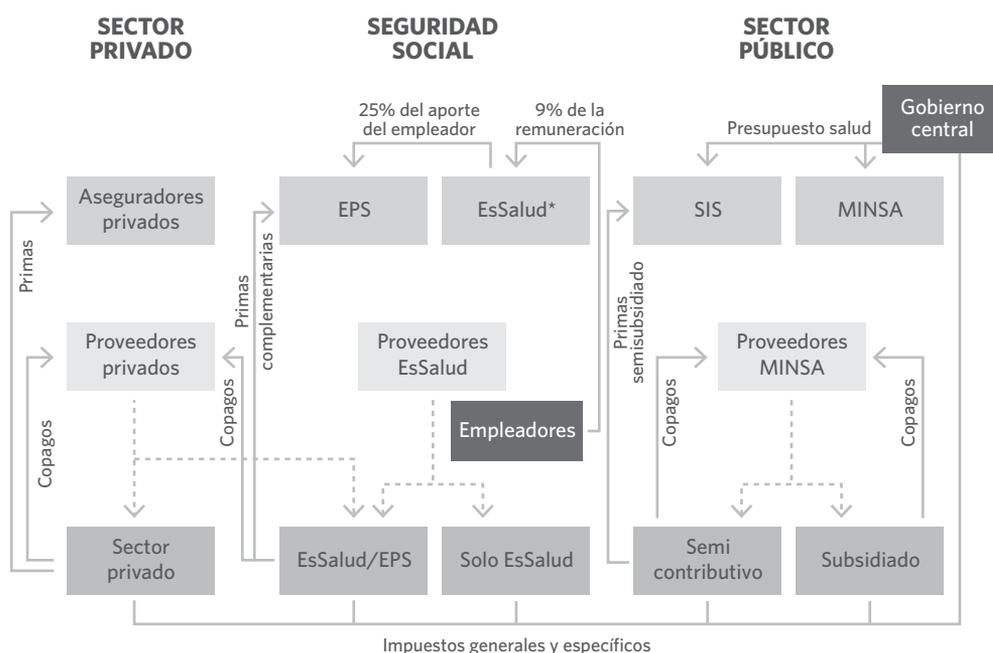
En este capítulo se revisan el diseño y la implementación del plan de beneficios en salud de Perú, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. Este representa la cobertura mínima a la que la población

puede acceder a través de diferentes aseguradores, públicos o privados.

La metodología para el desarrollo del caso sigue la guía metodológica descrita en el capítulo introductorio de este libro. Los autores revisaron la bibliografía disponible sobre el PEAS y su implementación y realizaron entrevistas a 19 actores clave del sector que participaron en el diseño del PEAS.

Es importante entender la estructura general del sistema de salud de Perú, un sistema fragmentado en la provisión y segmentado en el aseguramiento, cuyos principales subsectores son el privado, la seguridad social en salud y el público. El esquema 5.1 presenta los principales flujos financieros del sistema

Esquema 5.1. Perú: Sistema de salud para asegurados



* EsSalud también ofrece seguros potestativos con primas y copagos
 EPS: entidades prestadoras de salud

→ Flujos financieros
 - - - - - Flujos de servicios

Fuente: Prieto (2011).

—como los pagos directos realizados por los beneficiarios a los aseguradores/ financiadores (primas), los pagos de impuestos al gobierno, la ejecución del presupuesto en salud y los copagos— y el flujo de servicios de proveedores a los beneficiarios.

De arriba hacia abajo, el esquema 5.1 muestra a los aseguradores y financiadores, seguidos por los respectivos proveedores y los grupos de beneficiarios. De izquierda a derecha se presentan los subsectores privado, de la seguridad social y público.

El subsector privado sigue el esquema habitual de un mercado formado por aseguradores y proveedores privados. Generalmente, la población de mayores recursos es la que accede a los seguros privados a través del pago de primas y se atiende en la red de proveedores que ofrece su seguro. La cobertura es parcial,

tanto por los problemas de salud como a nivel financiero, ya que los contratos tienen las características estándar de este tipo de seguros e incluyen deducibles y copagos.

La seguridad social en salud cuenta con el EsSalud y complementariamente con las entidades prestadoras de salud. Los empleadores pagan el 9% de la remuneración de sus trabajadores a EsSalud para que esta provea bienes y servicios de salud a través de su red de proveedores (Congreso de la República, 2006). EsSalud ofrece una cobertura amplia, donde los problemas de salud cubiertos cuentan con un 100% de financiamiento, pero sus afiliados deben ser atendidos por los proveedores de EsSalud. Algunos empleadores ofrecen la opción a afiliarse a una entidad prestadora de salud. La cobertura obligatoria que debe otorgar la entidad prestadora de salud es la denominada “capa simple”,

que comprende la atención de servicios ambulatorios, de emergencia, maternidad, odontológicos y oftalmológicos. También ofrecen planes con cobertura de la “capa compleja” con primas adicionales, deducibles y copagos.

El sistema de entidades prestadoras de salud —que fue creado para reducir la demanda por atenciones de la llamada “capa simple” a EsSalud— recibe un 25% del aporte a EsSalud (que corresponde al 2,25% de las remuneraciones) para brindar servicios de salud a sus asegurados a través de una red propia de proveedores o de redes de proveedores privados con los que tengan contratos de servicios. Las entidades prestadoras de salud también ofrecen cobertura adicional a la “capa simple” por una prima adicional, deducibles y copagos. En principio, las atenciones que no cubre la entidad prestadora de salud son cubiertas por EsSalud.

Finalmente, el subsector público cuenta con el SIS, que afilia a los pobres para que sean atendidos en proveedores públicos. El SIS funciona con dos regímenes: 1) un régimen subsidiado para la población en situación de pobreza y pobreza extrema sin seguro de salud, y 2) un régimen semicontributivo para la población no pobre y sin seguro de salud. Los primeros no pagan primas, deducibles o copagos, mientras que los segundos pagan una prima subsidiada y pocos copagos. El SIS es un organismo público descentralizado del MINSA que ha funcionado principalmente como financiador de gastos operacionales para otorgar cobertura a la población pobre y en pobreza extrema a través de su régimen subsidiado. Luego se expandió a la población no pobre a través del régimen semicontributivo.

La cobertura de servicios que ofrece el SIS se ha expandido desde su creación. Actualmente ofrece el PEAS en las zonas piloto del AUS.

El esquema 5.1 no incluye a la población sin seguro de salud, que representa el 32,7% de la población (INEI, 2013). Los no asegurados pueden acceder a los servicios del sector privado o público mediante el pago directo de las atenciones de salud. Asimismo, los no asegurados —en su gran mayoría, pobres o pobres extremos sin acceso a otro tipo de aseguramiento— pueden acceder al SIS mediante las siguientes condiciones: 1) estar calificados como pobres dentro de la base de datos del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) y 2) presentarse para su registro ante un establecimiento de salud.¹

Con la introducción de la ley AUS en 2009, la cobertura del SIS también depende de la zona de residencia de las personas (Congreso de la República, 2009). La ley AUS definió al PEAS como el plan mínimo que todos los aseguradores del sistema, públicos o privados, deben ofrecer, aunque su implementación se haría de manera progresiva geográficamente. En las zonas piloto del Aseguramiento Universal en Salud, el SIS ofrece en el régimen subsidiado el PEAS más un plan complementario, y en el régimen semicontributivo, solo el PEAS. En el resto de las zonas se ofrecía el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) (MINSA, 2007a; MINSA, 2007b). Sin embargo, el 21 de agosto de 2012 se aprobó la sustitución progresiva del LPIS por el PEAS a nivel nacional con el decreto supremo n.º DS-007-2012-SA (MINSA, 2012b). Por otro lado, EsSalud pasó a ofrecer el PEAS para trabajadores independientes en 2010, y los seguros privados lo hicieron a partir de 2011.

El gráfico 5.1 muestra cómo se distribuye la población peruana por subsector de aseguramiento (incluida la población sin seguro de salud) según datos de 2010. En el gráfico los aseguradores están ordenados por ingreso per cápita mensual promedio del hogar de la población

¹ Antes la evaluación socioeconómica la realizaba el propio SIS, pero esto cambió con el reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. El SISFOH depende del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

afliliada (eje izquierdo). El SIS cubre al 34,4% de la población, cuyo ingreso promedio es de US\$165.² Esta población recibe un plan explícito de beneficios (PEAS o LPIS según su zona de residencia, como se mostrará más adelante). Le sigue la población sin seguro (40,7%) con un ingreso promedio de US\$281. Esta incluye desde personas pobres que quizás no han solicitado la afiliación al SIS, hasta personas de altos ingresos que optan por no asegurarse. El EsSalud cubre al 19,8% de la población, que cuenta con un ingreso promedio de US\$415. En resumen, el SIS y EsSalud combinados cubren al 54,2% de la población,

mientras que los otros seguros juntos cubren a otro 5,1%.

La ley AUS también indica que el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) debe cubrir las condiciones de alto costo de los afiliados al SIS definidas por el MINSA y que, por lo tanto, complementa al PEAS (Congreso de la República, 2009). La ley también creó la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) como entidad supervisora del AUS, mientras que mantiene en el MINSA la función de rectoría y regulación.

Gráfico 5.1. Seguros, población e ingresos, 2010



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2010.

² Todas las cifras en el capítulo se presentan en dólares ajustados por la paridad de poder adquisitivo según datos del Banco Mundial.

Principales características del PEAS

El PEAS, aprobado el 28 de noviembre de 2009, contiene el plan de beneficios con el listado de condiciones asegurables, intervenciones y prestaciones a financiar y con las garantías explícitas. A continuación se describen sus principales características.

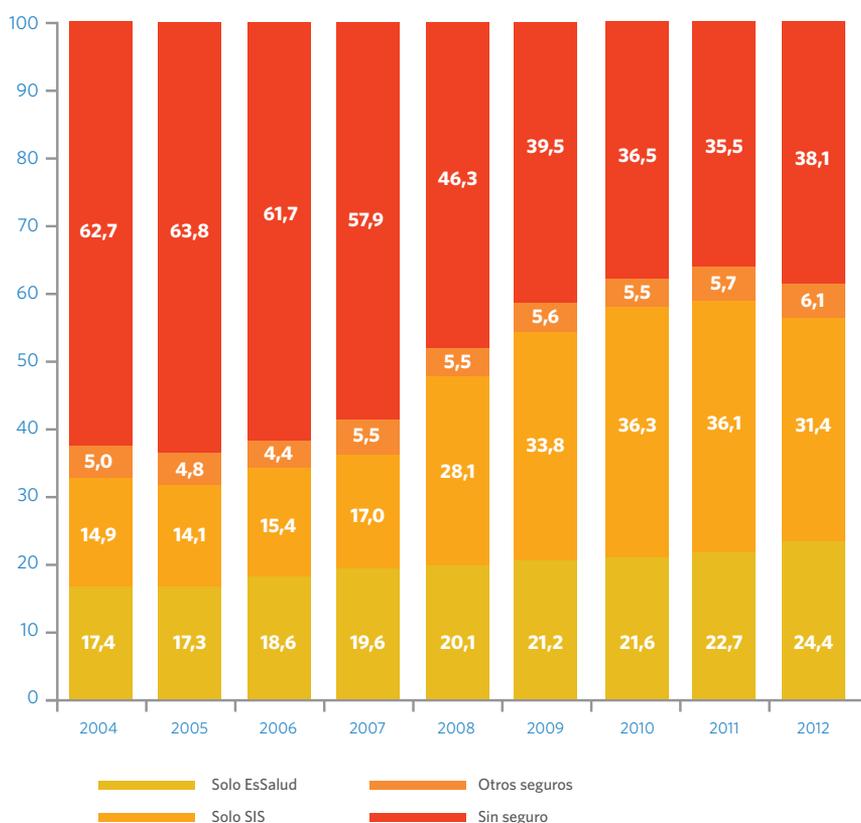
Cobertura poblacional

El PEAS es un plan de beneficios universal en términos de cobertura poblacional. Sin embargo, las condiciones asegurables

priorizan implícitamente a mujeres embarazadas y niños, dado que 56 de las 140 condiciones incluidas son obstétricas, ginecológicas y pediátricas.

Desde julio de 2010, el PEAS está disponible, a través del SIS, en Lima Metropolitana y Callao, luego se fueron incorporando otras zonas piloto.³ En 2012, de los 11.353.562 beneficiarios del SIS, 2.810.550 tenían cobertura del PEAS, lo que representa un 25% del total de sus beneficiarios) (SIS, 2013). El gráfico 5.2 muestra la evolución del aseguramiento en salud en Perú de 2004 a 2012. Se destacan tres aspectos importantes: i) que la participación de EsSalud y de

Gráfico 5.2. Evolución del aseguramiento de la población peruana, 2004-12



Fuente: Elaboración propia con datos de las ENAHO 2004-12.

³ Hasta 2012 se había expandido el AUS a 13 regiones, y con el DS-007-2012-SA se expandió a nivel nacional.

otros seguros⁴ tuvo una tendencia ligera al alza desde 2007; ii) que hubo una reducción importante en el porcentaje de población sin seguro, y iii) que el SIS ha logrado aumentar su participación significativamente a partir de 2007. Estos últimos dos aspectos indican que el AUS está logrando su objetivo de ampliar el aseguramiento en salud.

La distribución de la población con cobertura del PEAS en el SIS es más parecida a la población general que a la población pobre, que es su población objetivo. Esto podría deberse a que reside en Lima Metropolitana y Callao, que son zonas más ricas que el resto del país. La población asegurada al SIS presenta una proporción más alta de niños menores de nueve años de edad y más baja de adultos de 20 a 59 años, tanto en comparación con la población general como con la población pobre.

Cobertura médica del PEAS

La cobertura médica del PEAS representa, según el MINSA, un 65% de la carga de enfermedad. Las condiciones asegurables descritas en el PEAS incluyen no solo a la población sana y enferma, sino también al ciclo de vida completo de las personas. El enfoque del PEAS está orientado hacia una atención integral y enfatiza lo preventivo en las condiciones asegurables para la población sana y para los diferentes grupos de edad y sexo.⁵

La cobertura médica que provee el PEAS está detallada en las indicaciones del manejo clínico de cada condición asegurable y por las prestaciones que financia.

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 explicita si son cantidades máximas, promedios o cantidades deseadas. Por último, los medicamentos cubiertos por el PEAS son los incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNME).⁶ En los casos que tienen guía clínica específica, los medicamentos están directamente indicados por intervención y prestación. Sin embargo, las condiciones sin guías clínicas carecen de cobertura de medicamentos. El DS-016-2009 que aprueba el PEAS indica que “los medicamentos necesarios para la atención de las condiciones, intervenciones y prestaciones incluidas en el PEAS corresponden a los incluidos en el PNME”. La falta de guías clínicas para todas las condiciones impide determinar o evaluar si la conformación del PNME cumple con el objetivo de dar una atención integral.

Nomenclatura

El PEAS está definido como una lista priorizada de condiciones asegurables, intervenciones en salud, prestaciones o procedimientos de salud y garantías explícitas de oportunidad y calidad. La condición asegurable se define por tipo de población: para la población sana es el estado de salud que se busca mantener, y para la población enferma es el estado de salud que se busca recuperar. La intervención es la prestación o el conjunto de prestaciones de carácter promocional, de prevención, de recuperación y de rehabilitación orientadas al manejo de las condiciones asegurables (la lista de las 140 condiciones asegurables se presenta en la sección 6 del anexo a este capítulo). Como no se conoce el total de las condiciones asegurables existentes resulta difícil indicar el porcentaje que abarca el PEAS.

⁴ Otros seguros, incluidos los seguros privados de salud, el seguro de las fuerzas armadas y policiales, el seguro universitario, el seguro escolar privado y otros.

⁵ Como se mencionó anteriormente, la ley AUS contempla que las enfermedades catastróficas de alto costo se financiarían a través del FISSAL y por fuera del PEAS.

⁶ El PNME incluye 428 principios activos en 662 presentaciones farmacéuticas y en 30 grupos fármaco terapéuticos (MINSA, 2010c).

En el detalle de cada condición asegurable se incluyen cuatro elementos: 1) definición de la condición, 2) códigos de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de los diagnósticos correspondientes, 3) manejo clínico específico y 4) prestaciones a financiar. La lista de prestaciones a financiar incluye el tipo de intervención, el nivel de atención, el código estandarizado de procedimientos médicos (*Current Procedural Terminology*), una descripción simplificada, la cobertura por evento (cantidades) y observaciones.

Guías de práctica clínica

Existen normas técnicas de manejo clínico para la gran mayoría de intervenciones, incluidas las obstétricas, ginecológicas y pediátricas, así como para las otras condiciones incluidas en el PEAS (MINSa, 2009a). Estas normas técnicas no han sido redactadas especialmente para el PEAS, sino que se desprenden de la práctica clínica validada por las normas del MINSa. En los casos en los que no existía una norma del MINSa, se buscaron las de EsSalud y, en su defecto, se acudió a guías prácticas internacionales. El PEAS especifica la norma del MINSa que debe aplicarse cuando esta existe; cuando no existe se vincula con guías clínicas de los prestadores.

Una crítica tanto por parte del MINSa como de otros actores es que las guías para todas las condiciones incluidas en el PEAS aún no existen, son demasiado vagas o simplemente son desconocidas. Además, hay distintas opiniones sobre el rol de las guías clínicas en las prácticas de las atenciones del PEAS: algunos las ven como simples documentos de referencia y otros como referencias obligatorias.

Garantías más allá de la definición explícita de cobertura

El PEAS incluye 34 garantías explícitas, asociadas a 12 condiciones materno-infantiles asegurables, que suman un

total de 22 garantías de oportunidad y 12 de calidad. Las normas se incrementarán gradualmente por parte de los distintos agentes vinculados con el proceso de aseguramiento en salud, hasta cubrir la totalidad del PEAS. El sistema de garantías del PEAS recién se está implementando. El 27 de marzo de 2013 se aprobó el reglamento de supervisión de la SUNASA aplicable a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud y a las instituciones prestadoras de servicios de salud en relación con el cumplimiento de las normas de dichas garantías (SUNASA, 2013; MINSa, 2013a).

Cobertura financiera

La ley AUS no especifica la cobertura financiera del PEAS. Por ejemplo, no indica un costo mínimo ni un copago máximo que deba ser asumido por el usuario para una prestación. Solo en el caso de los afiliados en el régimen subsidiado del SIS, la ley especifica que no deben pagar primas, copagos ni deducibles. No obstante, debido a la escasez de recursos en los establecimientos de salud, el pago por procedimientos de ayuda diagnóstica y por medicamentos se ha vuelto una práctica común, a pesar de ser ilegal (Foro Salud, 2008 y 2009). Los asegurados al régimen semicontributivo pagan prima y algunos copagos y la cobertura financiera que reciben está limitada por la cantidad de prestaciones máximas, establecidas por las normas técnicas de atención.

La población sin capacidad de pago afiliada al SIS (que se encuentra cubierta por el PEAS en las zonas piloto y por el LPIS en las demás zonas del país) realiza pagos en establecimientos del MINSa, no solo por las exclusiones y límites en el uso (cuadro 5.1).

Acceso a servicios excluidos

Los servicios excluidos del PEAS han sido importantes, especialmente para el

Cuadro 5.1. Gasto de bolsillo en salud por tipo de seguro y lugar de atención, 2009.
En US\$ PPA, 2010

	Sin seguro	Solo SIS	Solo EsSalud	Otros seguros	Total
No buscó	7,08	3,00	12,38	21,16	6,72
Farmacia, botica, su domicilio, otro	14,18	10,91	16,64	34,60	14,77
Establecimiento MINSA (inc. CLAS)	40,40	9,35	36,90	36,58	19,08
Establecimiento EsSalud	18,26	14,58	21,51	47,44	22,02
FFAA, PN	-	-	-	43,07	43,07
Establecimiento privado	76,98	50,74	77,95	80,26	73,67
Total	19,23	7,44	23,26	43,64	16,62

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENAHO 2009.

SIS. Con la implementación del PEAS, el SIS decidió ofrecer a los asegurados del régimen subsidiado en las zonas piloto un plan complementario, de tal manera que sus afiliados no vieran que el PEAS quitaba algunas condiciones de los beneficios ya percibidos con el LPIS (SIS, 2010b). Por otro lado, la complementariedad del financiamiento con el FISSAL permitía al SIS cubrir ciertas intervenciones no incluidas en el PEAS —por ejemplo cáncer, enfermedades crónicas terminales y patologías autolimitantes—, primero evaluadas por el SIS y luego postuladas para ser financiadas por el FISSAL, que decidía el apoyo según los recursos disponibles. En abril de 2012, se aprobó la cobertura del Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención y el FISSAL pasó a estar bajo la administración del SIS y a financiarse con recursos del Tesoro Público (SIS, 2012). En noviembre de 2012, se aprobó el plan Esperanza, que otorga cobertura a enfermos de cáncer con financiamiento del Tesoro Público (MINSA, 2012c). Sin embargo, cuando el servicio no tiene cobertura del PEAS, ni del plan complementario, ni del FISSAL, ni del plan Esperanza el afiliado al SIS debe pagar de su bolsillo para recibir la atención. Como se desprende de lo anterior, y al igual que ocurre en otros países analizados en este libro, coexisten diferentes planes de

beneficios para distintos tipos de servicios y contingencias, y para una misma población beneficiaria.

Participación en el presupuesto

No se conoce la participación del PEAS en el gasto público, lo que sugiere una brecha entre su costo estimado y los recursos que se asignan para financiarlo (en la sección sobre costeo y financiamiento se trata este tema). Sin embargo, en 2010 el MINSA realizó una estimación consolidada de requerimientos financieros del AUS que incluye un total de US\$25 millones para el pago de prestaciones a proveedores por las atenciones realizadas a nuevos asegurados del SIS por el PEAS en zonas piloto (US\$17,84 millones para Lima y Callao y US\$7,18 millones para el resto de las zonas) (MINSA, 2010e). Esta asignación representa el 1,4% de las transferencias recibidas en esas zonas, salvo Lima y Callao, que en 2010 recibieron un 9,2% y un 2,5% sobre el total de sus transferencias, respectivamente. De estos recursos destinados a las regiones, no se ha podido verificar el volumen de atenciones del PEAS que realmente se cubren. Por lo demás, los recursos que recibe el SIS se utilizan en todos sus afiliados, no solo en quienes reciben únicamente el PEAS, ya que aún no todas las personas en las

zonas piloto han terminado el proceso⁷ de afiliación al PEAS.

Motivos y proceso de adopción

Esta sección describe el proceso de discusión y de negociación que se desarrolló en Perú para diseñar el PEAS y más adelante se analizan los métodos que se usaron para ello.

Antecedentes de la adopción del plan

Durante la transición política del mandato de Paniagua (2001), el MINSA formuló un conjunto de principios y políticas de salud. Entre ellos se planteó la universalidad en el cuidado de la salud y la garantía de cobertura de la seguridad social para todos los peruanos y residentes. También se propuso conformar un seguro público en salud progresivo por su expansión territorial y su cobertura como paso hacia la universalidad. Finalmente, el MINSA planteó que el mecanismo para formular y revisar las políticas de salud debía basarse en una concertación político-social: el Acuerdo Nacional.

En julio de 2002, ya en el gobierno de Toledo, el Acuerdo Nacional estableció la necesidad de “garantizar el acceso universal a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud, promoviendo el acceso universal [...] y fomentando el desarrollo de un sistema nacional de salud integrado y descentralizado” (Acuerdo Nacional, 2002).

En paralelo, el gobierno fusionó el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil para formar el SIS (MINSA, 2001). Este se creó como una entidad

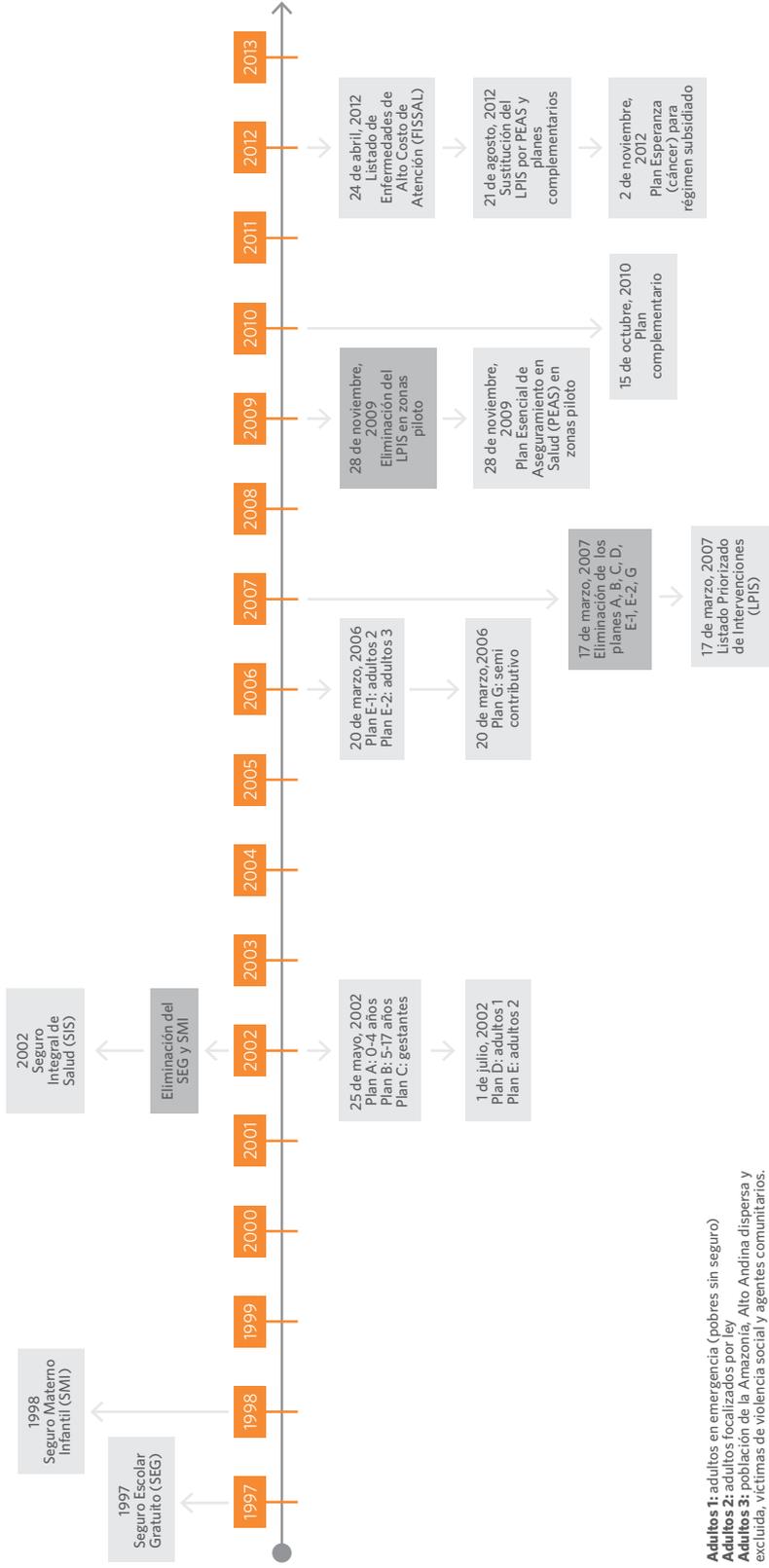
transitoria, encargada de estructurar un nuevo seguro público de salud (Congreso de la República, 2002). Luego, en 2006, 16 partidos políticos firmaron el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, donde se comprometieron a definir “sobre la base de un consenso de prioridades de salud nacionales y regionales, un plan garantizado de beneficios, que incluyera promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para los problemas más importantes de salud” (Care Perú, UNFPA y NDI, 2006).

