



42

Financiamiento del Seguro Social de la
Salud: Una Herramienta para la
Evaluación del Seguro Social para
Decisiones Referentes a las Políticas

Rena Eichler, Ph.D. and Elizabeth Lewis, M.B.A
November 2000



ESTA PUBLICACIÓN FUE PRODUCIDA COMO PARTE DE LA INICIATIVA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE (LAC) DEL PROYECTO FAMILY PLANNING MANAGEMENT DEVELOPMENT (FPMD) DE MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH) EN BOSTON MASSACHUSETTS.

EL FINANCIAMIENTO PARA ESTA PUBLICACIÓN FUE PROVISTO POR LA AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL BAJO EL CONVENIO COOPERATIVO NÚMERO: CEP A 00 95 0000 02.

LAS OPINIONES EXPRESADAS EN EL PRESENTE CORRESPONDEN A LOS AUTORES Y NO REFLEJAN NECESARIAMENTE LOS PUNTOS DE VISTA DE LA AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL.

TABLE OF CONTENTS

I.	NOTA POR LAS AUTORAS	1
II.	FINANCIAMIENTO DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD: UN MARCO REFERENCIAL PARA LAS DECISIONES REFERENTES A LAS POLITICAS	2
III.	MODELO PARA LOS FLUJOS DE FINANZAS PARA EL SEGURO SOCIAL DE SALUD	
	1) Entorno (Medio Facilitador)	10
	2) Políticas y Regulaciones Nacionales que Tienen Impacto Sobre la Cobertura Del Seguro Social	11
	3) Captación de Ingresos	14
	4) Fondo(s) del Seguro Social	17
	5) Plan(es) de Salud	20
	6) Proveedores	23
	<i>Tabla 1: Mecanismos de Pago</i>	<i>28</i>
	7) Clientes/Empleadores	28
	8) Conclusión	30
IV.	EL CUESTIONARIO DE EVALUACION	31
	SECCION 1: ¿QUE OBSTACULOS Y ELEMENTOS FACILITADORES EXISTEN EN EL ENTORNO ("MEDIO FACILITADOR") DEL SECTOR SALUD?	32
	SECCION 2: ¿CUALES SON/SEAN LAS POLITICAS Y REGULACIONES NACIONALES QUE TENDRAN UN IMPACTO SOBRE LA COBERTURA DEL SEGURO SOCIAL?	35
	SECCION 3: ¿CÓMO SE CAPTAN O CÓMO SE PUEDEN CAPTAR LOS FONDOS PARA FINANCIAR EL SEGURO SOCIAL?	38
	SECCION 4: ¿QUE INSTITUCIÓN(ES) ASUMEN O ASUMIRÁN LA FUNCIÓN DE COMBINAR Y ADMINISTRAR LOS FONDOS PARA FINANCIAR EL SEGURO SOCIAL?	41
	SECCION 5: ¿QUE INSTITUCIÓN(ES) ASUME(N) O ASUMIRÁ(N) EL PAPEL DEL PLAN DE SALUD—ES DECIR, QUIEN ASUMIRÁ EL RIESGO FINANCIERO DE PROPORCIONAR UN PAQUETE DEFINIDO DE BENEFICIOS A UNA POBLACIÓN CUBIERTA DETERMINADA?	45
	SECCION 6: ¿CÓMO ESTÁN ORGANIZADOS O CÓMO SE ORGANIZARÁN LOS PROVEEDORES Y COMO SON/SEAN COMPENSADOS?	49
	SECCION 7: ¿QUIÉNES ESTARÁN CUBIERTOS Y CUÁNTA VOZ TIENEN/TENDRAN LOS CLIENTES Y LOS EMPLEADORES?	52
V.	EL MODELO DE LA HERRAMIENTA PARA LA EVALUACION DEL SEGURO SOCIAL (SIAT)¹	55
VI.	BIBLIOGRAFIA SELECCIONADA Y OTROS RECURSOS	61

¹ La hoja de calculo está disponible por la página web de la Iniciativa: <http://www.americas.health-sector-reform.org>, o por la Caja Electrónica de Herramientas Gerenciales de MSH: <http://www.erc@msh.org/toolkit>.

