



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

FINANCIAMIENTO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD: EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y ELEMENTOS DE DECISIÓN PARA EL PERÚ

Agosto 2009

This publication was produced for review by the United States Agency for International Development. It was prepared by Giovann Alarcón Espinoza for Health Systems 20/20 Project.



Mission

The Health Systems 20/20 **cooperative agreement**, funded by the U.S. Agency for International Development (USAID) for the period 2006-2011, helps USAID-supported countries address health system barriers to the use of life-saving priority health services. Health Systems 20/20 works to strengthen health systems through integrated approaches to improving financing, governance, and operations, and building sustainable capacity of local institutions.

Date

For additional copies of this report, please email info@healthsystems2020.org or visit our website at www.healthsystems2020.org

Cooperative Agreement No.: GHS-A-00-06-00010-00

Submitted to: Karen Cavanaugh, CTO
Yogesh Rajkotia, co-CTO
Health Systems Division
Office of Health, Infectious Disease and Nutrition
Bureau for Global Health
United States Agency for International Development

Recommended Citation: Alarcón Espinoza, Giovann. Agosto 2009. Financiamiento del aseguramiento universal en salud: experiencias internacionales y elementos de decisión para el Perú. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue | Suite 800 North
| Bethesda, Maryland 20814 | P: 301.347.5000 | F: 301.913.9061
| www.healthsystems2020.org | www.abtassociates.com

In collaboration with:

| Aga Khan Foundation | BearingPoint | Bitrán y Asociados | BRAC University
| Broad Branch Associates | Forum One Communications | RTI International
| Training Resources Group | Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine

FINANCIAMIENTO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD: EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y ELEMENTOS DE DECISIÓN PARA EL PERÚ

DISCLAIMER

The author's views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development (USAID) or the United States Government

CONTENIDOS

| | |
|--|-------------|
| Contenidos | v |
| Acrónimos | ix |
| Reconocimientos | xi |
| Resumen ejecutivo | xiii |
| 1. Introducción | 1 |
| 2. La función de financiamiento de la salud | 3 |
| 2.1 Recaudación..... | 3 |
| 2.2 Mancomunación (administración) de los recursos..... | 5 |
| 2.3 Compra de servicios..... | 6 |
| 3. El financiamiento de la salud en el Perú | 9 |
| 3.1 Situación del financiamiento en salud..... | 10 |
| 3.1.1 ¿Cuánto es el gasto en salud?..... | 10 |
| 3.1.2 ¿Quién financia la salud en el Perú?..... | 11 |
| 3.1.3 ¿Cómo se distribuye el gasto entre los proveedores de salud?..... | 12 |
| 3.1.4 ¿Qué cambios existen en el gasto de las familias?..... | 13 |
| 3.1.5 ¿En qué gastan las familias?..... | 13 |
| 3.1.6 ¿Cómo se distribuye el presupuesto público entre los niveles de gobierno?..... | 14 |
| 3.1.7 ¿Cómo ha evolucionado el gasto del SIS?..... | 15 |
| 3.1.8 ¿Cómo se utilizan los recursos del SIS?..... | 15 |
| 3.1.9 ¿Cuál es la cobertura de la Seguridad Social?..... | 16 |
| 3.2 Requerimiento financiero para la implementación de la Ley 29344..... | 17 |
| 3.2.1 ¿Cuál es la cobertura del plan?..... | 17 |
| 3.2.2 ¿Cuáles son los ámbitos piloto y la meta de afiliación del régimen subsidiado para la implementación del aseguramiento universal?..... | 17 |
| 3.2.3 ¿Cuáles son los requerimientos financieros del régimen subsidiado?..... | 18 |
| 4. Experiencias internacionales | 21 |
| 4.1 Chile..... | 21 |
| 4.2 Colombia..... | 23 |
| 4.3 Alemania..... | 25 |
| 4.4 Canadá..... | 26 |
| 4.5 Francia..... | 28 |
| 4.6 Reino Unido..... | 29 |

| | |
|--|-----------|
| 4.7 Aspectos específicos | 31 |
| 4.7.1 Transferencias intergubernamentales en Brasil | 31 |
| 4.7.2 Los conectores en Massachusetts | 31 |
| 4.7.3 Mecanismos de pago por resultado en Argentina | 33 |
| 5. Elementos por considerar para el financiamiento de la Ley 29344 | 35 |
| 5.1 Elegibilidad de los regímenes (recomendado)..... | 37 |
| 5.2 Régimen subsidiado | 38 |
| 5.2.1 Financiamiento a través de impuestos generales (recomendado)..... | 38 |
| 5.2.2 Financiamiento a través de impuestos específicos.... | 39 |
| 5.2.3 Financiamiento intergubernamental (recomendado) | 39 |
| 5.2.4 Mecanismo de asignación de recursos a Unidades Ejecutoras (recomendado) | 40 |
| 5.2.5 Pagos a prestadores y personal..... | 41 |
| 5.2.6 Flexibilidad a las Unidades Ejecutoras para el uso de recursos | 41 |
| 5.3 Régimen semicontributivo | 42 |
| 5.3.1 Administración de fondos en el régimen semicontributivo (recomendado) | 42 |
| 5.3.2 Copagos | 43 |
| 5.4 Régimen contributivo | 43 |
| 5.4.1 Estabilidad de la contribución | 43 |
| 5.4.2 Contribuciones solidarias | 44 |
| 5.4.3 Clasificación de riesgo individual vs. grupal | 44 |
| 5.4.4 Renovación garantizada de pólizas | 45 |
| Anexo A: Organización del Financiamiento de la salud en diversos países | 47 |
| Anexo B: Bibliografía | 49 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Incentivos esperados y mecanismos de pago..... | 7 |
| Tabla 2: Gasto en salud como porcentaje del PBI en países de Sudamérica, 2000 – 2005 ^{1/} | 10 |
| Tabla 3: Gasto en salud en el Perú | 10 |
| Tabla 4: Fuente de financiamiento del gasto en salud en el Perú, 2002 – 2005 | 11 |
| Tabla 5: Distribución del gasto per cápita mensual, 2005 – 2008.... | 13 |
| Tabla 6: Destino del financiamiento de los hogares, 2002 – 2005... 13 | |
| Tabla 7: Gasto en salud del Ministerio de Salud y los gobiernos regionales, 2005 – 2008..... | 14 |
| Tabla 8: Gasto y reembolsos del SIS, 2005 – 2008 | 15 |
| Tabla 9: Uso de los reembolsos del SIS, 2008 | 15 |
| Tabla 10: Uso de los reembolsos del SIS – Bienes y Servicios, 2008 | 16 |

| | |
|--|----|
| Tabla 11: Contribuciones a la Seguridad Social en Sudamérica..... | 16 |
| Tabla 12: Descripción de los ámbitos locales definidos como pilotos de implementación de la Ley 29344 en La Libertad, Lambayeque, Piura y San Martín | 18 |
| Tabla 13: Población objetivo de los ámbitos piloto de aseguramiento universal..... | 18 |
| Tabla 14: Requerimiento financiero adicional para la implementación nacional del régimen subsidiado | 19 |
| Tabla X: Comparación del financiamiento de la salud en diversos sistemas de salud | 47 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: Evolución del gasto en salud y el PBI, 1995 – 2005..... | 11 |
| Figura 2: Fuentes de financiamiento del gasto en salud en el Perú, 2005..... | 12 |
| Figura 3: Distribución del gasto en salud en el Perú por sistema prestador ^{1/} , 2005 | 12 |
| Figura 4: Gasto público en salud por nivel de gobierno, 2008 ^{1/} | 14 |
| Figura 5: Gasto actual en salud y costo por región del régimen subsidiado..... | 20 |
| Figura 6: Brecha de financiamiento por región ^{1/} | 20 |

ACRÓNIMOS

| | |
|---------------|---|
| CMU | Cobertura Universal de Salud (Francia) |
| CNAMTS | Fondo Nacional de Enfermedad (Francia) |
| EPS | Empresa Promotora de Salud (Colombia) |
| IPS | Institución Prestadora de Servicios de Salud (Colombia) |
| ISAPRE | Institución de Salud Previsional (Chile) |
| GES | Garantías Explícitas en Salud (Chile) |
| FONASA | Fondo Nacional de Salud (Chile) |
| FOSYGA | Fondo de Solidaridad y Garantía (Colombia) |
| MEF | Ministerio de Economía y Finanzas |
| MINSA | Ministerio de Salud |
| NHS | Servicio Nacional de Salud (Reino Unido) |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PEAS | Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (Perú) |
| POS | Plan Obligatorio de Salud (Colombia) |
| SGSSS | Sistema General de Seguridad Social en Salud (Colombia) |
| SIS | Seguro Integral de Salud (Perú) |
| Sisbén | Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Colombia) |
| SISFOH | Sistema de Focalización de Hogares (Perú) |
| UPC | Unidad de Pago por Capitación (Colombia) |
| URCAM | Unión Regional de Fondos de Seguros de Salud (Francia) |

RECONOCIMIENTOS

[add acknowledgments here; if no acknowledgments, remove this page; code all body text with I-DocText style]

WARNING! Be careful not to remove hidden formatting codes when you remove pages, paragraphs, or other components from the template. It is easy to accidentally delete commands that can affect the look of the whole document, such as footers, margin settings, line spacing settings, etc

RESUMEN EJECUTIVO

[insert executive summary here; code in I-DocText style]

THIS IS ANNEX2 STYLE; USE FOR SUBHEADS IN EXECUTIVE SUMMARY

[code all text in I-DocText style]

I. INTRODUCCIÓN

La Ley Marco de Aseguramiento en Salud¹, aprobada en Abril de 2009, es el inicio de un proceso de reforma en el sistema de salud del Perú que busca mejorar la salud, el acceso a los servicios de salud, la calidad de estos, la equidad, etc. Al ser de carácter universal y obligatorio, el aseguramiento estaría garantizando el acceso equitativo de todos los peruanos, sin reparar en la posibilidad que estos tienen para pagar por estos servicios al momento de requerirlos.

Dado que la Ley 29344 es una ley marco, no define todos los aspectos necesarios para la exitosa puesta en marcha de esta reforma. De esta manera, queda mucho campo por abordar, donde el financiamiento de esta reforma es uno de los principales.

De hecho, uno de los mayores temores de muchos actores del sistema de salud es la viabilidad y sostenibilidad financieras de esta reforma. Experiencias previas, como el Seguro Integral de Salud (SIS), indican que de no disponer con los recursos para financiar los servicios de salud que reciban los asegurados, no se lograrán los objetivos de la reforma. La creación del SIS fue la mayor iniciativa de reforma en el sector salud que se ha realizado en la última década. Ésta abrió un campo de posibles reformas para mejorar el sistema de salud y la salud de la población. Sin embargo, la falta de la implementación de adecuados mecanismos que garanticen la disponibilidad de recursos, para cada beneficiario, rápidamente entrampó esta iniciativa en una continua inercia presupuestal, característica de las instituciones públicas.

Sin embargo, no sólo hay que garantizar una correspondencia financiera con las metas que establezca la reforma para garantizar su sostenibilidad. Existe un conjunto de aspectos organizativos, relacionados con el financiamiento, que deben definirse para la puesta en marcha del Aseguramiento Universal en el Perú ¿Cómo se determina el monto requerido para financiar los servicios de salud de un asegurado? ¿Quién lo determina? ¿Cómo se organiza el flujo de estos recursos y quién los administra? ¿Cómo se establece la relación entre la institución administradora de los fondos y los establecimientos de salud? Estas son algunas de las preguntas que resultan relevantes al analizar la sostenibilidad de la reforma.

En este contexto un grupo diverso y representativo de partidos políticos ha decidido abordar este tema. Más aún, en abril de 2009 este grupo suscribió un acuerdo sobre la función rectora en salud donde destaca la necesidad de “establecer un presupuesto protegido para la salud y el aseguramiento público”.² De esta manera, el presente documento pretende ser un apoyo técnico para este proceso.

En este sentido, el presente documento busca dos objetivos. En primer lugar, analizar la experiencia que otros países han tenido en la definición de la organización del financiamiento de sus esquemas de aseguramiento. Para ello, se han considerado las experiencias de países de la región: Chile y Colombia, así como de países desarrollados:

¹ Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

² Acuerdo de Partidos Políticos en Salud (2009), p. 5.

Alemania, Canadá, Francia y Reino Unido, las cuales tienen características distintas. Finalmente, también se presentan algunos aspectos destacables que se encuentran en el Plan Nacer de Argentina, en las transferencias intergubernamentales en Brasil y en la mancomunación de la iniciativa de aseguramiento universal en el estado de Massachusetts en Estados Unidos.

En segundo lugar, este documento también pretende establecer un marco de aspectos clave que la iniciativa de reforma en el Perú debe definir. En este sentido, el documento se concentra en las subfunciones de recaudación y mancomunación (administración), que son las que cobran una mayor relevancia en el contexto actual.

El presente documento empieza con una breve introducción a los aspectos teóricos de la función de financiamiento, bajo el esquema presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)³. Le sigue a ésta una descripción de la situación del financiamiento de la salud en el Perú, junto con una estimación de los requerimientos financieros para el inicio del aseguramiento universal en el Perú. La cuarta sección es una extensa descripción de los mecanismos de financiamiento de los sistemas de salud de Alemania, Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Francia, Massachusetts y el Reino Unido. Finalmente, se discuten las implicancias que tiene la Ley marco de aseguramiento universal en el Perú con énfasis en los aspectos de financiamiento sobre los que se deben tomar algunas decisiones para una exitosa implementación de la Ley.

³ OMS (2000).

2. LA FUNCIÓN DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Generalmente al referirse al financiamiento de la salud se suele enfatizar el total del gasto en salud. Es decir, la mirada suele ser hacia los recursos financieros con los que dispone el sistema de salud para financiar los servicios brindados. Sin embargo, el financiamiento de la salud, como función de un sistema de salud, tiene un mayor objetivo y más complejas construcciones que simplemente establecer los recursos disponibles.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud⁴, el principal objetivo de la función de financiamiento en todo sistema de salud es el de brindar protección financiera ante el riesgo asociado con la salud. “Esto significa reducir o eliminar la posibilidad de que una persona no tenga la capacidad de pagar esos servicios [de salud], o de que se empobrezca si trata de hacerlo.”⁵

Este entendimiento del financiamiento de la salud le otorga un campo más amplio que el de garantizar la disponibilidad de fondos. Si bien la recaudación de recursos financieros es la primera subfunción, la mancomunación⁶ de estos y la compra de servicios de salud también forman parte de los aspectos clave que se deben definir en todo sistema de salud para el cumplimiento de sus objetivos. A continuación se presenta un breve resumen de cómo se entiende esta función de todo sistema de salud.

2.1 RECAUDACIÓN

La función de financiamiento empieza con la recaudación de recursos financieros, la cual es bastante explícita en su operación. Existen varias modalidades (fuentes de financiamiento) para ejecutar esta recaudación:

- En muchos países en desarrollo, incluyendo al Perú, la principal fuente de financiamiento es el gasto de bolsillo que realizan las familias al momento de requerir un servicio de salud. Este gasto se presume altamente inequitativo, ya que vincula directamente el acceso a servicios de salud a la posibilidad que cada persona tiene para pagar por ellos.⁷ De hecho, si el acceso a los servicios de salud son condicionados a un pago, incluso en el caso de ser realmente necesarios, estos serán restringidos a aquellas familias que puedan pagar por ellos.
- El Estado puede destinar parte de su recaudación tributaria a financiar servicios de salud, generalmente a través del proceso de definición del presupuesto general. Los mecanismos con los que se asignen estos recursos deben estar orientados por principios

⁴ *Idem.*

⁵ *Idem*, p. 109.

⁶ La OMS utiliza el término de mancomunación, el cual se refiere a la formación de fondos mancomunados en el marco de sistemas de aseguramiento (o de protección financiera en un sentido más amplio).

⁷ *Idem*, p. 112.

de equidad, eficiencia y solidaridad, los cuales compiten entre sí en algunas ocasiones. Además, los mecanismos de asignación presupuestal suelen estar caracterizados por un alto componente inercial, incluso discrecional, que están alejados de las prioridades establecidas por las políticas de Estado. Son estos recursos los que capturan el mayor interés del presente documento.

- Pueden existir mandatos que obligan a los empleadores o empleados a realizar una contribución a un esquema de seguro. Estos esquemas de seguro suelen tener la lógica de manejo de un seguro social, donde en algunas experiencias también administran los seguros de pensiones. Una de las mayores diferencias entre un seguro regular y un seguro social es que las contribuciones no se realizan en la forma de primas, usualmente establecidas en función del riesgo (individual o colectivo), sino sobre la base de la remuneración de cada empleado.
- Las familias (y algunas empresas) pueden realizar contribuciones voluntarias principalmente destinadas a seguros privados de salud. Estas contribuciones (primas) suelen estar vinculadas al riesgo individual o del grupo al que se pertenece.
- En algunos sistemas de salud las donaciones pueden llegar a ser una importante fuente de financiamiento. En países en desarrollo, estas donaciones suelen ser en mayor medida foráneas.

Por otro lado, se debe hacer énfasis en la medida en que esta subfunción permite recaudar los fondos necesarios para lograr las metas establecidas en el sistema de salud. Por ejemplo, un seguro público, como el SIS, debe garantizar una correspondencia entre la meta de cobertura (o afiliación) y el total de recursos disponibles. Esto se puede lograr a través del establecimiento de una prima, o subsidio per cápita, basada en el plan de beneficios, que permita definir los requerimientos presupuestales al Ministerio de Economía y Finanzas. Asimismo, esta prima podría ser útil en el caso que no se disponga de todos los recursos requeridos; permitiría ajustar la meta sobre la base del presupuesto finalmente asignado.