Finalmente, durante la presidencia de Alan García, el Congreso promulgó la ley AUS en marzo de 2009, que promueve la cobertura universal mediante seguros de salud a toda la población. Así, el PEAS responde al Acuerdo Nacional como el plan de beneficios de salud de cobertura mínima para toda la población peruana. El Poder Legislativo le encargó al MINSA la creación del PEAS y le entregó las pautas sobre las que debía sustentarse. Los criterios para el diseño del PEAS excluyeron las enfermedades catastróficas, para mantener su objetivo como plan básico. Para cubrir las enfermedades excluidas se creó un fondo específico (el FISSAL).

Hasta 2007, el SIS ofrecía desde el plan A hasta el plan G (véase sección 2 del anexo a este capítulo), diseñados para poblaciones específicas con criterios heterogéneos y, a nivel de afiliación, superpuestos entre sí (esquema 5.2), que complicaron la gestión del SIS. El sistema carecía de los instrumentos de gestión suficientes para dar seguimiento a sus asegurados, por lo que se duplicaron o triplicaron las afiliaciones de una misma persona en diferentes planes. En 2007 el SIS elaboró el LPIS y uniformizó los criterios de pobreza para la afiliación, que luego fueron aprobados por el MINSA y por el Poder Ejecutivo. Así se simplificó la gestión con un plan de salud para todos los afiliados al SIS, si bien aún no se

⁷ La implementación del PEAS en zonas piloto se realiza a través de la afiliación. Para afiliarse las personas deben estar calificadas como pobres en el SISFOH. Antes de la implementación, había beneficiarios del LPIS en las zonas piloto que para optar por el PEAS tenían que reafliliarse. Es decir, la afiliación al PEAS es progresiva en la medida que el SISFOH califique a la población de la zona piloto y que esta población solicite la afiliación al PEAS.

Esquema 5.2. Cronología de los planes del Seguro Integral de Salud



Adultos 1: adultos en emergencia (pobres sin seguro)
Adultos 2: adultos localizados por ley
Adultos 3: población de la Amazonía, Alto Andina dispersa y excluida, víctimas de violencia social y agentes comunitarios.

Fuente: Elaboración propia.

tenía la intención de que fuera un plan para todo el sistema.

El PEAS se aprobó en 2009 con la intención de que fuera el plan mínimo para todo el sistema y su implementación en el SIS comenzó a fines de ese año en zonas piloto del AUS. El diseño del PEAS no consideró el LPIS como base, sino que se fundó en los criterios definidos por la ley AUS. En consecuencia, dejó fuera prestaciones incluidas en el plan anterior, lo que generó un rechazo importante en el momento de realizar los pilotos. El reajuste del PEAS pretende incorporar la cobertura del LPIS que se había dejado fuera (véase sección sobre el reajuste).

Además, aunque el SIS debía afiliarse al PEAS en todas las zonas piloto del AUS, al principio solo pudo hacerlo en Lima Metropolitana y Callao ya que, por problemas de conectividad, el acceso al sistema de información para identificar a la población objetivo del componente subsidiado del SIS (pobres y pobres extremos) estuvo limitado. Esto se tradujo en que la afiliación al PEAS se concentró en Lima Metropolitana y Callao hasta fines de 2010, cuando se empezó a afiliarse en las demás zonas piloto (SIS, 2010c y 2011a; SUNASA, 2012b).

La fecha límite para que todos los aseguradores pudieran ofrecer el PEAS fue el 3 de abril de 2011. EsSalud lanzó el plan EsSalud Independiente para trabajadores independientes, que incluye el PEAS, además de una cobertura adicional financiada mediante el pago de primas.⁸ En mayo de 2011 las aseguradoras del sector privado lanzaron planes con base en el PEAS, sujetos al pago de una prima con copagos y deducibles.

Objetivos

El objetivo del PEAS, según la ley AUS, es establecer un plan mínimo de beneficios de salud a todos los residentes de Perú. Todas las entidades aseguradoras deben ofrecerlo a través de los establecimientos de salud públicos y privados. Para asegurar la atención integral de personas en diferentes etapas de la vida, el PEAS define 140 condiciones de salud⁹ compuestas por una lista de intervenciones y sus respectivas prestaciones.

Proceso de deliberación y negociación

La ley AUS le encargó al MINSA la tarea de definir el PEAS. La construcción del plan no fue un proceso abierto de deliberación y negociación, y además tuvo dificultades de coordinación. El MINSA solicitó asistencia técnica¹⁰ para preparar una primera versión del PEAS, pero como el pedido no fue formal, los técnicos del ministerio no pudieron darle una aprobación oficial.¹¹ Por ello no se justificaron técnicamente las priorizaciones para el PEAS. Esta falta de coordinación debilitó el posicionamiento del plan, que dependía de la capacidad de sus direcciones de justificar y abogar por el PEAS ante los diferentes actores, como el Ministerio de Economía y Finanzas, para institucionalizarse dentro del MINSA. Por ejemplo, el MINSA no ha logrado justificar el cálculo de las necesidades financieras para el PEAS frente al Ministerio de Economía y Finanzas. Esto muestra la dificultad para establecer una coordinación técnica adecuada, lo que a su vez puede haber determinado algunos vacíos en la formulación del PEAS que se señalan más adelante.

Además, como el PEAS no consideró la cobertura del LPIS, el SIS tuvo que

⁸ La página web de EsSalud menciona 236 prestaciones adicionales.

⁹ Las condiciones de salud se definen como "...un estado de salud que se busca mantener, en caso de la población sana, o recuperar, en caso de la población enferma, que son susceptibles a ser financiados mediante esquemas de aseguramiento" (de Habich, Madueño y Sobrevilla, 2011).

¹⁰ La asistencia técnica fue solicitada al proyecto Promoviendo Alianzas y Estrategias de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

¹¹ Según los funcionarios de la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA entrevistados.

introducir en el PEAS una cobertura extraordinaria para que sus asegurados no vieran reducidos sus beneficios.

Una de las principales mejoras en el ajuste del PEAS es haber incluido a los gremios, como el Colegio de Médicos, el Colegio de Odontólogos, representantes de las entidades prestadoras de salud e investigadores. También se incluyeron otros actores ausentes en el diseño original del PEAS. Para generar consenso sobre el contenido del PEAS, es importante definir a los actores clave en su revisión, empezando por el MINSA que, como rector, debería establecer un mecanismo institucional para llevarla a cabo, tomando como referencia la experiencia en organización y los procedimientos de otros países para revisar sus planes regularmente. Es necesario que participen los diferentes actores interesados, por ejemplo prestadores, aseguradoras y el Ministerio de Economía y Finanzas, y generar a su vez espacios permanentes para discutir con otros agentes del sector y con la ciudadanía. Con un mecanismo formal se garantiza la institucionalidad, pero será la gestión la que defina cómo se solucionan temas pendientes del SIS, como el financiamiento de los recursos necesarios para el PEAS por parte del Ministerio de Economía y Finanzas y la aplicación de garantías a los prestadores. Actualmente solo participan en la evaluación del AUS los representantes de la SUNASA, la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del MINSA, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA, el Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud y el Instituto Nacional de Salud.

Diseño del PEAS

A continuación se describen los criterios y las metodologías de priorización y ajuste para decidir qué condiciones de salud y qué procedimientos de atención se

incluyen en el PEAS. También se explica, de modo general, cómo se estimó su costo y la definición de sus fuentes de financiamiento. Por último, se menciona el contexto donde se insertaron el diseño y la implementación del PEAS y el grado de consenso social para que adquiriera legitimidad.

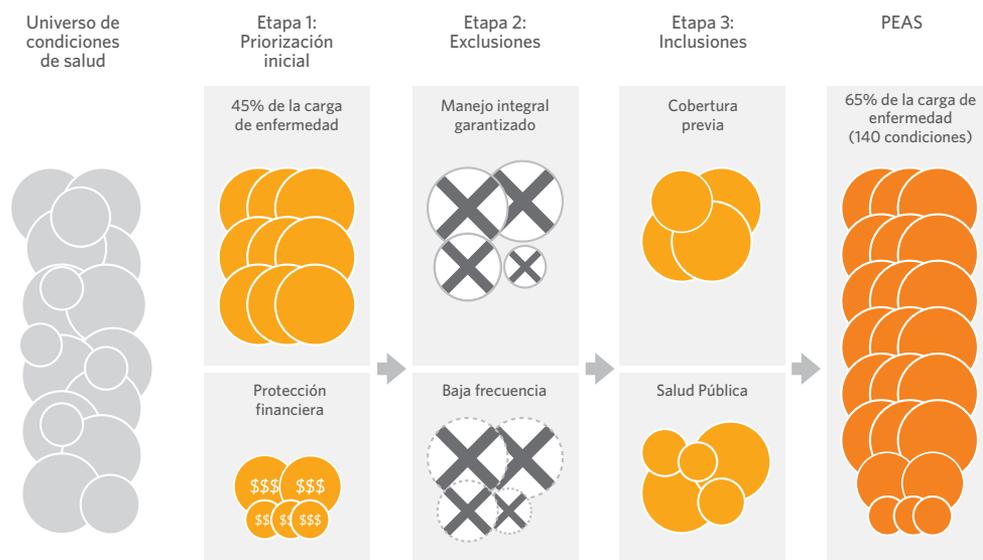
Métodos de priorización y ajuste

La priorización del PEAS siguió la tendencia de otras experiencias (por ejemplo la del plan AUGE, de Chile) de garantizar la atención a condiciones de salud como solución integral al acceso. Esto contrasta con otro enfoque, que garantiza servicios o prestaciones sin vincularlos directamente con problemas de salud, como ha sido el caso del LPIS y de países como Uruguay o Colombia.

La priorización para elegir las 140 condiciones de salud que conforman el PEAS (véase la sección 6 del anexo a este capítulo) siguió los criterios de la ley AUS: carga de enfermedad; planes de beneficios compatibles con prioridades sanitarias; manejo integral de la persona; prestaciones a la población sana en los diferentes ciclos de vida; diagnósticos y procedimientos médicos de los planes de aseguramiento públicos, privados y mixtos; procedimientos reales basados en evidencias y análisis de costo-efectividad;¹² capacidad de oferta del sistema de salud; análisis actuariales y estimaciones financieras. La asistencia técnica que recibió el MINSA (véase nota al pie 10) hizo el estudio de priorización en tres etapas según distintos criterios (esquema 5.3) (de Habich, Madueño y Sobrevilla, 2011). En la primera etapa, se listaron las condiciones de salud y se ordenaron las enfermedades de mayor a menor carga, hasta incluir el 45% de la carga de enfermedad total. Luego se incluyeron las condiciones de atención hospitalaria con costos mayores a US\$653,89 por evento —sobre la base de que esta cifra representa el 30%

¹² No se utilizaron criterios de costo-efectividad con datos locales, sino con datos de la bibliografía internacional, para identificar intervenciones que fueran costo-efectivas, por ejemplo las preventivas.

Esquema 5.3. Proceso de priorización del PEAS



Fuente: Elaboración propia.

del gasto medio anual de las familias en situación de pobreza extrema, sin considerar los gastos de alimentación—, condiciones que representan el 60% de los ingresos hospitalarios. En la segunda etapa se excluyeron de la lista preliminar las condiciones 1) a las que no se les puede garantizar atención integral por restricciones en la capacidad resolutive del sistema de salud, y 2) que requieren atención hospitalaria poco frecuente. En la tercera etapa se identificaron e incluyeron las intervenciones que ya cubrían el SIS y las entidades prestadoras de salud, que eran de interés y prioridad de la salud pública, y que habían sido excluidas en las primeras dos etapas.

Desde un principio la priorización excluyó las enfermedades de alto costo porque la ley AUS contempla que su financiamiento podría hacerse a través del FISSAL.

En las entrevistas se reportaron algunas debilidades del proceso:

1. Se llevó a cabo de manera reservada, sin tener en cuenta a todos los actores involucrados. Tampoco se

tomó en cuenta el estudio de carga de enfermedad preparado por el MINSA.

- a. Los técnicos del MINSA informaron que no otorgaron los recursos necesarios a las instituciones que debían realizar los estudios más importantes para construir el PEAS, tales como el estudio de carga de enfermedad y de costos de intervenciones.
- b. Directivos del MINSA opinaron que la asistencia técnica realizó los estudios de manera aislada, cuando debería haberse oficializado todo el proceso con los equipos técnicos del MINSA, de tal manera que se institucionalizara el PEAS y se fortalecieran las capacidades del ente rector.

2. Los técnicos del MINSA consideran que la carga de enfermedad no puede ser el principal criterio o un requisito tan predominante en la priorización, y que debieron haberse considerado criterios sociales y de salud con base en otros instrumentos.

- a. Los técnicos responsables de los estudios de carga de enfermedad identifican la falta de protocolos y de sistematización de la actividad clínica como un elemento crucial que dificultó la priorización.
- b. Los especialistas en presupuesto del MINSA alegan que el PEAS se diseñó sin considerar su sostenibilidad financiera y que su principal impulso fue el compromiso político del gobierno.
- c. Los técnicos entrevistados también indicaron que en el PEAS faltan condiciones de salud relevantes cuya exclusión no podrían justificar el MINSA ni el SIS. Por ejemplo, mencionaron que según algunas autoridades del sector no era políticamente conveniente excluir del PEAS las coberturas que el SIS ya ofrecía a través del LPIS, para que los beneficiarios no sintieran que con la implementación del PEAS perdían derechos adquiridos. Este tipo de objeciones le resta legitimidad a la metodología de priorización.

La ley AUS plantea que el MINSA debería actualizar el PEAS cada dos años, y que la actualización debe producir adiciones al PEAS y no disminuciones. También dice que el PEAS se puede reajustar “...para incluir progresivamente más condiciones de salud, según la disponibilidad financiera y la oferta de servicios” (Congreso de la República, 2009). Esto está en línea con lo indicado respecto de que no se pueden quitar derechos ya garantizados a los asegurados.

Sin embargo, no se especifica nada sobre posibles cambios en las intervenciones y prestaciones incluidas en el PEAS. No se abordan los casos de incorporación de nuevas tecnologías a tratamientos de condiciones de salud ya incluidas en el PEAS, ni la obsolescencia de tecnologías y prácticas médicas. La normativa no establece reglas claras sobre cómo debería ajustarse el PEAS, sino que se limita a definir dos criterios de corte para una

posible expansión de las condiciones: seguir la metodología de priorización de condiciones de salud implementada en el diseño original, y aumentar el número de condiciones aseguradas, en la medida que haya presupuesto y que la oferta pueda proveer las intervenciones necesarias para esas condiciones. La propuesta de ajuste del PEAS se enmarca dentro de la evaluación del AUS y no plantea una metodología específica para revisar el desempeño del plan y proponer un ajuste, a pesar de que debería incluirla. Además los criterios de ajuste son una validación implícita a la metodología de priorización del diseño original.

La primera actualización debió hacerse el 29 de noviembre de 2011. Sin embargo, el MINSA todavía no ha presentado un reajuste para el PEAS ni ha solicitado prórroga para el cumplimiento con el plazo establecido por la ley AUS. No obstante, solicitó al proyecto Promoviendo Alianzas y Estrategias de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional que revisara el PEAS a principios de 2011 para verificar la coherencia entre las condiciones aseguradas y sus prestaciones. Este trabajo fue conducido por el mismo equipo que diseñó la primera versión del PEAS. En la revisión se mejoraron algunos aspectos en comparación con el trabajo del diseño inicial, y los técnicos del MINSA realizaron cálculos y abordaron la revisión de la evidencia, como forma de transferir capacidades de expertos y técnicos externos hacia el ministerio. Aunque los resultados aún no han sido publicados, los encargados del estudio afirmaron en una entrevista que el PEAS se reajustaría para que su número de intervenciones aumente de 1140 a 1377. Esta revisión no conlleva un cambio en las condiciones aseguradas, sino que revisa que las condiciones y sus diagnósticos reciban el debido tratamiento. En la entrevista también se aseguró que en una segunda etapa los consultores de políticas en salud revisarán el cálculo de costos del PEAS según estos reajustes en las intervenciones.

El ajuste del PEAS no tiene un método específico. Su procedimiento se reduce

a aplicar los criterios establecidos por la ley y a repetir el método empleado en la elaboración, con algunos ajustes en la participación. Las limitaciones aquí presentadas son razón suficiente para que se revise la metodología de priorización del PEAS.

Costeo

El MINSA fue el responsable de costear el PEAS. Para ello solicitó la asistencia de un programa de asistencia técnica llamado Promoviendo Alianzas y Estrategias en Salud, que realizó una primera estimación basada en la metodología de costeo estándar y empleó las probabilidades de uso a partir de datos históricos de salud disponibles o, en su defecto, de los juicios de expertos para cada intervención (véase la sección 5 del anexo a este capítulo). Se calculó un costo de US\$199,66 anuales per cápita (Escobedo, 2007). Este cálculo se entregó al MINSA, que luego lo ajustó a US\$174,70. No hay ningún informe disponible que explique la metodología que empleó para realizar este ajuste, por lo que resulta difícil entender dónde se originan las diferencias. En teoría, el cálculo realizado por Promoviendo Alianzas y Estrategias en Salud podría ser actualizado y monitoreado utilizando la base de datos del SIS, que contiene información de diagnósticos y prestaciones con la misma codificación del PEAS para el caso de Lima y Callao.

Por su parte, el SIS realizó una revisión del costo total estándar del PEAS y su estimación fue de US\$199,04 anuales per cápita. Aunque las estimaciones de Promoviendo Alianzas y Estrategias en Salud y del SIS son casi idénticas, la cifra oficial del costo per cápita del PEAS es la del MINSA, US\$174,70.

El costo fijo del PEAS es financiado con la asignación de recursos públicos a los proveedores públicos (subsidios a la oferta) y el costo variable es financiado por el SIS, tanto para el régimen subsidiado como para el semicontributivo. El área de finanzas del SIS estimó que la prima en el régimen semicontributivo

para cubrir el costo variable del PEAS sería de US\$104,82 anuales por afiliado (SIS, 2011c). Estos cálculos corresponden a estimaciones aproximativas a partir del presupuesto disponible.

Las asignaciones para el PEAS en las zonas piloto no se basan en las estimaciones anteriores.

Legitimidad del proceso y los métodos

Se ha cuestionado la legitimidad tanto de los métodos como del proceso del PEAS por varios problemas que han repercutido en los usuarios y en la opinión pública:

- La cobertura no se basó en los derechos adquiridos a través del LPIS en el SIS.
- No se difundieron los beneficios.
- El proceso de afiliación atrasó la adscripción al SIS.
- El plan no estuvo inicialmente acompañado por derechos legales para que los beneficiarios pudieran exigir la cobertura. Aunque se han diseñado garantías al respecto, éstas no han sido implementadas aún como se mostrará más adelante. En marzo de 2013 se aprobó el reglamento de supervisión para SUNASA (MINSA, 2013a), en junio de 2013 se amplió el plazo de implementación de las funciones sancionadoras y de supervisión de la SUNASA por un año a partir de la entrega de un cronograma de implementación por parte del MINSA (MINSA, 2013b).

El PEAS se ha implementado en las zonas piloto y su lanzamiento enfrentó problemas cuando las personas y los proveedores percibieron que la cobertura era diferente a la del LPIS. Por lo tanto, el SIS debió idear un plan complementario con otros 2100 diagnósticos (más grande que el PEAS, en estos términos) y una cobertura extraordinaria.

Además, en las zonas piloto las personas deben reafiliarse al SIS para recibir el PEAS, según dispuso la reforma del AUS, que también modificó el proceso de afiliación y delegó la evaluación socioeconómica —clasificación como pobre o no pobre— al SISFOH.

Además, unas disposiciones complementarias debían comenzar a funcionar. Entre ellas, la cobertura para enfermedades catastróficas y/o de altos costos, que debió complementar los beneficios del PEAS a través del FISSAL. A partir de 2012, se complementó la cobertura del PEAS con la del cáncer a través del plan Esperanza. En 2012 el FISSAL empezó a recibir fondos del Tesoro Público y a ser administrado por el SIS, y esta financiando todas las etapas de cáncer del listado de atenciones de alto costo, las insuficiencias renales crónicas terminales y las enfermedades raras o huérfanas para los asegurados del SIS. Los tipos de cáncer que no se encuentran en el listado de alto costo del FISSAL son cubiertos por el SIS a través de su plan complementario (cobertura extraordinaria).

Finalmente, en la implementación resulta confuso qué es PEAS y qué no, dado que el plan no adquiere características distintas en cuanto a acceso, protección financiera y calidad para las personas, ni en cuanto a procedimientos, costos y presupuestos por el lado de la oferta. La combinación de todos estos problemas dificulta la legitimidad de la reforma. En definitiva, el PEAS no ha tenido un impacto visible en la población.

Hasta ahora el ajuste no parece enfocarse en una revisión de la metodología, que sin embargo debería evaluarse para decidir si es efectivamente adecuada para los objetivos del PEAS y si es sostenible. La propuesta de ajuste del PEAS es la mejor instancia para que el proceso de priorización sea revisado y mejorado, y así poder responder a las críticas. Por ejemplo debería ampliar su base de sostenibilidad financiera y técnica, y el MINSA debería establecer procedimientos estándar que incluyan los medicamentos. En adelante,

las modificaciones del PEAS deberían contar con un análisis económico-financiero y de sostenibilidad frente al aumento esperado de los afiliados.

Financiamiento, aseguramiento y provisión

La ley AUS y su reglamento incluyen la normativa relacionada con el financiamiento del PEAS, el aseguramiento y la provisión. En este capítulo se analizan las fuentes de financiamiento y se muestra que la asignación de los recursos no ha cambiado sustancialmente. Además, se revisan los mecanismos implementados para las intervenciones incluidas en el PEAS y sus implicaciones para los subsectores público, de la seguridad social y privado.

Financiamiento

La ley AUS y su reglamento no definen una estimación de los requerimientos ni fuentes específicas. La ley solo indica que el SIS debe hacerse cargo de la población pobre a través de su presupuesto con financiamiento público. Como se mencionó antes, el SIS financia el costo variable de las intervenciones del PEAS, mientras que el costo fijo se financia a través de presupuestos históricos asignados a los gobiernos regionales, que administran los establecimientos públicos. Los otros subsectores, EsSalud y el privado, mantienen sus fuentes de financiamiento anteriores al PEAS: los aportes de los empleadores y el pago de primas, respectivamente.

El Estado destina recursos a las zonas piloto del AUS para actividades como la identificación de afiliados, las campañas informativas, la supervisión de la provisión, el mejoramiento de la oferta y el pago de las prestaciones. Sin embargo, la asignación para las prestaciones que ofrece el SIS no se destina específicamente a los afiliados al PEAS, sino también a los del LPIS, y el cálculo de la asignación

no considera el costo variable del PEAS; se basa, en cambio, en el presupuesto histórico del SIS. Esto produce una brecha entre los recursos que el PEAS necesita y los que se le asignan.

Cómo se indicó en la sección anterior, MINSA estimó el costo total del PEAS en US\$174,70 anuales por beneficiario. De éstos US\$174,70, al SIS le correspondería recibir US\$104,82 para cubrir el costo variable de las prestaciones de salud, ya que las regiones financian los costos fijos. Sin embargo, los recursos financieros que entrega el gobierno son muy inferiores.

Aunque no se puede identificar el gasto per cápita en afiliados con cobertura PEAS, si se divide el gasto del SIS entre el número de asegurados, se obtiene un monto de US\$24,96 anuales, lo que representa solo el 25,5% del costo variable estándar calculado. Este gasto menor por afiliado puede ser producto de una baja calidad del servicio o de una utilización menor que la esperada. También podría indicar que, para cubrir sus costos, los establecimientos cobren a los asegurados. Para que el PEAS no requiera ningún gasto por parte de sus nuevos afiliados, lo deseable sería que el SIS dispusiera de un presupuesto per cápita que permitiera cerrar progresivamente la brecha entre el costo estimado y el gasto real.

Para mantener el equilibrio financiero del SIS, es importante que la asignación de los recursos esté directamente ligada al aumento de las afiliaciones en las zonas piloto del AUS, ya que todas las personas afiliadas, por ley, deben recibir por lo menos la cobertura establecida en el PEAS. También sería importante hacer un estudio de costos y un seguimiento de la utilización de servicios por condición asegurada en los establecimientos públicos, ya que se podrían generar incentivos por sobreutilizar las prestaciones mejor pagadas.

En 2010, el gobierno hizo un primer intento de financiar el PEAS en Lima Metropolitana y Callao para los nuevos afiliados del SIS, asignando el equivalente a US\$109,64 anuales per cápita (MINSA,

2010g). Sin embargo, este dinero entró al conglomerado de los recursos disponibles del SIS, de tal manera que no se lo destinó a financiar específicamente atenciones PEAS.

En el caso de EsSalud, su equilibrio financiero no se ve afectado por la implementación del PEAS porque ofrece una cobertura más amplia, pero esto no significa que carezca de dificultades para lograr el equilibrio. Además, EsSalud ofrece el plan EsSalud Independiente con una prima voluntaria de US\$486,68 anuales por persona, sin deducibles ni copagos, pero con límites en el uso. Esta prima es muy superior al cálculo del MINSA sobre el costo estándar del PEAS. La diferencia podría deberse a que EsSalud esté incorporando a la prima su ineficiencia para proveer las prestaciones. También podría deberse a que el cálculo del MINSA asume condiciones óptimas en la provisión, o a que la frecuencia con la que se usan las prestaciones es menor a la registrada históricamente por EsSalud. En cualquier caso, es importante que estas estimaciones se comparen y revisen.

Por otro lado, las entidades prestadoras de salud ofrecen un plan básico de consultas ambulatorias o cirugías de día a cambio del 25% de la contribución a la seguridad social obligatoria para los trabajadores formales, que corresponde al 2,25% de la remuneración del trabajador. Sin embargo, las entidades prestadoras de salud tienen dificultades para poner el PEAS en marcha porque su cobertura es superior al plan básico que tenían pactado y la contribución que reciben no se ha revisado ni ajustado.

Implementación

A continuación se describe la implementación del PEAS y su nivel de avance. Se presenta en primer lugar la compra de servicios, seguida por el control de calidad, la difusión de los beneficios, los recursos disponibles, el monitoreo de los objetivos y los principales obstáculos en la implementación de los pilotos.

Compra de servicios

El SIS compra prestaciones incluidas en los planes de beneficios (PEAS y LPIS) a los proveedores públicos mediante tres mecanismos de pago: presupuesto adelantado con base en convenios, pago por servicio prestado con base en un tarifario y costos incurridos. Los tres mecanismos cubren solo el costo variable de las prestaciones y se utilizan tanto en las zonas piloto (PEAS) como en el resto del país (LPIS). Cuando un beneficiario del SIS obtiene atención de salud en la red de servicios del MINSA, los prestadores reportan las atenciones al SIS, que transfiere el pago a las unidades ejecutoras que representan a los prestadores.¹³ El MINSA no ha publicado un tarifario para el PEAS; no obstante, el SIS adaptó el tarifario de prestaciones que utilizaba para el pago de las atenciones cubiertas por el LPIS (MINSA, 2009c y 2011a).