I. NOTA POR LAS AUTORAS

La herramienta para la evaluación del seguro social (SIAT) se compone de tres partes. En primer lugar, el marco referencial ayuda a los usuarios a reflexionar con respecto a los aspectos financieros del seguro social dentro del contexto de la reforma del sector salud. Después del marco referencial, el cuestionario de evaluación formula preguntas clave para las cuales se requieren respuestas con la finalidad de tomar decisiones en base a información referente al seguro social. Finalmente un modelo basado en una hoja de cálculo ayuda a realizar las "pruebas de la realidad", dada la situación actual de un país. ¿Dónde estamos ahora, dónde queremos ir y qué debe suceder para que podamos llegar ahí?²

La herramienta cubre muchas áreas, una de las cuales trata sobre las implicaciones financieras de diversas opciones. A pesar de que las decisiones referentes al seguro social de salud no se reducen a un mero "ejercicio contable" en términos de cuánto cuestan los diferentes servicios, es útil contar con algunas estimaciones financieras para tomar mejores decisiones con respecto a cómo asignar mejor los escasos recursos disponibles. Si es necesario depurar las estimaciones, el modelo puede ser empleado para llevar a cabo análisis de sensibilidad. Por ejemplo, si modificamos las cifras correspondientes a la pobreza y las traducimos en cantidades que consideramos que son más exactas, ¿qué significa esto en términos de quienes se consideran pobres y cuál sería el costo estimado de prestar ciertos servicios? Si hemos subestimado o sobrestimado el costo de proporcionar un servicio en particular, ¿cómo cambiaría el panorama en general si ajustamos las cifras de los costos para reflejar nuestras nuevas suposiciones o experiencias con respecto a dichos costos? ¿Podemos determinar un rango probable de costos que parecería factible dados los niveles de eficiencia y patrones de utilización actuales? El financiamiento es solamente un aspecto del tema del seguro social de salud, pero es de importancia crucial; sin un financiamiento adecuado, un programa de seguro no puede sobrevivir. Aunque la salud comprende mucho más que los ingresos o costos, estos aspectos deben ser parte integral del tema a ser tratado si la meta es lograr una solución factible y sostenible.

Le rogamos contactarse con los autores en caso de tener cualquier pregunta, comentario o si desea elaborar más detalladamente sobre el tema.

Rena Eichler
management sciences for health
1515 WILSON BOULEVARD, SUITE 710
ARLINGTON, VA 22209 2402
U.S.A.
TELÉFONO: (703) 248 1620
FAX: (703) 524 7898
CORREO ELECTRÓNICO (e mail): reichler@msh.org

Elizabeth Lewis
management sciences for health
165 ALLANDALE ROAD
BOSTON, MA 02130 3400
U.S.A.
TELÉFONO: (617) 524 7799
FAX: (617) 524 2825
CORREO ELECTRÓNICO (e mail): elewis@msh.org

² La hoja de cálculo está disponible por la página web de la Iniciativa: <http://www.americas.health-sector-reform.org>, o por la Caja Electrónica de Herramientas Gerenciales de MSH: <http://www.erc@msh.org/toolkit>.

II. FINANCIAMIENTO DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD: UN MARCO REFERENCIAL PARA LAS DECISIONES REFERENTES A LAS POLITICAS

INTRODUCCION

EL SEGURO SOCIAL COMPREHENSIVO DE SALUD PUEDE CONSTITUIR UNA ESTRATEGIA POTENTE PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO DE UN SISTEMA DE SALUD. SI ESTÁ BIEN DISEÑADO, EL SEGURO SOCIAL PUEDE CONVERTIRSE EN UNA PODEROSA FUERZA MOTRIZ PARA LOGRAR LAS METAS DE LA MAYOR PARTE DE LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD:

EL ACCESO puede mejorarse eliminando las barreras financieras y ofreciendo incentivos a los proveedores para que presten servicios a toda la población.

LA EQUIDAD puede mejorarse si las personas con mayores ingresos aportan más que las personas con ingresos más bajos y las personas relativamente sanas subsidian a las que consumen más recursos del sistema y se encuentran relativamente enfermas (combinando o compartiendo el riesgo).

LA EFICIENCIA puede mejorarse si se incorporan incentivos al sistema para alentar el uso apropiado de los recursos.

LA CALIDAD puede mejorarse si se estructura el sistema con miras a recompensar a los proveedores que prestan servicios de alta calidad y penalizar a los que no lo hacen.