Otro aspecto de mucha importancia en la definición de la función de financiamiento es la estructura del gasto en salud. Como se ha mencionado anteriormente, un sistema de salud que depende del gasto de bolsillo suele obtener resultados inequitativos, ya que restringe el acceso a los servicios de salud solo a aquellos que pueden pagar por ellos, incluso en casos donde la atención de salud es necesaria se excluye de ésta a los que no cuentan con recursos para pagar por esta atención: los pobres.

En contraposición, si la contribución por el derecho a recibir servicios de salud no se realiza en el momento de requerir estos servicios, sino en una oportunidad anterior, se elimina esta restricción y se obtienen resultados más equitativos. “La equidad en cuanto a la protección contra el riesgo financiero requiere el nivel más alto posible de separación entre contribuciones y utilización [de servicios de salud]. Esto es particularmente cierto para las intervenciones que tienen un costo elevado en relación con la capacidad de pago de la familia.”⁸

Este tipo de contribuciones son conocidas como pagos anticipados y pueden adoptar varias formas: contribuciones obligatorias de empleadores o empleados, contribuciones voluntarias a un seguro de salud, e incluso el pago de impuestos (cuando son los recursos públicos los

⁸ *Idem*, p. 112

que financian los servicios de salud de ciertas poblaciones). En la siguiente subfunción se discutirá con mayor profundidad el caso de la contribución a través de impuestos generales, ya que se requieren de algunas definiciones adicionales para garantizar que la contribución que realiza un ciudadano le garantiza el acceso a servicios de salud.

2.2 MANCOMUNACIÓN (ADMINISTRACIÓN) DE LOS RECURSOS

La OMS define la mancomunación como “la acumulación y administración de los ingresos en un fondo común, de tal forma que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria lo compartan todos los miembros del fondo y no lo corra cada contribuyente individual.”⁹ Es decir, más que la simple formación de fondos que financien la atención de salud de un conjunto de personas, se trata de gestionar los riesgos asociados con la salud de los miembros del fondo.

Sin embargo, se debe considerar que la mera formación de fondos no garantiza la mancomunación. En muchos casos, incluyendo el propio caso peruano, no se establecen fondos con el objetivo deliberado de disminuir este riesgo, sino es simplemente el mecanismo usual de administrar fondos, principalmente públicos.

De esta manera, se enfatiza “la función de aseguramiento”. Esta función es vital en el logro de los objetivos de todo sistema de salud, ya que a través de esta función se establecen los mecanismos que permitirán alcanzar la protección financiera para los asegurados. La protección financiera se refiere al logro que el riesgo asociado con la salud no imponga una carga financiera significativa en las familias que incluso los pueda llevar a la pobreza.

Anteriormente, se ha mencionado que la forma de lograr una mayor protección financiera para toda la población es a través de la separación entre la contribución y utilización, lo cual implica esquemas de prepago de los servicios de salud. Por ejemplo, un posible esquema de prepago es un fondo que administre recursos recaudados a través de impuestos generales o específicos. Sin embargo, ello no es suficiente si los fondos donde se acumulan dichas contribuciones no realizan una efectiva administración de estos. Un ejemplo de estos fondos son las instituciones públicas que reciben fondos públicos a través del presupuesto general para financiar servicios de salud; en el Perú éstas son: el Ministerio de Salud, los Ministerios del Interior y Defensa (Sanidades), y los Gobiernos Regionales y Locales. Estos fondos no establecen ningún mecanismo de administración de riesgo de su población beneficiaria, incluso en algunos casos no se tiene claridad sobre cuál es la población a la que deben atender.

Una efectiva gestión de riesgos es aquella que sepa establecer un balance en la diversidad de los miembros del fondo. De esta manera, se debe compensar el riesgo financiero de la población con mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad con aquella que tiene una menor probabilidad; es decir, compensar el riesgo de los enfermos con población ‘sana’. Implícitamente, el principio de solidaridad guía esta noción de gestión de riesgos ¿Pueden los sanos financiar la atención de salud de los enfermos? En la medida que todos tienen alguna probabilidad de ser parte de la población enferma, todos gozan de un beneficio al

⁹ *Idem*, p. 110

asegurarse. Este beneficio es la reducción de la incertidumbre que genera la salud, así como el acceso a servicios de salud que son inasequibles financieramente en caso lo requieran.

Pero el balance financiero entre enfermos y sanos no resulta suficiente en una sociedad que valore la equidad. Es posible que esta transferencia de ingresos de población sana a enferma implique que la población pobre financie el gasto en salud de la población rica ¿Es este resultado deseado? Entonces, además de existir una transferencia de sanos a enfermos, se debe establecer algún mecanismo de transferencia de recursos de ricos a pobres.

El mecanismo más común para realizar esta transferencia es a través de subsidios. En este caso, el Estado opera como un intermediario para la aplicación de esta transferencia. El pago de impuestos, que de ser progresivos (como impuestos a los ingresos), afecta en mayor medida a la población de mayores recursos. Luego, estos recursos pueden destinarse al financiamiento de la atención de salud de la población pobre, lo cual requiere efectivos mecanismos de focalización.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta es el tamaño del fondo que se forme. Existe la tendencia a sugerir la formación de fondos únicos que administren casi la totalidad de los fondos prepagados para los servicios de salud. Esta idea se sustenta en los beneficios obtenidos por fondos grandes, ya que estos pueden aprovechar ciertas economías de escala. En la medida que los gastos administrativos, entre otros, se reduzcan al incrementar el tamaño de un fondo, se justifica esta tendencia.

Sin embargo, en muchas ocasiones la formación de un único fondo no es la mejor alternativa. Dado que el objetivo que los fondos que se creen puedan gozar de economías de escala, lo que debe buscarse es que estos fondos sean lo suficientemente grandes para lograr este objetivo. Además de consideraciones institucionales y políticas, en toda reforma debe tenerse en cuenta que un fondo puede crecer al punto en que estas economías de escala se conviertan en deseconomías de escala. De esta manera, se lograría un resultado contrario al deseado con el establecimiento de un fondo único. Entonces, pueden coexistir varios fondos de un tamaño suficiente que le permitan reducir sus gastos administrativos al mínimo posible.

2.3 COMPRA DE SERVICIOS

La compra de servicios, como sub-función de todo sistema de salud, está relacionada con las decisiones de qué comprar, a quién comprar y cómo comprar. Para fines prácticos, la discusión se concentrará en la última pregunta, ya que la definición del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud responderá “¿qué comprar?” y en el Perú los mecanismos de intercambio de servicios son tan limitados que “¿a quién comprar?” suele ser una pregunta con respuesta institucional.

La discusión en torno a “¿cómo comprar?” está estrechamente vinculada con la capacidad de la administradora de fondo de influir en el comportamiento de los proveedores con el propósito de lograr 4 objetivos: prevención de problemas de salud, prestación de servicios, respuesta a las expectativas de los usuarios y contención de costos. Se encuentra que diversos mecanismos de pago generan distintos incentivos en los prestadores de servicios de salud en relación con estos 4 objetivos. De esta manera, no existe un mecanismo de pago superior a otro, estos deben ser aplicados dependiendo del contexto y los objetivos

que se tengan. La Tabla I presenta un resumen de los incentivos esperados que generan los mecanismos de pago más comunes en torno a los cuatro objetivos descritos.

TABLA I: INCENTIVOS ESPERADOS Y MECANISMOS DE PAGO

| Mecanismo de pago | Prevenir problemas de salud | Prestar servicios | Responder a expectativas legítimas | Contener costos |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------|------------------------------------|-----------------|
| Presupuesto por partidas | +/- | -- | +/- | +++ |
| Presupuesto general | ++ | -- | +/- | +++ |
| Pago por servicio | +/- | +++ | +++ | --- |
| Capitación | +++ | -- | ++ | +++ |
| Pago relacionado al diagnóstico | +/- | ++ | ++ | ++ |

Elaboración: OMS (2006), p. 122

En el Perú, el mecanismo utilizado para la asignación de recursos a los establecimientos de salud públicos es el presupuesto por partida. La ventaja de éste es la contención de costos, ya que los límites que se establecen en cada partida del presupuesto no pueden ser superados; de esta manera, se garantiza un orden fiscal desde el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Sin embargo, el presupuesto por partidas no produce mayores incentivos para los otros tres objetivos. Además, “los mecanismos de pago al proveedor orientados por la demanda, tales como los presupuestos por partida, concentran las actividades de compra en los insumos y no permiten que los proveedores respondan con flexibilidad a los incentivos externos ... Este ha sido un obstáculo serio al mejoramiento de la eficiencia del sistema de salud en muchos países en desarrollo.”¹⁰

El presupuesto general, utilizado por EsSalud, ofrece los mismos beneficios en términos de contención de costos que el presupuesto por partidas. Adicionalmente, genera incentivos sobre la prevención de problemas de salud, ya que al prevenir el gasto en algunos servicios (partidas), estos pueden ser utilizados en otros.

El pago por servicio también es bastante utilizado en el sector público y privado en el Perú. El SIS, así como la mayoría de aseguradoras privadas, reembolsa a los proveedores por cada servicio prestado, para lo cual utiliza una tarifario preestablecido. Como se presenta en la tabla, este mecanismo de pago sólo genera incentivos de prestación de servicios y respuesta a las expectativas de los usuarios. Más aún, este mecanismo de pago es comúnmente relacionado con la prestación de servicios de salud que no son necesarios.

La capitación es comúnmente utilizada en países desarrollados como un mecanismo de contención de costos. De esta manera, la administradora de fondo transfiere parte del riesgo financiero del aseguramiento a los proveedores, ya que son estos últimos los que asumen el costo de un gasto en salud que supere la unidad de capitación. Generalmente, la capitación está asociada a esquemas de adscripción a una red de establecimientos de salud; de esta manera, esta red recibe el pago capitado por la población que tiene adscrita. Además, la capitación incentiva a que los proveedores busquen invertir en la prevención de problemas de salud, ya que una población más saludable implica un menor uso de servicios y consecuentemente un mayor ahorro (o ganancia) para la red de proveedores. En caso el asegurado tenga la elección de la red a la que se adscribe, los proveedores tendrán los

¹⁰ OMS (2000), p. 123.

incentivos adecuados para responder a sus expectativas; un alto nivel de satisfacción de la población garantiza un mayor número de población adscrita. Dadas estas ventajas, muchos países están comenzando a implementar este mecanismo de pago para el primer nivel de atención.

El pago por grupos relacionados al diagnóstico (DRG por sus siglas en inglés) es uno de los más usados en países desarrollados para el reembolso a establecimientos hospitalarios. Este tipo de pago incentiva la prestación de servicios, la contención de costos y la respuesta a las expectativas de los asegurados, pero no genera incentivos para la prevención. La naturaleza del nivel hospitalario, alto costo y baja frecuencia, hace inviable un mecanismo como la capitación, por ello la mejor alternativa ha sido encontrada en los DRG.

Finalmente, cabe resaltar una sugerencia presentada en el informe sobre el estado de la salud de la OMS (2000); en este informe se dice que “la gestión de los recursos exige ... la introducción de planes según los cuales ‘el dinero sigue al paciente’ [como la capitación y los DRG] ... Para hacerlo bien hay que tener una considerable capacidad organizativa e institucional, junto con condiciones políticas favorables, particularmente debido a las posibles consecuencias para los proveedores públicos”.¹¹

¹¹ *Ibid*, p. 124.

3. EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN EL PERÚ

En esta sección se presenta información sobre el financiamiento en salud en el Perú. En primer lugar se discute la estructura del gasto y financiamiento de la salud en el Perú y se enfatiza el gasto de los hogares y el del sector público. Asimismo, se presentan estimaciones sobre los requerimientos financieros adicionales para la implementación del aseguramiento universal.

La información que se presenta permite llegar a las siguientes 4 conclusiones:

- Una primera conclusión es que el Perú tiene un nivel bajo de gasto en salud. El Perú es el país con menor gasto de los países de Sudamérica con tan solo 4.5% del PBI como gasto en salud en el año 2005. Asimismo, en 2005 el gasto per cápita en salud es casi el mismo, en términos reales, al gasto en 1995.
- La segunda conclusión es que se encuentra un grado de inestabilidad en el gasto en salud. Especialmente, la Figura No. 1 muestra dos aspectos relevantes: i) el gasto en salud ha tenido un comportamiento volátil en los últimos 11 años, y ii) períodos de crecimiento económico no necesariamente incrementan el gasto en salud. Entre el año 1995 y 2002 se encuentra un prolongado y continuo decrecimiento del gasto real per cápita en salud para tener una recuperación entre los años 2003 y 2005. Asimismo, se observa que a pesar que la sociedad cuenta con una mayor capacidad adquisitiva, el gasto en salud puede disminuir. En otras palabras, el crecimiento económico no es garantía de un mayor flujo hacia los servicios de salud.
- En tercer lugar, se encuentra que los recursos públicos disponibles para la implementación del aseguramiento universal en el Perú tienen una distribución geográfica poco equitativa. La Figura No. 5 muestra que sólo un pequeño conjunto de regiones cuenta con más recursos financieros para el financiamiento del régimen subsidiado que el costo total de financiar el PEAS para su población. Especialmente Lima cuenta con un superávit significativamente alto. Esta distribución lleva a pensar un criterio selectivo de asignación de los recursos adicionales que se destinen para el financiamiento del aseguramiento universal; exclusivo para las regiones que presentan déficit.
- Finalmente, se encuentra que los fondos disponibles son insuficientes para llevar a cabo el proceso de aseguramiento universal en salud. En las 7 regiones que han sido seleccionadas para la implementación inicial del aseguramiento universal requieren de S/. 590 millones adicionales cada año para poder cubrir el costo del régimen subsidiado. En el caso del país, se requieren de S/. 1,772 millones adicionales.

3.1 SITUACIÓN DEL FINANCIAMIENTO EN SALUD

3.1.1 ¿CUÁNTO ES EL GASTO EN SALUD?

- Según reportan las Cuentas Nacionales de Salud,¹² en el año 2005 el gasto de salud ascendió a S/. 11,671 millones, en términos nominales, lo cual representa el 4.46% del PBI.
- En términos comparativos, el Perú tiene el menor gasto en salud de Sudamérica. Según el Informe sobre la Salud del Mundo,¹³ el Perú registra un gasto en salud como porcentaje del PBI de 4.4% en 2003, mientras que el promedio de Sudamérica es 6.8%.

TABLA 2: GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PBI EN PAÍSES DE SUDAMÉRICA, 2000 – 2005^{1/}

| País | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2005 | 2006 |
|-----------|------|------|------|------|------|------|
| Argentina | 8.9 | 9.5 | 8.6 | 8.9 | 10.2 | 10.1 |
| Bolivia | 6.1 | 6.4 | 6.6 | 6.7 | -- | 6.6 |
| Brasil | 7.6 | 7.8 | 7.7 | 7.6 | 7.9 | 7.5 |
| Chile | 6.1 | 6.2 | 6.2 | 6.1 | 5.4 | 5.3 |
| Colombia | 7.7 | 7.7 | 7.5 | 7.6 | 7.3 | 7.3 |
| Ecuador | 4.1 | 4.8 | 5 | 5.1 | 5.3 | 5.4 |
| Paraguay | 8.4 | 8.4 | 8.3 | 7.3 | 7.3 | 7.6 |
| Perú | 4.7 | 4.6 | 4.4 | 4.4 | 4.3 | 4.3 |
| Uruguay | 10.5 | 10.8 | 10.3 | 9.8 | 8.1 | 8.2 |
| Venezuela | 6.2 | 5.2 | 5.0 | 4.5 | 4.7 | 5.1 |

Fuente: OMS (2006) y reportes de países de la OMS
 1/ La información correspondiente al año 2004 en todos los países y al año 2005 en Bolivia no está disponible

- Como se aprecia en la Tabla No. 3, en los últimos años el gasto en salud per cápita, en términos reales, ha tenido una tendencia creciente. Desde el año 2003 se observa un incremento en el gasto per cápita real y suponemos que esta tendencia se ha mantenido entre los años 2006, 2007 y 2008.

TABLA 3: GASTO EN SALUD EN EL PERÚ

| País | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--|-------|-------|--------|--------|
| Total nominal (millones de nuevos soles) | 9,611 | 9,628 | 10,389 | 11,671 |
| Gasto real per cápita (S/. 1995) | 211 | 205 | 213 | 230 |

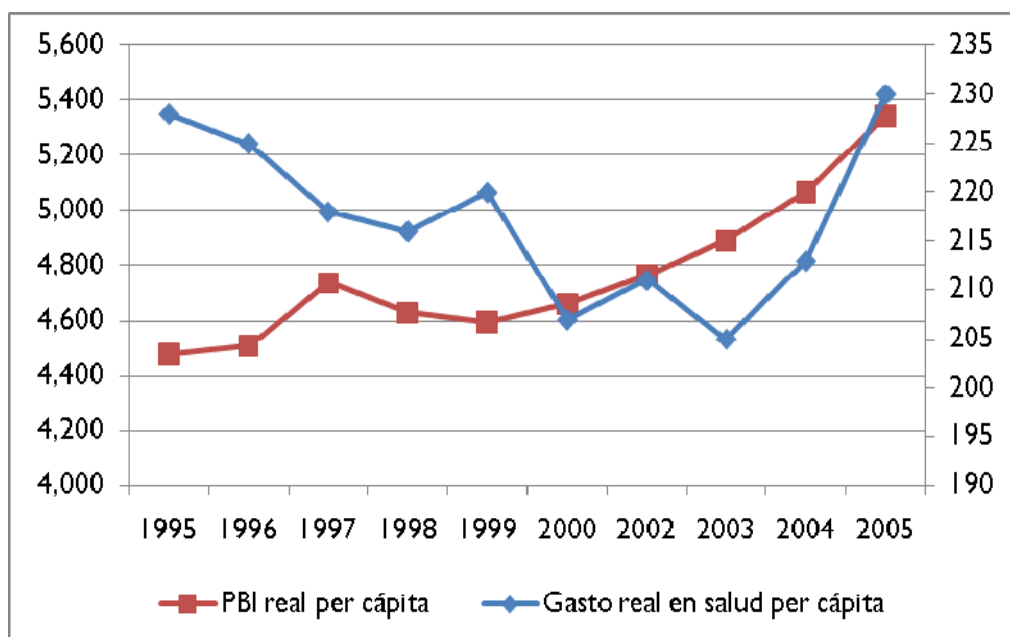
Fuente: Cuentas Nacionales de Salud

- A pesar de esta tendencia creciente, se observa que el gasto en salud es inestable. La serie completa de las Cuentas Nacionales de Salud permite observar un patrón volátil en el gasto de salud, donde se observa una continua caída a partir del año 1995 hasta llegar a su menor nivel en el año 2003 y luego se inicia esta tendencia creciente. Incluso, en la Figura No. 1 se observa como el crecimiento económico no garantiza la estabilidad en el gasto en salud; se observan períodos de crecimiento económico donde el gasto en salud disminuye.