Actualmente, el SIS ha puesto en marcha contratos de compra de servicios con prestadores de EsSalud y privados. El SIS otorga los recursos a las unidades ejecutoras a través de la partida de “donaciones y transferencias”, lo que da a las regiones la libertad para asignarlos a cualquier gasto, incluso fuera del ámbito de la salud. El destino de las partidas de donaciones y transferencias no está regulado ni restringido al reembolso de las prestaciones PEAS o LPIS efectuadas por los prestadores. Tampoco existe un mecanismo de regulación para esta libertad que tienen los gobiernos regionales en la asignación de los recursos, lo que indica una desconexión entre las prestaciones incluidas en el PEAS y los mecanismos de compra a los prestadores de servicios.

Control de calidad

Las funciones de la SUNASA incluyen el registro de las aseguradoras y la autorización para que funcionen, la supervisión del cumplimiento de la ley

AUS, la regulación de aseguradoras y proveedores y las sanciones. Con respecto a los proveedores, se encarga de velar porque cumplan sus normas de calidad. El 26 de marzo de 2013 se aprobó el Reglamento de Supervisión para la SUNASA, que regula la calidad de los aseguradores y proveedores (MINSA, 2013a). Sin embargo, aún no se han definido los instrumentos de supervisión de la SUNASA. La supervisión se limita todavía a la anterior al PEAS.

Conocimiento de la población y los actores sobre los beneficios y mecanismos para exigir derechos

La difusión del PEAS se ha limitado al anuncio del inicio del AUS en las zonas piloto. No hubo por parte del MINSA una estrategia explícita y permanente para informar a la población sobre los beneficios y derechos otorgados del AUS a través del PEAS.

La SUNASA podría medir el nivel de conocimiento de la población sobre sus derechos relativos al PEAS a través de un registro de consultas y reclamos, como hizo el SIS a partir de mayo de 2010 (SUNASA, 2011) mediante un registro de consultas y quejas para sus asegurados a través de Internet. La principal crítica que recibió el SIS es que el registro no es de fácil acceso para la mayoría de los beneficiarios. Sin embargo no hay hasta la fecha reportes ni estudios sobre este tema.

Recursos disponibles para prestar los servicios

No existe un estudio sobre la capacidad del sector para proveer las prestaciones del PEAS. Sin embargo, uno de los criterios de selección de las condiciones de salud establecido en la ley AUS (véase la sección 4 del anexo a este capítulo) incluyó la revisión de la capacidad del sistema de dar atención integral a dicha condición. Tampoco hay un informe que calcule

¹³ Las unidades ejecutoras son unidades administrativas responsables en forma total o parcial de la ejecución de un presupuesto (acción presupuestaria).

las posibles brechas del sistema de salud peruano para proveer el PEAS, ni una estrategia para reducirlas en el corto o mediano plazo.

El estudio más reciente es el de Madueño, Alarcón y Sanabria (2003), que analizó oferta, demanda y brechas del sistema de salud con información de 1999. Los autores concluyeron que el principal prestador de servicios de salud es el MINSA y que su capacidad resolutoria, la calidad de los servicios, los niveles de inversión y los esquemas de financiamiento están limitados por su restricción presupuestaria. Esta conclusión debería ser considerada en la medida en que el SIS siga aumentando su cobertura poblacional y se incremente el acceso y la demanda de servicios.

Con respecto a la oferta de servicios de salud los autores llegaron a la preocupante conclusión de que esta no se basa en las necesidades de la población.

Capacidad institucional para monitorear y verificar el cumplimiento de los objetivos

La capacidad para monitorear y verificar el cumplimiento de los objetivos del PEAS pasa por organismos que revisan la planificación y el monitoreo. La SUNASA debe velar por el AUS y su promoción, por el uso eficiente y oportuno de los fondos que se le destinan, y por la calidad, puntualidad, eficiencia y eficacia de la provisión.¹⁴ Finalmente, según los técnicos de la SUNASA entrevistados, esta debe supervisar el otorgamiento de las 34 garantías explícitas y desarrollar los propios instrumentos de supervisión.

Al MINSA le corresponde supervisar, monitorear y evaluar el avance del aseguramiento en el territorio nacional, informando a la ciudadanía y a los órganos competentes. Sin embargo, debido a que el sistema es reciente y

a su implementación gradual en el contexto del AUS, las responsabilidades y atribuciones del MINSA, al igual que las de la SUNASA, aún están en definición.

Obstáculos y problemas de implementación

A continuación se presentan opiniones de los entrevistados sobre algunos problemas en la implementación del PEAS. Algunos de ellos provienen de las reacciones que el plan ha generado en organizaciones gremiales y sociales.

Para el Colegio Médico, la ley AUS no representa un cambio trascendental y no aborda la exclusión social de los servicios de salud. La ley solo aprueba algunas modificaciones al SIS. Según Castro (2009) se trata de una iniciativa que no conduce a una mejora real de la protección social y financiera en salud. El Colegio Médico propuso un “seguro público unificado”, que contempla la integración del sistema público actual y EsSalud, sin oponerse al concepto de garantías explícitas en salud ni a un plan de beneficios compatible con las prioridades sanitarias.

Según Foro Salud el AUS nació con un grave problema de sostenibilidad financiera, ya que se cuenta solo con un sexto de lo necesario para atender a los 12 millones de asegurados del SIS (Foro Salud, 2012). También plantea que el gobierno no ha cumplido con la promesa de aumentar el gasto en salud del 5% del producto interno bruto al 7%. La falta de planificación del financiamiento del PEAS da pie a estas y otras críticas.

Para la Asociación de Clínicas Privadas la ley AUS es predominantemente positiva (Joo, 2010). Por ejemplo, su implementación permitiría ordenar, controlar, regular y fiscalizar el sistema de salud. La asociación destaca que la reforma podría evitar filtraciones y

¹⁴ Estas funciones se encuentran entre las otras funciones delegadas a la SUNASA, que están asociadas a la disponibilidad de información por parte de los agentes (y su seguridad) y a los mecanismos de conciliación y arbitraje ante controversias surgidas entre usuarios y aseguradoras.

subsidios cruzados, y señala el beneficio de garantizar un plan básico de salud de manera que no haya planes por debajo de esa cobertura. La Asociación cree que el reto para los privados es comprender que con el AUS la ganancia se dará por volumen, eficiencia y calidad de los servicios a prestar, en un nuevo contexto y con nuevos actores (Joo, 2010). Según la Asociación de Clínicas Privadas, en la medida en que haya afiliación universal, transparencia y focalización eficiente de los subsidios estatales, se podrá afiliarse y atender a más personas en el sector privado y a través de EsSalud. Estas apreciaciones parecen las naturales de un sector que opera en un ámbito de mercado. Las clínicas privadas prevén mayor demanda por el gasto de personas hoy subsidiadas en el sector público.

Además, que el aseguramiento sea obligatorio vuelve a un porcentaje mayor de la población clientes potenciales del sector privado.

Evaluación

En esta sección se describe el modelo de evaluación del PEAS, previsto como parte de la evaluación global del AUS. Aunque una comisión de trabajo redactó una propuesta para diseñar la evaluación (MINSAs, 2010e), todavía no se ha implementado.

Objetivos e indicadores

La propuesta de la comisión incluye indicadores¹⁵ relacionados con el PEAS para dos resultados: la calidad de atención y la protección financiera. Los indicadores de calidad de atención del PEAS son cuatro: 1) provisión efectiva, 2) asegurados con cobertura adecuada, 3) porcentaje de cumplimiento de garantías explícitas y 4) cumplimiento de guías de práctica clínica. La fuente de los cuatro indicadores es la SUNASA y la periodicidad es trimestral.

La provisión efectiva del PEAS se define como el porcentaje de establecimientos que cumplen con las prestaciones incluidas en el PEAS, según categoría y nivel de atención. Esto permite medir las brechas en la prestación de servicios. La cobertura adecuada del PEAS se define como el porcentaje de pacientes asegurados con una condición de salud específica a quienes se les brindan todas las prestaciones del PEAS. Este indicador mide la brecha entre la demanda y la oferta real. Por otro lado, el cumplimiento de garantías se define como el porcentaje de garantías explícitas susceptibles de ser evaluadas que se respetan. Finalmente, el cumplimiento de guías de práctica clínica se mide por el porcentaje de pacientes cuya atención se provee de acuerdo con las guías de práctica clínica.

En relación con la protección financiera, la evaluación considera tres indicadores: 1) gasto per cápita de las aseguradoras en atención, 2) subcobertura en el régimen subsidiado entre los grupos de la población objetiva y 3) filtración en el régimen subsidiado. El gasto per cápita se obtiene anualmente de las aseguradoras. Este indicador podría ser muy útil si se calculara por tipo de seguro, de tal manera que se puedan identificar los gastos de los asegurados con la cobertura PEAS y las estimaciones del costo del plan. Una mayor brecha podría indicar una mayor probabilidad de gasto de bolsillo y por lo tanto una protección financiera menor. En el régimen subsidiado también se revisan los indicadores de los errores de subcobertura (tipo I) y de filtración de subsidios (tipo II) relacionados con la focalización del gasto. La subcobertura es la población que, aun sin tener capacidad de pago, queda excluida de los beneficios del régimen subsidiado. Al analizar este indicador se debe considerar que la afiliación al PEAS está sujeta a que la persona se postule y a que el SISFOH la clasifique como pobre. Filtración es la población con capacidad de pago o con otro seguro de salud que está afiliada al SIS. El análisis de este indicador debe

¹⁵ Véase en la sección 11 del anexo a este capítulo el listado completo de los indicadores.

considerar que existen grupos focalizados que incluyen población no pobre o con otro tipo de seguro, y que estos tienen derecho a afiliarse.

La elección de los indicadores de protección financiera no consideró lo esencial: medir el grado de protección de los hogares ante los gastos de bolsillo por eventos de salud. Esto podría registrarse de manera global con las encuestas de hogares de Perú.

El documento de la metodología de evaluación del AUS y el PEAS plantea que la evaluación de resultados debe hacerse entre 2010 y 2015, y no considera que sea periódica (MINSA, 2010e). Aunque la metodología se definió después de implementar el AUS y de que se aprobara el PEAS, como plantea usar encuestas de hogares anteriores a su implementación, cuenta con información basal para el AUS pero no para el PEAS porque las encuestas no distinguen el tipo de cobertura que reciben los afiliados, sino simplemente el asegurador. Por otro lado, la metodología incluye el seguimiento de las actividades para implementar el AUS en curso.

Lecciones y recomendaciones

En este capítulo se presentan las lecciones aprendidas del diseño y la implementación del PEAS. Se discute si los criterios técnicos para la formulación fueron los apropiados y cómo impactaron durante la implementación. También se evalúa si el grado de legitimidad de la formulación del PEAS tuvo consecuencias negativas o positivas.

La metodología de selección de las 140 condiciones que integran el PEAS y sus respectivas intervenciones de atención clínica han recibido las siguientes críticas: i) se priorizó según carga de enfermedad, sin un balance económico para priorizar la eficiencia del gasto público (por ejemplo, que considere el cociente de costo-efectividad de las prestaciones); ii) no se consideró la sostenibilidad

financiera del PEAS, y iii) no se consideraron los derechos asegurados antes del SIS con el LPIS. La principal consecuencia de esta metodología es un plan sobredimensionado, sin sostenibilidad financiera, que podría producir demandas contra el SIS por su falta de cumplimiento. Además, en principio el SIS ofrece una cobertura mayor al PEAS en el régimen subsidiado (PEAS más un plan complementario y el plan Esperanza) y por lo tanto no es el plan mínimo original. Finalmente, la incoherencia entre el costo estimado del PEAS y el gasto por afiliado del SIS indicaría que estos no estarían recibiendo la cobertura ofrecida.

La legitimidad del PEAS es limitada principalmente porque la metodología de priorización no fue transparente y porque la participación de los actores del sector fue escasa, incluidos, el MINSA, que se limitó a revisar lo propuesto por la asesoría técnica, y el SIS, encargado de implementar el PEAS.

La afiliación al SIS con la cobertura PEAS se da tras la calificación del SISFOH. Sin embargo, desde julio de 2010 este solo pudo otorgar la elegibilidad en Lima Metropolitana y Callao. Esto se debe a que las bases de datos de los hogares estaban desactualizadas y a que el proceso de calificación está en construcción y ha estado operando con dificultades. Las regiones y distritos fuera de Lima Metropolitana y Callao se fueron incorporando lentamente, pero solo donde había acceso a Internet, y con foco en las zonas rurales pobres, a pesar de que su norma de operación indica lo contrario. Por esto, la incorporación de nuevos afiliados es lenta.

El PEAS tampoco ha sido difundido ampliamente entre la población, a pesar de que la afiliación requiere que las personas se acerquen a solicitarla. Las campañas realizadas por el MINSA solo han hecho énfasis en el aseguramiento universal como derecho y no en los contenidos del PEAS, por lo que la gente desconoce la cobertura del plan.

La información disponible no permite analizar el impacto del PEAS en el acceso de los beneficiarios a sus prestaciones. La implementación del PEAS en las zonas piloto no se ha dado según lo previsto por el MINSA, a pesar de que el plan de implementación del AUS define regiones y distritos beneficiarios que se ampliaron progresivamente (MINSA, 2010f). En la práctica, el PEAS no se ha podido llevar a todos esos lugares, ya que no se han asignado los recursos necesarios para afiliar en todas las zonas piloto, en su mayoría zonas pobres donde el principal asegurador es el SIS.

Aunque no hay evidencia directa sobre el PEAS, el gasto anual por afiliado del SIS no parece cubrir el costo estimado, lo que puede traducirse en un mayor gasto de bolsillo de los afiliados. No se definió cómo se garantizaría el financiamiento de los nuevos asegurados —por ejemplo mediante una prima por asegurado— sino que los recursos se han sumado mediante excepciones. En la práctica, se ha mantenido el presupuesto histórico del SIS.¹⁶

Tanto EsSalud como las aseguradoras privadas que implementaron el PEAS calcularon primas equiparables a precios de planes de beneficios iguales o más amplios que el PEAS, por lo que este no les resulta atractivo.

Solo grupos como Foro Salud cuestionaron el PEAS por el tratamiento de algunas enfermedades, como las crónicas y el cáncer, pero no hubo un pronunciamiento más completo sobre las insolvencias del plan.

Por otro lado, la ley de financiamiento incorporó el FISSAL al SIS el 21 de julio de 2011, pero no estableció un listado de enfermedades de alto costo, no definió qué cubriría a través de qué financiamiento, ni los procedimientos que implementaría con el SIS para aprobar los casos a financiar. Solo a partir del 24

de abril de 2012 se aprobó el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención y se le destinaron fondos.

A la luz de los problemas de implementación del PEAS, el MINSA tendrá que evaluar si la apuesta por un plan mínimo ha añadido algún valor al aseguramiento y deberá replantearse cómo recuperar su importancia como estrategia de priorización en salud.

Se ha dejado de lado la dimensión financiera del PEAS; no solo el costo, también los cálculos actuariales para establecer primas en el mercado de seguros, las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud y por supuesto el financiamiento a través de presupuesto público y otras fuentes. La ley de financiamiento del AUS no atiende estos cuestionamientos.

No se ha logrado aún fortalecer las instituciones del aseguramiento universal. El SIS no se ha transformado en una aseguradora, la SUNASA está aún en conformación y le falta extender su rol hacia el sector público, y el MINSA no logra constituirse como un ente rector neutral. Aunque el SIS se inscribió como institución administradora de fondos de aseguramiento en salud en enero de 2011, aún no ha logrado cumplir todas las funciones de asegurador.

El logro del PEAS es la capacidad de llegar a acuerdos políticos y de avanzar en la implementación. A pesar de las fallas técnicas, el riesgo de retroceder con esta reforma parece bajo porque cuenta con respaldo político. No obstante, se deben impulsar la planificación y la coordinación institucional para conseguir una implementación adecuada. Los desafíos próximos son determinar las necesidades de financiamiento del SIS para otorgar el PEAS y conseguir apoyo político para negociar el financiamiento con el Ministerio de Economía y Finanzas.

¹⁶ El 21 de julio de 2011 se promulgó la Ley de Financiamiento de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del AUS (Congreso de la República, 2011).

Bibliografía

- Acuerdo Nacional. 2002. "Acta de Suscripción del Acuerdo Nacional". Disponible en: <<http://www.acuerdonacional.pe/AN/actasuscripcion.html>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Alarcón Espinoza G. 2009. "Financiamiento del Aseguramiento Universal en Salud: Experiencias internacionales y elementos de decisión para el Perú". Health Systems 20/20 Project. Bethesda, Abt Associates Inc.
- Arróspide M. (coord.). 2009. "Presupuesto evaluado: Seguro Integral de Salud". Lima, Ministerio de Economía y Finanzas.
- Bitrán R., R. Muñoz y L. Prieto. 2011. "Health Insurance and Access to Health Services, Health Services Use, and Health Status in Peru". En: Escobar, M. L., C. C. Griffin y R. P. Shaw (eds.) *The Impact of Health Insurance on Low- and Middle-Income Countries*. Bethesda, The Brookings Institution Press.
- Care Perú, UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) y NDI (Instituto Nacional Demócrata). 2006. "Esfuerzo sin precedentes con miras a un mejor quinquenio 2006-2010: Acuerdo de partidos políticos en salud". Lima, Care Perú.
- Castro J. 2009. "Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 26 (2): 232-35.
- Congreso de la República. 2002. "Ley del Ministerio de Salud", n.º 27657.
- _____. 2006. "Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud", n.º 26790, que establece modificaciones a la ley n.º 26790.
- _____. 2009. "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud", n.º 29344.
- _____. 2011. "Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud", n.º 29761.
- CIES (Consortio de Investigación Económica y Social). 2006. "Derecho a la salud: Ejercicio, exigencia y cumplimiento". Lima, CIES.
- Defensoría del Pueblo. 2012. "¿En qué casos puede intervenir la Defensoría del Pueblo? Salud". Lima. Disponible en: <<http://www.defensoria.gob.pe/casos-intervencion.php?tm=5#5>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- de Habich M., M. Madueño y A. Sobrevilla. 2001. "El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud: Fundamentos técnicos y metodológicos". Health Systems 20/20 project. Bethesda, Abt Associates Inc.
- DGSP (Dirección General de Salud de las Personas). 2011. "Armonización de componentes de análisis de salud". Presentación en la reunión de discusión sobre el ajuste del PEAS, Lima, Perú, 6 de enero.

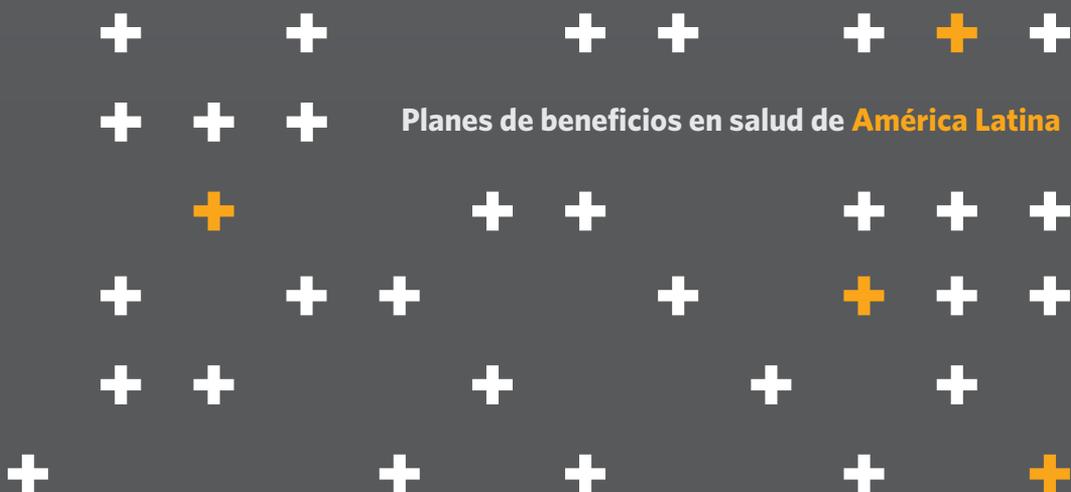
- Escobedo S. 2007. “Metodología para la estimación de costos estándar de los procedimientos médicos incluidos en el Plan Universal de Beneficios en Salud”. Lima, Ministerio de Salud del Perú.
- EsSalud. S/f. Página web “EsSalud Independiente”: <<http://www.essalud.gob.pe/essalud-independiente/>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Foro Salud. 2008. “Reporte de la vigilancia ciudadana al Seguro Integral de Salud en establecimientos de salud de Lima Metropolitana”. Lima, Foro Salud. Disponible en: <http://www.forosalud.org.pe/Vigilancia_Lima.pdf>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2009. “Reporte de la vigilancia ciudadana al Seguro Integral de Salud Cajamarca 2009”. Lima, Foro Salud. Disponible en: <http://www.forosalud.org.pe/Vigilancia_Cajamarca.pdf>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2012. “Los límites y contradicciones del aseguramiento universal”. Lima. Disponible en: <http://www.forosalud.org.pe/Nota_ForoSalud_frente_al_aseguramiento_universal.docx>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Gobierno de Perú. 1993. Constitución Política del Perú.
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). 2009. “Perú: Estimaciones y proyecciones de población urbana y rural por sexo y edades quinquenales, según departamento, 2000-2015”. Boletín n.º 19. Lima, INEI.
- _____. 2013. “Boletín condiciones de vida en el Perú, enero-febrero-marzo 2013”. Boletín n.º 2. Lima, INEI.
- Joo C. 2010. Presentación “Estrategias de implementación del AUS en Asociación de Clínicas Privadas”. Disponible en: <http://www.bvs.org.pe/local/File/FORO_AUS/EST_DE_IMP_AUS_CLINICAS_PRIVADAS.pdf>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Madueño M., J. Alarcón y C. Sanabria. 2003. “Análisis de la brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial de mediano plazo”. Lima, PHRPlus.
- Mendoza I. 2006. “El acuerdo de los partidos políticos en salud: Sistematización de experiencias”. Lima, Promoviendo Alianzas y Estrategias y Abt Associates Inc.
- MINSA (Ministerio Nacional de Salud). 2001. “Por un país saludable. Propuesta de políticas para la salud”.
- _____. 2002. “Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012 y principios fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del quinquenio agosto 2001-julio 2006”.
- _____. 2002a. Decreto supremo n.º 013-2002-SA “Aprueban reglamento de la Ley del Ministerio de Salud”.
- _____. 2002b. “Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012 y principios fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del quinquenio agosto 2001-julio 2006”. Segunda edición.

- ____. 2007a. Decreto supremo n.º 004-2007-SA. “Establecen el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias”.
- ____. 2007b. Resolución ministerial n.º 316-2007/MINSA. “Aprueban norma técnica de salud para implementación del LPIS en el marco del Plan de AUS en los establecimientos del Ministerio a nivel nacional”.
- ____. 2009a. Decreto supremo n.º 016-2009-SA. “Aprueban Plan Esencial de Aseguramiento en Salud”.
- ____. 2009b. Decreto supremo n.º 011-2009-SA. “Crean Comité Técnico Implementador Nacional de la conducción del proceso de Aseguramiento Universal en Salud”.
- ____. 2009c. Resolución ministerial n.º 240-2009-MINSA. “Aprueban el tarifario del Seguro Integral de Salud para los componentes subsidiado y semisubsidiado y definiciones operacionales”.
- ____. 2010a. Decreto supremo n.º 008-2010-SA. “Aprueban reglamento de la ley n.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”.
- ____. 2010b. Decreto supremo n.º 034-2010-SA. “Aprueban mecanismos conducentes a la afiliación obligatoria del Aseguramiento Universal en Salud”.
- ____. 2010c. Resolución ministerial n.º 062-2010/MINSA. “Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales”.
- ____. 2010d. Resolución ministerial n.º 914-2010/MINSA. “Aprueban norma técnica de salud ‘Categorías de Establecimientos del Sector Salud’”.
- ____. 2010e. “Propuesta de diseño para la evaluación de resultados del Aseguramiento Universal en Salud en el Perú”. Lima, Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud II.
- ____. 2010f. “Plan de Implementación del Aseguramiento Universal en Salud”.
- ____. 2010g. “Plan de Implementación del Aseguramiento Universal de Salud en Lima Metropolitana y Callao 2010”.
- ____. 2011a. Resolución ministerial n.º 226-2011/MINSA. “Sustituyen anexos ‘Tarifario del Seguro Integral de Salud para los componentes subsidiado y semisubsidiado’ y ‘Definiciones operacionales’ aprobados por la resolución n.º 240-2009/MINSA”.
- ____. 2011b. Resolución ministerial n.º 464-2011/MINSA. “Aprueba el documento técnico: ‘Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad’”.
- ____. 2012a. “Transparencia: Normas legales”. Lima. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- ____. 2012b. Decreto supremo n.º 007-2012-SA. “Autorizan al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)”. Lima, El Peruano.

- _____. 2012c. Decreto supremo n.º 009-2012-SA. “Declaran de interés nacional la atención integral del cáncer y mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos en el Perú y dictan otras medidas”. Lima, El Peruano.
- _____. 2013a. Decreto supremo n.º 003-2013-SA. “Aprueban reglamento de supervisión de la SUNASA aplicable a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud”. Lima, El Peruano.
- _____. 2013b. Decreto supremo n.º 008-2013-SA, que amplía el plazo de implementación de las funciones de supervisión y sancionadoras de la SUNASA establecido en la Quinta Disposición Complementaria Transitoria del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Lima, El Peruano.
- MINSA (Ministerio Nacional de Salud) y CIES (Consortio de Investigación Económica y Social). 2008. “Cuentas nacionales de salud: Perú, 1995-2005”.
- Montañez V. y E. Chon. 2011. “Financiamiento en Salud: Proyecciones al 2021”. Documento inédito preparado para el Banco Mundial, Lima.
- Murray C. y A. López. 1996. “The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020”. *Global Burden of Disease and Injury*, vol. 1. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health-OMS.
- Portocarrero A. 2010. “Los retos para financiar el Aseguramiento Universal en Salud”. Disponible en: <<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/aus/archivos/foro0ct2010/retosfinanciarAUS.ppt>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Prieto L. 2011. “Nota sectorial de salud del Perú”. Lima, documento inédito.
- SIS (Seguro Integral de Salud). 2010a. Resolución jefatural n.º 092-201/SIS. “Aprueban directiva que regula el proceso de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado del Seguro Integral de Salud en el marco del Aseguramiento Universal en Salud - ley n.º 29344”.
- _____. 2010b. Resolución jefatural n.º 134-201/SIS. “Aprueban la directiva que establece la cobertura extraordinaria de enfermedades para el régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud en el ámbito del Aseguramiento Universal en Salud y sus anexos”.
- _____. 2010c. “Informe de boletín estadístico 2010”. Lima, SIS.
- _____. 2011a. “Informe de boletín estadístico 2010”. Lima, SIS. Disponible en: <http://www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/Estadistica/Informe_BoletinEstadistico_2010_Actualizado.pdf>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2011b. “Estadísticas SIS a diciembre 2010, por regiones y unidades ejecutoras”. Lima, SIS. Disponible en: <<http://www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/index.html>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2011c. “Seguro semicontributivo”. Lima, SIS. Disponible en: <http://www.sis.gob.pe/Portal/productos/sis-independiente/sis-independiente-aus/cuanto_aporto.html>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.