LA COBERTURA UNIVERSAL puede lograrse si se incorpora a toda la población dentro del sistema y el paquete de servicios a ser ofrecido se basa en información real correspondiente a los recursos disponibles.

Este documento proporciona un marco referencial para comprender las implicaciones del financiamiento del seguro social de salud. Este marco referencial está diseñado como una guía para ayudar a los responsables de tomar decisiones a nivel nacional a evaluar su sistema actual y considerar opciones para el cambio. Algunas de las interrogantes generales que serán planteadas incluyen las siguientes:

- ¿De dónde provendrá el dinero para financiar el seguro social de salud, y será este "suficiente"?
- ¿Existe una población prioritaria?, y si así fuere, ¿a qué paquete de beneficios tendrá acceso?
- ¿Qué porción de la población será subsidiada y cuáles son sus características?
- ¿Cómo se captarán los ingresos y como se distribuirán los mismos?
- ¿Qué entidades asumirán el riesgo financiero de proporcionar un paquete definido de beneficios?
- ¿Cómo se pagará a los proveedores y cuáles serán los incentivos asociados a las distintas formas de pago?

La introducción del seguro social de salud puede traer consigo cambios fundamentales a los sistemas de salud. Estos cambios tienen implicaciones financieras en la medida que las personas que prestan los servicios encaran cambios en los incentivos que alteran su comportamiento y tienen un impacto sobre los costos del sistema. Se podrían crear instituciones nuevas y las instituciones existentes podrían transformarse, imponiendo costos considerables durante el periodo de la implementación y costos continuos para mantener a las instituciones nuevas y transformadas. Los clientes también cambian su comportamiento en lo que se refiere a la búsqueda de atención médica, especialmente si el seguro social de salud y las reformas asociadas al mismo tienen éxito en mejorar el acceso y la calidad, causando un impacto en los gastos de la atención. El seguro social de salud constituye una estrategia primordial para promover una reforma comprehensiva del sector salud.

Existe un consenso creciente a nivel de diversos grupos en varios países de que es necesaria una reforma comprehensiva del sector salud. Un examen minucioso de las propuestas de reforma más importantes de una amplia gama de países de América Latina indica que existen similitudes muy marcadas en las metas establecidas para la reforma del sistema de salud y la evaluación de los problemas actuales que aquejan al sector salud. Las propuestas incluyen metas que implican un seguro social comprehensivo de salud, como la cobertura universal, la solidaridad, como mejorar el acceso y la protección contra el riesgo financiero.

Se puede considerar que las propuestas para las reformas tienen las siguientes características clave:

- Una declaración de las metas que implica un conjunto de principios y valores
- Una evaluación de los problemas actuales
- Una gama de soluciones propuestas dirigidas a resolver los problemas actuales y a lograr las metas

Para que una reforma sea exitosa, todos los elementos deben funcionar de manera conjunta. Las metas y valores deben estar bien definidos, las soluciones propuestas deben ser factibles y deben conjuncionarse para producir un modelo coherente, y el modelo de reforma debe producir los resultados deseados.

Este documento presenta un marco referencial analítico que invita a la reflexión con respecto a los aspectos referentes al financiamiento del seguro social dentro del contexto de la reforma del sistema de salud.

El seguro social de salud constituye el tema central de las discusiones actuales referentes a las reformas.

El seguro social de salud constituye el tema central de las reformas que actualmente se está tratando en varios países de América Latina. El consenso parece ser que los pobres deben recibir subsidios y que se debería proteger a las personas del gran riesgo financiero proveniente de las enfermedades de alto costo. Los sistemas públicos tratan de proteger en parte a las personas del gran riesgo financiero, pero lo hacen en base a desigualdades, ineficiencia y una calidad inadecuada.

Las instituciones del seguro social dan cobertura a la población empleada por el sector formal. Otras personas adquieren seguros privados o pagan por la atención médica de sus propios bolsillos debido a su insatisfacción con los sistemas públicos y de seguridad social. Una de las metas de las reformas del sistema de salud en la región consiste en proporcionar acceso a servicios de calidad adecuada sin imponer un riesgo financiero demasiado alto a la población.

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE UN SISTEMA DE SEGURO SOCIAL DE SALUD "IDEAL"?