¹² MINSa – CIES (2008).

¹³ OMS (2006)

**FIGURA I: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD Y EL PBI, 1995 – 2005
(NUEVOS SOLES CONSTANTES^{1/})**



Fuente: Cuentas Nacionales de Salud y Memoria del Banco Central de Reserva del Perú

1/ La serie del gasto en salud tiene como base los precios del año 1995, mientras que el PBI los de 1994.

3.1.2 ¿QUIÉN FINANCIA LA SALUD EN EL PERÚ?

- Los hogares, principalmente a través del gasto de bolsillo, son la principal fuente de financiamiento del gasto en salud en el Perú. En el año 2005, los hogares aportaron el 34.2% del gasto total en salud, lo cual significó un leve decrecimiento en el aporte de esta fuente de financiamiento.
- El Gobierno ha incrementado ligeramente su aporte, llegando a ser 30.7% el año 2005, mientras que los años anteriores el aporte del Gobierno se acercaba al 28%. La mayor recaudación, derivada del crecimiento económico de la primera mitad de la década, explicaría este ligero crecimiento.
- La tercera fuente de financiamiento son los empleadores (30.5%), principalmente a través del aporte obligatorio a la Seguridad Social. A través del tiempo, este aporte parece ser estable alrededor del 30% del total de gasto en salud.

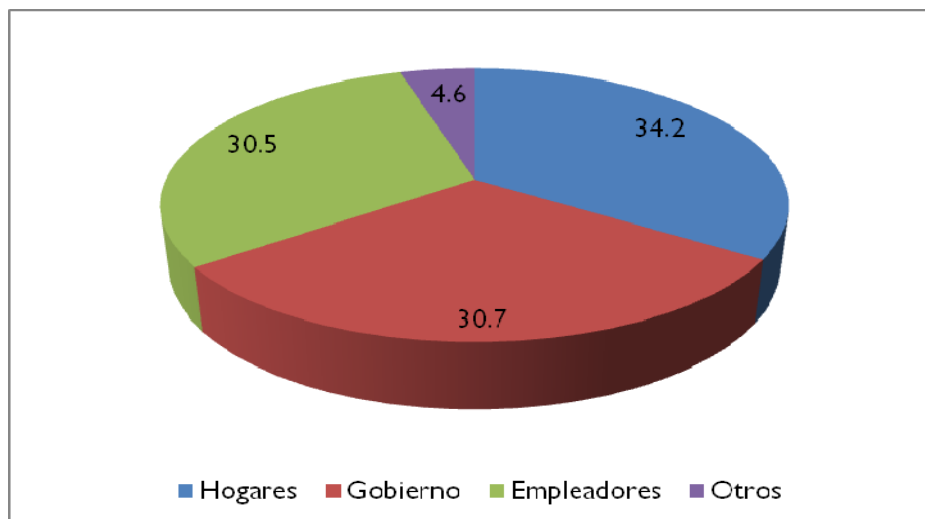
TABLA 4: FUENTE DE FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD EN EL PERÚ, 2002 – 2005

(PORCENTAJE)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|----------------------|------|------|------|------|
| Hogares | 38.4 | 35.9 | 35.5 | 34.2 |
| Gobierno | 28.1 | 28.7 | 28.9 | 30.7 |
| Empleadores | 30.9 | 31.8 | 30.9 | 30.5 |
| Cooperantes externos | 0.9 | 2.1 | 2.8 | 2.6 |
| Donaciones internas | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 0.7 |
| Otros | 0.9 | 0.8 | 1.1 | 1.3 |

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud

**FIGURA 2: FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD EN EL PERÚ, 2005
(PORCENTAJE)**

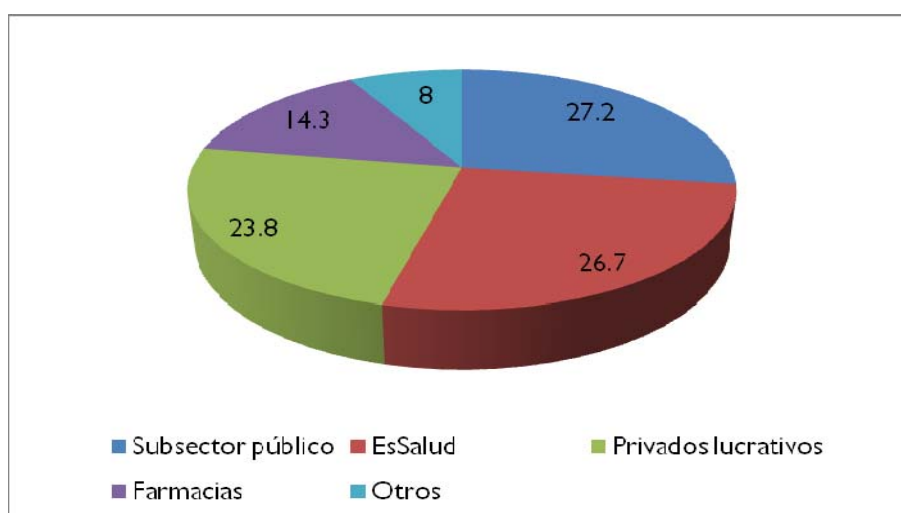


Fuente: Cuentas Nacionales de Salud

3.1.3 ¿CÓMO SE DISTRIBUYE EL GASTO ENTRE LOS PROVEEDORES DE SALUD?

- El sistema prestador que concentra la mayor parte del gasto en salud es el aparato del subsector público que incluye los hospitales y establecimientos del Ministerio de Salud y los gobiernos regionales. Estos prestadores reciben el 27.2% del total de gasto en salud.
- La red de establecimientos de EsSalud también recibe un monto importante del gasto en salud. En el año 2005 llega a concentrar el 26.7%, muy similar a años anteriores.

**FIGURA 3: DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD EN EL PERÚ POR SISTEMA PRESTADOR^{1/}, 2005
(PORCENTAJE)**



Fuente: Cuentas Nacionales de Salud

1/ El subsector público se refiere a establecimientos de salud que pertenecen al Ministerio de Salud y a los gobiernos regionales. Establecimientos dependientes de otras entidades públicas, como las sanidades, se incluyen en otros.

- Los prestadores privados con fines de lucro también agrupan un alto gasto en salud. Si se incluyen los establecimientos de salud vinculados con las EPS, estos prestadores

reciben cerca de 24% del total de gasto en salud.

- En el año 2005, las farmacias concentraron el 14.3% del gasto en salud.¹⁴

3.1.4 ¿QUÉ CAMBIOS EXISTEN EN EL GASTO DE LAS FAMILIAS?

- Los hogares han aumentado su gasto relativo en salud en los últimos años. En el año 2008 el cuidado de la salud representó el 9.6% del total del gasto mensual de los hogares, mientras que en el año 2005 representó el 7.2%. Si bien, el gasto en cuidado de la salud no es el único rubro que aumenta relativamente, los dos únicos que disminuyen son la 'alimentación' y el 'alquiler de viviendas y combustible'.

TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PER CÁPITA MENSUAL, 2005 – 2008
(PORCENTAJE)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|------------------------------------|------|------|------|------|
| Alimentos | 45.1 | 44.2 | 42.8 | 42.7 |
| Vestido y calzado | 3.7 | 3.7 | 4.2 | 4.4 |
| Alquiler de vivienda y combustible | 17.7 | 16.7 | 16.4 | 15.8 |
| Muebles y enseres | 3.4 | 3.3 | 3.8 | 3.8 |
| Cuidado de la salud | 7.2 | 8.1 | 8.7 | 9.6 |
| Transporte y comunicaciones | 10.8 | 11.5 | 11.5 | 11.1 |
| Esparcimiento, diversión y cultura | 7.8 | 8.5 | 7.9 | 7.8 |
| Otros | 4.2 | 4.1 | 4.7 | 4.8 |

Fuente: ENAHO 2006 – 2008
Elaboración: Margarita Petrera. 26 de junio de 2009. "Financiamiento de la Atención de Salud en el Perú", en Desayuno de trabajo sobre la situación actual en el financiamiento de la salud en el Perú. Hotel Prince.

3.1.5 ¿EN QUÉ GASTAN LAS FAMILIAS?

- El principal gasto de las familias es en la compra de medicamentos. En el año 2005, el 40% del gasto de los hogares se concentró en farmacias y boticas, en comparación con el 43% en el año 2002. También se aprecia un incremento del gasto en prestadores privados que va de 38% a 43% entre los años 2002 y 2005. Este crecimiento se justifica en que muchos prestadores privados han incorporado la venta de medicamentos en sus propios establecimientos.

TABLA 6: DESTINO DEL FINANCIAMIENTO DE LOS HOGARES, 2002 – 2005
(PORCENTAJE)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--|---------|---------|---------|---------|
| Farmacias y boticas | 43.2 | 39.1 | 39.4 | 40.1 |
| Prestadores privados | 38.0 | 42.7 | 43.9 | 43.3 |
| Prestadores públicos | 15.2 | 12.7 | 11.9 | 11.6 |
| Seguros privados | 1.1 | 2.8 | 2.3 | 2.4 |
| Prestadores de EPS | 0.4 | 0.5 | 0.4 | 0.3 |
| Aportes a EsSalud | 2.0 | 2.2 | 2.2 | 2.3 |
| Total estimado (en millones de nuevos soles) | 3,882.8 | 3,705.1 | 3,989.8 | 4,176.2 |

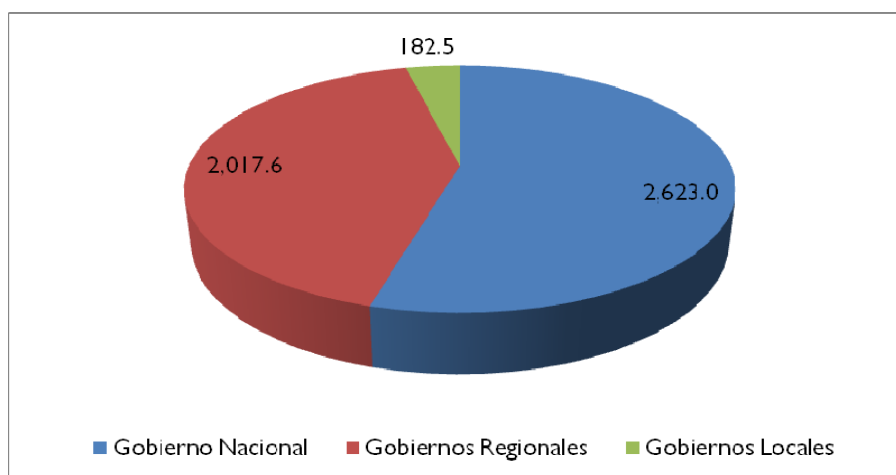
Fuente: Cuentas Nacionales de Salud

¹⁴ Este es un porcentaje menor al de años anteriores: 25% en 1995, ya que solo comprende a las farmacias que se ubican fuera de los establecimientos de salud. En la medida que estos establecimientos han incorporado el expendio de medicamentos en el interior de los propios establecimientos, el rubro de farmacias ha decrecido.

3.1.6 ¿CÓMO SE DISTRIBUYE EL PRESUPUESTO PÚBLICO ENTRE LOS NIVELES DE GOBIERNO?

- La descentralización es un proceso en marcha que tiene relevancia al analizar el financiamiento de la salud. Los tres niveles de gobierno: nacional, regional y local, aportan parte de su presupuesto para los servicios de salud. En el año 2008, el sector público gastó S/. 4.8 mil millones de nuevos soles.¹⁵
- De este total, el 54% proviene del Ministerio de Salud y sus instancias dependientes; los gobiernos regionales aportan el 42%; los gobiernos locales financian el 4% restante. La Figura No. 4 muestra el detalle de la distribución del gasto público en salud entre estos niveles de gobierno.

FIGURA 4: GASTO PÚBLICO EN SALUD POR NIVEL DE GOBIERNO, 2008^{1/}
(MILLONES DE NUEVOS SOLES)



Fuente: SIAF

1/ El gobierno nacional solo considera al Ministerio de Salud y sus instancias dependientes

- En los últimos 4 años, la tasa de crecimiento del gasto en salud de los gobiernos regionales ha superado la del Ministerio de Salud. En la Tabla No. 7 se aprecia que el ratio GR \ GN ha aumentado de 0.6 a 0.75; es decir, en el año 2008, los gobiernos regionales han destinado a salud el 75% de lo que gastó el nivel nacional.

TABLA 7: GASTO EN SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y LOS GOBIERNOS REGIONALES, 2005 – 2008
(MILLONES DE NUEVOS SOLES)

| Nivel de gobierno | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Gobierno Nacional ^{1/} | 2,208.9 | 2,319.5 | 2,563.9 | 2,623.0 |
| Gobiernos Regionales | 1,280.3 | 1,453.5 | 1,619.4 | 2,017.6 |
| Ratio GR \ GN ^{2/} | 0.60 | 0.68 | 0.70 | 0.75 |

Fuente: SIAF
1/ El gobierno nacional solo considera al Ministerio de Salud y sus instancias dependientes
2/ El ratio resulta de dividir el gasto de salud del conjunto de gobiernos regionales entre el del Gobierno Nacional

¹⁵ Esta cifra solo considera el gasto en el financiamiento de los servicios de salud de las entidades dependientes del Ministerio de Salud, los gobiernos regionales y locales. Se excluye el gasto realizado por otras instancias públicas como el Ministerio del Interior y el Ministerio de Defensa, entre otras. El cálculo también excluye el gasto en pensiones de las entidades públicas, aunque sí se incluye el gasto administrativo que se destina a actividades normativas, regulatorias y de investigación. Se ha considerado el concepto de 'devengado' como el gasto en salud.

3.1.7 ¿CÓMO HA EVOLUCIONADO EL GASTO DEL SIS?

- En el año 2008 el Seguro Integral de Salud ejecutó S/. 437.3 millones, de los cuales S/. 402.2 fueron transferidos a los diversos establecimientos de salud del Ministerio de Salud y los gobiernos regionales.
- Entre los años 2005 y 2008 el gasto ejecutado por el SIS ha crecido en 55% en términos reales, mientras que los reembolsos dirigidos a los establecimientos de salud creció en 60%: de 239.6 millones a 383.4 millones de nuevos soles de 2005.

TABLA 8: GASTO Y REEMBOLSOS DEL SIS, 2005 – 2008

(MILLONES DE NUEVOS SOLES DE 2005)

| Nivel de gobierno | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Gasto ejecutado | 269.6 | 289.3 | 315.5 | 418.9 |
| Reembolsos ¹⁷ | 239.6 | 259.3 | 281.5 | 383.4 |

Fuente: SIAF
 17 Los reembolsos son obtenidos de la ejecución de recursos del 'Seguro Integral de Salud' por todas las Unidades Ejecutoras que administran los recursos de establecimientos de salud del Ministerio de Salud y los gobiernos regionales

3.1.8 ¿CÓMO SE UTILIZAN LOS RECURSOS DEL SIS?

- En términos nominales, en el año 2008 se registra que tanto los establecimientos de salud que dependen del Ministerio de Salud como de los gobiernos regionales recibieron S/. 402.1 millones por reembolsos del SIS.
- De este total, el 77% se ha utilizado para la adquisición de bienes y servicios.

TABLA 9: USO DE LOS REEMBOLSOS DEL SIS, 2008

(MILLONES DE NUEVOS SOLES DE 2005)

| Concepto de gasto | Millones de S/. | Porcentaje |
|----------------------------------|-----------------|------------|
| Personal y Obligaciones Sociales | 0.03 | 0.0% |
| Bienes y Servicios | 308.5 | 76.7% |
| Otros Gastos Corrientes | 65.4 | 16.3% |
| Inversiones | 0.2 | 0.1% |
| Otros Gastos de Capital | 28.0 | 7.0% |
| Total | 402.2 | 100.0% |

Fuente: SIAF

- Desagregando el rubro de bienes y servicios, se encuentra que el gasto en medicamentos e insumos médicos alcanza los S/. 112.3 millones, mientras que el gasto aproximado en contratación de personal¹⁶ asciende a S/. 115.8 millones. Es decir, cerca del 28.8% de los reembolsos del SIS son utilizados para la contratación de personal, mientras que 27.9% en medicamentos e insumos médicos.

¹⁶ Este cálculo es aproximado y se obtiene de agregar los conceptos: 27 – Servicios no personales y 39 – Otros servicios de terceros, en los cuales mayormente se asigna al personal contratado. Debe tenerse en cuenta que estos conceptos pueden también incluir gasto en otros rubros, aunque un mayor porcentaje de estos montos proviene de la contratación de personal.