- _____. 2012. Resolución jefatural n.º 143-2012/SIS. “Aprueban los lineamientos de cobertura del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL)”.
- _____. 2013. “SIS: Número de asegurados al SIS a febrero 2013, por grupo de edad y por distrito de residencia (actualización al 2 de abril 2013)”. Lima, SIS. Disponible en: <<http://www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/index.html>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- SUNASA (Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud). 2011. “Boletín estadístico al segundo trimestre del 2011”. Año 12, n.º 2.
- _____. 2012a. “Estatuto del Centro de Conciliación y Arbitraje”. Lima, SUNASA. Disponible en: <<http://www.sunasa.gob.pe/ceconar/reglamentos/index.htm>>. Fecha de acceso: mayo de 2012.
- _____. 2012b. “Boletín estadístico al tercer trimestre 2012”.
- _____. 2013. “Boletín informativo de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud ‘Asegurándonos’”. Año 1, n.º 4. Disponible en: <<http://app3.sunasa.gob.pe/ES/20/256/3/Publicacion-1484.aspx>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Velásquez A. 2009. “La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del Plan Esencial de Aseguramiento Universal”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 26 (2): 222-231.
- Velásquez A., C. Cachay, C. Munayco, E. Poquioma, R. Espinoza y Y. Seclén. 2008. “La carga de enfermedad y lesiones en el Perú”. Lima, Ministerio Nacional de Salud.
- Wilson L., A. Velásquez y C. Ponce. 2009. “La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú: Análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 26 (2): 207-217.

Capítulo 6



Planes de beneficios en salud de **América Latina**

Argentina: el Plan Nacer

Martín Sabignoso, Humberto Silva y Javier Curcio

Resumen

Contexto. Argentina es un país federal con un gasto en salud equivalente al 8,2% de su PIB, un porcentaje propio de los países de ingresos medios y altos. En 2003, los resultados de salud reflejados en distintos indicadores marcaban la necesidad de un uso más eficiente y equitativo de los recursos invertidos para aumentar la salud de la población. El sistema de salud argentino tiene tres subsectores: el privado (voluntario); el de las obras sociales (obligatorio para trabajadores formales); y el público (universal y gratuito). Los subsectores privado y de las obras sociales cuentan con planes de beneficios explícitos de salud. El marco general de estos planes que indica la provisión que deben garantizar está establecido por el Plan Médico Obligatorio. El subsector público, que puede proveer servicios de salud a toda la población a través de establecimientos mayoritariamente provinciales y municipales, no cuenta con un listado explícito de prestaciones priorizadas. En este contexto, el Gobierno nacional implementó el plan Nacer (PN) para garantizar el acceso universal a un conjunto de servicios de salud priorizados.

Elementos clave del PN. La política pública de salud conocida como plan Nacer tiene como objetivos mejorar el estado de salud y la satisfacción con los servicios de la población sin cobertura explícita, usuaria del subsector público. Inicialmente se priorizaron prestaciones del primer nivel de atención para la población más

vulnerable (mujeres embarazadas o en atención posparto y niños de 0 a 5 años). La implementación del PN se realizó en dos fases. La primera se inició en 2004 en las nueve provincias del norte del país; en 2007 se extendió al resto de las jurisdicciones.

El plan de beneficios en salud (PBS) implementó un mecanismo de financiamiento basado en resultados y aumentó la inversión en el sector salud mediante la creación de seguros provinciales de salud (SPS) que refuerzan la cobertura pública existente.

Un aspecto importante en el diseño y operatividad del programa para el logro de sus objetivos intermedios y finales es su esquema integral de monitoreo, evaluación y auditoría externa concurrente.

El PN buscó aumentar gradualmente las coberturas prestacional y poblacional y la protección financiera de la población. Comenzó con 80 servicios de atención primaria de salud para la población materno-infantil, agregó luego algunos servicios curativos ambulatorios, hasta incorporar en 2010 prestaciones de alta complejidad para atención integral de cardiopatías congénitas. En 2012, se incluyeron prestaciones para el cuidado perinatal de alta complejidad. A partir del mismo año, el Ministerio de Salud de la Nación y las provincias extendieron el PN a nuevos grupos poblacionales (niños y adolescentes hasta los 19 años y mujeres

hasta los 64 años sin cobertura explícita en salud) a través de un conjunto de 400 prestaciones priorizadas. Esta extensión del PN da inicio al denominado programa SUMAR.

El financiamiento del PBS del PN representa aproximadamente un 0,9% de los recursos invertidos por las provincias en salud. El gobierno nacional financia a las provincias a través de una cápita anual de aproximadamente US\$4 por persona que se ajusta mediante indicadores de desempeño. Este valor representa el costo incremental per cápita de las brechas de cobertura y calidad de las prestaciones priorizadas. El 60% de esa cápita se transfiere mensualmente a las

provincias en función de la inscripción y nominación de la población beneficiaria. El 40% restante está condicionado al cumplimiento de una serie de resultados sanitarios medidos a partir de indicadores de desempeño denominados trazadoras, y se transfieren de manera cuatrimestral.

Estos recursos obtenidos por las provincias se depositan en las cuentas del SPS. Su único destino posible es la compra por parte del SPS (a los precios definidos por cada provincia) de las prestaciones priorizadas a los establecimientos de la red provincial que previamente han celebrado un compromiso de gestión. El mecanismo de pago por desempeño de los SPS a los establecimientos es de pago por

Elementos fundamentales del plan Nacer

Nombre del PBS	Plan Nacer (hoy programa SUMAR)
Año de inicio	2003
Motivación central	Revertir el aumento en las tasas de morbi-mortalidad materno-infantil y proveer garantías más explícitas para la población vulnerable
Población objetivo	Mujeres embarazadas y niños menores de 6 años. A partir de 2012 se incorporaron niños de 6 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años y mujeres de 20 a 64 años sin cobertura explícita en salud
Cobertura de servicios	Servicios materno-infantiles del primer nivel de atención con expansión gradual hacia otros servicios más complejos (por ejemplo, cirugías para cardiopatías congénitas)
Cobertura financiera	Sin copagos
Cobertura población objetivo	El 63% de la población sin cobertura explícita en salud (23% de la población total) (2012)
Costo anual estimado per cápita	US\$4 (aproximadamente, para costear brechas de cobertura y calidad efectiva ya que los establecimientos siguen recibiendo recursos de oferta)
Porcentaje de los recursos públicos de salud canalizados hacia la financiación del PBS	0,9% de los recursos invertidos por las provincias en salud
Entrega de servicios no priorizados	El sistema público ofrece todos los demás servicios bajo el tradicional esquema de oferta pública financiada mediante presupuestos históricos
Principales innovaciones	Plan explícito de beneficios para un subconjunto pequeño de servicios priorizados con aumento gradual de cobertura por grupos poblacionales y servicios Articulación y coherencia de servicios priorizados en el PBS con i) asignación de recursos adicionales que financian brechas medidas; ii) mecanismos de pago basados en desempeño a las provincias y a los establecimientos; iii) sistemas de monitoreo, evaluación y auditorías concurrentes y externas, y iv) nominación de servicios recibidos y de resultados jurisdiccionales Evaluación de impacto rigurosa y medición de satisfacción de usuarios y de niveles motivacionales de los recursos humanos de los proveedores

servicios. Finalmente, los establecimientos reciben los fondos y sus recursos humanos deciden cómo gastarlos en mejoras de infraestructura, adquisición de equipamiento, capacitación, contratación de recursos humanos, incentivos monetarios o insumos.

El 100% del financiamiento de la cápita del PN estuvo a cargo, inicialmente, del gobierno nacional para pasar luego a ser cofinanciado por las provincias en un esquema cubierto: 70% por el gobierno nacional y 30% por la provincia. La mayor participación en el cofinanciamiento por parte del gobierno nacional posibilita su rol de conducción. Al mismo tiempo, el diseño y la implementación del Programa busca generar un balance entre el marco regulatorio general definido por el gobierno nacional y un espacio de autonomía y flexibilidad para las provincias que posibilite el más adecuado desarrollo de esta estrategia.

Resultados. Los principales resultados del PN fueron seis: i) implementar y operacionalizar un programa de prestaciones priorizadas y financiamiento por resultados en las 24 jurisdicciones del país; ii) mejorar la situación de salud de la población objetivo, tanto en resultados intermedios como la captación temprana de los embarazos, y la cantidad de controles prenatales, así como también en resultados finales como mortalidad infantil, peso al nacer y medidas antropométricas; iii) lograr altos niveles de satisfacción de los beneficiarios y de los equipos de salud de los establecimientos, de acuerdo con encuestas realizadas; iv) identificar un número manejable de indicadores de desempeño (trazadoras) que permitió institucionalizar acuerdos entre niveles de gobierno para la búsqueda y generación de resultados en salud mediante la utilización de transferencias de recursos basadas en resultados; v) articular con otras políticas nacionales (asignación universal por hijo y asignación por embarazo) lo que fortaleció su institucionalización, y vi) incorporar servicios de salud con impacto en las causas de mortalidad infantil difícilmente reducibles, tales como las del

cuidado integral en niños con cardiopatías congénitas, cuidados materno-neonatales de alta complejidad, entre otras.

Desafíos. Los desafíos que plantea este PBS son múltiples: i) determinar qué aspectos del diseño o la implementación del programa, en general, y del plan de servicios de salud, en particular, deben ser adaptados a las provincias con diferentes características socio-sanitarias; ii) garantizar la calidad en las prestaciones priorizadas para los nuevos grupos poblacionales en las distintas provincias, aun cuando no existan guías y protocolos claros para las prestaciones incluidas en el programa SUMAR; iii) definir la combinación óptima de modalidad de financiamiento por presupuesto y por resultados; iv) mantener el rigor de las evaluaciones de desempeño del PN, lo que requerirá mayores recursos y aporte interdisciplinario.

Introducción

Argentina tiene 40 millones de habitantes, un ingreso per cápita anual de US\$17.130 en paridad de poder adquisitivo (2011) y una de las incidencias de pobreza más bajas de la región con 1,9% de personas que viven con menos de US\$2 por día (según datos de la Organización Mundial de la Salud [OMS] y del Banco Mundial). El estado de salud de la población argentina ha mejorado notablemente; en 2011 el país tenía una tasa de mortalidad infantil de 14 por 1000 niños nacidos vivos (en comparación con una tasa de mortalidad infantil de 18 por mil en el 2000) y una esperanza de vida al nacer de 76 años (frente a los 74 años del 2000) (observatorio de la salud mundial de la OMS). Estos indicadores sitúan a Argentina entre los países con el mejor estado de salud de la región. El país enfrenta el reto demográfico de un proceso de envejecimiento, con más de un 11% de adultos mayores de 64 años en 2013 y una prevalencia cada vez mayor de enfermedades crónicas. En 2009, las enfermedades cardiovasculares y los tumores ya eran responsables por el 46% de las muertes y el 29% de los años de

vida saludable perdidos de la población menor de 70 años (Ministerio de Salud, 2012).

Junto con Chile, Argentina es el país con la mayor inversión pública en salud de la región, con un gasto de salud per cápita de US\$408 en paridad de poder adquisitivo (2011), por encima del promedio regional (US\$385, datos de la OMS).

Argentina tiene uno de los sistemas de salud más descentralizados y segmentados de América Latina y el Caribe, donde coexisten tres subsectores que también están altamente fragmentados (véase el esquema 6.1.):

1. El subsector privado, destinado a las personas de altos ingresos, con una cobertura equivalente a un 10% de la población.
2. El subsector de las obras sociales, obligatorio para los trabajadores del sector formal y sus familias (obras sociales) y los pensionados (Programa de Atención Médica Integral [PAMI]/ INSSJP). Este sector está compuesto por un gran número de obras sociales

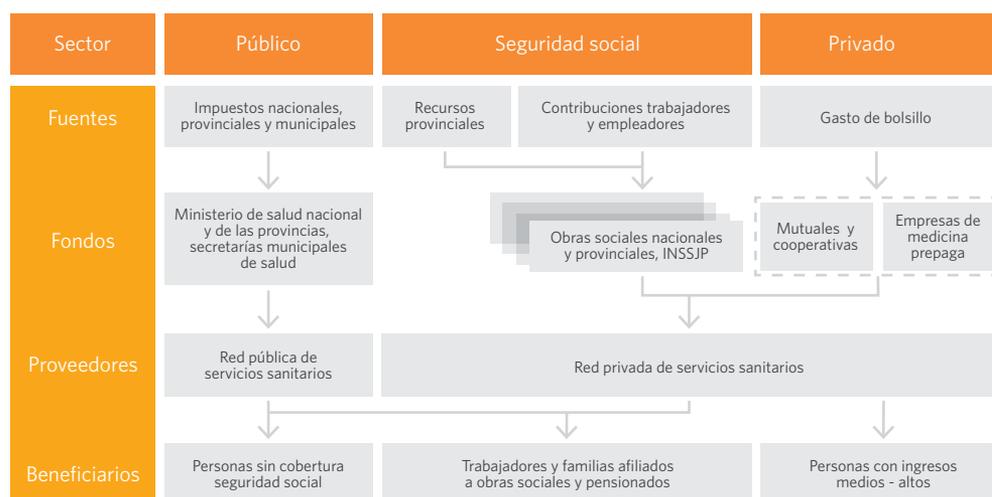
nacionales por ramo de actividad (296 obras sociales nacionales) y provinciales (cada una de las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tienen una obra social). Las obras sociales cubren a alrededor de un 54% de la población (2008).

3. El subsector público, integrado por los organismos nacionales, provinciales y municipales de nivel ministerial y la red de hospitales y centros de salud públicos, que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, pero sobre todo a los no cubiertos por los demás sistemas de seguridad social o privados de salud; un grupo formado por aproximadamente 14,6 millones de personas, el 36% de la población argentina.

El sector de salud público de Argentina se destaca por dos características:

- a. *Descentralización y segmentación del sistema de salud.* Argentina es uno de los países más descentralizados de la región. En su sistema federal tiene 23 provincias y una ciudad autónoma, cada una con su propio ministerio

Esquema 6.1. Sistema de salud de Argentina



Fuente: Hurtado (2007), con modificaciones. INSSJP: Instituto Nacional de Servicio Sociales para Jubilados y Pensionados; OS: obras sociales.

de salud, manejo autónomo de los recursos y responsabilidad para la provisión y organización de los servicios. El Ministerio de Salud tiene una función de conducción y dirección política del sistema de salud pero tiene poca injerencia en la asignación de recursos a nivel provincial. El PN es un caso muy especial, ya que las decisiones de asignación de recursos para este programa provienen en gran medida del nivel nacional de gobierno. Además, la existencia de tres subsectores que ofrecen coberturas y servicios diferenciales según el nivel de ingreso y tipo de vínculo laboral muestra una gran segmentación en el sistema de salud.

- b. *Sistema universal de salud.* La Constitución argentina establece que el sistema de salud público debe ofrecer servicios de salud gratuitos a cualquier ciudadano que los demande sin excepción y según lo que necesite. Dadas las restricciones de recursos, ello significa que el racionamiento se hace de manera implícita. La implementación de un plan explícito de servicios de salud adquiere una connotación muy especial en este contexto: no se excluye ningún servicio explícitamente, pero el sistema le presta especial atención (en términos de organización, financiación, auditoría, etc.) a un subconjunto de servicios considerados prioritarios.

Motivos y objetivos del plan Nacer

A mediados de 2003, Argentina comenzaba a salir de la profunda crisis económica y política que había hecho eclosión en diciembre de 2001, cuyos efectos devastadores planteaban graves desafíos a todos los niveles de gobierno. La drástica caída en el empleo había dejado a gran parte de la población sin cobertura formal en salud, aumentando

considerablemente la carga de prestación de los servicios sobre los gobiernos provinciales, responsables de la atención pública de salud en sus jurisdicciones. Esta situación hizo más evidentes los problemas sistémicos subyacentes del sector de salud en el país que, incluso antes de la crisis, tenía un desempeño inferior al de otros países de ingresos medios en la región y que registraban menores niveles de gasto en salud que Argentina (Mesa Lago, 2005; CEPAL, 2006). Además, la reducción en los ingresos y el aumento de la pobreza como consecuencia de la crisis se había traducido en el deterioro de varios indicadores de salud, por ejemplo en la reversión de la tendencia a la disminución de la mortalidad infantil, que en 2003 había decrecido a 16,5 por 1000 nacidos vivos (Ministerio de Salud y OPS, 2007). En 2003, antes de la implementación del plan Nacer, dos tercios de las muertes infantiles en el país eran neonatales (Ministerio de Salud y OPS, 2007). A su vez, 6 de cada 10 defunciones de niños recién nacidos correspondían a causas evitables mediante un adecuado control del embarazo, una atención adecuada del parto y diagnóstico y tratamiento precoces. En todas las jurisdicciones provinciales, por lo menos la mitad de las muertes de niños respondían a causas evitables (Ministerio de Salud y OPS, 2007). La situación descrita indicaba que había brechas de cobertura y calidad efectiva muy importantes que tenían que ser superadas si el país quería avanzar en sus principales indicadores de salud. Este diagnóstico, sumado al compromiso del gobierno de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se plasmó en los objetivos, el diseño y las prestaciones que integrarían la cobertura en salud del plan Nacer.

El Ministerio de Salud inició un trabajo de consensos sectoriales y transversales que fue plasmado en el Plan Federal de Salud 2004-2007,¹ en el que se anunció el diseño de un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de

¹ Para más detalles sobre el plan y los consensos previos véase Presidencia de la Nación (2004).

atención con la atención primaria de la salud como eje. Así, durante 2003 y en consenso entre la Nación y las provincias, se diseñó y comenzó a implementar el plan Nacer, que surgió como un programa enmarcado en un sistema de salud que ofrece una cobertura universal, implícita y gratuita, pero que prioriza ciertas prestaciones para transformarlas en coberturas explícitas y efectivas. Ese aspecto se ve reflejado en cómo se financian las brechas de cobertura y calidad de los servicios priorizados de acuerdo con estándares y protocolos de efectividad clínica y sanitaria, y no según el costo total de las prestaciones priorizadas incluidas en su plan de servicios de salud, que ya cuentan con financiamiento a través de subsidios a la oferta. Este marco conceptual está representado gráficamente en el esquema 6.2.

De acuerdo con lo establecido en su manual operativo (plan Nacer, 2008), los objetivos principales del PN son los siguientes:

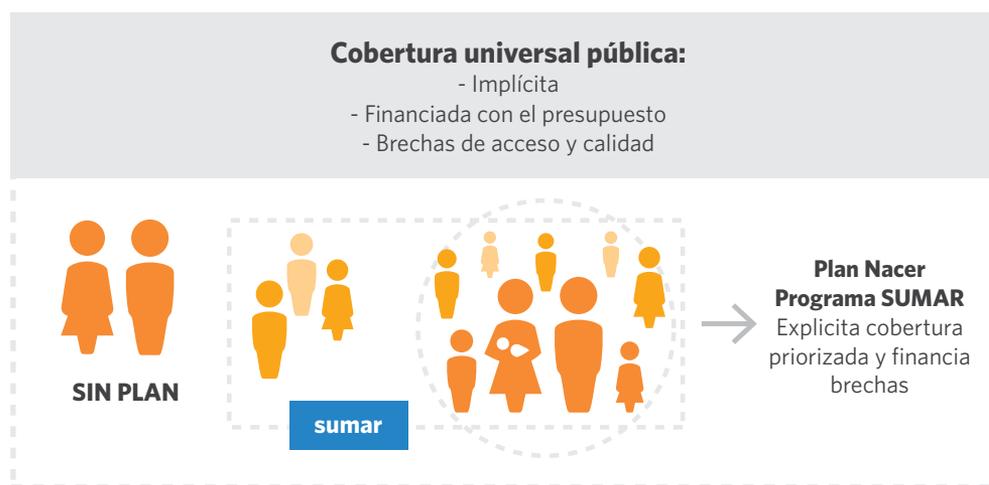
- Mejorar y explicitar la cobertura de salud y la calidad de la atención

brindada a la población materno-infantil sin obra social, a través de la creación y desarrollo secuenciado de seguros públicos de salud en las provincias argentinas y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Incentivar un cambio cultural en la visión y gestión de la salud, que priorice la estrategia de atención primaria de la salud y que promueva un desempeño eficaz del sistema público de salud.
- Contribuir a la reducción de las tasas de morbilidad materno-infantil, en consonancia con los objetivos de desarrollo del milenio.

El plan promovió la creación e implementación de los SPS que actuarían en las jurisdicciones como unidades de compra del PBS a los establecimientos (Presidencia de la Nación, 2004). Estos seguros, así como las transferencias de recursos entre el gobierno nacional y las provincias, se definieron en base a esquemas de pago por desempeño, orientados a garantizar la cobertura efectiva y maximizar la calidad de los

Esquema 6.2. Marco conceptual del plan Nacer



Fuente: Equipo nacional del plan Nacer.

servicios priorizados del PBS que incluye el PN.²

Cobertura y financiamiento

Para lograr la cobertura universal y garantizar el acceso universal a todos los servicios requeridos junto con la protección social en salud hay que avanzar en tres dimensiones (OMS, 2008): i) en la amplitud de la cobertura poblacional; ii) en la profundidad o alcance de los servicios esenciales provistos para atender las necesidades de la población, y iii) en el nivel de protección financiera (OMS, 2008). Esta sección describe los avances que ha hecho el PN en cada una de esas dimensiones.

El PN ha comenzado con un PBS muy focalizado en unas pocas prestaciones y grupos poblacionales prioritarios para luego emprender un camino de expansión gradual y por “capas” de nuevos grupos poblacionales y servicios. Esta expansión paulatina contrasta con otros países, por ejemplo México, donde el paquete de beneficios del Seguro Popular era, desde su introducción, bastante amplio e integral. Por otro lado, tal como sucede en Chile con el plan AUGE, Argentina ha priorizado un pequeño conjunto de servicios de salud a través de un PBS, sin dejar de ofrecer los demás servicios

bajo el tradicional esquema de oferta y sin priorización. Esto es una opción interesante en países donde resulta muy complejo negar explícitamente un servicio por no estar incluido en un plan de beneficios explícito. En la última parte de esta sección se describen las fuentes de financiamiento del PBS; el PN absorbe una parte muy pequeña del presupuesto público de salud en las provincias (0,9% del gasto) y se financia con aportes que provienen del nivel nacional (70%) y de las provincias participantes del programa (30%).

Alcance de los servicios cubiertos

El PBS comenzó con un plan de beneficios básico dirigido a 80 servicios de atención primaria de salud para la población materno-infantil. La mayoría de los servicios eran preventivos y de promoción de salud, provistos en establecimientos de baja complejidad y dirigidos a atender las necesidades de salud del embarazo y el parto y de los niños menores de 6 años. El alcance de ese plan de servicios de salud aumentó gradualmente a medida que el PN se fue consolidando (véase el esquema 6.3). En 2010 se inició un proceso de ampliación del alcance del PBS para el cuidado de otros grupos de edad y para atacar las principales causas de muerte difícilmente reducibles. Fue así como se incorporaron prestaciones asociadas

Esquema 6.3. Gradualidad de la incorporación de las prestaciones del plan Nacer



Fuente: Equipo nacional del plan Nacer.

² Para más detalles sobre el diseño de los esquemas de pago por desempeño en el plan Nacer y sus objetivos véase Banco Mundial (2003 y 2006).

al cuidado integral de las cardiopatías congénitas, ciertas prestaciones ambulatorias y de cuidado del embarazo de alto riesgo junto con servicios de neonatología de alta complejidad. Estas incorporaciones para problemas de mayor complejidad contemplaban las prestaciones, servicios conexos y medicamentos requeridos en la línea de cuidado integral de cada patología seleccionada.

Los servicios priorizados en el PBS son consignados en el PN y se aplican a todo el país.³ La cobertura del PBS se organiza a través de un nomenclador, llamado nomenclador único, sobre la base de grupos y subgrupos etarios (por ejemplo mujeres en edad fértil, embarazadas, etc.), del tema de salud a ser abordado (por ejemplo, parto), y de los servicios a ser provistos en cada caso (por ejemplo, consulta prenatal, toma de muestra PAP, etc.) (Ministerio de Salud, 2010c). Los servicios seleccionados se sustentan en guías y protocolos clínicos aprobados por el Ministerio de Salud y los ministerios de salud provinciales. Además, el nomenclador único del PN se complementa con una matriz de calidad relacionada con los servicios priorizados —que se basa a su vez en los protocolos y guías—, y que define los atributos de calidad de cada una de las prestaciones incluidas en el PBS y cuyo cumplimiento es exigible para que puedan ser financiadas por el PN. El cumplimiento es objeto de auditorías externas en terreno.⁴ Más adelante se describirá en detalle este esfuerzo por articular diferentes elementos de política, pero ya se aprecia uno de los aspectos más destacables del PN de Argentina: el PBS es parte de un conjunto de medidas articuladas donde se relacionan los servicios priorizados con guías, indicadores de calidad, mecanismos de pago y un sistema de monitoreo y auditoría, entre otros.

Cobertura poblacional y cobertura financiera

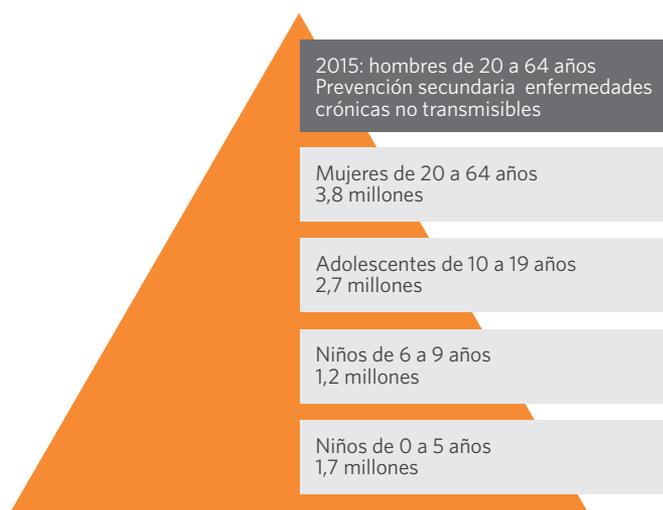
Según OMS (2008), la amplitud de la cobertura —es decir, la proporción de población que goza de protección social en salud— debe ampliarse progresivamente para abarcar a las personas no aseguradas, es decir, a los grupos de población que carecen de acceso a los servicios o de la protección social contra las consecuencias financieras de recurrir a la atención de salud. El PN ha contribuido a ampliar coberturas ya que se dirige, en primer lugar, a la población vulnerable sin aseguramiento. Como en la cobertura de servicios, también se optó por una ampliación gradual de la cobertura poblacional (véase el esquema 6.4). En un principio el PN cubría a la población materno-infantil (embarazadas y niños menores de 6 años), cerca de 2 millones de personas. A partir de 2012, el gobierno nacional y las provincias extendieron el PN a cerca de 9,4 millones de personas entre niños, adolescentes y todas las mujeres hasta los 64 años, lo que representa el 63% de la población sin obra social ni medicina prepaga y el 23% de la población total del país. Esta extensión del PN dio inicio al denominado programa SUMAR.