Un sistema de seguro social se considera "ideal" si posee las siguientes cuatro características:

- i. ***Un paquete de beneficios definido, que también debe estar disponible.*** Un sistema de seguro social "ideal" especifica explícitamente una lista de beneficios que serán provistos a la población cubierta. Además de especificar lo que está cubierto, es importante incluir el criterio de que estos beneficios realmente se encuentran disponibles.
- ii. ***Financiamiento que incluye los subsidios cruzados de las personas de mayores ingresos con las de menores ingresos.*** Todas las formas de financiamiento están incluidas en esta definición incluyendo los ingresos generales provenientes de los impuestos, así como los aportes salariales. (Este criterio también implica el objetivo social de cobertura universal en el cual un sistema de seguro social que solamente cubre a una porción de la población no satisface completamente el criterio del subsidio cruzado.)
- iii. ***Combinar o compartir el riesgo conyunciando a las personas que se encuentran relativamente sanas con las que están relativamente enfermas.*** Otro aspecto importante del seguro social es que las personas que se encuentran relativamente sanas deben combinarse con las que están relativamente enfermas. Esto implica que aquellos individuos que están relativamente sanos también subsidian a los relativamente enfermos. (Este criterio también implica el objetivo social de la cobertura universal dado que un sistema de seguro social que solamente cubre a una porción de la población no logra combinar o compartir completamente los riesgos de la población.)
- iv. ***Una población cubierta definida.*** Un sistema de seguro social "ideal" conoce a las personas a las que debe proporcionar los beneficios además de sus características (edad, género).

SEGURO SOCIAL ≠ INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL O SISTEMAS DE SALUD PÚBLICA.

Les puedo tomar nota que el concepto del seguro social va más allá de las instituciones de seguridad social que tradicionalmente han existido en América Latina y más allá del alcance de los sistemas públicos actuales. Las estrategias de seguro social que se aplican a nivel de un sector pueden incluir a las instituciones de seguridad social, o pueden ser reemplazados por otros modelos de financiamiento o de prestaciones. La mayoría de las instituciones de seguridad social no se adecúan a la definición presentada más arriba porque:

- no se ha definido explícitamente un paquete de beneficios
- no se ha logrado un subsidio cruzado a nivel de toda la sociedad que beneficie a los pobres a partir de los ricos
- no se ha logrado la cobertura universal
- no se conyuncionan todos los riesgos de salud de la población en su integridad
- se desconoce cuál es el número real de personas que cuenta con cobertura

Este documento presentará una diversidad de opciones de diseño disponibles para desarrollar un sistema de seguro social de salud.

La estimación de las implicaciones financieras de las reformas que incluyen el seguro social de salud no constituye un ejercicio contable.

Si no hubieran cambios a nivel de todo el sistema, se podría estimar la implicación financiera de un incremento en la cobertura de un servicio específico o de una canasta de servicios a una población objetivo. Uno tendría que conocer el costo promedio del servicio, el tamaño de la población objetivo y la utilización esperada de este servicio a nivel del grupo poblacional objetivo. Para estimar los fondos que se requerirán simplemente se tendría que realizar el siguiente tipo de cálculo:

Ejemplo:

Población objetivo : 2000

Costo promedio : 50 colones

Utilización esperada : .5 (se espera que el 50% de las personas de la población objetivo utilice el servicio una vez al año)

Costo de añadir un servicio : $(2000 * .5) * 50 = 50.000$ colones

Estimar las implicaciones financieras de la reforma del seguro social implica considerar el impacto sobre la eficiencia, los costos, la calidad, el acceso y la utilización.

Estimar las implicaciones financieras de la reforma del seguro social no es algo tan simple como el ejercicio contable que se muestra más arriba. Si se espera que las reformas mejoren la eficiencia, el costo promedio para proporcionar el servicio podría disminuir. Adicionalmente, si las reformas son exitosas y se logra mejorar el acceso y la calidad, los clientes podrían responder al solicitar los servicios con mayor frecuencia, dando como resultado un incremento en la utilización esperada por parte del grupo poblacional objetivo. Si la reforma cambia la manera en la que se reembolsa a los proveedores de modo que se les pague una tarifa cada vez que ellos proporcionan este servicio, ellos podrían alentar activamente a las personas para que obtengan ese servicio. Esta respuesta por parte de los proveedores podría también dar como resultado un incremento en la utilización esperada por parte del grupo poblacional objetivo. ¿Cuál será el impacto de una eficiencia mejorada sobre los costos? ¿Cómo responderán los clientes a una mejor calidad de los servicios? ¿Cómo responderán los proveedores a estos nuevos incentivos? Todas estas preguntas deben ser consideradas cuidadosamente al realizar la estimación del impacto financiero de la reforma.