TABLA 10: USO DE LOS REEMBOLSOS DEL SIS – BIENES Y SERVICIOS, 2008

(MILLONES DE NUEVOS SOLES DE 2005)

| Concepto de gasto | Millones de S/. | Porcentaje |
|-----------------------------|-----------------|------------|
| Medicamentos | 85.5 | 27.7% |
| Insumos médicos | 26.9 | 8.7% |
| Servicios no personales | 44.0 | 14.2% |
| Otros servicios de terceros | 71.8 | 23.3% |
| Bienes de consumo | 50.7 | 16.4% |
| Otros | 29.7 | 9.6% |
| Total | 308.5 | 100.0% |
| <i>Fuente: SIAF</i> | | |

3.1.9 ¿CUÁL ES LA COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL?

TABLA 11: CONTRIBUCIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN SUDAMÉRICA

| País | Empleado (porcentaje sobre ingresos) | Empleador (porcentaje sobre planilla) | Total (porcentaje) | Independientes (porcentaje sobre ingresos declarados) | Gobierno |
|--|---|---------------------------------------|---|---|---|
| Régimenes de seguridad social en salud | | | | | |
| Argentina | 6% | 7.2% | 13.2% | Monto fijo | |
| Bolivia | 0 | 10% | 10% | 13% del sueldo mínimo | |
| Chile | Al menos 7% | 0% | Al menos 7% | Al menos 7% | Financia maternidad, parte del costo de atenciones medicas y déficit (de existir) |
| Colombia | 4% | 8.5% | 12.5% | 12% | Subsidia a personas con bajos ingresos |
| Paraguay | 9% | 14% | 23% | | 1.5% de ingresos del trabajador |
| Perú | 0 | 9% | 9% | Varían de acuerdo con plan elegido | |
| Uruguay | 3 - 6% | 5% | 8 - 11% | 8% | |
| Venezuela | 1.79% | 3.46% | 5.25% | | |
| Régimenes mixtos: pensiones y salud^{1/} | | | | | |
| Brasil | 8 - 11% | 20% | 28 - 31% | 20% | |
| Ecuador | <ul style="list-style-type: none"> • 6.64% para el sector privado • 8.64% para el sector público • 9.74% para aportantes voluntarios | 5.71% | <ul style="list-style-type: none"> • 12.35% para el sector privado • 14.35% para el sector público • 9.74% para aportantes voluntarios | | |
| <i>Fuente: International Social Security Association</i> | | | | | |
| 1/ Estas contribuciones incluyen la contribución por pensiones y por seguro de salud | | | | | |

- En el Perú, la contribución de los empleadores a la seguridad social en salud es del 9% de la planilla. Los empleados pueden optar por las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), que reciben el 25% de la contribución por el aseguramiento de la capa simple (atención ambulatoria) y EsSalud recibe el restante 75% por el aseguramiento de la capa compleja. De esta manera, EsSalud recibe en promedio el 8.58% de las planillas.¹⁷
- De esta recaudación, la mayor parte cubre riesgo común, mientras que sólo 6.6% se destina a riesgo profesional. Además, los trabajadores agrarios y los pensionistas contribuyen con el 4% de sus ingresos declarados y pensiones, respectivamente.
- Esta contribución es relativamente baja, en términos comparativos con otros países de Sudamérica. Cabe resaltar que los sistemas de seguridad social en Sudamérica presentan características distintas; por ejemplo, tanto en Brasil como en Ecuador la contribución a la seguridad social en salud se da a través de la contribución global al sistema de pensiones. La Tabla No. 11 presenta un resumen de las contribuciones que se realizan en cada sistema.

3.2 REQUERIMIENTO FINANCIERO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 29344

3.2.1 ¿CUÁL ES LA COBERTURA DEL PLAN?

- El Ministerio de Salud propone que el proceso de implementación del aseguramiento universal se inicie con una cobertura de 140 condiciones de salud que están asociadas con 950 diagnósticos y 500 procedimientos en todos los niveles de complejidad.
- Para brindar un plan de beneficios con estas características, se ha estimado que se requiere de S/. 280 per cápita.¹⁸

3.2.2 ¿CUÁLES SON LOS ÁMBITOS PILOTO Y LA META DE AFILIACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL?

- El proceso se inicia con una fase piloto que se implementará en dos grupos. El primer grupo comprende toda la población de las regiones de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica.
- El segundo grupo comprende ámbitos locales de La Libertad, Lambayeque, Piura y San Martín, donde se considera una expansión a toda la población de cada región en el segundo año de implementación. La Tabla No. 12 muestra la descripción de estos ámbitos.
- Cabe mencionar que estos distritos son los oficialmente comunicados como ámbitos piloto. Es posible que existan cambios en estos ámbitos de implementación de la Ley 29344.

¹⁷ Hernán Ramos. 26 de junio de 2009. "Aseguramiento universal en el Perú – Reflexiones sobre el financiamiento y la sostenibilidad", en Desayuno de trabajo sobre la situación actual en el financiamiento de la salud en el Perú. Hotel Prince.

¹⁸ MINSa (Noviembre de 2008)

TABLA 12: DESCRIPCIÓN DE LOS ÁMBITOS LOCALES DEFINIDOS COMO PILOTOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 29344 EN LA LIBERTAD, LAMBAYEQUE, PIURA Y SAN MARTÍN

| Departamento | Provincia | Distrito |
|--------------|-----------------|------------------|
| La Libertad | Sánchez Carrión | Todos |
| Lambayeque | Lambayeque | Salas |
| Piura | Piura | Catacaos |
| | | Cura Mori |
| | | El Tallán |
| | | La Arena |
| | | La Unión |
| | Sechura | Sechura |
| | | Bernal |
| | | Cristo Nos Valga |
| San Martín | San Martín | Chipurana |
| | | El Porvenir |
| | | Huimbayoc |
| | | Papaplaya |
| | Lamas | Barranquita |
| | | Caynarachi |

- La Tabla No. 13 muestra la estimación de la población objetivo: población urbana pobre o población rural, del régimen subsidiado para ambos grupos.
- En términos generales, el primer año de implementación se debe extender el aseguramiento a un total de 526 mil de personas que antes no contaban con ningún seguro de salud, con lo que el total del régimen subsidiado llegaría a 1.6 millones de personas en este primer año. En el segundo año, debido a la expansión de nivel local a regional en La Libertad, Lambayeque, Piura y San Martín, se tendría que asegurar a 731 mil personas adicionales, con lo cual el número de asegurados llegaría a 3.5 millones.

TABLA 13: POBLACIÓN OBJETIVO DE LOS ÁMBITOS PILOTO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL

(MILES DE PERSONAS)

| Concepto de gasto | Región | Ámbito local |
|---|--------|--------------|
| Apurímac | 417 | |
| Ayacucho | 447 | |
| Huancavelica | 419 | |
| La Libertad | 643 | 184 |
| Lambayeque | 394 | 21 |
| Piura | 786 | 83 |
| San Martín | 394 | 37 |
| Fuente: ENAHO 2008, Mapa de pobreza de FONCODES 2007, Encuesta de necesidades percibidas de salud y niveles de bienestar en ámbitos piloto de descentralización de salud – 2008 | | |

3.2.3 ¿CUÁLES SON LOS REQUERIMIENTOS FINANCIEROS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO?

- Considerando una población objetivo total del régimen subsidiado de 11.7 millones de personas, para garantizar el aseguramiento del régimen subsidiado se requieren de S/. 3,262 millones de soles, los cuales equivalen a 0.89% del PBI.

- Teniendo en cuenta que se estima un gasto actual de S/. 2,778.8 millones,¹⁹ se requieren de S/. 484 millones adicionales; para financiar el régimen subsidiado se requiere un esfuerzo fiscal equivalente a 0.13% del PBI.

TABLA 14: REQUERIMIENTO FINANCIERO ADICIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN NACIONAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

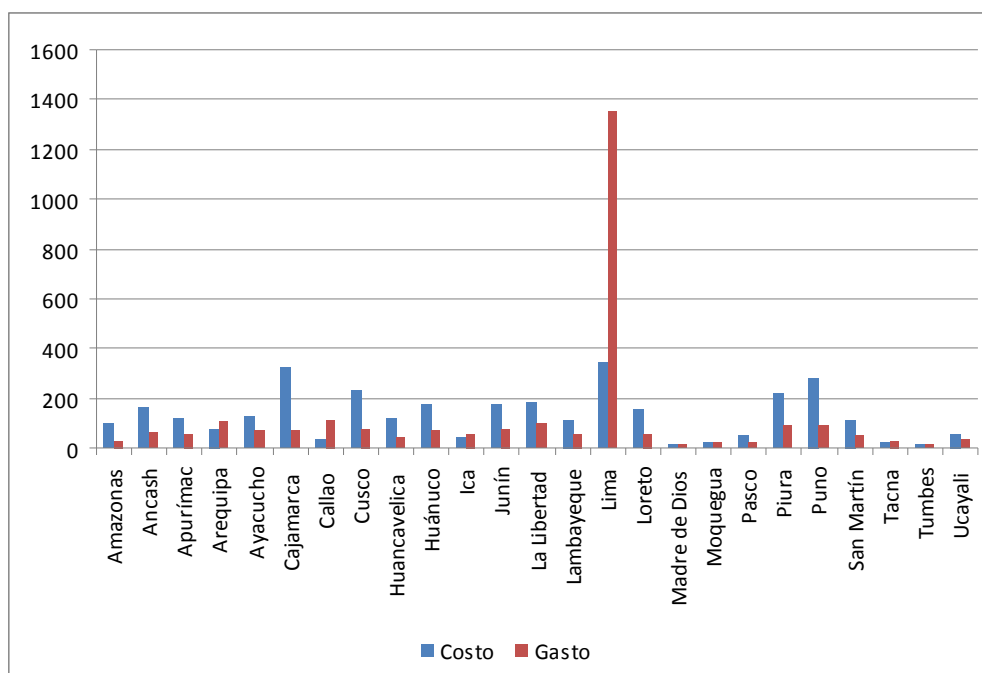
| | |
|---|---------|
| Población objetivo (millones de personas) | 11.7 |
| Costo | |
| Costo per cápita anual (S/.) | 280 |
| Costo total (millones de S/.) | 3,262 |
| Costo total (% PBI) | 0.89% |
| Gasto (millones de S/.) | 2,778.8 |
| Brecha (millones de S/.) | 484 |
| <i>Fuente: ENAHO 2008, SIAF, MINSA 2008</i> | |

- Sin embargo, la distribución del gasto actual por región no es uniforme. Como se observa en la Figura No. 5, existen algunas regiones cuyo gasto en salud es mayor al costo del PEAS para su población y otras donde se presenta la situación inversa. Se debe enfatizar Lima, que tiene un superávit bastante elevado.
- El resultado anterior pone en cuestionamiento los mecanismos de asignación de recursos públicos, ya que existen regiones donde se tienen más recursos que los necesarios para una cobertura homogénea en salud. Más aún, la magnitud de las brechas no es homogénea. La Figura No. 6 muestra en orden la brecha de financiamiento de cada región, excluyendo a Lima. Se observa que existe un conjunto de regiones, como Callao, donde el aseguramiento universal no requiere de fondos adicionales.
- Considerando que la estructura presupuestal es bastante rígida, es difícil argumentar que la brecha de financiamiento es de S/. 484 millones, como se presenta en la Tabla No. 14. Suponer que esta es la brecha implica asumir que es posible realizar una redistribución de recursos financieros de las regiones que tienen superávit a las que tienen déficit. Esta redistribución es altamente cuestionable; es poco probable que se puedan reducir recursos de Lima para destinarlos a otras regiones como Cajamarca. Un mecanismo más razonable parecería ser la asignación de los recursos adicionales exclusivamente a las regiones donde se encuentra un déficit.
- Si este último es el criterio, la brecha total de financiamiento para lograr el aseguramiento universal se estima en S/. 1,631 millones. Esta es la suma de todos los déficits encontrados en las regiones.
- En el caso de los ámbito piloto, la implementación de este proceso en las 7 regiones requiere de S/. 516 millones adicionales; un esfuerzo fiscal equivalente al 0.14% del PBI.

¹⁹ Esta cifra ha sido estimada a partir de la suma del Presupuesto Institucional Modificado del año 2008 correspondiente a los sub-programas de 'Atención Médica Básica', 'Atención Médica Especializada', 'Servicios de Diagnóstico y Tratamiento' y los programas estratégicos de 'Nutrición Infantil' y 'Salud Materno Neonatal'. Cabe resaltar que esta suma se ha realizado para los tres niveles de gobierno y sólo se ha considerado los Recursos Ordinarios (excluyéndose los Recursos Directamente Recaudados y las Donaciones y Transferencias, ya que esta transferencia financiera también es contabilizada por el SIS). Se han excluido las inversiones y actividades realizadas por instituciones de otros sectores distintos a salud, (por ejemplo la construcción de letrinas en el Programa de Nutrición Infantil).

FIGURA 5: GASTO ACTUAL EN SALUD Y COSTO POR REGIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

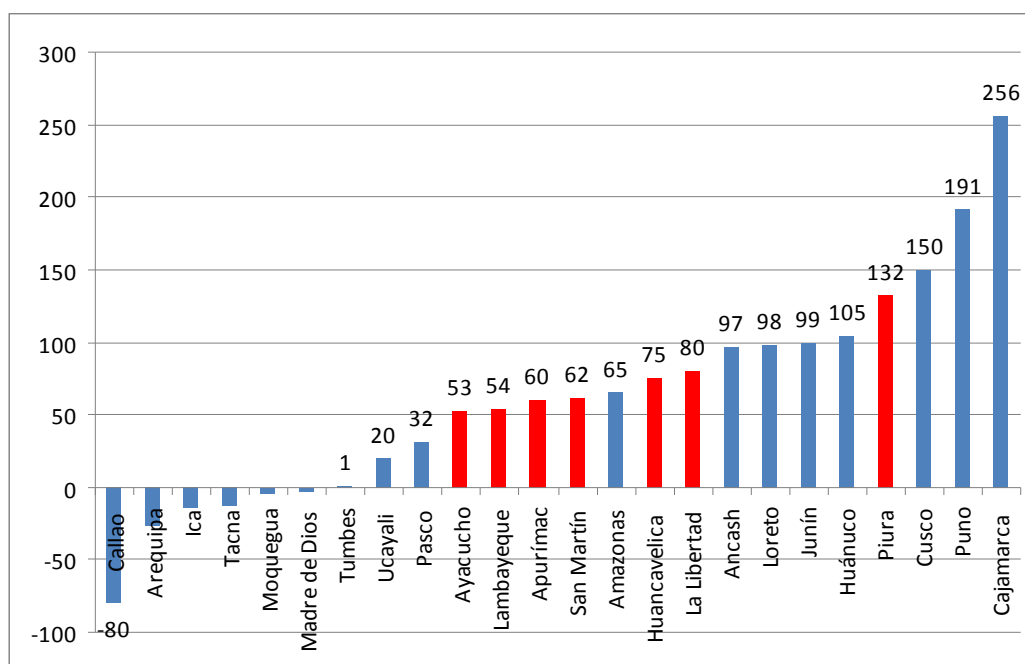
(MILLONES DE NUEVOS SOLES)



Fuente: SIAF, ENAHO 2008, MINSA 2008

FIGURA 6: BRECHA DE FINANCIAMIENTO POR REGIÓN^{1/}

(MILLONES DE NUEVOS SOLES)



Fuente: SIAF, ENAHO 2008, MINSA 2008

1/ En color rojo se presentan los piloto de aseguramiento universal

4. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

En esta sección se presenta una revisión de los mecanismos de financiamiento de la salud en otros países: Chile, Colombia, Alemania, Canadá, Francia y el Reino Unido. Esta revisión se basa en las normas que regulan los sistemas de salud o los regímenes de aseguramiento de estos países, así como bibliografía especializada al respecto. En el anexo A se presenta una matriz resumen de los aspectos más importantes del financiamiento de la salud en cada uno de estos países. Además, se presenta un análisis específico para los casos de Brasil, donde se enfatizan las transferencias intergubernamentales, Argentina, donde se destaca el mecanismo de pago por resultados del Plan Nacer, y el Estado de Massachusetts en Estados Unidos, donde resulta relevante la creación de los ‘conectores’ como agentes que intervienen en el ‘pooling’.

4.1 CHILE

El año 2005 se aprobó la Ley 19.966 que crea el Régimen General de Garantías en Salud en Chile. A través de esta Ley se pone en marcha el plan de Garantías Explícitas en Salud (GES, antes AUGE), el cual busca reducir las diferencias entre los distintos regímenes de aseguramiento existentes: ISAPRE (régimen privado) y FONASA (régimen público). Antes de esta reforma, ambos regímenes coexistieron con una gran segregación de la población asegurada: la población con mayores ingresos y menor riesgo sanitario estaba afiliada a las Instituciones Previsionales de Salud (ISAPRE), mientras que la población pobre y de mayor riesgo estaba cubierta por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este problema, entre otros, impulsó la realización de esta reforma.

El régimen privado es manejado a través de varias aseguradoras de fondo llamadas ISAPRE. La contribución que reciben es variable: al menos el 7% de los ingresos de los afiliados, y puede depender del riesgo individual del contribuyente. En algunos casos, los empleadores también contribuyen cuando sus empleados están afiliados a una ISAPRE. Antes de la implementación de las GES, las ISAPRE podían establecer diferencias en las primas (contribuciones) y planes de beneficio.