Es importante señalar en este contexto que todas estas personas están nominalizadas, lo que significa que el programa no solo sabe quiénes están inscritos sino también exactamente qué servicios ha recibido cada uno en cada momento. Ello diferencia a Argentina de la mayoría de los demás países incluidos en este volumen, en los que no existe mucha información acerca de qué coberturas de servicios ha recibido cada beneficiario. La existencia de un PBS puede ser simplemente un acto enunciativo y no asegurar la efectiva provisión de servicios a la población, aunque esta tenga una credencial que la certifique como beneficiaria. Es posible que muchas personas que

³ Este nomenclador único puede ser consultado en el sitio web del PN/programa SUMAR en: <http://www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/nomenclador.pdf>.

⁴ Para esa matriz de calidad véase sitio web del plan Nacer: <http://www.plannacer.msal.gov.ar/>.

Esquema 6.4. Cobertura poblacional del plan Nacer, 2013



Fuente: Equipo nacional del plan Nacer.

estén “cubiertas” con una credencial no accedan a los servicios requeridos. La nominalización de las prestaciones que se observa en Argentina es un paso importante hacia una cobertura más efectiva de los servicios de salud pues permite al gobierno analizar el grado de utilización de los servicios de salud por parte de la población beneficiaria del PN.

A partir de 2015, el programa planea expandirse para cubrir prestaciones enfocadas a la prevención secundaria de enfermedades crónicas no transmisibles en hombres de 20 a 64 años.

Respecto de la cobertura financiera que ofrece el programa, cabe notar que los servicios del PN, y en general todos los servicios que son provistos en la red pública, son gratuitos y no precisan de ningún tipo de copago.

Fuentes de financiamiento

El PN ha implicado una inversión total anual de US\$46 millones (dato de 2010), monto que se estima aumentará

hasta alcanzar los US\$74 millones en 2015 cuando el programa cubrirá un número mayor de personas y un listado más amplio de servicios de salud. Esos montos equivalen a aproximadamente un 0,9% del gasto público en atención de la salud de las provincias argentinas en 2011. La mayoría del financiamiento del PBS proviene del nivel nacional (76,9% para 2010).⁵ Eso es importante en este contexto, donde las provincias tienen el control sobre la mayoría de los recursos de atención en salud (81,5% del total en 2010) y donde la injerencia del rector nacional (Ministerio de Salud) sobre la asignación de los recursos a nivel descentralizado es muy limitada. Cabe señalar que el diseño original del PN preveía por parte del gobierno nacional un esquema de financiamiento decreciente hasta ser totalmente financiado por cada provincia al cumplirse los cinco años del programa. Este esquema fue modificado por el gobierno nacional bajo el argumento de que como principal financiador no solo ejerce una de sus responsabilidades de rectoría —la asistencia financiera a las provincias—, sino que también

⁵ Gran parte de estos recursos de orden nacional se financiaron mediante préstamos con el Banco Mundial.

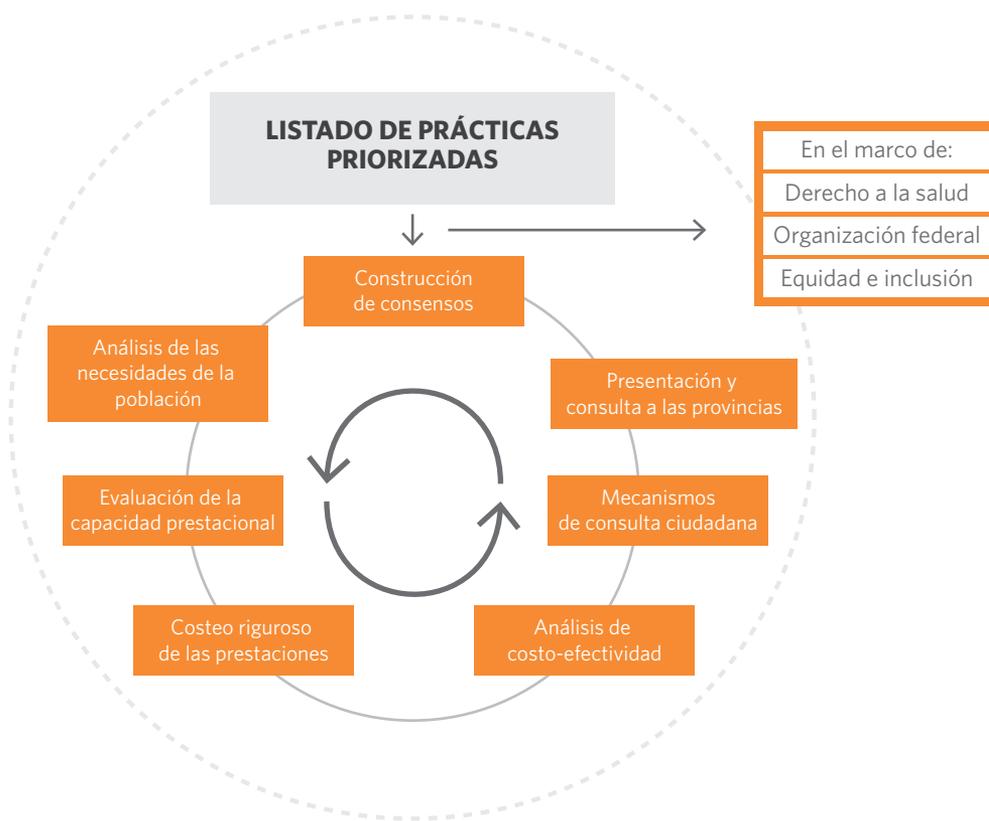
conserva la conducción de la estrategia de aseguramiento. El carácter de principal financiador, aunado a la modalidad de financiamiento por resultados, otorga al gobierno nacional una mayor capacidad de influencia para introducir cambios superadores en el modelo de gestión y atención de la salud de los sistemas provinciales del subsector público. La importancia de ese argumento tiene que entenderse en el contexto de un sistema de salud altamente descentralizado donde la limitada injerencia del nivel nacional en la rectoría del sistema ha sido identificada como uno de los grandes retos a superar.

Métodos de priorización, costo y legitimidad

En este capítulo se describe el proceso de priorización y costo del PBS que se implementó en el marco del plan Nacer y las dificultades que se enfrentaron. En este proceso pueden identificarse siete pasos (véase esquema 6.5.).

La definición de prestaciones priorizadas por el plan Nacer comienza y concluye con la obtención de consensos entre los principales actores públicos nacionales y provinciales que acordaron, dentro de un espacio de prioridades a abordar, un listado inicial único de prestaciones priorizadas para todo el territorio del país.

Esquema 6.5. Proceso de definición de prestaciones priorizadas por el plan Nacer



Fuente: Plan Nacer (2010c).

El primer paso después del establecimiento de los consensos iniciales fue el análisis de la población objetivo y de sus necesidades de salud. Una de las características del proceso de priorización del PN es la consideración explícita de criterios de equidad que se expresan tanto desde el punto de vista poblacional como territorial. Así, inicialmente el programa centró sus esfuerzos en la población más vulnerable, como las mujeres embarazadas y púerperas y los niños menores de 6 años sin cobertura explícita en salud. Además, se definió que la implementación de la estrategia comenzara en las nueve provincias del noreste y noroeste del país, cuyas tasas de mortalidad materna e infantil se encontraban significativamente por encima del promedio nacional. A partir de julio de 2007, el Programa fue extendido a las restantes 15 jurisdicciones del país.

El análisis de las principales carencias de acceso y utilización de servicios sanitarios por parte de la población objetivo definida se realizó a partir de la información recolectada por un conjunto de fuentes que contaba con significativas limitaciones (estadísticas vitales, estudios de carga de enfermedad, estadísticas epidemiológicas, encuestas de salud, entre otros), lo que significaba un desafío adicional al ejercicio de priorización. Este análisis permitió identificar que el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud representaba el espacio con mayor impacto potencial sobre los resultados de salud.

Inicialmente, las brechas de cobertura y calidad respecto de las guías y protocolos de atención clínica y sanitaria se estimaron a partir de la información disponible para comenzar la implementación de la estrategia de aseguramiento público. Luego, el programa midió brechas de cobertura y calidad de los servicios incluidos en el PBS. Una vez definidas las prestaciones que conformarían el paquete de prestaciones priorizadas, se realizó un ejercicio de dimensionamiento financiero de las brechas de cobertura y calidad. En

seguida, se realizó un análisis de costo-efectividad de las prestaciones a incluir en el PBS.

Los últimos pasos en el proceso de priorización de las prestaciones del PN fueron la consulta ciudadana y la consulta a las provincias.

Ese proceso de priorización enfrentó numerosas dificultades. Inicialmente, la priorización encontró dificultades relacionadas con la ausencia de información sólida, sobre todo con respecto al perfil epidemiológico de la población argentina a lo largo de todo su territorio, lo que obstaculizó su análisis y las definiciones correspondientes a las prestaciones en cuestión. En consecuencia, a partir de información parcial hubo que tomar decisiones críticas y estratégicas.

También se encontraron fuertes limitaciones de información con respecto a los recursos disponibles de capacidad prestacional de los sistemas públicos de salud provinciales. Luego se llevaron a cabo mediciones en terreno de la capacidad prestacional de los establecimientos y estudios de costos (brechas de eficiencia y resolutivez); y se evaluaron la organización de los sistemas de salud provinciales, la conformación de equipos y la existencia y la aplicación de protocolos y guías clínicas.

Implementación

Los PBS suelen describir un conjunto de servicios de salud que han sido priorizados para responder a las necesidades, y a veces preferencias, de una población específica. Sin embargo, para que garanticen la cobertura de la población es necesario que se articulen con otros “botones de control” del sistema de salud, como los mecanismos de asignación de recursos e incentivos, el monitoreo, supervisión y evaluación y la capacidad de la oferta para proveer estos servicios. Así, para que la priorización consignada en un plan de beneficios se convierta en una

reorientación hacia la prestación y entrega efectiva de los servicios priorizados, debe promoverse su articulación y coherencia con otras medidas. Una característica destacable del PN ha sido el diseño e implementación de una política donde el plan de beneficios se encadena de manera explícita con otros instrumentos de política, incluidos tres elementos clave: i) un sistema que incentiva la provisión de los servicios priorizados; ii) un sistema de monitoreo y control, y iii) una asignación de recursos coherente con el costo de lo priorizado. A continuación se describe brevemente lo que hizo el PN para llevar a cabo la implementación de esos tres elementos y su articulación con el PBS.

Incentivos y mecanismos de pago

El esquema de incentivos monetarios que ha introducido el PN está compuesto por dos esquemas de pagos entre niveles institucionales: cápitas ajustadas por desempeños en indicadores sanitarios priorizados pagadas por el gobierno nacional a las provincias (el valor de la cápita lo define el Ministerio de Salud) y pago por prestación desde el SPS hacia los establecimientos (el precio de las prestaciones lo definen los SPS). Si bien el PN es conocido a nivel internacional como un esquema de incentivos monetarios, estos son solo uno de muchos elementos de un paquete de instrumentos y medidas articulados que tiene para mejorar las condiciones de salud de la población más vulnerable.⁶

Para que el PBS del PN se tradujera en acceso real a los servicios priorizados, se diseñó una estrategia de pagos por desempeño que introdujo una estructura de incentivos monetarios dirigidos tanto a las provincias como a los establecimientos encargados de brindar los servicios del PBS a la población.

Pueden identificarse dos relaciones del tipo “principal-agente” entre actores

que determinan los flujos de fondos. En primer lugar, entre el gobierno nacional y las provincias, donde este transfiere recursos a las provincias mediante una cápita de aproximadamente US\$4 per cápita o 17 pesos argentinos por año. El 60% de ese monto se transfiere por identificación e inscripción de la población beneficiaria y el 40% restante se integra a partir del cumplimiento de una serie de resultados sanitarios medidos a partir de 10 indicadores de desempeño (trazadoras) (véase cuadro 6.1).

Luego de definir la matriz de trazadoras, se determinan funciones de pago para cada uno de esos indicadores que contemplan la información disponible de logros sanitarios, tanto a nivel de país como su distribución en las distintas jurisdicciones, de manera tal que se generen incentivos para que todas las jurisdicciones se esfuercen por alcanzar una meta sanitaria única para cada uno de ellos. Cada trazadora aporta una retribución máxima de 4% del total de la cápita. Al comienzo el desempeño se retribuía bajo una función de pago del “todo o nada” a partir de una meta preestablecida. Bajo este esquema de incentivos, todos los casos por debajo de la meta no aportaban ingresos y los casos adicionales por encima de esa meta no generaban ningún ingreso adicional al máximo posible de 4% por cada trazadora sin que hubiera existido un incentivo para mejorar los resultados una vez alcanzada la meta. Esta función de pago fue reemplazada por un esquema escalonado. En términos generales, si la provincia logra el 100% de la meta establecida, recibe el 4% del pago correspondiente a esa trazadora. Si el cambio en el indicador es menor a la meta establecida, se reduce el porcentaje según una función escalonada de pago.

Las trazadoras surgen del PBS y de los protocolos clínicos de buenas prácticas en la atención primaria de la salud. Por ejemplo, el PBS incluye servicios para garantizar una atención integral de la mujer durante el embarazo y la matriz

⁶ Véase <http://www.rbhhealth.org/news/item/655/argentina-builds-plan-nacer-evolve-plan-sumar>.

Cuadro 6.1. Matriz de trazadoras del plan Nacer

Trazadora	Asunto sanitario que valora	Descripción de la trazadora
I	Captación temprana de mujeres embarazadas	Mujeres embarazadas con primer control prenatal antes de la semana 20 de gestación
II	Efectividad de atención del parto y atención neonatal	Recién nacido con APGAR a los cinco minutos mayor a 6
III	Efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad	Peso al nacer superior a los 2500 gramos
IV	Efectividad de atención prenatal y del parto	Madres con VDRL en el embarazo y vacuna antitetánica previas al parto
V	Auditoría de muertes infantiles y maternas	Evaluación del proceso de atención de los casos de muertes maternas y de niños menores de 1 año
VI	Cobertura de inmunizaciones	Aplicación de vacuna antisarampionosa o triple viral en niños menores de 18 meses
VII	Cuidado sexual y reproductivo	Consulta de consejería de salud sexual y reproductiva a puérperas dentro de los 45 días posparto
VIII	Seguimiento de niño sano hasta 1 año	Niños menores de 1 año con cronograma completo de controles y percentiles de peso, talla y perímetro cefálico
IX	Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años	Niños entre 1 y 6 años con cronograma completo de controles y percentiles de peso y talla
X	Inclusión de la población indígena	Efectores que prestan servicio a la población indígena con personal capacitado en el cuidado de dicha población

Fuente: Equipo nacional del plan Nacer.

de trazadoras incluye, entre otros, los siguientes dos indicadores de proceso y de resultados: i) proporción de mujeres embarazadas elegibles con control prenatal de primera vez antes de la semana 20 de gestación, y ii) niños con peso al nacer de más de 2500 gramos. Las transferencias de las cápitas del gobierno nacional a las provincias se depositan en la cuenta del SPS del PN de cada una de las jurisdicciones. A su vez, los seguros provinciales utilizan estos recursos para pagarle a los establecimientos las prestaciones priorizadas en el PBS (Gertler, Martínez y Celhay, 2011). Las provincias firman un convenio marco con el gobierno nacional en el que, como consecuencia de la incorporación de esta nueva fuente de financiamiento, se comprometen a que los fondos adicionales aportados por el PN no podrán reemplazar los recursos públicos provinciales invertidos previamente en salud sino que deben ser complementarios (plan Nacer, 2008). El motivo es que las brechas identificadas en los sistemas

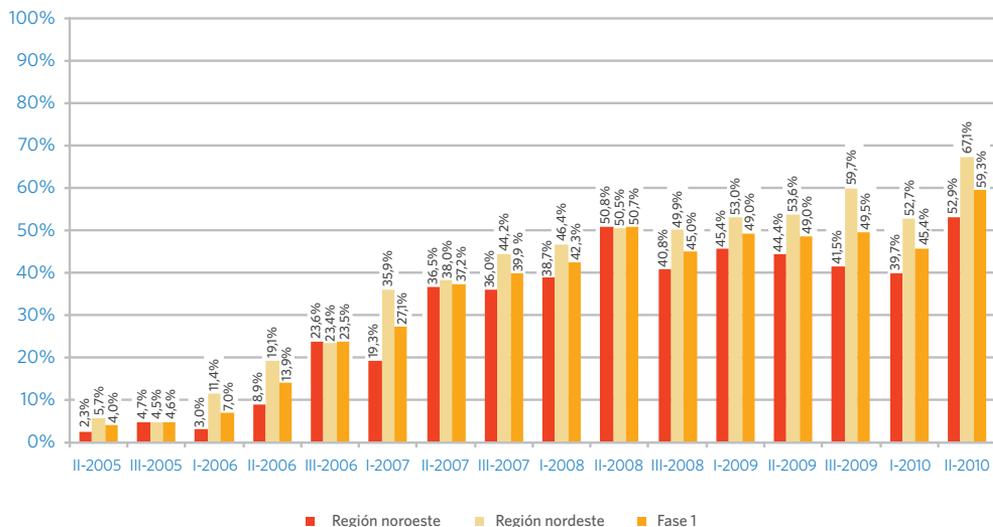
de salud provinciales no solo responden a sistemas de incentivos inadecuados para la generación de mejores resultados sanitarios, sino también a la necesidad de asistencia financiera.

Las provincias argentinas cumplían en el tercer cuatrimestre de 2010 en promedio con las metas establecidas en trazadoras, generando una retribución global del 21,5% (siendo la retribución máxima potencial del 40%). Este desempeño mejoró, alcanzándose en el tercer cuatrimestre de 2012 una retribución global del 31,2% al obtenerse un 78% en la efectividad del cumplimiento de las metas. Estas variaciones en el cumplimiento reflejan, principalmente, una mejora en la capacidad de reportes de desempeños sanitarios por parte de las provincias.

La segunda relación, en la que también se utiliza un mecanismo de pago por desempeño, es la relación entre el SPS y los establecimientos de salud. Los SPS,

Gráfico 6.1. Grado de cumplimiento

Evolución de la trazadora: Captación temprana de mujeres embarazadas
| NOA - NEA - Fase 1 |



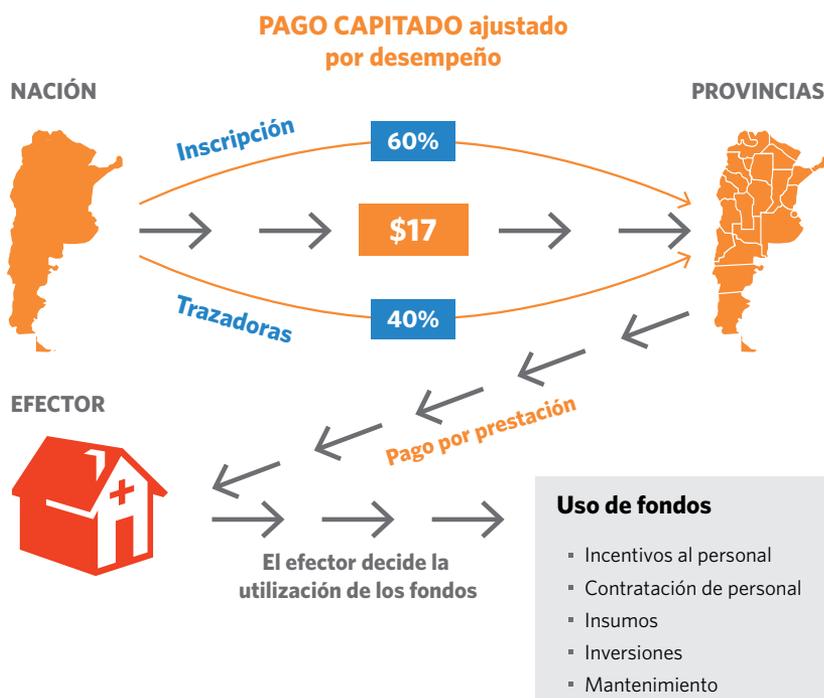
Fuente: Equipo nacional del plan Nacer.

que tienen a su cargo la implementación del PN en sus territorios, transfieren fondos a los proveedores en función de las prácticas del nomenclador único que brindan a la población a cargo. Los precios a los que los SPS compran los servicios del PBS a los establecimientos los define cada provincia y se utilizan para asegurar el equilibrio entre los recursos recibidos desde el nivel nacional con la facturación de los establecimientos y como instrumento para incentivar la prestación de los servicios del PBS más relevantes para ellos. Cada factura emitida por los establecimientos consigna los datos personales del beneficiario del servicio y solo pueden facturarse los servicios incluidos en el PBS previstos a las personas inscritas en el programa. Así, a través del PN los SPS transfieren recursos a los proveedores bajo la modalidad de pago por prestación. Como los propios proveedores pueden invertir esos fondos en rubros de gasto predefinidos por la provincia o el municipio los recursos llegan a los establecimientos de salud, lo que los empodera para que asignen los fondos de acuerdo con sus prioridades y necesidades específicas y respetando los

lineamientos generales definidos por la autoridad sanitaria de la que dependen. Los rubros de gasto que forman parte de los acuerdos realizados son incentivos al personal, contratación de personal, insumos, inversiones y mantenimiento. Los mecanismos de pago descritos en los anteriores párrafos pueden verse en el esquema 6.6.

Mediante los mecanismos de incentivos mencionados, el Ministerio de Salud buscó modificar la conducta de los agentes de una manera que no podría conseguirse con los medios de financiamiento tradicionales del sector público, donde los recursos se asignan mediante presupuestos históricos. El término incentivos debe ser interpretado en sentido amplio pues incluye no solo aspectos monetarios o económicos, sino también otros muy valorados por los equipos de salud, tales como el empoderamiento y la autonomía para la toma de decisiones, o la posibilidad de usar nuevos instrumentos de gestión. Se toman en consideración los aspectos motivacionales de los actores clave y se define un financiamiento donde los

Esquema 6.6. Mecanismos de pago definidos por el plan Nacer



Fuente: Equipo nacional del plan Nacer.

recursos son transferidos en base al desempeño.

El mecanismo más claro que posibilita el PN es el pago directo a los recursos humanos, aunque ha sido utilizado limitadamente y por pocas jurisdicciones. Además, el mecanismo más generalizado para motivar a los recursos humanos consiste en que estos asocien los recursos adicionales recibidos por el establecimiento a la provisión de servicios priorizados en el PBS y tengan la posibilidad de participar en la decisión de utilizar esos fondos. Los estudios, algunos de ellos de impacto, han demostrado cómo esos niveles motivacionales han generado mejoras en la organización y aumentos en los niveles de producción de servicios priorizados.

Fijación de precios de los servicios

El PN prevé que las provincias definan los precios de las prestaciones

incluidas en el PBS. La primera y más importante función de esos precios es que sirvan como señal e instrumento de priorización a nivel de las provincias. Si una jurisdicción considera que cierta prestación está en un nivel de uso subóptimo, puede subir el precio para motivar a los prestadores a suministrarla y aumentar la oferta de dicha prestación. En el contexto de un país federal con marcadas diferencias entre los resultados en salud de las jurisdicciones, la definición de precios por parte de cada provincia brinda al programa el instrumento crítico para que cada una de ellas adecue la priorización del PBS, único a nivel nacional, a su realidad específica. Esta definición de precios es también flexible porque el programa permite revisarlos en forma semestral, lo que les posibilita a las provincias ajustarse a diversas situaciones cambiando los precios de las prestaciones, es decir, cambiando sus objetivos y prioridades en el tiempo. El mecanismo de precios por prestación del PBS también funciona como variable

de ajuste para el equilibrio financiero del SPS. Como se mencionó, el gobierno nacional transfiere a las provincias fondos capitados que se depositan en una cuenta bancaria especial exclusiva del PN. Los precios han sido, centralmente y hasta la fecha, la variable que las unidades de gestión del seguro provincial han ajustado para que esos fondos siempre sean suficientes. Cuando el número de prestaciones es grande y, en consecuencia, hay una gran demanda de fondos por parte de los prestadores, la provincia puede tomar la decisión de bajar los precios de las prestaciones para mantener el equilibrio financiero. También se puede dar el caso inverso: en caso de existir un gran sobrante de fondos en la cuenta provincial, la provincia podría aumentar los precios para transferir más fondos y disminuir el sobrante.

Los precios son un instrumento importante pero deben darse ciertas condiciones para que sea efectivo, por ejemplo, fortalecer las condiciones estructurales de provisión y reporte de servicios, la capacitación sobre el proceso clínico o la comunicación y capacitación acerca de la existencia de esa prestación en el nomenclador del PN, de su importancia sanitaria y de su mecanismo de facturación y reporte. El desarrollo insuficiente de estas condiciones en algunas provincias las privó de utilizar una herramienta efectiva en la promoción de la implementación del PBS y la consecuente generación de resultados en salud, utilizando los precios principalmente como variable de ajuste. Por ello, el gobierno nacional está en proceso de diseño de nuevas herramientas de microgerenciamiento de la relación seguro provincial-establecimiento de salud. Estas herramientas contemplan la definición de precios de las prestaciones compatibles con una estrategia sanitaria que forme parte de una estrategia integral de promoción de cobertura de prestaciones que considere aspectos sanitarios, financieros, motivacionales, de capacitación y comunicación.

Mecanismos para la prestación efectiva

Un aspecto interesante del PN es la articulación entre los servicios del PBS con un sistema de seguimiento, supervisión y evaluación. Este marco facilita que los servicios enunciados en el nomenclador único se presten en la práctica y que el programa cumpla con sus objetivos. A continuación se describe este marco de monitoreo y supervisión y de evaluación de los resultados del PN.

Monitoreo y supervisión

El PN incorporó en su diseño un detallado sistema de monitoreo y evaluación que permite cuantificar desempeños tanto en la relación nación-provincias como en la relación provincia-establecimientos. Para este fin, se ha institucionalizado la firma de compromisos anuales entre el gobierno nacional y las provincias participantes en el PN y entre las provincias y los establecimientos. En los compromisos nación-provincias, cada una de las provincias se compromete a un conjunto de metas de gestión y de cobertura. Por otro lado, los SPS firman compromisos de gestión con los establecimientos participantes en los que estos se comprometen a reportar periódicamente los avances en su gestión, como por ejemplo, las prestaciones brindadas o la población inscrita. Además, en el documento del proyecto del plan Nacer con el Banco Mundial, se acuerdan los objetivos de desarrollo del proyecto. Estos indicadores miden aspectos como el desarrollo institucional, niveles de situación de salud en prestaciones brindadas e indicadores de morbilidad y mortalidad de la población elegible. La estrategia de pago por desempeño tiene como finalidad promover el cumplimiento paulatino de las metas acordadas en los distintos convenios y su cumplimiento es monitoreado por el gobierno nacional a través de tres tipos de instrumentos/acciones:

1. *Visitas de supervisión por equipos y auditores de la unidad ejecutora central del PN.* En el marco de estas visitas se realiza una evaluación del avance en el cumplimiento de los objetivos operativos definidos en el compromiso anual. A partir de esas visitas, el equipo de la unidad ejecutora genera reportes y recomendaciones para continuar mejorando los desempeños del programa.
2. *Tablero de comando* (instrumento reportado mensualmente por los SPS con indicadores de gestión). Este tablero de control permite monitorear el avance en la implementación del programa. Utiliza indicadores referidos a las siguientes dimensiones: inclusión de la población, cobertura prestacional, gestión de la red de prestadores, indicadores financieros y de resultados sanitarios.
3. *Dictámenes vinculantes emitidos por auditorías concurrentes externas.* En el marco del PN se financian procesos de auditoría concurrente externa que verifican el grado de cumplimiento de las normas del PN y de los procesos críticos de la gestión. Son auditorías de carácter financiero y sanitario, realizadas bimestralmente por firmas independientes sobre una muestra de instituciones prestadoras y de población beneficiaria. Las auditorías externas trabajan en diferentes frentes relacionados con la gestión del PN: i) la lista de beneficiarios, ya que se verifica la elegibilidad de los beneficiarios inscritos; ii) las transferencias a las provincias, donde se verifica que estas se realicen por beneficiarios elegibles y por resultados de salud efectivamente logrados y constatados a través de la revisión de historias clínicas. Se verifica además que los fondos enviados por el gobierno nacional hayan sido transferidos a la cuenta del SPS y que los pagos realizados por este último sean por prestaciones efectivamente brindadas a beneficiarios inscritos

de acuerdo con las normas del programa, y iii) la calidad de las prestaciones: se verifica que los pagos realizados por las provincias (SPS) a los prestadores correspondan con las exigencias de la matriz de calidad para cada prestación.