El FONASA es el fondo público que es la opción para aquellos contribuyentes que no desean asegurarse a través de las ISAPRE. Asimismo, antes de la reforma era el fondo que garantizaba el aseguramiento a aquellos que eran ‘excluidos’ del régimen privado. **Los empleados que desean afiliarse a FONASA deben contribuir el 7% de sus ingresos. Además, FONASA también recibe recursos públicos provenientes de los impuestos generales.**

Las garantías establecidas en la Ley 19.966 son de cuatro tipos: garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, y son constitutivas de derechos de los afiliados. La garantía de protección financiera, la más relevante para el objetivo del presente documento, se refiere a “la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor

determinado en un arancel de referencia del Régimen”.²⁰ De esta manera, la garantía de protección financiera opera en dos sentidos. El primero es que el afiliado encuentra un mecanismo de subsidio al copago que se define por el nivel socioeconómico de éste. Aquellas personas clasificadas en los grupos A y B, tal como son definidos en la Ley 18.469,²¹ son sujeto de subsidio total, mientras que los grupos C y D pueden obtener subsidios parciales a este copago. El segundo es que FONASA puede realizar préstamos a quienes no puedan cancelar el copago por problemas económicos coyunturales.

En efecto, las otras fuentes de financiamiento del sistema de salud en Chile son los copagos, los cuales son ahora regulados por la garantía de protección financiera establecida en la Ley 19.966, y los aportes voluntarios a un seguro privado de salud. Se estima que entre los años 2000 y 2004 el gasto de bolsillo llegó a ser el 27% del total de gasto en salud,²² el cual debe haber sufrido cambios luego de la aprobación de las GES.

La Ley 19.966 también establece el mecanismo de definición del financiamiento público para las GES. “Al iniciar el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal ... al que deberán ajustarse dichas Garantías”.²³ Es decir, en primer lugar se establece el presupuesto y el valor (de subsidio) unitario, a partir de ello se determina la cobertura de salud que tendrán los afiliados. Este puede verse como un sistema donde **“el plan de beneficios” se ajusta al presupuesto disponible.**

La propuesta de GES definida no podrá tener un costo esperado significativamente distinto a la Prima Universal establecida previamente. Es decir, debe haber una consistencia entre el plan de beneficios (su costo) y la prima (o subsidio per cápita). Para ello, esta propuesta se somete a un proceso de verificación de costo a través de un estudio que es sometido a una licitación internacional. Con los resultados de este estudio, se somete esta propuesta a consideración del Consejo Consultivo, el cual es conformado principalmente por miembros de la academia y tiene como función asesorar al MINSAL en “todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las GES”.²⁴

Dada la diversidad de administradoras de fondo, existen diversos mecanismos de pago. El pago por servicios es el mecanismo de mayor uso en el reembolso por los servicios prestados a los asegurados de las ISAPRE. FONASA utiliza una mayor diversidad de mecanismos. El presupuesto por partidas es el mecanismo utilizado para el financiamiento de los establecimientos institucionales, aunque parte corresponde a un pago por servicios de los programas establecidos como prioritarios. El pago a los servicios de primer nivel, que están bajo la responsabilidad de los municipios, se realiza bajo un mecanismo capitado. Finalmente, el pago por DRG es utilizado para la modalidad de libre elección.²⁵

²⁰ Ley 19.966 (2005), Chile, artículo 4, literal d.

²¹ El grupo A corresponde a los denominados indigentes y los beneficiarios de pensiones. El grupo B corresponde a aquellas personas que perciban un ingreso menor al mínimo establecido. El grupo C es conformado por aquellas personas cuyos ingresos estén entre el nivel del ingreso mínimo y 1.46 veces este ingreso mínimo. Finalmente, las personas cuyos ingresos son superiores a 1.46 veces el ingreso mínimo son clasificadas en el grupo D.

²² Vergara y Martínez (2005), p. 515.

²³ Ley 19.966 (2005), Chile, artículo 12.

²⁴ *Ibid*, artículo 20.

²⁵ Vergara y Martínez (2005), p. 519.

4.2 COLOMBIA

El modelo de aseguramiento en Colombia se basa en la seguridad social y alcanza al 88% de la población.²⁶ Aunque no es la única fuente de financiamiento, los recursos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) proviene de **las contribuciones por seguridad social que equivalen al 12.5% de los ingresos de los trabajadores**; en caso de ser un trabajador dependiente, el empleador aporta 8.5% de la planilla, mientras que el empleado aporta el 4% de sus ingresos. El Estado se hace cargo de las contribuciones de la población pobre que no cuenta con la capacidad de contribuir por su seguro de salud.

El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) es el gran fondo que es responsable de la administración de las principales fuentes de financiamiento para ambos regímenes: el contributivo y el subsidiado. Este fondo es el titular de todas las contribuciones que realizan los empleados y empleadores a la seguridad social. Asimismo, recibe los aportes realizados por el Gobierno Nacional para el financiamiento del régimen subsidiado. **FOSYGA transfiere la unidad de pago por capitación (UPC) a las Empresas Promotoras de Salud (EPS)** por cada asegurado que decida afiliarse a ella.

El régimen contributivo se financia principalmente a través de las contribuciones a la seguridad social. Los afiliados a este sistema optan por una oferta diversa de EPS las cuales son en su mayoría privadas. La elección de la EPS bajo este régimen es potestad del empleado, lo cual genera una competencia de mercado que busca lograr una mayor eficiencia y satisfacción del usuario en la administración privada de estos fondos. Se espera que en la medida que el número de EPS sea grande, estos objetivos se cumplan.

El régimen subsidiado es la alternativa que ofrece el Estado para la cobertura del aseguramiento en salud de aquella población que no cuenta con los recursos, o el empleo formal, para hacerlo por su cuenta. **La elegibilidad del régimen subsidiado está claramente definida** en la Ley 1122, la cual se aprobó en enero de 2007 y reforma la anterior Ley 100. Para determinar esta elegibilidad, se utiliza el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén). Este sistema, muy similar en su aplicación al Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) en el Perú, clasifica a la población en 6 niveles socioeconómicos a través de un algoritmo que se basa en una ficha que es aplicada a cada familia. **La población clasificada en los niveles I y II es elegible del subsidio total, mientras que la población clasificada en el nivel III recibe un subsidio parcial.**²⁷ Esta modalidad de subsidio parcial es recién introducida en la Ley 1122, ya que la Ley 100 consideraba un subsidio total en el régimen subsidiado.

El régimen subsidiado tiene varias fuentes de financiamiento:

- 1.5 puntos porcentuales de las contribuciones realizadas al régimen contributivo son trasladadas al FOSYGA.
- **Aportes del Gobierno Nacional al FOSYGA, los cuales son igual o mayores en términos reales al realizado el año 2007 más un punto porcentual. “En**

²⁶ Tomado de http://www.asivamosensalud.org/index.php?view=article&catid=59%3AIndicadores&id=201%3Aporcentaje-de-poblacion-afiliada-al-sgsss&option=com_content&Itemid=73 (último acceso 3 de agosto de 2009).

²⁷ Al momento de implementarse la Ley 1122 existía población del nivel III que recibía los subsidios totales. Esta población ha mantenido sus beneficios después de aprobarse esta reforma.

todo caso, el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de Sisbén I, II y III”.²⁸

- Aportes de las cajas de compensación familiar, gremios, asociaciones y otras organizaciones.
- 15% de los recursos adicionales que reciban los municipios, distritos y departamentos por el impuesto a la renta sobre la producción de empresas petroleras en la zona de Cupiagua y Cusiana.
- El 65% de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud a partir del año 2009.²⁹
- Los recursos que genera el monopolio de juegos de suerte y azar y que sean elegibles de las transferencias realizadas por la Empresa Territorial para Salud a las entidades territoriales.
- El 25%, o el porcentaje del año 2007 si es mayor, de las rentas destinadas a salud de los departamentos y el distrito capital.
- Recursos que destinen las entidades territoriales.
- Los aportes de afiliados que reciben un subsidio parcial y quieren optar por el subsidio pleno o el Plan Obligatorio de Salud (POS) del régimen contributivo.

La entidad territorial es quien toma la decisión de cuál será la EPS que administrará los fondos de los asegurados al régimen subsidiado del área de su jurisdicción. Generalmente, un municipio contrata con una sola EPS la afiliación de todas las personas que residen en su área de jurisdicción y están vinculadas a este régimen.

En ambos regímenes, **el financiamiento que reciben las EPS equivale a una unidad de pago por capitación**. Esta UPC equivale a una única prima para todo nivel de riesgo sanitario, edad, sexo, residencia geográfica, etc. En el caso del régimen contributivo, de presentarse un exceso entre la contribución de un empleado sobre esta UPC, la diferencia es considerada como un saldo, ya que solo se transfiere a las EPS el monto de la UPC.

Sin embargo, sí existen diferencias en la cobertura que brinda cada régimen. El Plan Obligatorio de Salud (POS) en el régimen contributivo brinda una mayor cobertura en comparación con el POS del régimen subsidiado. Recientemente, con la incorporación de población que recibe un subsidio parcial, se introdujo un tercer POS, el cual se basa en el POS del régimen subsidiado, pero está limitado sólo a la cobertura de enfermedades crónicas por ser de alto costo.

Las EPS contratan con un conjunto de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) los servicios de salud que recibirá la población cubierta por dicha EPS. En su mayoría, estas IPS son instituciones privadas que brindan atención principalmente

²⁸ Ley 1122 (2007), artículo 11, punto 2, literal c.

²⁹ El porcentaje restante se destina a financiar las atenciones de salud de la población pobre no asegurada, las actividades no cubiertas por el subsidio a la demanda y de salud pública.

ambulatoria o de primer nivel, aunque en las zonas rurales la prestación de servicios de salud es a través de instituciones públicas. Esta modalidad de contratación de una red de prestación deriva en una elección restringida de proveedor para el paciente; el asegurado se adscribe a un establecimiento de salud de referencia que será el único en donde la EPS reconocerá el reembolso por las atenciones de primer nivel de dicho asegurado.

A pesar de estas restricciones de elección del establecimiento de salud al que las personas están adscritas, existe un mecanismo de libre elección. Por medio de este mecanismo, se puede optar por la atención en algún establecimiento de salud distinto a cambio de un incremento en la prima, además de un copago mayor. Por este motivo, este mecanismo opera principalmente entre la población del régimen contributivo.

Las IPS reciben un pago por servicio de parte de las EPS por cada atención de salud que se brinda a un asegurado; es decir, el reembolso se rige por un tarifario preestablecido el cual aplica a los servicios de salud que son reconocidos por las EPS. Asimismo, las EPS contratan con hospitales públicos, a los cuales se les aplica un pago por día-cama o por DRG.

4.3 ALEMANIA

El sistema de salud en Alemania es conocido como un modelo clásico de seguridad social y es principalmente regido por el Quinto Libro de Ley Social, aunque la primera Ley que definió la operación del sistema se dio en 1883. Los empleadores y empleados están obligados por mandato del Estado a financiar el seguro de salud de las personas y sus dependientes. Incluso, las primas de los desempleados son pagadas por los antiguos empleadores o varias fuentes públicas. El 90% de la población está cubierta bajo este esquema. El resto: personas de trabajo independiente y personas de altos ingresos, no están sujetas a este mandato y pueden adquirir cobertura a través de seguros privados. De esta manera, la cobertura de seguros de salud es universal.

A partir de los noventa se introdujo una serie de reformas al sistema buscando principalmente regular los gastos del sistema y la competencia de mercado entre los fondos de aseguramiento. Actualmente, existe libertad para elegir el fondo al que se pertenece. Parte de la competencia se da por distintas tasas de contribución que tienen los distintos fondos; la contribución promedio del empleado es de 7.9%, mientras que es de 7% para los empleadores.³⁰ Este sistema ha recibido recientes críticas que han elevado a la discusión pública la posibilidad de establecer primas fijas para toda la población, independientemente del ingreso personal o familiar.

Cabe resaltar que en este sistema la responsabilidad de establecer un balance entre la recaudación y los gastos recae en los Fondos de Enfermedad, y es compartida en cierta medida con los proveedores de servicios de salud. Como parte de las metas y principios fundamentales establecidos en el Quinto Libro de Ley Social, los Fondos de Enfermedad son responsables de mantener las tasas de contribución estables. Los proveedores de servicios de salud garantizan que solo se realicen servicios de salud necesarios y no se induzca a una sobreutilización de estos.

³⁰ Asociación Internacional de la Seguridad Social, <http://www.issa.int/esl/Observatory/Country-Profiles/Regions/Europe/Germany> (último acceso en 15 de Julio de 2009).

Los asegurados gozan de un plan de beneficio comprehensivo que cubre atención médica y dental, chequeos preventivos, tratamiento, servicios de ayuda al diagnóstico, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, prótesis y otros aparatos médicos y medicamentos prescritos. Algunos de estos servicios requieren de un copago relativamente bajo, el cual se implementa con el principal objetivo de contener la sobreutilización de los servicios de salud por parte de los asegurados.

Los recursos son mancomunados por organizaciones privadas sin fines de lucro llamadas Fondos de Enfermedad. En enero de 2004 estuvieron registrados 292 fondos, de los cuales 229 operan bajo la modalidad de compañías.³¹ Estas compañías realizan la recaudación de las contribuciones de los empleadores y empleados y se encargan de reembolsar a los establecimientos y profesionales de la salud. **Para contener costos, los Fondos de Enfermedad negocian con asociaciones regionales de médicos de primer nivel presupuestos fijos** que resultan de multiplicar un pago capitado por el número de personas adscritas a dicha jurisdicción.

Luego, estas asociaciones de médicos reembolsan a sus miembros con un pago por servicio. Este pago se basa en el resultado de una negociación entre las asociaciones regionales de Fondos de Enfermedad y de médicos. En este proceso, **se asigna a cada servicio médico un valor relativo basado en un sistema de puntos**; por ejemplo, una consulta ambulatoria recurrente puede tener un valor de 1 punto, un chequeo prenatal 1.3 puntos, en comparación con un parto vaginal que puede tener un valor de 5.5 puntos. A mayor complejidad y tiempo requerido de participación médica, el procedimiento tiene un mayor valor. El valor monetario de cada punto se calcula dividiendo el presupuesto fijo trimestral por el número total de puntos facturados por todos los médicos en dicho período de tiempo. El ingreso, o sueldo, de cada médico resulta de multiplicar este valor monetario por todos los puntos que facturó.

Otro mecanismo de control de costos, y de generación de incentivos, es la negociación que establecen los Fondos de Enfermedad que operan en un estado específico con hospitales locales. Estos negocian **precios fijos para varios procedimientos basados en grupos relacionados por diagnóstico** (DRG por sus siglas en inglés). Sin embargo, algunos servicios escapan a esta lógica de precio fijo negociado y son reembolsados por día-cama, aunque los fondos para este mecanismo están limitados por un presupuesto general específico para este fin. Los médicos que laboran en hospitales reciben un sueldo fijo.

4.4 CANADÁ

Canadá tiene un programa obligatorio de Aseguramiento Universal en Salud que es administrado por cada una de sus 10 provincias. Cada una de las provincias tiene discreción sobre cómo organiza el programa, aunque en la práctica las diferencias no son significativas. En 1984, el Congreso aprobó el Acta de Salud de Canadá, la cual combina y actualiza un conjunto de actas previas y provee el marco del sistema de aseguramiento universal en Canadá.

Los recursos de este sistema de salud provienen principalmente de impuestos generales que son recaudados por cada provincia. Adicionalmente, el Gobierno

³¹ Worz y Busse (2005), p. S134.

Federal también asigna parte de su presupuesto a todas las provincias sobre una base per cápita, siguiendo principios de equidad. El nivel nacional también aporta recursos para inversiones en capital. El aporte provincial es la principal fuente de fondos; en 2003, el 91% del total de financiamiento público en salud provino de los gobiernos provinciales.³²

El Acta de Salud define el grupo de servicios que son garantizados a todos los ciudadanos. Estos servicios son cubiertos al 100% por recursos públicos; no se exige ningún copago. Incluso a finales del año 2002 una comisión legislativa presentó como una fuente alternativa de recaudación al pago de bolsillo, esta recomendación fue rechazada por todos los niveles de gobierno: federal y provincial, ya que no reflejaba los principios fundamentales del Acta: equidad y acceso a los servicios de salud.³³ En 2003, el financiamiento de estos servicios garantizados llegó a ser el 70% del total de gasto en salud.³⁴

Las personas son libres de contratar un seguro de salud privado para los servicios excluidos del Acta de Salud, aunque también se financian a través del gasto de bolsillo. Los seguros privados están prohibidos de cubrir los servicios garantizados. Algunos gobiernos provinciales proveen soporte financiero a algunos grupos objetivo, como la población mayor de 65 años o las personas con enfermedades crónicas, para el financiamiento parcial de los servicios excluidos.

Los Ministerios de Salud de cada provincia son los responsables de la administración de los fondos públicos de aseguramiento. **El control de costos se da a través de presupuestos globales que son negociados entre el respectivo Ministerio y cada hospital.** Asimismo, **se implementa un sistema de tarifas predeterminadas para el reembolso al personal médico, las cuales son negociadas entre el respectivo Ministerio y asociaciones médicas provinciales.** En estas negociaciones periódicas también se establece el crecimiento de dichas tarifas, el cual está ajustado por el crecimiento del volumen de servicios prestados. Por ejemplo, si el incremento en servicios prestados es mayor a un porcentaje predefinido, los incrementos tarifarios posteriores son reducidos, o eliminados, para compensar por este crecimiento en el volumen. Este mecanismo genera un desincentivo para producir servicios de salud innecesarios. Fuera de él, los médicos son libres en su ejercicio profesional y no tienen mayor control intrusivo.

Dos características resaltantes de este sistema son la total gratuidad de los servicios y la conformación de fondos únicos en el nivel provincial para el cumplimiento del Acta de Salud. La inexistencia de copagos o gastos de bolsillo garantiza que todos los ciudadanos tengan acceso a los servicios de salud garantizados. El ciudadano sale de la relación de reembolso que solo se da entre el Ministerio de Salud provincial y el proveedor de servicios: hospital o profesional médico. Esta es una de los factores que generan una alta satisfacción entre la población, ya que se encuentra que la mayoría de la población: 87%, considera a este sistema de salud 'excelente' o 'bueno'.³⁵ Asimismo, se observa cierto nivel de eficiencia administrativa, ya que al existir un único fondo público se gozan de economías de escala y se excluyen costos administrativos para focalizar el subsidio, determinar la población objetivo y predecir el riesgo de los afiliados.

³² Li (2006), p. 12.

³³ *Ibid*, p. 5.

³⁴ *Ibid*, p. 9.

³⁵ *Ibid*, p. 15.

4.5 FRANCIA

El sistema de salud en Francia también se puede clasificar como **un sistema de seguridad social**. La mayor diferencia con el sistema alemán es la **ausencia de competencia de mercado entre las diversas administradoras de fondo**. Sólo tres esquemas de aseguramiento cubren al 97% de la población, el restante 3% está cubierto por esquemas más pequeños o por el sistema de Cobertura Universal de Salud (CMU por sus siglas en francés). El Fondo Nacional de Enfermedad (CNAMTS por sus siglas en francés) brinda cobertura a todos los empleados y pensionistas, así como los desempleados y sus dependientes, con lo cual llega a ser el fondo más grande asegurando a 84% de la población. Los otros dos fondos son el fondo para agricultores, que cubre el 7% de la población, y el de independientes, que cubre al 5% de la población. Los fondos primarios de estos tres esquemas de aseguramiento se reúnen en una institución colaborativa llamada la Unión Regional de Fondos de Seguros de Salud (URCAM por sus siglas en francés), la cual tiene el objetivo de realizar un mejor monitoreo del gasto en salud en el nivel ambulatorio.

El financiamiento de estos fondos proviene principalmente de dos fuentes. Originalmente el sistema de salud francés tenía financiamiento casi exclusivo de las contribuciones sociales relacionadas con los ingresos de las personas. Sin embargo, a partir del plan Juppé, el cual se aprueba a través de una serie de Ordenanzas en 1996 y lleva el nombre del primer ministro que las impulsó, se introdujo una serie de reformas, incluyendo el cambio de la fuente de financiamiento. De esta manera, **se introdujo el financiamiento a través del impuesto general a los ingresos de las personas, en lugar de las contribuciones basadas en las planillas**. Esta reforma tuvo tres propósitos: ampliar la base tributaria, reducir el déficit público y mejorar la consistencia y eficiencia del sistema de seguridad social. El tributo impuesto es del 5.25% sobre los ingresos de los empleados, 3.95% sobre los beneficios de desempleo y enfermedad, y 4.35% sobre las pensiones. Este nuevo mecanismo pasó a ser una de las principales fuentes de financiamiento, ya que en el año 2003 contribuyó con el 34% del total del financiamiento de aseguramiento universal.³⁶

Adicionalmente, **existe un mercado de seguros de salud complementario**. Este seguro complementario es voluntario, ofrecido por empresas privadas y opera principalmente bajo un esquema de 'tercer pagador'. A pesar de ser complementario, este seguro está significativamente extendido en la población; el año 2000, el 85% de la población contaba con un seguro complementario. Esto se debe a que éste, generalmente, cubre los copagos del seguro obligatorio básico.

El año 2000 entró en vigencia el sistema de CMU, el cual está dirigido a la población más pobre. Este esquema tiene dos partes. La primera es la provisión a todo residente legal en Francia de un plan básico de salud. La segunda es que provee de un seguro complementario gratuito a aquellos individuos que tengan ingresos mensuales menores a € 576 (o € 864 para dos personas que vivan juntas).

A partir del plan Juppé, **el Parlamento establece a través del voto una meta de gasto del sistema nacional de aseguramiento**. A pesar que en la práctica no se ha logrado cumplir con esta meta, salvo el primer año que se estableció, este mecanismo pone esta discusión en el más alto nivel de decisión.³⁷ Posteriormente, el Ejecutivo divide esta

³⁶ Bellanger y Mossé (2005), p. S122.

³⁷ *Ibid*, p. 124.

meta en sub-metas para hospitales públicos, atención ambulatoria, clínicas privadas y cuidado del adulto mayor y personas discapacitadas.

En el caso de los hospitales, se utilizan presupuestos prospectivos que se establecen en dos etapas como mecanismos de asignación de pago por los servicios producidos. En primer lugar, se establece una meta global y en segundo lugar se aplica un método de convergencia para alcanzar esa meta. Para ello, se utilizan indicadores de necesidad y eficiencia económica. El objetivo de estos presupuestos era la contención de costos, lo cual no se ha logrado.

La remuneración de los profesionales médicos se da a través del pago por servicios. Para ello, se establece un tarifario global a través de un proceso de negociación entre el gobierno, las administradoras de fondos y representantes de los médicos. Existe la opinión que este mecanismo de pago es inflacionario, además de existir grandes diferencias entre las remuneraciones de cada especialidad: un médico general gana en promedio € 55,000 al año, mientras que un cardiólogo gana € 100,000 y un radiólogo € 200,000.

4.6 REINO UNIDO

El Servicio Nacional de Salud (NHS por sus siglas en inglés) fue establecido en 1948 a través del Acta del Servicio Nacional de Salud. El NHS surge como respuesta a los problemas de acceso inequitativo que tenía el sistema anterior, donde la prestación de servicios de salud se financiaba con gasto de bolsillo, lo cual excluía a una significativa porción de la población de estos servicios. Si bien varias reformas se han introducido en el NHS, éste ha mantenido **tres principios fundamentales: i) ofrecer cobertura universal ante la necesidad de servicios de salud a toda la población, ii) la provisión de servicios de salud comprehensivos, y iii) la gratuidad del servicio al momento de uso.** Recientemente se ha publicado el Plan NHS del año 2000, el cual establece la orientación de reforma del sistema en un horizonte de 10 años.

Este sistema es financiado principalmente por impuestos generales. En 2003, el gasto público llegó a contribuir con el 86% del total del gasto en salud.³⁸ A través del proceso de presupuesto, se asignan recursos a administradores de fondos de distintas naturaleza, principalmente Fondos de Atención Primaria. Luego de recibir el presupuesto total para salud en todo el país, **para establecer la asignación a cada fondo se aplica una metodología de capitación ponderada** por edad, sexo, factores relacionados con los riesgos de salud de la población y algunas diferencias de costos por ámbito geográfico. El objetivo de esta fórmula es el de asegurar igualdad de oportunidad en el acceso a servicios de salud para población en el mismo nivel de riesgo. Sin embargo, ello también implica que las personas están adscritas a un fondo y pierden, en cierta medida, la elección de su proveedor de servicios de salud.

Estas administradoras de fondos deben evaluar y priorizar las necesidades sanitarias de esta población y contratar los servicios de salud necesarios de proveedores de salud privados y públicos. Por ejemplo, un Fondo de Atención Primaria puede contratar un conjunto de servicios específicos, como 100 reemplazos de cadera o 1,000 operaciones de cataratas de otros proveedores de servicios. Esta característica de contratación de servicios hace que

³⁸ OMS (2006), p. 185.

algunos denominen este sistema como un modelo de contratación pública, ya que **el gobierno, en nombre de la población, contrata la provisión de servicios de salud con varios proveedores**. La intención de este mecanismo es introducir de competencia por calidad y precios que llevaría a un mejor servicio para los pacientes y mayores niveles de eficiencia.

Anteriormente, estos fondos separaban claramente la función de administración de fondos de la de prestación de servicios, pero en los últimos años éstas se han unido ya que los fondos pueden ser empleadores de un conjunto de personal médico. Con la práctica desaparición de las autoridades sanitarias, los Fondos de Atención Primaria se han convertido en administradores de fondos y proveedores de servicios de este nivel. Estos fondos controlan cerca del 75% del presupuesto del NHS.³⁹

Una de las medidas de control de costos ha sido incrementar la porción de personal médico que es remunerado a través de un salario fijo, que pueden darse a través de empleo fijo en los Fondos de Atención Primaria y hospitales. Se estima que un tercio de los médicos generales se encuentran adscritos a este sistema de remuneración.⁴⁰ El resto de personal es remunerado a través de un sistema mixto de pago. El principal componente es un pago capitado, el cual se aproxima al 60% de los ingresos. Además, se incluyen un pago básico y tarifas de algunos servicios específicos.

No existe copago por los servicios de salud que se reciben. El Plan NHS examinó varias fuentes de financiamiento alternativas y mecanismos de reducción de costos: pago de bolsillo, incentivos para que las personas adquieran seguros privados, un sistema de seguridad social y limitar la provisión de servicios de salud a un conjunto básico de servicios. Éstas fueron rechazadas por el mismo plan, ya que el sistema basado en el financiamiento a través de impuestos es el que mejor satisface los objetivos de equidad y eficiencia⁴¹. Sin embargo, existe un pago fijo para los medicamentos. Independientemente del medicamento o de la cantidad de medicamentos prescritos, el pago por ellos es fijo: £ 6.4 en 2004.⁴²

En el caso del financiamiento de los hospitales, el NHS solía tener un mecanismo de negociación de presupuesto basado en la capitación ponderada con los hospitales. Algunos servicios también eran financiados sobre la base del costo actual de provisión de servicios, los cuales eran prospectivamente reembolsados por las administradoras de fondo a cada fondo hospitalario. Sin embargo, desde el año 2003, con la intención de mejorar el desempeño hospitalario y eliminar la competencia por precios para algunos servicios, se introdujo un sistema de pago basado en actividad llamado pago por resultados. Bajo este nuevo sistema, se establece una tarifa fija que promedia los costos en el nivel nacional y los hospitales reciben el pago dependiendo del número de casos que tratan. No hay aún evidencia concluyente sobre el efecto de este nuevo mecanismo sobre los niveles de calidad y cambios en la eficiencia hospitalaria.

Como ya se mencionó, los hospitales controlan costos a través de la contratación a tiempo completo de personal médico y la remuneración a través de salarios. El objetivo es eliminar

³⁹ Oliver (2005), p. S84.

⁴⁰ *Ibid*, p. S83.

⁴¹ Debe entenderse el objetivo de eficiencia de manera relativa, ya que muchas veces compite con el de equidad. En este sentido, la evidencia muestra que el sistema de salud en el Reino Unido prioriza el objetivo de equidad cuando se contraponen al de eficiencia.

⁴² Oliver (2005), p. S85.

el incentivo a sobreproducir servicios de salud, ya que no existiría ningún incentivo financiero para realizar intervenciones de salud que no sean necesarias. Sin embargo, uno de los problemas que enfrenta el sistema hospitalario es que una porción del personal médico, llamado consultores, opera a tiempo parcial. Este tipo de personal tiene incentivos para derivar pacientes a su práctica privada. Se han sugerido algunas alternativas para este problema, aunque no se ha implementado un mecanismo de control para ello.

4.7 ASPECTOS ESPECÍFICOS

4.7.1 TRANSFERENCIAS INTERGUBERNAMENTALES EN BRASIL

Durante los noventa, Brasil emprendió un proceso de descentralización que buscaba dar un mayor rol a los estados y las municipalidades en el sector salud. Este proceso se manifiesta a través del incremento de las transferencias que realiza el Gobierno Federal a los estados y municipalidades, el cual se ha dado progresivamente durante las últimas décadas.

Sin embargo, el proceso de asignación de recursos a los diferentes estados es criticado por no responder a las necesidades sanitarias en cada uno de estos ámbitos. En teoría, este mecanismo de asignación se basa en las necesidades sanitarias de la población y la oferta existente de servicios de salud en cada estado, pero en la práctica el segundo factor parece cobrar mayor decisión. De esta manera, se transfieren los recursos a los estados que tienen una mayor oferta de servicios, los cuales son los que tienen mayores recursos propios. El financiamiento de la oferta suele producir un patrón histórico de asignación de recursos que no es consistente con las necesidades (o demanda). Ello produce que se incremente la inequidad en la asignación de recursos, ya que los estados más pobres no pueden captar recursos por tener una oferta de servicios pequeña.

Un aspecto interesante de estas transferencias intergubernamentales es que el año 2000 el Congreso aprobó una enmienda a la Constitución para establecer una porción fija del presupuesto para destinarla al financiamiento de la salud. Esta iniciativa surgió con el objetivo de incrementar el gasto público en salud. De esta manera, el Gobierno Federal debe transferir el 22.5% del ingreso federal y los impuestos a productos industriales a las municipalidades. Asimismo, los gobiernos estatales están obligados a destinar el 25% del impuesto al valor agregado que recaudan a las municipalidades. De estos recursos que reciben las municipalidades, existen metas predeterminadas para que estas municipalidades destinen a salud. Por ejemplo, el Estado de Bahía tenía una meta de destinar Rs 10 per cápita a salud en el año 2000.⁴³

4.7.2 LOS CONECTORES EN MASSACHUSETTS

El sistema de salud en los Estados Unidos es uno de los que tienen el mayor gasto per cápita en el mundo. Sin embargo, no goza de los mejores resultados sanitarios. Otros sistemas de salud como el del Reino Unido, que tiene un gasto en salud significativamente menor, tiene los mismos o mejores indicadores de salud. El debate en este país recae en dos serios problemas: el alto porcentaje de la población que no cuenta con seguro y los altos costos de los servicios de salud.

⁴³ Banco Mundial (2002), p. 2.

En este país, los fondos de aseguramiento se pueden agrupar en tres categorías. En primer lugar, Medicare es el fondo para asegurar a las personas mayores de 65 años y se financia con descuentos a los ingresos de todos los empleados en actividad. En segundo lugar, Medicaid es un seguro público para la población de menores recursos. Este seguro es administrado descentralizadamente por cada Estado, aunque recibe orientación y financiamiento federal. En tercer lugar, está el mercado de seguros privados, al cual pertenece la mayoría de la población económicamente activa.

Este último, es bastante complejo, ya que en las últimas décadas se han introducido una serie de reformas que buscan principalmente restringir el uso de servicios de salud que son considerados innecesarios. Mecanismos como la pre-aprobación para financiar los servicios, los deducibles y altos copagos restringen el acceso a los servicios de salud.

Asimismo, las primas que pagan los trabajadores independientes o aquellos que laboran en empresas pequeñas son altas. Al contratar individualmente las primas son establecidas en función de su riesgo individual. Asimismo, al comprar un seguro individualmente, éste contendrá un conjunto de exclusiones por las enfermedades pre-existentes de la persona. Contrariamente, los empleados de empresas grandes, al contratar como grupo, gozan de menores primas y menores exclusiones, ya que el riesgo individual es diluido.

Por muchos años, se han introducido iniciativas de reforma que pretenden resolver estos problemas y siempre han fracasado en el nivel nacional. Sin embargo, recientemente el Estado de Massachusetts ha logrado aprobar una Ley que establece el mandato de todas las personas residentes en él de tener un seguro de salud. La iniciativa de cobertura universal que ha fracasado tantas veces en el nivel nacional se ha logrado implementar en el nivel estatal.

El mayor desafío de esta iniciativa es el de asegurar a los cerca de medio millón de personas sin seguro, de un total de 6 millones de personas residentes en el Estado.⁴⁴ El financiamiento de este grupo se dará a través de subsidios para la población de bajos recursos e incentivos tributarios para los trabajadores independientes o empleados de empresas pequeñas. Sin embargo, al dar libertad a las personas a afiliarse al seguro de su elección, sin crear ningún fondo de aseguramiento público o ampliar la población elegible de los existentes, el problema es el costo de las primas de la población no asegurada. Como se ha mencionado previamente, las compañías de seguros de salud exigen una mayor prima cuando la compra del seguro se realiza individualmente.

Ante esta dificultad, el plan ha considerado la creación de intermediarios cuasi públicos (el Estado forma la agencia, pero es administrada independientemente) llamados 'conectores'. Los conectores son empresas que agrupan estas personas que desean adquirir su seguro de salud individualmente. **La ventaja es que estos intermediarios pueden agrupar una población suficiente como para negociar con las empresas privadas de seguros una prima grupal:** la adquisición de un seguro de salud se hace más asequible. Además, se espera que estos intermediarios puedan traer una mayor competencia al mercado privado de seguros y una reducción en las exclusiones (planes de beneficio más comprehensivos).

⁴⁴ Serafini (2006).

4.7.3 MECANISMOS DE PAGO POR RESULTADO EN ARGENTINA

El Plan Nacer en Argentina es un complemento financiero que otorga el Gobierno Nacional a los gobiernos provinciales. Estos recursos están orientados a financiar un seguro materno infantil, cuya cobertura se concentra en las mujeres gestantes y los niños menores de 6 años que no tienen seguro de salud.

El seguro es administrado por los gobiernos provinciales y recibe transferencias financieras del Gobierno Nacional a través del establecimiento de **Acuerdos Marco y de Resultado entre ambos niveles de gobierno**. Los recursos transferidos sólo pueden ser utilizados para el pago de los servicios de salud de la población elegible. **Estas transferencias se realizan a través de un mecanismo capitado, el cual se divide en dos etapas: el 60% del total del cápita es transferido sujeto a la afiliación de la persona y el 40% restante sujeto al cumplimiento de metas trazadoras o resultados sanitarios.** Aproximadamente, se transfiere un total de \$60 por cada persona elegible.⁴⁵

Las metas trazadoras están vinculadas con 10 aspectos básicos de la atención materno – infantil:

- Inclusión oportuna de gestantes elegibles a través de la atención prenatal
- Efectividad del parto y cuidado neonatal
- Efectividad de la atención prenatal y prevención de nacimientos prematuros
- Calidad de la atención prenatal y parto
- Auditoría médica de la muerte infantil y materna
- Cobertura de inmunizaciones
- Atención de salud sexual y reproductiva
- Atención del niño sano, menor de 1 año
- Atención del niño sano, entre 1 y 6 años
- Inclusión de población indígena

En los Acuerdos de Desempeño, el Gobierno Nacional negocia con cada gobierno provincial las metas específicas que debe cumplir cada provincia; por ejemplo, que el 90% de recién nacidos tenga un peso al nacer por encima de los 2.5 kilogramos. Al ser 10 las metas establecidas, el cumplimiento de cada una de ellas le hace acreedor a la provincia de 4% del cápita. **El cumplimiento de estas metas es validado a través de un mecanismo de auditoría** concurrente externa, el cual también incluye el registro de beneficiarios.