En las auditorías concurrentes externas se elaboran dictámenes de cumplimiento obligatorio, en los que se propone a la unidad ejecutora central, en caso de que corresponda, sanciones como la devolución (débito) de los recursos transferidos indebidamente y multas del 20% sobre estos montos. Los débitos y multas están previstos en el diseño del PN, donde se contempla la aplicación de sanciones por causas tales como prestaciones brindadas a población no elegible o facturación de prestaciones no incluidas en el nomenclador único del PN, entre otras. El débito es aplicado a la provincia aunque el prestador haya sido el responsable del error o incumplimiento. Luego, la provincia tiene la potestad de transferir o no esa sanción al establecimiento. Las auditorías han desempeñado un rol importante en el contexto del PN, no solo por verificar que lo prometido en el PBS y en los convenios efectivamente se cumpla y que los pagos sean justificados, sino también en términos de la capacitación que han significado para los equipos a nivel provincial y los establecimientos. La auditoría externa concurrente genera un ámbito de control que pone límites a los comportamientos no deseados por parte de los distintos participantes de los mecanismos de transferencias del PN. Asimismo, promueve la aplicación de normas y buenas prácticas definidas en las guías y protocolos existentes. Los recursos generados por la aplicación de multas y sanciones de la auditoría concurrente externa superaron ampliamente sus costos de implementación.

Evaluación de resultados

La permanente evaluación de los resultados ha sido un componente

importante del PN desde sus comienzos.⁷ Es importante señalar que los resultados se refieren al programa en su conjunto, ya que es imposible aislar el impacto del PBS de aquel relacionado con las demás herramientas que han sido implementadas de manera articulada con el plan de beneficios (mecanismos de pago, auditorías, etc.). La evaluación de impacto del PN ha contemplado varias líneas de investigación que en su conjunto arrojan resultados positivos: el PN amplió la cobertura e incrementó el uso de los servicios, incluyendo una mejora en la calidad de los mismos que se evidencia, de manera general, en una mejora de la situación de salud de la población beneficiaria. En términos generales, se pueden mencionar tres líneas de trabajo:

1. *Análisis de bases administrativas.* Los primeros resultados de impacto se han conseguido a través del análisis de información prestacional provista por las provincias de Misiones y Tucumán. Para evaluar el impacto se aplicaron métodos cuasi experimentales (variables instrumentales con efectos fijos). Los resultados muestran que en cuidado prenatal el programa incrementó la búsqueda temprana de la mujer embarazada y esto, a su vez, ha logrado un aumento del 16% en el uso de los servicios prenatales. También se demostró que estos servicios son ahora prestados con mayores niveles de calidad.

En cuanto al uso de servicios de salud y estado de salud, a través de mecanismos rigurosos de monitoreo y evaluación de impacto se generó evidencia importante sobre los niveles de utilización de los servicios priorizados, la calidad del cuidado prenatal y del niño sano, el estado de salud del niño al nacer y sobre la disminución de la mortalidad infantil neonatal precoz. Estos resultados se comprobaron mediante

una evaluación de impacto de la primera fase del programa (Gertler, Martínez y Celhay, 2011) que mostró impactos positivos en las provincias, especialmente en Tucumán y Misiones, en el norte del país. Se observó entre otros un incremento significativo de la probabilidad de captación temprana de la embarazada, una disminución de la probabilidad de muy bajo peso al nacer y una reducción de la mortalidad en el momento del nacimiento (véase cuadro 6.2).

Esta evaluación encontró también resultados positivos respecto de la tasa de mortalidad infantil (véase gráfico 6.2), logrando disminuir la brecha con los objetivos de desarrollo del milenio. Además, demostró un aumento en la tasa de inscripción al programa, el cumplimiento de trazadoras (porcentaje de retribución alcanzado sobre el máximo del 40% atribuible por cumplimiento de resultados sanitarios) y aplicación de fondos, entre otros.

2. *Evaluación integral del programa.* Bajo esta línea de investigación se analizó la información relevada en líneas de base y seguimiento del programa. Actualmente estos datos han sido procesados y documentados y los hallazgos son de dos tipos, en salud y en organización institucional. Asimismo, se realizaron otros estudios aplicando métodos cuantitativos y cualitativos que posibilitaron capturar resultados que no es posible evidenciar mediante evaluaciones de impacto. Hay disponibles estudios como la evaluación de los niveles motivacionales de los equipos de salud en establecimientos y la satisfacción de los usuarios.

El PN ha tenido un impacto importante sobre la capacidad del sistema institucional de salud. Por

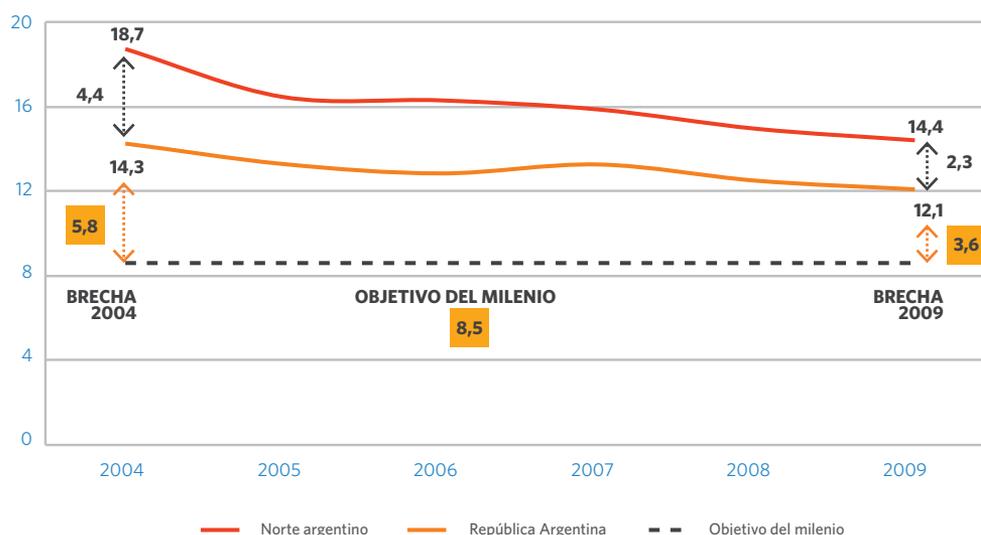
⁷ La rigurosidad metodológica aplicada a la evaluación de impacto del plan Nacer ha merecido reconocimiento internacional, lo que permitió contar con fuentes de financiamiento adicionales. Entre ellas, el fondo español SIEF (Spanish Impact Evaluation Fund) y el fondo noruego Health Results Based Financing (HRBF).

Cuadro 6.2. Medición del impacto del plan Nacer en Tucumán y Misiones (resultados estadísticamente significativos)

TUCUMÁN		MISIONES			
Probabilidad de detección temprana de la embarazada Semanas 14 a 20					
Con plan Nacer	Sin plan Nacer	Con plan Nacer		Sin plan Nacer	
32,1%	29,7%	59,8%		30,0%	
Probabilidad de muy bajo peso al nacer					
P < 2,5 kg		P < 1,5 kg		P < 2,5 kg	
Con plan Nacer	Sin plan Nacer	Con plan Nacer	Sin plan Nacer	Con plan Nacer	Sin plan Nacer
1,1%	1,3%	0,1%	1,9%	7,4%	10,5%
Mortalidad al nacer			Número de controles prenatales		
Con plan Nacer	Sin plan Nacer	Con plan Nacer		Sin plan Nacer	
0%	1%	7,2		3,4	

Fuente: Gertler, Martínez y Celhay (2011). Método estadístico utilizado: diferencias en diferencias con efectos fijos y variables instrumentales.

Gráfico 6.2. Evolución de la tasa de mortalidad infantil (norte argentino, total país y objetivos de desarrollo del milenio), 2004-09



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Ministerio de Salud y OPS (2012).

ejemplo, promovió la planificación a nivel de las unidades de gestión del seguro provincial en un trabajo cooperativo con los otros

corresponsables del desempeño de los equipos de salud a nivel de los establecimientos. Al mismo tiempo, ha propiciado y estimulado

el trabajo en equipo entre todos los actores de la red pública de salud. Su implementación permitió un proceso de aprendizaje en cada jurisdicción sobre cómo abordar la promoción de resultados de salud en un seguimiento muy minucioso del desempeño de cada establecimiento. El PBS del PN ha demostrado ser una herramienta central de rectoría que orienta las acciones de los equipos de salud hacia las prioridades de atención y de gestión definidas por el gobierno nacional y por los gobiernos provinciales.

Experimentos aleatorizados. Hasta la fecha se han realizado dos experimentos aleatorios con más de 300 establecimientos de salud: uno que evalúa el impacto de la implementación de pagos por resultados en prácticas priorizadas, a nivel de prestadores del PN, y otro que evalúa el impacto de una estrategia de capacitación y atención al personal de los establecimientos de salud (plan Nacer, 2010b). Estos estudios tienen como principal característica un diseño que cuenta con dos grupos construidos aleatoriamente: uno de exposición donde se implementan las intervenciones a evaluar y otro de control que sirve para contrastar los resultados. Estos experimentos brindan el más alto nivel de evidencia, pues al controlar las variables extrañas permiten obtener conclusiones sobre la causalidad, a diferencia de otros métodos que solo permiten observar correlación (véase Giedion, Alfonso y Díaz, 2013).

El PN fue uno de los primeros programas en contar con un esquema de evaluación y monitoreo que incluía una evaluación de impacto cuantitativa en Argentina, lo que ha generado gran interés en otras áreas del Ministerio de Salud. Otros programas empiezan a ver la evaluación de impacto como una forma de medir su contribución a la sociedad y así legitimarse como política pública, como por ejemplo el Programa de Funciones Esenciales de Salud Pública y el programa Remediar + Redes.

Empoderamiento

Para empoderar a los beneficiarios, desde 2011 los establecimientos les entregan una cartilla de derechos en la que se explicita el listado de derechos por estar inscritos en el plan Nacer. Además, se le brinda al beneficiario una línea telefónica gratuita donde puede hacer escuchar su opinión, quejas, consultas, comentarios y/o sugerencias. El plan Nacer, sin embargo, aún no cuenta con instrumentos específicos para que las personas exijan el acceso a los servicios en caso de incumplimiento. El programa prevé ampliar los mecanismos para que los usuarios accedan a información sobre sus derechos y generar mecanismos formales para que puedan exigir que sus derechos se cumplan.

Conclusiones

La crisis económica y financiera de 2001 aumentó el número de personas que dependían de los servicios prestados en el sector público, agudizándose así las brechas de cobertura existentes y revirtiendo las ganancias en la disminución de las tasas de morbi-mortalidad materno-infantil, pocos años antes de la medición de los objetivos de desarrollo del milenio. Frente a eso, el país explicitó coberturas para un número limitado de problemas y servicios de salud considerados como prioritarios y que claramente no se brindaban con niveles adecuados de calidad y cobertura.

Opción de diseño: plan de beneficios limitado dentro de un sistema de cobertura universal gratuito y aumentos graduales de cobertura. El plan Nacer es un programa que prioriza un subconjunto pequeño de prestaciones para algunos grupos prioritarios de la población y no absorbe más de un 0,9% (2011) de todos los recursos públicos que las provincias gastan en salud. Los demás servicios se manejan sin priorización explícita y bajo el tradicional esquema de presupuestos históricos y racionamiento implícito. El caso de Argentina muestra una opción de priorización explícita y diseño de un

PBS que contrasta con los países que han optado por planes integrales y amplios de beneficios (Colombia, México y Uruguay) pero que se asemeja a lo que ha hecho Chile al priorizar la atención en salud en un subconjunto de enfermedades prioritarias sin dejar de ofrecer los servicios relacionados con problemas de salud no priorizados. Además, Argentina optó por una estrategia de expansión progresiva de las coberturas del PBS hacia nuevos grupos poblacionales y prestaciones más complejas. La estrategia iniciada por el PN implicó profundos cambios institucionales y gerenciales para el subsector público, por lo que una ampliación secuenciada y gradual posibilitó una implementación más efectiva y sólida.

Adicionalidad del financiamiento. A diferencia de lo que se describe en los demás casos de este volumen, el financiamiento del PBS no se hace por el total del costo, sino solo para cubrir la diferencia entre los niveles actuales de calidad y cobertura y de los niveles óptimos definidos en las guías y protocolos vigentes.

El plan de beneficios como elemento de un paquete articulado de medidas para la mejora de la cobertura efectiva. El PN no solo adoptó un plan de beneficios que explicitó y visibilizó las prioridades del país en el ámbito de salud, sino que se acompañó con un paquete de medidas articuladas. Relacionó los servicios priorizados con protocolos y guías de práctica clínica; incluyó los recursos necesarios para garantizar, en la práctica, que se pudieran prestar los servicios priorizados; diseñó mecanismos de pago que incentivaron la prestación de los servicios del PBS; implementó mecanismos de supervisión y auditoría para verificar la efectiva provisión de las prestaciones del PBS y la asignación de los recursos de acuerdo con las normas y objetivos del programa y, finalmente, implementó un programa de investigaciones para evaluar el impacto del programa. A nivel regional, una evaluación tan rigurosa como la del PN es una excepción, ya que como se puede

observar en los otros casos de este libro las políticas no suelen ser objeto de un riguroso monitoreo y evaluación. El PN, uno de los pioneros en esta área, se convirtió en un punto de referencia y consulta para los programas interesados en tener su propia evaluación.

Un PBS como articulador de políticas en un sistema descentralizado. Argentina tiene un sistema público de salud muy descentralizado, donde las entidades de orden territorial son autónomas para decidir sobre la organización de los servicios y la asignación de recursos, mientras que el nivel nacional tiene poco margen de acción para dirigir el sistema. El PN ha ofrecido nuevas posibilidades de rectoría en este contexto al i) diseñar un plan único de beneficios igual para todo el territorio nacional; ii) usar reglas de juego comunes para la asignación de recursos; iii) implementar un marco único de supervisión y auditoría, y iv) definir un conjunto de indicadores sanitarios y una política de metas con una estructura de incentivos que estimula su cumplimiento. A su vez, el diseño del programa en sus distintos componentes respeta la organización federal del país, estableciendo mecanismos formales e informales de generación de consensos entre niveles de gobierno y al interior de las jurisdicciones. El PN es el primer antecedente de política pública en Argentina a través del cual el Estado nacional y los estados provinciales se autoimponen metas explícitas de salud referidas a un PBS.

Además, la evolución del PN, desde su fase inicial hasta la actual ampliación de su cobertura y consolidación de los SPS, permitió al programa encontrar funciones que originalmente no se esperaban. Definir el PBS no solo significó definir un listado de prestaciones, sino también ayudar a redefinir, o a explicitar mejor, las funciones de los ministerios de salud provinciales. A partir de la definición de un PBS explícito, los ministerios de salud a través de los SPS, comenzaron a supervisar, monitorear y analizar los desempeños de los prestadores de servicios con convenio

con el PN, algo que no acostumbraban a hacer antes.

El PBS como instrumento para mejorar las condiciones de salud de la población y lograr metas sanitarias. El PN logró mejorar la situación de salud de la población objetivo, tanto en resultados finales como en mortalidad infantil, peso al nacer y medidas antropométricas infantiles, como también en resultados intermedios como la captación temprana de los embarazos y la cantidad de controles prenatales (ver cuadro 6.2). Adicionalmente, de acuerdo a evidencia preliminar, se encuentra, que las provincias de la fase I hay evidencia preliminar de que gracias a la implementación del PN, la probabilidad de nacer con bajo peso se redujo en un 8%. Además, de acuerdo con resultados de encuestas, beneficiarios y equipos de salud de los establecimientos están altamente satisfechos con el PN, con una satisfacción de 7 en una escala de 10 (tanto para usuarios como para equipos de salud), con mayores niveles de satisfacción en beneficiarios con mayores niveles de utilización y que se atienden en establecimientos donde el programa tuvo mayor nivel de inserción. Asimismo, el PN se ha institucionalizado y articulado con otros programas, como la política de asignaciones familiares.

El PN ha sido una experiencia muy valiosa con lecciones importantes para otros países. Ahora, el programa también ha tenido que enfrentar retos muy importantes, algunos superados con ajustes y otros aún pendientes.

Aprendizaje. La ampliación gradual del programa, así como el constante proceso de autoevaluación interna que distingue al PN, permitieron reconocer aprendizajes y enseñanzas que motivaron la introducción de modificaciones al diseño del programa para dotar de mayor potencia las herramientas con que cuentan los seguros para lograr los resultados de cobertura perseguidos. Se han realizado ajustes principalmente en el sistema de incentivos, ajustando los indicadores de desempeño,

reformulándolos y aumentando las metas de los mismos, incluidos indicadores de impacto en salud. Además, se introdujo una retribución diferencial que depende de la complejidad para lograr cada meta y se buscó promover la equidad dentro de las provincias, retribuyendo más a las que logran un desempeño homogéneo dentro de su territorio.

Por su parte, la estrategia de monitoreo y evaluación a lo largo de la implementación del programa, en su camino hacia la expansión poblacional y mayor cobertura de servicios, ha permitido identificar y plantear desafíos:

1. Será necesario determinar qué aspectos del diseño o la implementación deben ser adaptados a las particularidades de provincias con diferente organización.
2. La expansión del programa demandará mayores competencias y capacidades técnicas para la efectiva priorización de las líneas de cuidado de salud contenidas en el PBS.
3. La visibilidad del programa y el reconocimiento de su capacidad de generar resultados en salud pueden exponerlo a sobreexigencias, anticipando decisiones de expansión, o a requerimientos que escapen a las posibilidades de las herramientas contenidas en su diseño.
4. La expansión de los contenidos del PBS impondrá mayores requerimientos técnicos al programa, en particular la conformación de redes explícitas de establecimientos para la atención perinatal de alta complejidad, la readeacuación de servicios para garantizar el acceso de los adolescentes a las prestaciones priorizadas en las condiciones exigidas por normas inicialmente instrumentadas y el manejo de las enfermedades crónicas, como diabetes secundaria e hipertensión.
5. La expansión del programa creará un nuevo desafío respecto de cómo

- definir la combinación óptima de modalidad de financiamiento por presupuesto y por resultados.
6. El proceso de expansión de la modalidad de financiamiento por resultados requerirá mayores contribuciones fiscales por parte de las provincias y del gobierno nacional.
 7. Mantener el rigor de las evaluaciones de desempeño del PN requerirá mayores recursos y aporte interdisciplinario. La estrategia inicial de evaluación, centrada en métodos cuantitativos y en análisis de causalidad, se ha extendido a una visión más integral del proceso de evaluación, contemplando otros abordajes metodológicos que capturen y documenten desempeños relevantes de la implementación del programa que no pueden ser capturados con los métodos inicialmente utilizados.
 8. En la medida en que el programa se expanda, será necesario determinar cómo se comportan los establecimientos de salud al recibir ingresos crecientes por parte

del PN. ¿Prestarán cada vez más atención a las prestaciones pagadas por el PN en detrimento de las prestaciones de salud financiadas a través del sistema tradicional de presupuestos históricos? ¿Cómo se articularán la red y los sistemas de pago cuando las nuevas prestaciones del PBS requieran de un tránsito del paciente por el sistema de referencia y contrarreferencia, abarcando a prestadores de diferentes niveles? ¿Habrá suficiente capacidad de oferta de los prestadores públicos para satisfacer la demanda por prestaciones nuevas de los beneficiarios del PN, o será necesaria la contratación de prestadores privados? Estas son preguntas que deberán ser respondidas en una nueva fase de esta política.

El proceso de priorización de prestaciones que se definió y se institucionalizó con el PN comienza a promover procesos institucionales de priorización en las políticas y en las estrategias. Este es posiblemente uno de los aprendizajes más importantes del plan Nacer en Argentina.

Bibliografía

- Banco Mundial. 2003. "Project Appraisal Document APL 1. Provincial Public Health Insurance Development Project. Human Development Department. Argentina, Paraguay and Uruguay Country Management Unit. Latin America and the Caribbean Region". Washington DC, Banco Mundial.
- _____. 2006. "Project Appraisal Document APL 2. Provincial Public Health Insurance Development Project. Human Development Department. Argentina, Paraguay and Uruguay Country Management Unit. Latin America and the Caribbean Region". Washington DC, Banco Mundial.
- _____. 2009. "Argentina: Provincial Maternal and Child Health Insurance. A Results-Based Financing Project at Work". En breve, n.º 150.
- _____. 2012. "Argentina builds on Plan Nacer to evolve into Plan Sumar. Results-Based Financing for health". Disponible en: <<http://www.rbfhealth.org/news/item/655/argentina-builds-plan-nacer-evolve-plan-sumar>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Belló M. y V. Becerril Montekio. 2011. "Sistema de salud de Argentina". *Salud Pública Mexicana*, vol. 53, n.º 2: 96-108.
- CEOP (Centro de Estudios de Opinión Pública). 2007. Formulación de la línea de base de evaluación del APL I. Diseño e implementación de la investigación. Preparado para la Unidad de Financiamiento Internacional de Salud (UFI-S). Préstamo BIRF n.º 7225-AR- PNUD ARG/04/023.
- _____. 2009. Formulación de la línea de base de evaluación del APL II. Diseño e implementación de la investigación. Preparado para la Unidad de Financiamiento Internacional de Salud (UFI-S). Préstamo BIRF n.º 7225-AR- PNUD ARG/04/023.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2006. *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago de Chile, CEPAL. Disponible en: <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/24079/lcg2294e.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Gertler P., S. Martínez y P. Celhay. 2011. *Informe de evaluación de impacto del plan Nacer sobre utilización de servicios y resultados sanitarios. Resultados con datos administrativos de las provincias de Misiones y Tucumán*. Washington DC, Banco Mundial.
- Giedion U., E. A. Alfonso y Y. Díaz. 2013. *The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence*. UNICO Studies series 25. Banco Mundial. Disponible en: <<http://siteresources.worldbank.org/healthnutritionandpopulation/images/impactofuhcschemesindevelopingcountries-areviewofexistingevidence.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- Hurtado J. 2007. "Argentina: Síntesis del Sistema de Salud Actual". Disponible en: <<http://coopsalud.blogspot.com.ar/2007/04/argentina-sntesis-del-sistema-de-salud.html>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.

Mesa Lago C. 2005. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: Su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile, CEPAL. Disponible en: <<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/24058/P24058.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/socinfo/tpl-i/top-bottom.xslt>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.

Ministerio de Salud. 2008. “Cambio en el modelo de gestión de trazadoras. Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial”. Serie de documentos técnicos n.º 31. Buenos Aires, Ministerio de Salud.

_____. 2009a. “Ejercicio de proyección de población elegible para el Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial. Total país y detalle por fase y jurisdicción. Años 2007-2012”. Serie documentos técnicos n.º 34. Buenos Aires, Ministerio de Salud.

_____. 2009b. “Cálculo de la prima por inclusión de cirugías de cardiopatías congénitas en el nomenclador plan Nacer”. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de La Plata.

_____. 2010a. “Cálculo del valor incremental de la cápita por inclusión de cirugías de cardiopatías congénitas en el nomenclador plan Nacer”. Serie documentos técnicos del plan Nacer n.º 38. Buenos Aires, Ministerio de Salud.

_____. 2010b. “Ejercicio de proyección de población elegible para el Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial. Total país y detalle por fase y jurisdicción. Años 2010-2015”. Serie documentos técnicos n.º 39. Buenos Aires, Ministerio de Salud.

_____. 2010c. “Bases conceptuales para la redefinición del nomenclador único del plan Nacer. Una herramienta estratégica en el contexto de la expansión del modelo de aseguramiento de la salud pública en Argentina”. Equipo del plan Nacer, Ministerio de Salud de la Nación.

_____. 2010d. “Salud y educación. Hacia la integración de una agenda iberoamericana para el desarrollo”. Documento presentado en la XII Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.

_____. 2010e. Plan Federal de Salud 2010-2016.

_____. 2012. “Vigilancia de enfermedades no transmisibles”. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud. Disponible en <<http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/boletin-epidemiologia-5.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.

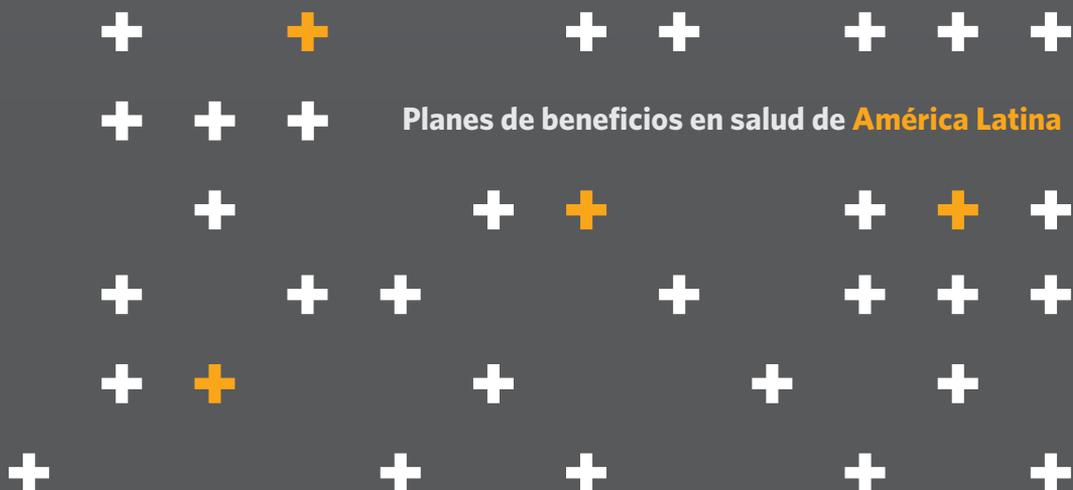
_____. 2012a. “Nomenclador. SUMAR es más salud pública”. Disponible en: <<http://www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/nomenclador.pdf>>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.

Ministerio de Salud y OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2007. Indicadores básicos 2006, Argentina.