Es el nivel provincial el encargado de la compra de servicios de salud. En este nivel, el reembolso a los prestadores de servicios de salud es efectuado a través de un mecanismo de pago por servicios. Además, **los prestadores de servicios de salud gozan de autonomía en el uso de los recursos reembolsados por estos servicios.** La lógica de

⁴⁵ Cortez (2008).

financiamiento sobre la base de producción de servicios, en lugar de financiamiento de insumos (personal, insumos, medicamentos, etc.) permite reducir los controles sobre el uso de estos recursos.

En general, se espera que estos incentivos conduzcan a una mejor calidad de los servicios de salud y una eficiente gestión de los servicios. Sobre todo, al estrechar el vínculo entre el financiamiento y los resultados se espera tener un significativo impacto en resultados sanitarios.

5. ELEMENTOS POR CONSIDERAR PARA EL FINANCIAMIENTO DE LA LEY 29344

La Ley 29344 establece el marco general que regirá el aseguramiento universal en el Perú. Este marco define los lineamientos generales que guiarán el proceso de implementación y la aplicación del aseguramiento. Un aspecto de importancia es el financiamiento del aseguramiento universal, ya que debe garantizarse una asignación de recursos consistente con las metas establecidas. Sobre ello, la Ley define:

- El Estado subsidiará el aseguramiento de la población más pobre y vulnerable.
- Las fuentes de financiamiento para este subsidio son:
 - Los recursos asignados al SIS
 - Los aportes que realizan los afiliados al SIS
 - Los recursos que los gobiernos regionales y locales asignen
 - Otros recursos que la ley asigne
- Se establecen 3 regímenes: contributivo, semicontributivo y subsidiado
- El régimen contributivo es aquel que no recibe ningún subsidio y cuyo financiamiento proviene del pago o cotización realizado por cuenta propia o del empleador del asegurado
- El régimen semicontributivo es aquel cubre a población que recibe un subsidio parcial
- El régimen subsidiado es aquel que cubre la población más vulnerable y de menores recursos económicos y se otorga a través del SIS
- El Estado se compromete a incrementar progresivamente, todos los años, el subsidio otorgado a los regímenes subsidiado y semicontributivo.

Sin embargo, para la implementación efectiva de este proceso se requiere de un conjunto de definiciones adicionales. El mayor riesgo de no normar el financiamiento de la Ley 29344 es que no se garantizaría la sostenibilidad financiera. Por ejemplo, los regímenes subsidiado y semicontributivo podrían estar sub-financiados, con lo cual los establecimientos de salud podrían objetarse a continuar atendiendo a la población de estos regímenes. Un escenario como este podría hacer que la reforma fracase.

Además, el aseguramiento universal presenta la oportunidad para mejorar muchos aspectos del financiamiento de la salud que actualmente producen ineficiencias en el sistema de salud. Por ejemplo, las múltiples fuentes de financiamiento que dificultan el financiamiento de la función de producción, lo cual dificulta el planeamiento, limita la posibilidad de generar

incentivos y puede provocar un desbalance financiero: se puede tener muchos recursos para 'gasto variable' y pocos para 'gasto fijo'. Asimismo, las administradoras de fondo no se establecen efectivos mecanismos de control de costos o incentivos financieros en los proveedores. El presupuesto es el mecanismo más común de control de costos, pero se emplea más por inercia que con la intención de mejorar la eficiencia. Finalmente, en el mercado privado de seguros de salud, se podría encontrar que estas compañías segmenten el mercado de acuerdo al riesgo individual de las personas. Al excluir a la población de alto riesgo, ellos sólo podrían acceder a los regímenes subsidiados y semicontributivo, lo cual pondría mucha carga financiera a estos.

De esta manera, se han identificado algunos elementos que son sujetos de normar:

- Elegibilidad de los regímenes (indispensable)
- Régimen subsidiado
 - Financiamiento a través de impuestos generales (indispensable)
 - Financiamiento a través de impuestos específicos
 - Financiamiento intergubernamental (indispensable)
 - Mecanismo de asignación de recursos a Unidades Ejecutoras (indispensable)
 - Pagos a prestadores y personal
 - Flexibilidad a las Unidades Ejecutoras para el uso de los recursos
- Régimen semicontributivo
 - Administración del régimen semicontributivo (indispensable)
 - Copagos
- Régimen contributivo
 - Estabilidad de la contribución
 - Contribuciones solidarias
 - Clasificación de riesgo individual vs. grupal
 - Renovación garantizada de pólizas

En esta sección se busca discutir cada uno de estos elementos no con el propósito de formular una propuesta técnica, sino de orientar esta formulación. En este sentido, se presenta una serie de preguntas que buscan guiar la definición de cada uno de estos elementos. Si bien esta es una lista extensa, se recomienda el desarrollo de algunos de estos temas por su importancia. Cabe destacar que esta lista de preguntas es por naturaleza incompleta, ya que la gama de alternativas en cada decisión es bastante amplia; estas preguntas se basan en las experiencias internacionales que han sido descritas en la sección anterior.

5.1 ELEGIBILIDAD DE LOS RÉGIMENES (RECOMENDADO)

El Artículo 19 de la Ley 29344 establece 3 regímenes para el aseguramiento de todas las personas:

Artículo 19°.- De los regímenes de financiamiento

A partir de la vigencia de la presente Ley, todos los peruanos son beneficiarios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en su condición de afiliados a los siguientes regímenes:

1. El régimen contributivo: Comprende a todas las personas que se vinculan a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud a través de un pago o cotización, sea por cuenta propia o de su empleador.
2. El régimen subsidiado: Comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio de un financiamiento público total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud.
3. El régimen semicontributivo: Comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio del financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y empleadoras, según corresponda.

El Poder Ejecutivo establece los mecanismos de regulación que estime necesarios para evitar que los afiliados obligatorios al régimen contributivo y las personas de altos ingresos se beneficien de los subsidios previstos en la presente Ley.

Como se desprende del último párrafo del artículo, en la medida que cada régimen implica distintos niveles de subsidio las familias tendrán incentivos para pertenecer al régimen de mayor subsidio. Precisamente, este párrafo sugiere la posibilidad de establecer un criterio más objetivo para la clasificación de la población en cada régimen y evitar que población reciba subsidios sin requerirlos.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que la aplicación de cualquier sistema de identificación de beneficiarios implica altos costos, ya que la información provista por una familia para su clasificación (como el material de su vivienda o la tenencia de activos) debe ser comprobada; una asistente social debe visitar la vivienda de la familia para constatar la veracidad de la información. Por esta razón, el criterio práctico es implementar la identificación de beneficiarios en la medida que los ahorros por dejar de brindar subsidios a la población no elegible sean mayores que los costos de implementar la identificación. Siguiendo dicho criterio, se suele recomendar que ésta no debe ser realizada en las zonas rurales, donde los niveles de pobreza son tan altos que hacen que el costo de recoger y verificar la información de las familias sea mayor a su beneficio.

Preguntas clave:

1. ¿Se debe llegar a un criterio más preciso y objetivo que la definición que hace el artículo 19 de la Ley 29344 para clasificar a toda la población en alguno de los tres regímenes?
2. ¿Es recomendable que las entrevistas para identificar a los beneficiarios de los regímenes subsidiado y semicontributivo en zonas rurales?
3. En caso una persona califique como elegible del régimen subsidiado, pero también tenga un empleo que la califique como sujeto de la seguridad social (régimen contributivo), ¿a qué régimen debe pertenecer?, ¿se le excluye del régimen subsidiado?, ¿se le otorga a la persona la elección del régimen al que desea pertenecer?

5.2 RÉGIMEN SUBSIDIADO

5.2.1 FINANCIAMIENTO A TRAVÉS DE IMPUESTOS GENERALES (RECOMENDADO)

El artículo 20 de la Ley 29344 define algunas fuentes de financiamiento para los subsidios de los regímenes subsidiado y semicontributivo.

Artículo 20°.- De las fuentes de financiamiento de los regímenes subsidiado y semicontributivo

Los fondos intangibles destinados exclusivamente a cubrir las prestaciones contenidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) para los afiliados al régimen subsidiado y semicontributivo son los siguientes:

1. Los recursos asignados al Estado a la vigencia de la presente Ley, al Seguro Integral de Salud y los demás que se asignen posteriormente.
2. Los aportes y contribuciones que realicen los afiliados al Seguro Integral de Salud, de acuerdo con el régimen de financiamiento.
3. Los fondos que los gobiernos regionales y locales les asignen en base a la adecuación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
4. Otros que la ley asigne.

El Estado debe incrementar progresivamente, cada año, de manera obligatoria los fondos destinados al financiamiento del régimen subsidiado y semicontributivo.

Si bien este artículo ampliamente define las clásicas fuentes de financiamiento de los subsidios públicos, que provienen principalmente del Tesoro Público, deja de definir el mecanismo de decisión sobre la asignación de recursos al aseguramiento universal. Una clara señal de prioridad del aseguramiento universal es el establecimiento de un mecanismo que garantice un balance entre los requerimientos financieros y el financiamiento disponible, por lo menos para el régimen subsidiado. En este sentido, se han identificado 4 elementos clave en la determinación de este mecanismo: presupuesto asignado, meta de afiliación, subsidio per cápita (o prima) y el plan de beneficios. La determinación de cuáles son los elementos de ajuste (aquellos que se determinan a partir de los otros) establece un claro mensaje sobre la prioridad que establece la sociedad: estabilidad fiscal o acceso irrestricto a servicios de salud en situación de necesidad.

Se debe tener en cuenta que de acuerdo con el avance de la implementación del aseguramiento universal, aparentemente el último elemento: el plan de beneficios, no sería sujeto de ajuste a partir del financiamiento disponible, como sí sucede en Chile. En estos momentos el MINSA se encuentra definiendo el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), el cual se estima cubrirá el 65% de la carga de enfermedad del país.

Asimismo, al llamarse aseguramiento universal, la meta de afiliación resulta aparentemente decidida. Sin embargo, al menos en el corto plazo, se deben establecer mecanismos que definan el camino progresivo para llegar a dicha meta, por lo cual se debe considerar la meta de afiliación como un elemento de decisión.

Preguntas clave:

4. ¿Se debe establecer en primer lugar el financiamiento disponible (presupuesto que se asigne para el pago de las primas al SIS) y el subsidio per cápita, y a partir de estos elementos definir cuál es la meta de afiliación?
5. ¿Se debe establecer en primer lugar la meta de afiliación y el subsidio per cápita, y a

partir de estos elementos definir cuál es el presupuesto?

6. ¿A qué instancia le debe corresponder la toma de estas decisiones? ¿Son estas definiciones de orden político, por lo que el Congreso debería debatir y aprobar en pleno la meta de afiliación, así como aprobar el subsidio per cápita?, o ¿son de orden más técnico, por lo que son los Ministerios de Salud y de Economía y Finanzas los que deberían tomar estas decisiones? En algunos países es el Congreso, ante propuestas e informes técnicos de los Ministerios correspondientes, quien aprueba la meta de afiliación (universal), y la prima (o subsidio per cápita); mientras que en otros, como Chile, son el Ministerio de Salud y de Hacienda quienes toman estas decisiones.
7. Dada la estrecha relación entre el plan de beneficios (PEAS) y el subsidio per cápita (prima), ¿Cuál es la vigencia de este subsidio per cápita? ¿Debe ser actualizado anualmente o cada dos años?
8. ¿Se debe establecer un mecanismo explícito y fijo de aumento progresivo del financiamiento público destinado al financiamiento de las primas del régimen subsidiado? Por ejemplo, en 2007 se estableció por ley que el Gobierno Nacional Colombiano aporte un monto por lo menos igual en pesos constantes más un punto adicional a lo aprobado en el presupuesto 2007.

5.2.2 FINANCIAMIENTO A TRAVÉS DE IMPUESTOS ESPECÍFICOS

El artículo 20 de la Ley 29344, anteriormente presentado, no considera explícitamente la opción de establecer un impuesto específico para el financiamiento del aseguramiento universal. Sin embargo, esta posibilidad debe ser considerada, al menos para el régimen subsidiado. Por ejemplo, en Colombia los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar son destinados exclusivamente al Fondo de Solidaridad y Garantía (aquel que administra los fondos de la población subsidiada).

Preguntas clave:

9. ¿Se debe establecer un impuesto específico para el financiamiento del régimen subsidiado?
10. ¿Qué tipo de impuesto podría ser sujeto para este fin? ¿Impuesto a algún producto o servicio específico?

5.2.3 FINANCIAMIENTO INTERGUBERNAMENTAL (RECOMENDADO)

El proceso de descentralización en el Perú complejiza el financiamiento del régimen subsidiado, ya que el aporte de la prima no procede de un solo fondo. El artículo 20 de la Ley 29344 reconoce esta compleja estructura al considerar como fuentes de financiamiento los recursos públicos asignados al nivel nacional, regional y local.

Desde la creación del Seguro Escolar Gratuito (SEG), se manejó el concepto de financiamiento complementario: el SEG (así como el SIS) sólo financiaba el costo variable de los servicios de salud (medicamentos e insumos), mientras que el MINSA (y posteriormente los gobiernos regionales) financiaban el costo fijo (recursos humanos, infraestructura y equipamiento). Sin embargo, el supuesto que impulsó este mecanismo de complementariedad dejó de ser válido; en la medida que estos esquemas públicos de aseguramiento han incrementado la demanda por servicios de salud, se dejó de tener

capacidad instalada ociosa. Continuar con este mecanismo dificulta el financiamiento de la función de producción y genera un desbalance en ella: se financia mucho más gasto variable en comparación con el fijo, o viceversa.

Además, se debe notar que el financiamiento disponible de cada gobierno regional es altamente heterogéneo, incluso cuando se analiza en términos per cápita. Ello dificulta establecer un porcentaje de aporte homogéneo para todas las regiones, ya que algunas no tendrían los recursos para este financiamiento, mientras que otras podrían realizar mayores aportes.

Preguntas clave:

11. ¿Se debe establecer un criterio explícito para la complementariedad en el financiamiento de la prima? ¿El SIS debe establecer un aporte per cápita distinto para cada región, de manera que compense las diferencias en el financiamiento disponible de cada gobierno regional?
12. ¿El SIS debe limitarse a financiar gasto variable, o debe también financiar gasto fijo (contratación de personal), como se viene realizando actualmente?
13. ¿El mecanismo de pago del SIS a los gobiernos regionales (unidades ejecutoras) debe tener algún componente que dependa de resultados? Por ejemplo, en Argentina el Plan Nacer reembolsa el 60% del cápita por la afiliación de las personas, pero el 40% restante está sujeto al cumplimiento de 10 metas trazadoras, lo cual ha generado el logro de algunos resultados sanitarios.

5.2.4 MECANISMO DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS A UNIDADES EJECUTORAS (RECOMENDADO)

El mecanismo de asignación de recursos a las unidades ejecutoras de salud sigue la estructura e inercia del proceso presupuestal en el sector público. Sin embargo, el aseguramiento universal exige otros mecanismos que generen mayor dinamismo e incentivos en la prestación de servicios de salud y el manejo de los fondos (ver sección 2.3).

Preguntas clave:

14. ¿La asignación de presupuesto a las unidades ejecutoras debe seguir teniendo un comportamiento histórico (“el próximo año se asignará un presupuesto similar al del presente año”), debería estar más vinculada con la población que debe cubrir bajo el régimen subsidiado (asignación por capitación, mecanismo que incentiva la prevención de problemas de salud y la contención de costos, o debería estar más vinculada con los servicios que presten los establecimientos de salud (asignación por servicio – tarifario, mecanismo que incentiva la prestación de servicios de salud)?
15. ¿Esta asignación de recursos debe contener algún componente por resultados? El mecanismo de reembolso del Plan Nacer en Argentina es un buen ejemplo de esta alternativa.

5.2.5 PAGOS A PRESTADORES Y PERSONAL

El pago a los prestadores y al personal debe estar vinculado a los mecanismos que se establezcan para el reembolso a los fondos como el SIS y unidades ejecutoras. Históricamente, el sector público ha tenido un mecanismo de pago por servicio, basado en el reembolso de los servicios prestados a través de un tarifario definido.

Sin embargo, estos mecanismos no suelen ser utilizados en otros países por los incentivos a la producción excesiva de servicios de salud que generan, al menos en el primer nivel. De hecho, mecanismos más modernos incluyen un sistema de puntaje basado en una valoración relativa de todos los servicios de salud del plan de beneficios (PEAS). Por ejemplo, en Alemania se asigna a cada servicio médico un valor relativo: una consulta ambulatoria recurrente vale 1 punto, un chequeo prenatal vale 1.3 puntos, y un parto vaginal vale 5.5 puntos. El valor del punto resulta de dividir el presupuesto entre el total de puntos producidos. (ver sección 4.3).

En la medida que el primer nivel opere como una puerta de entrada (restrinja el acceso directo al segundo y tercer niveles de atención), el mecanismo de pago en el nivel hospitalario suele ser los DRG o el de día-cama.

Preguntas clave:

Para el primer nivel:

16. ¿El mecanismo de reembolso debe seguir siendo definido por un tarifario donde se negocia la tarifa de cada uno de los servicios?
17. ¿Se debe cambiar el mecanismo de reembolso a una estructura de puntajes o valores relativos, donde el único elemento de negociación es el costo de la unidad de puntaje o valor relativo?

Para hospitales:

18. ¿Se debe implementar un mecanismo de pago de DRG para la mayor parte de servicios y día-cama para casos específicos?

General:

19. ¿Cuáles son las instituciones que deben negociar estos mecanismos de pago y los montos de reembolso?, ¿el SIS con el MINSA (DGSP, como representante de los prestadores de todo el país)?, ¿se debe incluir a las DIRESA o a quien estas elijan como sus representantes nacionales?
20. Con la finalidad de fomentar la producción de servicios en zonas específicas, por ejemplo en áreas rurales, ¿parte del pago a personal puede basarse en este esquema de puntos en el mediano plazo?

5.2.6 FLEXIBILIDAD A LAS UNIDADES EJECUTORAS PARA EL USO DE RECURSOS

Los mecanismos establecidos previamente, como la asignación de presupuesto con un mecanismo per cápita, buscan generar incentivos de eficiencia y gestión por resultados. Sin embargo, estos objetivos no serán alcanzados si es que el operador final de los recursos no

goza de la flexibilidad para gerenciar. Es decir, cómo hace el prestador para responder a incentivos de ahorro si es que su presupuesto es fijo y el establecimiento no se beneficia del ahorro; cómo responde a incentivos de producción de servicios específicos, si su presupuesto es fijo e independiente de los servicios que produzca.

Además, en la actualidad existe un conjunto de restricciones en el uso de los recursos provenientes del reembolso del SIS. Por ejemplo, existen algunos criterios fijos de uso de dichos recursos en medicamentos, insumos, etc. Sin embargo, la realidad muestra que estos recursos son utilizados para la contratación de personal en el mismo monto que son utilizados para la compra de medicamentos.

Preguntas clave:

21. ¿Deben tener las unidades ejecutoras de salud una mayor flexibilidad para la ejecución de sus recursos? ¿La naturaleza del sistema de salud justifica un régimen especial para la gestión pública de los recursos de los establecimientos de salud? ¿Cuánta flexibilidad deben tener?
22. ¿Algunos elementos del modelo CLAS podrían replicarse para otorgar esta flexibilidad?
23. ¿Cómo reforzar la supervisión de la ejecución presupuestal en el marco de esta mayor flexibilidad?

5.3 RÉGIMEN SEMICONTRIBUTIVO

5.3.1 ADMINISTRACIÓN DE FONDOS EN EL RÉGIMEN SEMICONTRIBUTIVO (RECOMENDADO)

La Ley 29344 crea el régimen semicontributivo, el cual se define como aquel que recibe financiamiento público parcial. Sin embargo, esta definición es insuficiente, ya que no precisa elementos importantes como cuán parcial es este financiamiento público, o qué fondos administrarán este régimen.

Actualmente la ley de MYPE establece que aquellas pequeñas empresas que decidan formalizarse recibirán subsidios para el aseguramiento en salud a través de EsSalud, mientras que las microempresas a través del SIS.

Preguntas clave:

24. ¿Cómo se debe determinar el subsidio que recibe este grupo?, ¿a partir de los ingresos de la familia?, ¿un subsidio fijo para todo el régimen?
25. ¿Debe ser sólo una institución quien maneje el régimen semicontributivo?
26. ¿Compañías privadas de seguros podrán afiliar personas bajo este régimen?
27. Si se permite el ingreso de empresas privadas para la administración del régimen, ¿se permitirá que cobren una prima mayor a la del régimen subsidiado?

5.3.2 COPAGOS

Los copagos en un esquema de aseguramiento cumplen dos objetivos. En primer lugar, desincentivan la demanda innecesaria de servicios de salud. La teoría económica y estudios empíricos indican que el riesgo moral (el aumento en la demanda por servicios de salud por el hecho de estar asegurado) es muy alto, lo cual genera ineficiencias al sistema de salud, ya que se demandan servicios de salud que no son necesarios. En segundo lugar, los copagos operan como un mecanismo alternativo de recaudación.

Se debe tener en cuenta que ambos objetivos no aplican al régimen subsidiado. La población objetivo de este régimen enfrenta otros costos que reducen el riesgo moral ineficiente, por el contrario es población que no accede a servicios de salud necesarios. Asimismo, su condición de pobreza no los hace sujeto de recaudación, sino de subsidio.

Cabe resaltar que este concepto de copagos puede aplicar tanto al régimen semicontributivo como al contributivo.

Preguntas clave:

28. ¿Debe existir copagos en el régimen semicontributivo?, ¿en el régimen contributivo?
29. ¿Se debe establecer un tope porcentual al copago? Por ejemplo, en Chile se establece que el copago será de 20%, con la posibilidad de recibir subsidios dependiendo de la clasificación socioeconómica de la persona.
30. ¿Los copagos deberían tener un tope absoluto? Al margen de establecer un porcentaje máximo o mínimo para los copagos, ¿se establecerá un monto máximo de copago para evitar el empobrecimiento de las familias por un evento de salud?
31. ¿Se creará algún fondo o algún fondo ya creado podrá destinar recursos para otorgar préstamos a familias que tengan recursos pero a quienes el copago les cause un riesgo financiero? En Chile, FONASA puede otorgar préstamos a personas para el pago de los copagos.

5.4 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

5.4.1 ESTABILIDAD DE LA CONTRIBUCIÓN

Dado que el aseguramiento será obligatorio, debe considerarse la posibilidad de establecer algún mecanismo de estabilidad de las contribuciones en el régimen contributivo. Por ejemplo, en Alemania (un sistema de salud basado en la seguridad social que es administrada por seguros privados) los Fondos de Enfermedad son responsables por mantener las tasas de contribución estables a través del tiempo para evitar que shocks económicos, precios, etc. hagan que las tasas de contribución tengan un incremento significativo en el corto plazo.

Preguntas clave:

32. ¿Se deben regular las tasas de contribución o las primas del régimen contributivo para mejorar su estabilidad?
33. ¿Se deben establecer topes a los incrementos anuales?, ¿se deben indexar estos incrementos a algún indicador económico trazador?

34. En caso se establezca algún mecanismo, ¿cómo evitar la afectación financiera de los fondos administradores de seguro?

5.4.2 CONTRIBUCIONES SOLIDARIAS

Si bien el artículo 20 de la Ley 29344 no considera esta posibilidad, ante los altos requerimientos de recursos para financiar el régimen subsidiado, se debe considerar la posibilidad de establecer un mecanismo de contribución solidaria. Por ejemplo, en Colombia la contribución a la seguridad social es de un total del 12.5% de los ingresos de los empleados. De esta contribución total, se destina 1.5 puntos porcentuales al financiamiento del fondo subsidiado a través de una cuenta solidaria.

Preguntas clave:

35. ¿Se debe incluir una contribución solidaria?

36. Para implementar una contribución solidaria, ¿se requiere incrementar la contribución a la seguridad social?

5.4.3 CLASIFICACIÓN DE RIESGO INDIVIDUAL VS. GRUPAL

Los seguros privados, cuyo principal mercado es el contributivo, suelen establecer las primas sobre la base del riesgo de las personas. En el caso de personas que compran seguros de manera individual (sin pertenecer a un grupo) las primas se determinan por el riesgo individual, incluso se generan exclusiones para los riesgos que presenta la persona. En el Perú, la población que trabaja independientemente o informalmente sería la que haría estas compras individuales.

Un claro ejemplo de este problema es el caso chileno, donde previamente al Plan Auge, existía una clara segmentación de la población: los de mayores recursos y menor riesgo estaban cubiertos por las ISAPRE, mientras que la población de menores recursos y mayor riesgo por FONASA.

Para evitar este problema, en el Estado de Massachusetts en Estados Unidos (ver sección 4.7.2), se crearon unas instituciones intermediarias que se encargan de agrupar varias personas que comprarían seguros individuales. De esta manera, estas instituciones intermediarias negocian con los seguros privados la afiliación de un grupo de personas, en lugar de tener una negociación individual. Entonces, la empresa aseguradora enfrenta un riesgo grupal, no individual, y puede negociar una prima y una cobertura grupal.

Preguntas clave:

37. ¿Cuál será el mecanismo de afiliación para la población del régimen contributivo que no pertenece a ningún grupo (como una empresa de más de 50 empleados formales)?

38. ¿Debe implementarse algún mecanismo de 'agrupación' de las personas que no pertenecen a ningún grupo?

39. ¿Cuál es el mejor mecanismo?

5.4.4 RENOVACIÓN GARANTIZADA DE PÓLIZAS

Dado que los contratos de seguros son por un tiempo establecido, los seguros privados suelen renovarlos a través de una nueva negociación. En algunas ocasiones, esta nueva negociación implica una nueva evaluación del riesgo de la persona, la cual en el caso de haber desarrollado una nueva enfermedad, puede implicar una mayor prima o la exclusión de la cobertura de dicha enfermedad.

En este sentido, se debe considerar la posibilidad de establecer mecanismos que eviten estos cambios en las primas y cobertura, pero que también garanticen la sostenibilidad financiera de las aseguradoras.

Preguntas clave:

40. ¿Se debe regular la renovación de pólizas de seguros privados?
41. ¿Cuál es el mejor mecanismo?, ¿es posible incluir en estas pólizas una cláusula de renovación (prima y cobertura)?
42. En caso de incluir este tipo de cláusulas, ¿deben ser opcional?, ¿pueden implicar un pago adicional?

ANEXO A: ORGANIZACIÓN DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN DIVERSOS PAÍSES

TABLA 15: COMPARACIÓN DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN DIVERSOS SISTEMAS DE SALUD

| Características generales | Alemania | Canadá | Chile | Colombia | Francia | Reino Unido |
|--|--|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------|
| Cobertura | Casi universal | Universal | 96% al 2007 | 88% al 2007 ^{6/} | Universal | Casi universal |
| Sistema organizativo | Descentralizado | Descentralizado | Descentralizado | Descentralizado | | Centralizado |
| Fuente de financiamiento | Impuestos generales y a las planillas | Impuestos generales ^{3/} | Impuestos generales y a las planillas | Impuestos generales y a las planillas | Impuestos generales y a las planillas | Impuestos generales |
| Tamaño de los fondos | Múltiples agentes, negociación única ^{1/} | Fondo único | FONASA y varias ISAPRE | FOSYGA, Sistema Gral Participaciones | 3 grandes fondos y varios pequeños | Fondo único |
| Decisión de distribución de recursos | Fondos de Enfermedad | Provincias ^{3/} con aportes del nivel nacional | Ministerio de Hacienda | Consejo Nacional de Seguridad Soc. y de Política Social | Fondos | Sistema Nacional de Salud (NHS) |
| Mecanismo de asignación de recursos a fondos intermedios | Presupuesto | Presupuesto | Capitado | Capitado (UPC) | Presupuesto | Capitación ponderada |
| Esquema de pago a proveedores | Pagos fijos a hospitales | Presupuesto global a hospitales | Pago por servicio, ppto por partidas | Pago por servicio, día-cama, DRG | Presupuesto a hospitales | Presupuesto global a hospitales |
| Esquema de pago a profesionales | Pago por servicios negociados ^{2/} | Unidad Relativa de Valor negociados ^{4/} | Salarios y pago por servicios | Salarios | Pago por servicios | Salarios y capitación |
| Pago de bolsillo | Casi inexistente | Casi inexistente | 20% ^{5/} | Casi inexistente | Casi inexistente | Casi inexistente |
| Prestación de servicios | Privada | Privada | Pública y privada | Privada | Privada | Privada con contratos públicos |
| Elección de proveedor | Ilimitada | Ilimitada | Relativamente limitada | Relativamente limitada | | Limitada |

1/ Existen múltiples fondos administradores que realizan una negociación conjunta con las asociaciones regionales de médicos (para la atención ambulatoria) y hospitales locales (para la atención hospitalaria)
2/ "El Fondo de Enfermedad" negocia montos totales con asociaciones regionales de médicos que brindan servicios de salud ambulatoria. Este fondo también negocia precios fijos para varios procedimientos (basados en DRG) con hospitales locales
3/ La contribución es compartida entre el nivel nacional y provincial. El nivel nacional aporta hasta el 40% de costos de servicios y otorga fondos para la construcción de hospitales a las provincias
4/ El Ministerio de Salud negocia las tarifas con asociaciones provinciales de médicos
5/ Este es el porcentaje establecido por Ley; sin embargo, un grupo poblacional recibe un subsidio total de este pago y los demás pueden recibir un subsidio parcial.
6/ http://www.asivamosensalud.org/index.php?view=article&catid=59%3AIndicadores&id=201%3Aporcentaje-de-poblacion-afiliada-al-sgsss&option=com_content&Itemid=73 (último acceso el 12 de agosto de 2009)

ANEXO B: BIBLIOGRAFIA

- Acuerdo de Partidos Políticos en Salud. 2009. Acuerdo de Partidos Políticos sobre la Función Rectora en Salud. Serie: Partidos Políticos en Salud, pp. 6.
- Banco Mundial. 2002. *Brazil: Decentralization of Health Care in Brazil – A Case Study of Bahia*. Banco Mundial, Reporte No. 24416 – BR. Pp. 51.
- Bellanger, Martine y Philippe Mossé. 2005. “The search for the Holy Grail: combining decentralized planning and contracting mechanisms in the French health care system”, en *Health Economics*. Vol. 14, pp. S119 – S132.
- Boyle, Seán. 2007. “Payment by Results in England”, en *Eurohealth*. Vol. 13, No. 1, pp.12–16.
- Cortez, Rafael. 2008. *Argentina – Plan Nacer: Un plan de aseguramiento basado en financiamiento por resultados*. Banco Mundial. Presentación realizada en diciembre de 2008.
- Jost, Timothy S. 2008. “Global Health Care Financing Law: A Useful Concept?”, en *The Georgetown Law Journal*. Vol. 96, issue 2, pp. 413 – 422.
- Kutzin, Joseph. 2001. “A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements”, en *Health Policy*. Vol. 56, pp. 171 – 204.
- Li, Simon. 2006. *Health Care Financing Policies of Canada, the United Kingdom and Taiwan*. Hong Kong: Legislative Council Secretariat – Research and Library Services Division. Pp. 81.
- Medici, André. 2002. *Financing Health Policies in Brazil: Achievements, Challenges, and Proposals*. BID. Disponible en http://www.iadb.org/sds/doc/Financing_Health_Policies___A___Medici.pdf (último acceso el 10 de Julio de 2009)
- MINSA. Noviembre de 2008. *Aseguramiento Universal en salud en el Perú*. Presentación del Ministro de Salud, Dr. Oscar Ugarte Ubilluz.
- Ministerio de Salud – Consorcio de Investigación Económica y Social. 2008. *Cuentas Nacionales de Salud: Perú, 1995 – 2005*. Lima: MINSA – CIES, pp. 71.
- Oliver, Adam. 2005. “The English National Health Service: 1979 – 2005”, en *Health Economics*. Vol. 14, pp. S75 – S99.
- Organización Mundial de la Salud. 2000. *Informe sobre la salud en el mundo: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Suiza: OMS. Pp. 231.
- Organización Mundial de la Salud. 2006. *Informe sobre la salud en el mundo: Colaboremos por la salud*. Ginebra, Suiza: OMS. Pp. 211.
- Santerre, Redford y Stephen Neun. 2007. *Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies*. Mason, Ohio: Thomson South-Western. 4ta edición. Pp. 589.

Secretaría de Programas Sanitarios. 2009. *Provincial Maternal – Child Health Investment Project*. Ministerio de Salud Argentino. Presentación del 29 de Mayo de 2009. http://www.leadinggroup.org/IMG/pdf_pdf_4_M_Sabignoso-Innov_Finance-RT_on_Risks-Argentina_Plan_Nacer_29_05_09.pdf (último ingreso el 10 de Julio de 2009).

Serafini, Marilyn. 2006. “The Master Plan”, en *National Journal*. Vol. 38, No. 23, pp. 22 – 27.

Sussex, Jonathan y Shelley Farrar. 2009. “Activity-based funding for National Health Service hospitals in England: managers’ experience and expectations”, en *The European Journal of Health Economics*. Vol. 10, pp. 197 – 206.

Tanner, Michael. 2006. *No Miracle in Massachusetts: Why Governor Romney’s Health Care Reform Won’t Work*. CATO Institute – Briefing Papers No. 97, pp. 16.

Titelman, Daniel y Andras Uthoff. 2000. *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia*. Chile: CEPAL. Pp. 813.

Vergara Iturraga, Marcos y Maria Soledad Martínez Gutiérrez. 2005. “Financiamiento del sistema de salud chileno”, en *Salud Pública de México*. Vol. 48, No. 6, pp. 512 – 521.

Wörz, Markus y Reinhard Busse. 2005. “Analysing the impact of health-care system change in the EU member states – Germany”, en *Health Economics*. Vol. 14, pp. S133 - S149.

NORMAS Y DOCUMENTOS OFICIALES

Congreso de la República del Perú. 9 de Abril de 2009. *Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud*. Lima: El Peruano – Normas Legales. Pp. 394,077 – 80.

National Health Service. 2000. *The NHS Plan: A plan for investment, a plan for reform*.

República de Chile. 2005. *Ley N° 19.966*. Pp. 45. <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/Leyauge.pdf> (último acceso 13 de julio de 2009).

República de Chile. 1985. *Ley N° 18.469*. Pp. 20. http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/ley18469.pdf (último acceso 16 de julio de 2009).

República de Colombia. 1993. *Ley 100*. Pp. 132. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo7748DocumentNo6909.PDF> (último acceso 21 de julio de 2009).

República de Colombia. 2007. *Ley 1122*. Pp. 18. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15849DocumentNo3520.PDF> (último acceso 21 de julio de 2009).