_____. 2012. Indicadores básicos 2011, Argentina.

- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2008. *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra, OMS.
- _____. 2011. *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, OMS.
- Plan Nacer. 2008. *Manual operativo del proyecto de inversión en salud materno infantil provincial*. Préstamo BIRF 7225-AR y préstamo BIRF 7409-AR. Buenos Aires, Ministerio de Salud.
- _____. 2010a. Análisis de costo efectividad de los incentivos generados por el plan Nacer.
- _____. 2010b. Evaluación de la fase I del plan Nacer. Evolución, desempeño y aprendizajes de un programa de pago por desempeño en salud. Provincias del NEA y NOA de Argentina. 2004-2010. Estudios y estadísticas.
- _____. 2010c. “Bases conceptuales para la redefinición del nomenclador único del plan Nacer. Una herramienta estratégica en el contexto de la expansión del modelo de aseguramiento de la salud pública en Argentina”.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2010. *Informe nacional sobre el desarrollo humano. Desarrollo humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos*. Buenos Aires, PNUD.
- Presidencia de la Nación. 2004. “Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007”. Buenos Aires, Presidencia de la Nación.
- Rosales W., E. Acevedo y J. Caporale. 2010c. Costeo de intervenciones asociadas a maternidad y neonatología. Producto n.º 5. Universidad Nacional de La Plata.
- Universidad Nacional de La Plata. 2009a. *Cardiopatías congénitas en la Argentina. Oferta (capacidad), demanda, ajuste entre demanda y oferta y costos*. Convenio proyecto n.º ARG/04/023 del PNUD y la Facultad de Ciencias Económicas. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/3832/Documento_completo.pdf?sequence=1>. Fecha de acceso: septiembre de 2013.
- _____. 2009b. Estimación de costos de prestaciones para el tratamiento de la diabetes tipo II en Argentina. Universidad Nacional de La Plata.
- _____. 2010a. Costeo de intervenciones asociadas a maternidad y neonatología. Convenio Programa de Inversión Materno Infantil en las Provincias Argentinas, producto n.º 3. Facultad de Ciencias Económicas.
- _____. 2010b. Definición de una metodología de cálculo para el valor de la cápita del paquete prestacional básico del plan Nacer. Convenio Programa de Inversión en Salud Materno Infantil en las Provincias Argentinas, producto n.º 4. Facultad de Ciencias Económicas.

Capítulo 7



{ Honduras: el Paquete Básico de Salud

Mauricio Dinarte y Luis Bolaño Prado

Resumen

Contexto. El sistema de salud de la República de Honduras está segmentado en dos subsectores: el público y el privado. El subsector público cubre al 63% de la población pero solo atiende al 50% de la población cubierta. Existen brechas en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes niveles socioeconómicos de la población y entre las distintas áreas geográficas. Las mayores desigualdades se observan en el área rural del país, donde el sector público no tiene presencia ni una red articulada. Desde 2003 Honduras ha implementado modelos descentralizados de gestión que tienen como pilar un plan de beneficios en salud (PBS).

Elementos claves del Paquete Básico de Salud del modelo de gestión descentralizada de salud (PBSMGD). El PBSMGD se implementó en Honduras en el marco de un proceso de descentralización de la salud. El objetivo del plan es aumentar la cobertura, especialmente en la población más pobre y rural del país y mejorar la calidad de los servicios. El plan contiene prestaciones explícitas, en su mayoría dirigidas a la atención del binomio madre-niño, que además incluyen servicios de prevención y promoción de la salud, provistos en el primer nivel de atención y de manera complementaria a la atención del parto. Para implementarlo se han firmado convenios con los gestores proveedores (GP), quienes negocian, reciben y administran un valor per cápita para garantizar la prestación de los servicios.

Logros. Se amplió la cobertura a 891.938 personas en 67 municipios de 14 departamentos, que corresponden al 10,7% de la población de país, al 16,8% de la población pobre y al 25,5% de la población rural. Además de ampliar la cobertura, el PBSMGD ha garantizado la disponibilidad de insumos críticos para la prestación de intervenciones. Las encuestas de usuarios muestran altos niveles de satisfacción, superiores al 85%. Por otro lado, los estudios que comparan la prestación de servicios a través del PBSMGD frente al esquema tradicional descubrieron que el nivel de producción en las unidades de salud donde se ha implementado el PBSMGD es superior al observado en las unidades que operan bajo el esquema tradicional. También se ha demostrado que este modelo es más costo-efectivo: logra las metas de cobertura de los programas priorizadas a un costo unitario promedio por atención general, e incluyendo más servicios de salud.

Desafíos. La falta de respaldo legal y normativo de la estrategia de extensión de cobertura y entrega del PBSMGD produce una falta de institucionalización que puede comprometer su continuidad y sostenibilidad. A eso se suma el desconocimiento sobre el PBSMGD por parte de la población. La falta de una estrategia de comunicación y de un ente que tutele los derechos de los beneficiarios dificulta que estos vean al PBSMGD como un derecho.

Otro desafío es el débil control de calidad. No todas las unidades de salud cumplen con los estándares de habilitación definidos en la norma. Además, los GP descentralizados aún no están incluidos en el programa de calidad de la Secretaría de Salud (SESAL). La falta de un sistema de información gerencial que controle el cumplimiento de las metas de producción y calidad del PBSMGD contribuye a un control débil del desempeño de los GP.

Los retrasos en el financiamiento de los GP, generados por la falta de planificación y gestión proactiva por parte de la SESAL ante la Secretaría de Finanzas y por la falta de integración de los recursos del PBSMGD al presupuesto institucional de salud, han producido retrasos en los desembolsos a los GP, lo que compromete su liquidez financiera al inicio de cada año. Se observa un poder de negociación

muy dispar entre la Unidad de Extensión de Cobertura y Financiamiento (UECF) y los GP. Esto se debe a que el personal responsable de la gestión carece de la formación técnica necesaria, por lo tanto siempre terminan prevaleciendo los criterios de la UECF en el proceso de negociación y aumenta el riesgo de que algunos GP acepten convenios con condiciones económicas excesivamente riesgosas.

Otra debilidad del paquete es la amplia diferencia de costos de producción entre los GP. Esa diferencia se da principalmente por la cantidad de personal de la SESAL pagado por los GP,¹ por la escasez de personal clínico y por el número de unidades de salud que gestionan los GP. Estos factores son una amenaza para la escalabilidad y la sostenibilidad financiera del PBSMGD.

Elementos fundamentales del Paquete Básico de Salud del modelo de gestión descentralizada de salud de Honduras

Nombre del PBS	Paquete Básico de Salud del modelo de gestión descentralizada de salud
Año de inicio	2003
Motivación central	Establecer un esquema de gestión descentralizada con funciones de prestación, financiamiento y regulación separadas para ampliar la cobertura de servicios a la población rural más pobre, sobre todo en la atención materno-infantil
Población objetivo	Población rural pobre, con énfasis en mujeres y niños
Cobertura de servicios	Servicios materno-infantiles de primer nivel de atención, con un enfoque de promoción y prevención
Cobertura financiera	No hay copagos ni ningún tipo de cobro por los servicios
Cobertura población objetivo	El 16,8% de la población pobre del país y el 25% de la población pobre del área rural (a diciembre de 2012)
Costo anual estimado per cápita	US\$25 (a diciembre de 2011)
Porcentaje de los recursos públicos de salud canalizados hacia la financiación del PBS	El 2,61% del gasto total de la Secretaría de Salud y el 1,8% del gasto público total de salud (2011)
Entrega de servicios no priorizados	Dentro de la red pública con el esquema tradicional de subsidios de oferta
Principales innovaciones	Definición de un plan de beneficios explícito Aparición de la figura de gestores proveedores, que firman convenios con la SESAL para garantizar las prestaciones del PBSMGD Esquema de pago por desempeño que mezcla cápita y pago por servicio prestado en el caso de los partos atendidos. También existe el pago de cápitas sujeto al cumplimiento de metas e indicadores de salud

¹ Este personal devenga mayores honorarios profesionales con una mayor carga prestacional asociada, lo que provoca un mayor costo del PBS en esas unidades de salud.

Introducción

Contexto, motivos y proceso de adopción

Honduras es el país más pobre, más rural y más pequeño de los estudiados en este libro. Tiene un nivel muy alto de pobreza y uno de los ingresos brutos per cápita más bajos de la región: US\$3820 en paridad del poder adquisitivo (2011), contra un promedio de US\$12.330 de los otros países de este libro (según el observatorio de la salud mundial de la OMS). El 66,2% de la población del país se encuentra por debajo de la línea de pobreza y cerca de un 45,3% está en condiciones de extrema pobreza (2012). Además, el 76,5% de la población pobre está ubicada en el área rural (CEPAL, 2012).

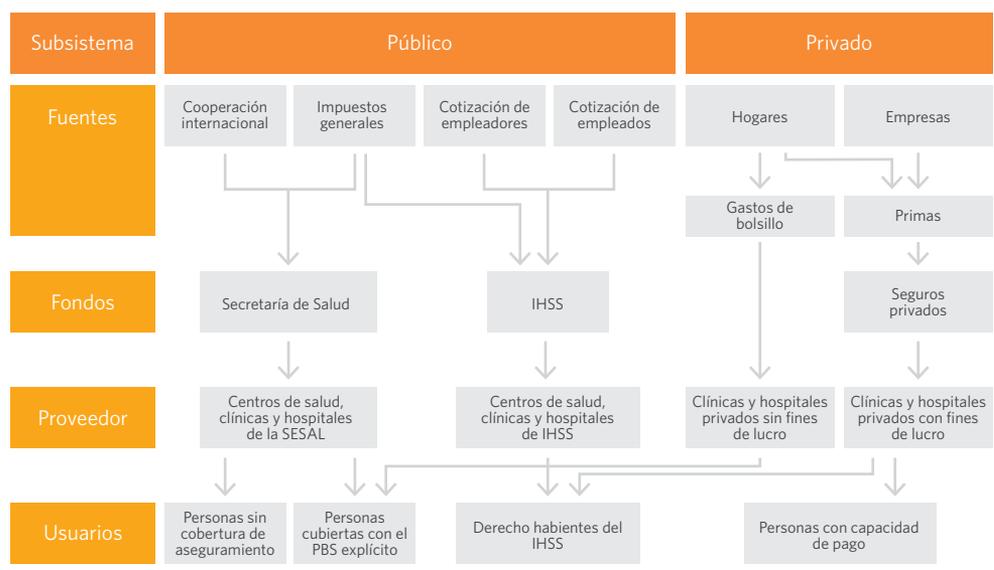
El sistema de salud en Honduras está segmentado; coexisten un sistema de seguridad social para los trabajadores del sector formal y un sector público que

intenta cubrir al resto de la población (esquema 7.1).

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) tiene su propia red de atención y cubre a los trabajadores del sector formal y a su núcleo familiar. El IHSS asegura al 43,75% de la población empleada en el sector formal y al 18% de la población económicamente activa, lo que representa el 16,8% de la población del país según datos de 2011 del IHSS. El gasto en seguridad social per cápita es de US\$193 anuales aproximadamente, la cifra más baja de la región después de Nicaragua, con US\$125.²

La SESAL, encargada de la conducción y regulación sectorial, de la coordinación de actividades y de la orientación de los subsectores público y privado, formalmente ofrece atención a toda la población, en especial a quienes no están cubiertos por la seguridad social a través de su red de prestadores públicos. Sin embargo, se estima que solo alrededor

Esquema 7.1. Sistema de salud de Honduras



Fuente: Elaboración propia a partir de Bermúdez-Madriz y otros (2011).

² Según datos de las estadísticas del Banco Mundial para 2011. Otros países de la región: Belice US\$262, Costa Rica US\$943, El Salvador US\$251, Guatemala US\$214, Panamá US\$703, Argentina US\$892, Chile US\$1075, Colombia US\$432 y México US\$620.

de un 50% de los hondureños acceden a estos servicios (Bermúdez-Madriz y otros, 2011). El sector público cuenta con recursos muy limitados; el gasto público per cápita (SESAL, IHSS y Hospital Militar) es de solo US\$92,05 por persona según datos de 2012,³ uno de los más bajos de Centroamérica y de la región.

Honduras ha logrado avances en materia de salud, como el aumento de la esperanza de vida al nacer de 66 a 72 años en la última década y la reducción de la mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos de 108 a 74, de acuerdo con el estudio de actualización de la razón de mortalidad materna de 2010 hecho por la SESAL. A pesar de estos avances, la tasa de mortalidad infantil es de 24 por 1000 nacidos vivos, más que el promedio regional de 19 cada 1000 nacidos (CEPAL, 2012). La atención institucional de partos también está debajo del promedio regional (83%, frente al 86% de la región, según las encuestas de demografía y salud y datos de CEPAL). La desnutrición crónica es del 23%, la segunda mayor de la región después de Guatemala. Este indicador es más alarmante en las zonas más rezagadas del país, donde puede alcanzar al 53% de la población. Tendencias similares se verifican con otros indicadores de salud materno-infantil (BID, 2011). Estos porcentajes comprueban que las brechas entre el acceso, la oferta y la demanda de servicios de salud son grandes. Por el lado de la oferta es común encontrar centros de salud cerrados, sin personal médico suficiente o sin insumos ni medicamentos. Por el lado de la demanda, factores como las grandes distancias que separan algunas zonas de las unidades de salud, el bajo nivel socioeconómico y educativo y la falta de autonomía de las mujeres dificultan la utilización de los servicios.

El Gobierno de la República de Honduras comenzó entonces a experimentar diferentes modelos de gestión descentralizada de provisión de servicios en salud. Se exploraron

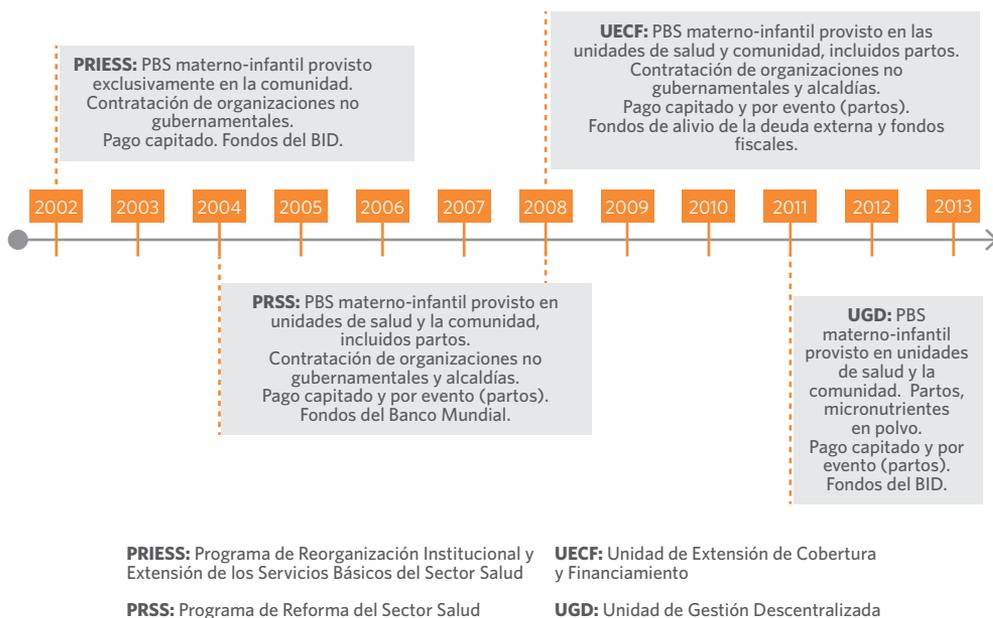
formas alternativas para proveer un PBS a la población más desatendida. En el esquema 7.2 se presenta una línea de tiempo de las principales fases de ese proceso y de los cambios que se introdujeron con el PBSMGD.

La primera fase se inició en 2002 con el Programa de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos del Sector Salud (PRIESS) financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), cuyo objetivo principal era extender la cobertura a poblaciones de zonas rurales en condiciones de pobreza. El proyecto incluyó un componente de extensión de cobertura de servicios básicos de salud, que durante el período 2002-06 alcanzó a 289.000 personas aproximadamente, en 1100 comunidades pobres de 14 departamentos. Su modelo de provisión se basó en la contratación de 13 organizaciones no gubernamentales que organizaron equipos itinerantes conformados por un médico general, una enfermera y dos promotores, para proveer servicios de atención básica en las comunidades, haciendo énfasis en la promoción de la salud individual y colectiva, en la prevención del daño a la salud (vacunación, control prenatal y control de pacientes con enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión) y en la atención de mujeres y niños por morbilidad general. Visitas del equipo itinerante repetían a cada seis u ocho semanas en todas las comunidades. La unidad coordinadora del proyecto asumió la contratación de las organizaciones no gubernamentales y los servicios que estas prestaban estaban definidos por un PBS con 21 áreas de intervención: 12 de promoción, cuatro de prevención y las cinco restantes de atención (Jara, 2007). Este proyecto comenzó a fines de 2002 y terminó en febrero de 2007.

En 2004 se inició una segunda fase con el Programa de Reforma del Sector Salud (PRSS). Aprovechando que existían centros de salud cerrados por falta de personal y de equipos, este programa pretendía introducir un modelo innovador

³ Estimación propia a partir de datos de las secretarías de Finanzas y Salud.

Esquema 7.2. Línea de tiempo de los proyectos de gestión descentralizada en salud



Fuente : Elaboración propia.

en la gestión de los servicios de primer nivel mediante la tercerización de la administración de los servicios. Además, procuraba mejorar la cobertura y calidad de la atención, que era la diferencia principal con respecto al PRIESS, en el que los servicios se brindaban principalmente en las unidades de salud (centros de salud con médico y odontólogo, con auxiliar de enfermería y clínicas materno-infantiles), aunque también contaban con equipos itinerantes. Con este proyecto el PBS se hizo más explícito.⁴ Por ejemplo se detallaron las atenciones de control prenatal e inmunizaciones, que en la primera fase se consideraban acciones de promoción de la salud en la comunidad. Además, en esta segunda fase se especificó en qué tipo de unidad de salud debían prestarse los servicios. Para prestar el PBSMGD se contrataron entidades locales públicas y privadas sin fines de lucro (organizaciones de la sociedad civil o del gobierno municipal), a las que se les asignaban recursos per cápita a cambio

de que garantizaran la atención de la población cubierta (excepto los partos, que se pagaban por evento). Durante la implementación de este modelo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo funcionó como agencia de compra.

En una tercera fase, sobre la base de los logros del PRIESS y PRSS en incremento de cobertura, acceso y satisfacción de los usuarios, se inició un proceso de institucionalización de la extensión de cobertura con gestión descentralizada (PBSMGD) a través de la creación de la UECF, organismo de la SESAL encargado de la contratación de los GP. En 2011, como parte del Programa de Fortalecimiento de la Gestión y Oferta Descentralizada de los Servicios de Salud, se creó e integró en el modelo ya existente la Unidad de Gestión Descentralizada, que asumió la contratación de los GP cuando estos son financiados con fondos externos. Además, se añadieron al

⁴ Propuesta de los modelos de gestión, atención y financiamiento para la extensión de cobertura de los servicios de salud a Punta Gorda, Roatán, Islas de la Bahía. Consultoría de Daniel Bronstein, Tegucigalpa, mayo de 2003. Modelo de atención primaria y cartera de servicios (paquete básico) a brindar. Gesaworld, Tegucigalpa, julio de 2004.

PBSMGD prestaciones como la entrega de micronutrientes en polvo, consejería sobre salud nutricional (atención integral a la niñez en la comunidad) y el zinc para el tratamiento de la diarrea.

Las motivaciones para cada uno de estos ajustes no están claramente documentadas, pero se presume que cada cambio pretendió facilitar la gestión del PBSMGD. La falta de documentación puede explicarse porque con la tercera fase se perdió parte de la valiosa memoria institucional sobre las motivaciones y los criterios de los ajustes que se hicieron. Estas tres experiencias han mantenido elementos comunes —un PBS explícito, la contratación de GP y el pago en función de una población cubierta— que han dado consistencia y continuidad a la extensión de la cobertura de servicios de salud en el país.

Objetivos, alcance, cobertura y fuentes de financiación

Objetivos

La implementación de un plan de beneficios dirigido a la población rural pobre fue un aspecto central de varios proyectos financiados con recursos externos que intentaron mejorar el acceso y la cobertura de los servicios de salud en las áreas rurales de Honduras. Todos estos proyectos intentaron establecer nuevos esquemas para proveer un paquete mínimo de servicios a la población rural pobre. A diferencia de los demás países analizados en este libro —con excepción del plan Nacer de Argentina—, la adopción del PBS en Honduras no fue parte de una política nacional donde se define lo que el Estado se compromete a entregar a la población, sino que respondió a proyectos de cooperación externa que buscaban mejorar el acceso a los servicios de salud de la población más vulnerable.

En la actualidad se está estimulando a los gobiernos locales para que asuman la gestión de servicios de primer nivel o, en su defecto, a organizaciones de la sociedad civil surgidas en los propios municipios, como por ejemplo, las cooperativas de producción agrícola, fundaciones, etc.

Alcance

El PBSMGD consiste principalmente en prestaciones básicas ambulatorias del primer nivel de atención, que incluyen una mezcla de intervenciones preventivas y curativas, y privilegia las intervenciones del binomio madre-niño. El contenido del PBSMGD se estructura alrededor de 12 líneas de servicios (cuadro 7.1).⁵

El equipo técnico encargado del diseño del PBSMGD definió un paquete de prestaciones relacionadas con la prevención y la promoción de la salud y un porcentaje inferior de prestaciones dirigidas a acciones curativas, agrupadas en 12 líneas de acción. En general, los servicios cubiertos se agrupan en síndromes o intervenciones, por ejemplo síndrome febril, manejo de la enfermedad diarreica aguda o de la infección respiratoria aguda. Debido a las debilidades del sistema de información del país, no fue posible utilizar ningún método de clasificación codificada, como la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades para codificar los síndromes incluidos en el PBSMGD.

Cobertura poblacional

Dado que el PBSMGD surgió como un proyecto de inversión de las agencias de cooperación multilateral vinculado con la estrategia de reducción de la pobreza y no como parte de una política nacional de protección social en salud, las metas de cobertura se dirigieron a las áreas donde había mayor proporción de pobreza y de mujeres en edad reproductiva. El cuadro 7.2 muestra el incremento de la

⁵ En la sección 6 del anexo a este capítulo se muestra el detalle del PBS vigente.

Cuadro 7.1. Alcance del PBSMGD

Línea de servicio	Ámbitos de la provisión de servicios	Grupo poblacional meta
1. Anticoncepción y protección sexual	Promoción de la salud	Adolescentes, personas en edad fértil
	Prevención	Mujeres en edad fértil y adultos Adolescentes, mujeres en edad fértil y adultos
	Atención	Adolescentes, mujeres en edad fértil y adultos
2. Seguimiento del embarazo y puerperio	Promoción de la salud	Mujeres en edad fértil, embarazadas y puérperas
	Prevención	Mujeres en edad fértil, embarazadas y puérperas
	Atención	Mujeres en edad fértil y embarazadas Mujeres en edad fértil y puérperas
3. Atención posnatal	Promoción de la salud	Mujeres en edad fértil y puérperas
	Prevención	Mujeres en edad fértil y puérperas, niños de hasta 10 días
	Atención	Niños recién nacidos
4. Seguimiento integral de la salud infantil	Promoción de la salud	Adolescentes, mujeres fértiles
	Prevención	Niños hasta 14 años Poblaciones focales determinadas por la Secretaría de Salud
	Atención	Niños, hasta 14 años Niños, adolescentes y adultos
5. Atención al adolescente y adulto	Promoción de la salud	Adolescentes, adultos, comunidad Adolescentes, adultos, comunidad, adulto mayor Comunidad integrada en participación
	Prevención	Poblaciones focales determinadas por la Secretaría de Salud Adolescentes y adultos, en particular grupos vulnerables
	Atención	Adolescentes y adultos
6. Detección del cáncer de cérvix y mama	Prevención	Mujeres adultas (edad: 25-64 años)
7. Salud buco-dental	Promoción de la salud	Niños de 4 a 10 años, adolescentes, adultos
	Prevención	Niños, adolescentes y adultos
	Atención	Niños, adolescentes y adultos
8. Vigilancia epidemiológica	Prevención	Comunidad
9. Urgencias y emergencias	Atención	Niños, adolescentes y adultos
10. Soporte diagnóstico	Atención	Niños, adolescentes y adultos
11. Técnicas específicas de enfermería	Atención	Niños, adolescentes y adultos

12. Rehabilitación	Rehabilitación de enfermedades crónicas	Niños, adolescentes y adultos
	Rehabilitación de accidentes	Niños, adolescentes y adultos
	Rehabilitación de enfermedades mentales	Niños, adolescentes y adultos

Fuente: SESAL, plan de beneficios del PRSS.

Cuadro 7.2. Cobertura poblacional, 2008-13

Conceptos	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Beneficiarios	483.782	693.584	737.208	854.576	891.938	1.131.163
Financiamiento en millones de US\$	5,69	8,84	9,57	10,15	13,8	20,09
Municipios	38	46	58	62	67	77
Departamentos	8	13	13	12	14	14
Gestores	21	24	24	24	28	37

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos obtenidos en la UECE, Unidad de Gestión Descentralizada y unidad ejecutora del programa Gesalud.

cobertura de la población beneficiaria durante 2008-13. En 2012, el PBSMGD llegó a 67 de los 298 municipios del país y cubrió a 891.938 personas, que equivalen al 10,7% de la población (el resto de la población recibe atención mediante una oferta tradicional, con una canasta de prestaciones implícitas), al 16,8% de la población pobre (que según el Instituto Nacional de Estadística es el 60% de la población del país) y al 25% de la población rural. La SESAL tiene previsto ampliar la cobertura del PBSMGD a través de gestores descentralizados a un total de 1.533.614 personas hasta diciembre de 2015.

Montos y composición del financiamiento

Entre 2008 y 2012, el gasto ejecutado por el PBSMGD pasó de US\$5,73 millones a US\$13,80 millones, que representan respectivamente el 1,55% y el 2,61% de los recursos de la SESAL. La provisión del PBSMGD ha absorbido una proporción muy marginal de los recursos del gasto público en salud ejecutados por la SESAL.

Además, este porcentaje no ha aumentado con el tiempo. Las razones por las que el financiamiento del PBSMGD no creció son la crisis financiera del sector público en los últimos tres años y la poca institucionalización del modelo de gestión y descentralización. Todavía se financia al PBSMGD con recursos externos, y no se le da prioridad suficiente para financiarlo con una mayor proporción de recursos fiscales.

El financiamiento del PBSMGD proviene de los recursos del Tesoro de la República (liberados por el alivio de la deuda externa del Club de París y de Italia, y recaudación tributaria) y de los recursos externos reembolsables del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo. La principal fuente de financiamiento en 2013 fueron los recursos externos (cuadro 7.3), con un 75% del total. Esta dependencia de los recursos externos ha impedido que se expanda la cobertura del PBSMGD, tanto en términos poblacionales como financieros. Además, existen aportes marginales de algunos gobiernos municipales para asumir gastos corrientes

Cuadro 7.3. Cobertura poblacional y financiamiento del PBSMGD respecto del gasto de la SESAL, 2008-13

Año (1)	Cobertura poblacional (2)	Financiamiento del PBS (millones de US\$)			Presupuesto SESAL (millones de US\$) (6)	Proporción del gasto del PBSMGD en relación con el presupuesto de la SESAL (7) = (5)/(6)
		Fondos externos* (3)	Fondo nacional (4)	Total (5) = (3)+(4)		
2008	483.782	0,02	5,71	5,73	369,98	1,55%
2009	693.584	2,44	6,38	8,82	472,55	1,87%
2010	737.208	9,46	0,10	9,56	480,91	1,99%
2011	854.576	5,23	4,91	10,14	520,09	1,95%
2012	891.938	9,30	4,50	13,80	529,72	2,61%
2013	1.131.163	15,06	5,04	20,09	647,13	3,10%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en la UEFC, Unidad de Gestión Descentralizada y unidad ejecutora del programa Gesalud.

*Fondos externos: Banco Mundial para 2008 y BID para 2012.

(servicios básicos y generales) que no se contabilizan como ejecución presupuestaria del PBSMGD.

La sostenibilidad financiera del PBSMGD se pone en riesgo por problemas de financiamiento originados en la demora en la firma de los convenios de gestión entre la UEFC y los GP. Esto hace que se pague tarde a los GP⁶ y compromete tanto la capacidad de gestión de los GP como la continuidad de los servicios. Aunque la asignación presupuestaria para el PBSMGD es relativamente pequeña, la SESAL no consigue ante la Secretaría de Finanzas asegurar oportunamente los recursos. En consecuencia, el financiamiento del PBSMGD se encuentra supeditado a intereses coyunturales y políticos, que comprometen la sostenibilidad del programa.

Determinación del contenido y costo

Durante la fase inicial, las preguntas centrales fueron qué servicios incluir,

cómo estimar su costo, y quién gestionaría el programa y cómo se remuneraría la prestación. Se consideraron las prioridades definidas por las autoridades de salud para reducir la mortalidad materna e infantil y la capacidad instalada de las unidades de salud de la red pública. La discusión que llevó mayor tiempo fue la de cómo introducir organizaciones privadas sin fines de lucro en la gestión y provisión de los servicios sin que se lo percibiera como una privatización.

Definido el alcance del PBSMGD, se involucraron alcaldes, regidores, patronatos y grupos de usuarios en las discusiones sobre la forma de gestión y la provisión de las prestaciones incluidas, más que en la definición de los contenidos.

Métodos de priorización

Para identificar los servicios a incluir en el PBSMGD durante 2003 y 2004 hubo deliberaciones y negociaciones y un diálogo técnico cerrado, donde se involucraron por separado los equipos de

⁶ Entrevista en profundidad con Rosa María Cárcamo, coordinadora de la UEFC.

los programas PRIESS y PRSS, organismos multilaterales y agencias de cooperación. La SESAL delegó el liderazgo de estas discusiones en los equipos técnicos de ambos programas, pero no se involucró en la discusión a otras instituciones nacionales del sector de salud. En 2012 el PBS vigente era el establecido inicialmente por el PRSS con algunas prestaciones adicionales.

Para definir el contenido del PBSMGD, los equipos técnicos de ambos programas identificaron primero la población objetivo y priorizaron a la población rural materno-infantil en condiciones de pobreza o pobreza extrema. Luego, para definir el contenido del plan de beneficios se analizaron los problemas de salud de esta población, identificados a partir de la morbilidad de la población rural pobre mediante el análisis de situación de salud del país y la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de 2001. También se evaluó la capacidad instalada, que debía cumplir con las normas de habilitación de establecimientos de salud. Para esto se emplearon los registros de las entidades habilitadas como fuente de información.

A partir de estos análisis se definió una lista de intervenciones,⁷ exámenes y medicamentos para la promoción, prevención y curación de los problemas de salud. La selección de los medicamentos se basó en el listado oficial básico de medicamentos establecido por la SESAL para las unidades de salud del primer nivel

de atención. Para seleccionar los exámenes de laboratorio se tomaron como referencia las normas técnicas de atención definidas por la SESAL para las unidades de salud de la red pública. Los pasos principales que definieron el contenido del PBSMGD se muestran en el esquema 7.3.

Costeo

Una vez definido el listado de prestaciones del PBS se hicieron tres estimaciones de costos.⁸ Un primer estudio calculó el costo de abrir unidades de salud de primer nivel de atención que estaban cerradas por falta de recursos humanos, equipos e insumos. El segundo estudio incluyó las mismas prestaciones de servicios de salud, pero agregó la atención por equipos itinerantes en las comunidades. El tercer estudio se hizo en 2011 para actualizar las estimaciones anteriores y calcular además el costo de ampliar la cantidad de prestaciones, como la atención del parto por medio de cesárea, la anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina y femenina, la provisión de micronutrientes en polvo y la entrega de métodos temporales de planificación familiar. A continuación se describen las estimaciones más importantes de los estudios mencionados.⁹

i. Metodología de estimación del costo (estimación inicial, 2004)

Se calculó el costo de atender i) más de 10.000 personas, ii) entre 3000 y 10.000

Esquema 7.3. Criterios utilizados para la priorización



Fuente: Elaboración propia.

⁷ Véase el cuadro de la sección 3 del anexo a este capítulo. La lista explícita del PBS es la "lista positiva".

⁸ Informes técnicos del PRIESS y el PRSS, no disponibles al público, y estudio de costo del PBSMGD de la iniciativa Salud Mesoamérica 2015, disponible en <http://www.saludmesoamerica2015.org>.

⁹ Véanse los detalles en la sección 5 del anexo a este capítulo.

personas y iii) menos de 3000 personas (cuadro 7.4). Se observó que el costo es inversamente proporcional al tamaño de la población asegurada. Los costos fijos unitarios se reducen significativamente a medida que el volumen de la población cubierta aumenta.

ii. Metodología de estimación de costo (segunda estimación, 2004)

La metodología utilizada fue similar a la anterior. Se calculó el costo per cápita entre US\$13,50 y US\$17,50 anuales (a 2004),¹¹ incluida la promoción de la salud, prevención, atención materno-infantil y de morbilidad general. Este valor se incrementa hasta US\$18,50 si se incluye atención odontológica básica. La diferencia con la estimación anterior es que esta se hizo para residentes de distintos departamentos del país.

iii. Actualización de la estimación de costo (tercera estimación, 2011)

En 2011, se realizó otro estudio (Véllez, 2011) basado en la cartera explícita del PBSMGD. Este consideró el costo del PBSMGD, de la estrategia de nutrición preventiva, los micronutrientes, la entrega de métodos de planificación familiar y la referencia y atención de la emergencia obstétrica y de complicaciones neonatales en los hospitales. Para ello, se desarrolló una metodología de estimación de

costos que contempla intervenciones de promoción, de prevención y de tipo curativo. Este estudio identificó una banda de costos per cápita de US\$19 a US\$30, con un costo medio per cápita del PBS de US\$25. Según el estudio, las diferencias en el costo per cápita de los GP se deben a la dotación de infraestructura de cada uno (unidades de salud y vehículos) y a la población beneficiaria.

La comparación de los tres estudios muestra un costo per cápita del PBSMGD que va desde US\$13,50 hasta US\$30. La diferencia se explica principalmente por la cantidad de la población que se tomó para el cálculo (la dotación de personal permanente implicó un costo per cápita anual mayor en poblaciones de menor tamaño) y por la cantidad de prestaciones que se incluyeron en el PBSMGD.

Estos estudios no fueron divulgados entre los diferentes actores del sector salud hondureño y los dos primeros estudios no son de acceso público.

Legitimación

Uno de los mayores obstáculos para la implementación y los ajustes del PBSMGD es la falta de legitimidad legal y técnica.

Legitimidad legal. La legitimización requiere una institucionalización formal

Cuadro 7.4. Estimación de costos del PBSMGD, 2004

Descripción	Cartera de servicios n.º 1 > 10.000 habitantes			Cartera de servicios n.º 2 3000 a 10.000 habitantes			Cartera de servicios n.º 3 < 3000 habitantes		
	Habitantes			Habitantes			Habitantes		
	Máximo 12.500	Mínimo 10.500	Promedio	Máximo 10.000	Mínimo 3500	Promedio	Máximo 3000	Mínimo 1250	Promedio
Total Lp (Lempiras)	482,10	532,70	507,40	331,45	646,40	488,92	291,91	545,02	418,46
Total US\$	26,78	29,59	28,19	18,41	35,91	27,16	16,22	30,28	23,25

Fuente: Informe de consultoría de Gesaworld, Tegucigalpa.

¹¹ Véase la sección 5 del anexo a este capítulo.

del plan dentro del sector de la salud. Si bien existen asideros jurídicos genéricos en la Constitución Política hondureña y en el Código de Salud, el marco legal que formaliza la implementación del PBSMGD es de orden administrativo. Allí se inscriben los convenios de gestión que establecen las responsabilidades de la SESAL y los GP. Por lo tanto, si bien este instrumento es administrativamente válido, tiene baja exigibilidad legal.

Hasta la fecha no se aprobó ninguna ley, reglamento o acuerdo ministerial que respalde legal y explícitamente la entrega del PBSMGD por parte de los GP. Hubo distintas propuestas en este sentido, pero ninguna se aprobó. Una de ellas fue el “Reglamento de delegación y reasignación de la función de provisión de los servicios de salud y su gestión”, de 2009, pero a pesar de que establecía claramente las obligaciones del Estado, para la SESAL no fue una prioridad, y el reglamento jamás entró en vigor. Esto se debe en parte a la alta rotación de dirigentes de la UECF, que limitó su incidencia y capacidad de gestión en la SESAL.

Legitimidad técnica. El diseño del PBSMGD estuvo a cargo de equipos técnicos que no eran parte de la estructura de la SESAL, sino que fueron contratados específicamente para dos proyectos de salud financiados con recursos externos. En su momento, el equipo técnico contó con la aprobación política de las autoridades superiores de la SESAL, pero el diseño del PBSMGD careció de una estrategia de comunicación que involucrara a todos los actores del sector salud hondureño y que lo hiciera público. La sociedad civil, los trabajadores de la salud y la Secretaría de Finanzas no tuvieron protagonismo en la discusión y negociación del PBSMGD.

Además, cuando se seleccionaron y priorizaron las intervenciones del PBSMGD no se consideraron estudios técnicos como el análisis de carga de enfermedad, ni estudios de costo-efectividad de las intervenciones incluidas en el PBSMGD que facilitarían la priorización.

La legitimidad legal y técnica del PBSMGD debe mejorar. El plan necesita una normativa que lo respalde legalmente. Además, deben hacerse estudios de carga de enfermedad y de evaluación económica para que el PBSMGD sea sostenible.

Implementación

El PBSMGD implicó retos importantes para el sistema de salud de Honduras. El mayor de ellos fue llevar a la práctica los servicios priorizados y alcanzar a toda la población. Si bien se intentó vincular los servicios priorizados con un mecanismo de pago mediante un sistema de cápitas y pago por desempeño, todavía hay varios obstáculos para poner en práctica lo priorizado. Entre ellos, los retrasos en el pago a los GP, los mecanismos débiles para controlar el desempeño de los GP y la falta de conocimiento del plan por parte de la población beneficiaria.

Compra de servicios

A partir de 2008, la compra de los servicios del PBSMGD está a cargo de la UECF cuando la fuente de financiamiento son fondos públicos y, desde 2011, esta responsabilidad es compartida con la Unidad de Gestión Descentralizada cuando los GP se financian con fondos externos. La SESAL contrata la provisión de los servicios a los GP, que tienen distinta naturaleza patrimonial y cuentan con personalidad jurídica (mancomunidades, alcaldías o asociaciones civiles). A diciembre de 2012 existían 28 GP presentes en 67 de los 298 municipios del país y en 14 de los 18 departamentos.

El proceso de contratación implicó negociar la población a cubrir, el valor per cápita a pagar y los resultados y metas que debía cumplir cada GP. Una vez que se llegaba a un consenso, esto se plasmaba en los convenios de gestión.

Entre 2008 y 2011 a los GP se les pagó en promedio entre US\$16 y US\$18 por cada persona, según su lugar de residencia.

La cápita promedio se ajusta según las condiciones de cada GP y se negocia con la UECF. Una de las variables para cotizar el pago a cada GP es la proporción de empleados de la SESAL que integran el equipo asistencial de salud institucional del GP.¹² La SESAL obliga a los GP a pagar los salarios del personal que les transfiere, a pesar de que la gestión del PBSMGD está tercerizada. Es decir que a mayor cantidad de personal de la SESAL en un GP, cuyos salarios son mayores que en el subsector privado, mayor es la carga prestacional y, por ende, los costos fijos de operación de los GP. En consecuencia, en términos reales el pago capitado es mayor en los GP con menos trabajadores de la SESAL en su nómina. Otro criterio de ajuste del pago capitado a los GP, es la ubicación geográfica y la distancia con respecto a las principales ciudades del país. Estas variaciones no han tomado como referencia los estudios de costos ni la estimación de la cápita original. Los criterios utilizados por la UECF tampoco se han ajustado a normas o estándares previamente definidos. En términos generales, la UECF ha manejado estos ajustes discrecionalmente.

Para que los ajustes del pago capitado a los GP se hagan de una forma más técnica y ajustada a las normas, a principios de 2010 la UECF realizó un estudio para formular una guía de estimación de costos de servicios del primer nivel de salud. El estudio propuso una metodología para estimar y analizar los costos de la producción de servicios y mejorar la gestión de los recursos en las instituciones públicas. Con esto se pretendían definir las normas para cotizar el pago capitado a los GP según criterios de lejanía, población meta, ubicación geográfica y economías de escala, entre otros. Sin embargo, las autoridades técnicas de la SESAL no lo tomaron como referencia.

Pago por desempeño. La UECF negocia con cada uno de los GP para llegar a un

acuerdo sobre pago por desempeño, según metas basadas en los siguientes principios:

1. Población a cubrir. A diferencia de otros países con PBS donde se nominaliza la población a cubrir con listas de beneficiarios (por ejemplo Argentina con el plan Nacer, que se describe en este libro), en Honduras la población beneficiaria se determina según el mapa de pobreza y la población que reside en el área de influencia de las unidades de salud que el GP gestiona.¹³ Parte del pago se calcula en función de los beneficiarios potenciales y no de la población efectivamente afiliada, porque esta no está identificada ni se dispone de un sistema de información que registre las atenciones de cada beneficiario.
2. Metas de producción. Se definen a partir de una caracterización inicial de algunos índices de morbilidad en el territorio de influencia. Con esta información, y en coordinación con la región sanitaria departamental, se determinan las metas de producción del GP. Por ejemplo, se estableció 85% de los partos atendidos en la clínica materno-infantil del GP o referidos a un hospital en caso de complicación.

La atención de los partos se paga por evento, lo que significa que cuantos más partos se atiendan, mayores recursos se reciben. Esto estimula la búsqueda activa de mujeres embarazadas para que sus partos sean atendidos en los establecimientos de salud.

Suficiencia de recursos

En general, la capacidad instalada (tecnología, insumos médicos e infraestructura) y las prestaciones incluidas en el PBSMGD son coherentes. Esto se debe a que durante la implementación del PBSMGD y la extensión de la cobertura se reconoció

¹² Según Hugo Godoy, ex director del PRSS, durante una entrevista en profundidad.

¹³ Según Yolany Batres, viceministra de Redes de Servicios de la SESAL, durante una entrevista en profundidad.

que la oferta sería insuficiente sin los equipos y medios necesarios. Se hicieron grandes esfuerzos para adquirir el equipamiento mínimo para asegurar el PBSMGD. En muchos casos, las unidades asistenciales tienen mejor equipamiento básico que las unidades proveedoras de servicio centralizadas de la SESAL, lo que explica los altos niveles de satisfacción (superiores al 85%) que se registran en las evaluaciones anuales de los GP.

No hay estudios que corroboren que los pagos a los GP alcancen a cubrir los servicios del PBSMGD. Sin embargo, los GP con clínicas materno-infantiles en áreas apartadas plantean que el pago capitado para cubrir los costos de atención de partos son bajos. Eso porque tienen que mantener un personal médico permanente para una baja frecuencia de partos. Así que sus costos fijos son proporcionalmente mayores en esas áreas. Además, los GP tienen dificultades para completar la plantilla de personal médico, especialistas y enfermeras en algunas regiones del país. Como en varios países, las zonas rurales no resultan atractivas para la mayoría de los profesionales. Según los GP, esto encarece la contratación de personal.

Control de calidad, monitoreo y supervisión

Honduras, como otros países de la región, condiciona la contratación de los prestadores a un proceso de habilitación y a un sistema de supervisión de los servicios priorizados.

Los establecimientos de salud de los GP pasan primero por una instancia de habilitación a cargo de la SESAL. Cuando los GP no cumplen con los estándares, la SESAL otorga una licencia temporal y un período de gracia para adecuarse. Luego los GP formulan un plan de inversiones y un cronograma de acciones supervisado por la región sanitaria departamental, que informa su cumplimiento a la UECF y a la Dirección General de Regulación Sanitaria.

El monitoreo de las prestaciones incluidas en el PBSMGD y de las metas de producción y calidad de los GP es responsabilidad de las regiones sanitarias departamentales. La calidad de los servicios de las unidades asistenciales de los GP se evalúa según los indicadores establecidos en el convenio entre la UECF y los GP. Se revisan especialmente los expedientes clínicos, tarea a cargo de enfermeras profesionales contratadas por los GP para ello. Los expedientes clínicos también se usan para el monitoreo trimestral de calidad que hace la región de salud de la SESAL y para la evaluación anual a cargo de la UECF. Además, la SESAL realiza todos los años una encuesta de satisfacción de usuarios que integra la evaluación anual de los GP. A pesar de esto, no existe un programa formal que vigile la calidad de los servicios de los GP. Aunque haya instrumentos de monitoreo, supervisión y evaluación de metas, el control es débil debido a la falta de personal, y porque está desarticulado y carece de un ente rector único. Mejoras en estos tres aspectos ayudarían a estandarizar los procesos de seguimiento, evitando de esta manera la calificación discrecional de desempeño.

Una prioridad que se plantea a la SESAL es identificar la correspondencia entre los servicios que recibe la población beneficiaria del PBSMGD y los recursos invertidos. Si bien en el diseño del plan se definieron aspectos normativos necesarios para asegurar la calidad de los servicios, no se establecieron componentes de control que permitieran el funcionamiento efectivo del programa. Esto ha determinado la necesidad de crear un programa de calidad en los GP que, por ejemplo, estandarice los instrumentos de gestión clínica (como el expediente del paciente) y de gestión de usuarios (el formulario de referencia de pacientes, por ejemplo).

Resultados

No se ha hecho una evaluación de impacto del PBSMGD. La información analizada y las entrevistas a informantes

clave permiten inferir que esta falencia proviene del diseño original de la estrategia de extensión de cobertura del PRIESS y del PRSS. Se definieron indicadores, metas y resultados para cada proyecto. Esto dificultó crear una línea de base para medir el desempeño y el impacto a nivel nacional.

Tras cinco años de la estrategia para extender el PBS en Honduras, se observan mejoras en la cobertura y en el acceso a los servicios en comunidades específicas a través de evaluaciones del desempeño del GP realizadas por el UECF. Sin embargo, el impacto en los indicadores claves de la salud no se puede cuantificar, dada la falta de indicadores a nivel nacional. A pesar de ello, a continuación se presentan los resultados de algunos estudios sobre la implementación del PBSMGD.

Estudios

Los principales estudios son: el análisis de costo-efectividad del PBS frente al modelo tradicional en la provisión de servicios de salud (Measure Evaluation y Prodim, 2008), la evaluación del modelo de gestión descentralizada de atención primaria de salud (Véllez, 2010) y el trabajo de García Prado y Lao Peña (2010).

Estos estudios comparan los resultados de unidades de salud con un PBS (modelo alternativo) y otras instituciones públicas que operan bajo el esquema tradicional de subsidio a la oferta. Además, informan sobre el desempeño en cuanto a producción de servicios, cobertura, costo-efectividad y calidad. Según los estudios, las unidades de salud con un PBS muestran mayores niveles de producción en los programas priorizados y en las atenciones totales brindadas. Además, el PBSMGD ha cubierto a más población que el modelo tradicional. En los programas priorizados de atención prenatal, atención de partos, control de crecimiento y desarrollo y atención al puerperio los resultados son similares. También, el modelo de un PBS es más

costo-efectivo, con un costo unitario promedio menor por atención general.

El desempeño es similar en el uso de protocolos de atención y en los tiempos de espera. No obstante, el PBSMGD supuso una diferencia significativa en la atención de partos por personal médico, que alcanzó el 100%, lo que permite suponer una mejor calidad de atención. En cuanto al acceso, no se observan diferencias significativas, ambos modelos llegan a poblaciones similares (las tradicionalmente excluidas).

A fines de 2010 el PBSMGD cubría al 9,16% de la población del país. Sin embargo, no hay estudios sobre la utilización de los servicios médicos ni sobre el estado de salud de las personas cubiertas. Según un estudio anterior que comparó ocho unidades de salud de los modelos descentralizado y centralizado (Measure Evaluation y Prodim, 2008), el PBSMGD cubrió al 24,4% de la población, frente a un 18,16% del modelo tradicional.

García Prado y Lao Peña (2010) registra mayores índices de productividad en los centros con un PBS. Los centros con un PBS cuentan con promotor de salud para cada 2000 habitantes en promedio, mientras que en los centros tradicionales hay un promotor cada 10.000 habitantes. Este estudio también descubrió que la información en los centros de salud del PBSMGD es más completa que en los tradicionales, donde se centraliza la información en la SESAL, lo que hace más difícil el seguimiento.

Conclusiones

Si bien se han observado resultados positivos en materia de acceso y calidad de los servicios de salud, la implementación del PBSMGD enfrenta desafíos que obstaculizan mejores resultados.

Uno de ellos es que dentro de la SESAL aún se percibe a la UECF como un organismo paralelo, que compite con otras instancias de la secretaría. Esto

se ve en la falta de articulación con dependencias con las que naturalmente debería articularse. También falta coordinación con las unidades técnico-normativas de la Subsecretaría de Riesgos Poblacionales y de la Subsecretaría de Redes de la SESAL, responsables del funcionamiento de la red de servicios y de elaborar y velar por el cumplimiento de las normas de atención y articulación.

Otro reto es que aunque en teoría el convenio de gestión establece obligaciones y derechos entre la UECF o la Unidad de Gestión Descentralizada y los GP, en la práctica el margen de negociación de estos es poco. La UECF establece la mayoría de las condiciones de manera discrecional. Esto podría comprometer el desempeño de los GP si aceptaran condiciones económicas riesgosas, como un valor per cápita no ajustado a sus costos de producción, o metas sobredimensionadas en algunos programas, como el de vacunación, que frecuentemente supone una mayor cantidad de población que la real. Este problema se debe a que la estimación de la UECF y la Unidad de Gestión Descentralizada se basa en una proyección del censo poblacional de 2001, sin considerar los fenómenos migratorios temporales y definitivos que han sucedido en el área rural donde se concentra la entrega del PBSMGD.

Para solventar estas debilidades, deben fortalecerse las capacidades de negociación de los GP y el costo de la cápita debe ajustarse a factores de riesgo para reducir la discrecionalidad de las decisiones de la UECF y facilitar la expansión de este modelo a otras zonas del país.

Superar estos obstáculos requiere acciones que fortalezcan a los actores del sistema, en especial a quienes cumplen funciones de vigilancia y control. Algunas de las acciones necesarias son: i) involucrar abogados y políticos para definir un marco legal y jurídico que institucionalice el PBSMGD; ii) sensibilizar a las autoridades políticas del país para ampliar el plan al resto de los municipios con pobreza extrema; iii) informar a la población cubierta sobre sus derechos y crear un ente que los tutele; iv) fortalecer las capacidades de gestión para reducir la discrecionalidad de las decisiones de contratación, estimación de costos, método de pago, control de calidad, control de gestión, etc.; v) institucionalizar un sistema de control de calidad en la SESAL de los servicios entregados por los GP, y fortalecer su capacidad de reglamentación y regulación para que respondan a los vacíos observados en la implementación; vi) mejorar los sistemas de información para apoyar a los mecanismos de seguimiento y monitoreo; vii) crear dentro de la SESAL una estructura de alto nivel técnico independiente de la unidad de compra, con amplio respaldo político, que defina los criterios técnicos para ajustar el PBSMGD; viii) promover el desarrollo de capacidades de negociación, el conocimiento técnico del proceso de contratación y el liderazgo en los técnicos de los GP para favorecer relaciones más horizontales de negociación y firmas de convenios, sin ventajas para una de las partes que impliquen riesgos excesivos para la otra, y ix) consolidar un sistema de control de gestión que asegure los ajustes que demande el PBSMGD.

Bibliografía

- Banco Interamericano de Desarrollo. 2011. Evaluación *ex ante*. Iniciativa Salud Mesoamérica 2015.
- Bermúdez-Madriz J. L., M. R. Sáenz, J. Muiser y M. Acosta. 2011. “Sistema de salud de Honduras”. Salud pública México vol. 53 supl. 2: s209-19. Disponible en: <<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/16.pdf>>. Fecha de acceso: octubre de 2013.
- Bortman M. 2010. Borrador final del informe de cierre del Proyecto Reforma del Sector Salud. PTegucigalpa, Banco Mundial.
- Bronstein M. 2003. “Propuesta de los modelos de gestión, atención y financiamiento para la extensión de cobertura de los servicios de salud a Punta Gorda Roatán, Islas de la Bahía”. Tegucigalpa.
- CEPAL. 2012. *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2012*. Santiago de Chile, CEPAL.
- Dinarte M. 2009. “Manual de nomas y procedimientos para la contratación de servicios de salud”. Presentación preparada para la inducción al equipo técnico de la UECE. Tegucigalpa, Secretaría de Salud.
- _____. 2011. “Estudio de gasto público en salud en Honduras, en el marco de la iniciativa Salud Mesoamérica 2015”. Tegucigalpa, Presidencia de la República.
- Fabio D. 2004. “Diseño y desarrollo de estrategias y mecanismos para la contratación, monitoreo y evaluación de proveedores de servicios de salud”. Tegucigalpa, Secretaría de Salud.
- García Prado A. y C. Lao Peña. 2010. “Contracting and providing basic health Care services in Honduras: A comparison of Traditional and Alternative Service Delivery Models”. Banco Mundial.
- Gesaworld. 2004. “Diagnóstico y apertura de los centros de salud con nuevos modelos de gestión y atención”. Tegucigalpa, Secretaría de Estado en el Despacho de Salud.
- _____. 2004. “Modelo de atención primaria y cartera de servicios (paquete básico) a brindar”. Tegucigalpa.
- Instituto Nacional de Estadística y Secretaría de Salud. 2006. Encuesta de Demografía y Salud 2005-06.
- _____. 2012. Encuesta de Demografía y Salud 2011-12.
- Jara J. 2007. “Informe de evaluación de la prestación de servicios de parte de las ONGs para el Periodo 2003 - 2004” Tegucigalpa, Consejo Consultivo de ERP.

Measure Evaluation y Prodim. 2008. “Análisis de costo efectividad entre el modelo alternativo y modelo tradicional en la provisión de servicios de salud en atención primaria en Honduras”. Tegucigalpa, Secretaría de Salud.

Rojas S. 2004. “Diseño e implementación de un nuevo modelo de gestión para la extensión de cobertura de servicios de salud en la comunidad El Guante”. Tegucigalpa, Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. 2001. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 2001.

____. 2002. Análisis de situación de salud 2002.

____. 2003. Análisis de situación de salud 2003.

____. 2010. Plan Nacional de Salud 2010-2014.

Véllez M. 2010. “Evaluación del modelo de gestión descentralizada de atención primaria de salud en Honduras”. Tegucigalpa, BID.

____. 2011. “Estimación de costos del conjunto de intervenciones de Salud Mesoamérica 2015”. Tegucigalpa, BID.





ISBN: 978-1-59782-174-2



9 781597 821742