La reforma al nivel de todo el sistema trata de cambiar las reglas que alteran el comportamiento.

Los asuntos mencionados anteriormente señalan que la finalidad de las reformas a nivel de todo el sistema es cambiar las reglas que alteran el comportamiento. Se sabe mucho en base a la experiencia mundial acerca de como responden los proveedores a los distintos mecanismos de pago. Los salarios que no están determinados sobre la base de la productividad incorporan incentivos muy

débiles para proporcionar los servicios, en tanto que el reembolso a los proveedores en base al cobro de una tarifa por cada servicio prestado genera incentivos muy poderosos para que los proveedores hagan más de lo estrictamente necesario. Los sistemas de seguro voluntario tienden a atraer personas que saben que se encuentran enfermas, dando como resultado una conjunción de asegurados de alto costo que llevarán al sistema a un colapso financiero eventual. La participación obligatoria en los seguros es la modalidad preferida pero generalmente no es factible su implementación en los países en vías de desarrollo que tienen un sector informal demasiado grande así como una historia de evasión impositiva. Estos y otros temas deben ser considerados cuidadosamente al sopesar las implicaciones del financiamiento de la reforma del seguro social.

Marco referencial analítico para considerar las implicaciones del financiamiento de la reforma del seguro social propuesto:

La siguiente figura muestra un modelo de las funciones clave que deben ser consideradas cuando se evalúan las implicaciones del financiamiento de la reforma del seguro social de salud. Cada función puede ser desempeñada por diferentes instituciones, o una sola institución puede desempeñar una combinación de varias funciones.

- ***Captación de ingresos:*** Al diseñar un sistema de seguro social de salud será necesario determinar las fuentes de ingresos y los mecanismos para su recaudación.
- ***Fondo para el seguro social:*** El fondo para el seguro social es la función que combina los fondos provenientes de la población y financia el sistema de seguro social de salud. Los fondos para el seguro social son fondos de solidaridad debido a que las personas de mayores ingresos y las personas relativamente saludables subsidian a las personas de ingresos bajos y a las que consumen los servicios de salud de costo elevado.
- ***Plan de salud:*** Un plan de salud es la entidad que asume el riesgo financiero de proporcionar un paquete definido de beneficios a una población específica. Los planes de salud pueden ser intermediarios financieros que suscriben contratos con los proveedores o grupos de proveedores que conforman una asociación para proporcionar un paquete de servicios de salud a un número específico de afiliados a cambio de un aporte fijo por persona. Las redes de proveedores que proporcionan un paquete comprehensivo de servicios a cambio de un aporte fijo también son planes de salud. El intermediario financiero, el grupo de proveedores y la red de proveedores son planes de salud porque asumen un riesgo financiero. En cada caso, los servicios de salud deben ser provistos a cambio de un aporte fijo por persona ya sea que todos los afiliados requieran de atención o nadie requiera de atención. Los proveedores que cobran tarifas por cada servicio no constituyen planes de salud; ellos no asumen ningún riesgo financiero ya que están en condiciones de facturar a un usuario por cada servicio prestado.
- ***Proveedores:*** Los proveedores comprenden a todos los tipos de personas e instituciones que proporcionan servicios de salud y que son parte del sistema formal de salud. Estos incluyen a todos los que prestan los servicios de salud, es decir los médicos y enfermeras y las instituciones como los hospitales y farmacias.

POR EJEMPLO, LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL (ISS) EN AMÉRICA LATINA ASUMEN LOS PAPELES DE:

- **RECAUDADORES DE INGRESOS:** [*** LOS EMPLEADORES Y LOS EMPLEADOS CONTRIBUYEN A LA SEGURIDAD SOCIAL; LOS EMPLEADORES TIENEN LA RESPONSABILIDAD DE ENTREGAR ESTOS APORTES SALARIALES A LA ISS.***]
- **FONDO DEL SEGURO SOCIAL:** LAS ISS COMBINAN Y ADMINISTRAN LOS FONDOS Y CONJUNCIONAN LOS RIESGOS.
- **PLAN DE SALUD:** LAS ISS ASUMEN LA RESPONSABILIDAD, PERO NO NECESARIAMENTE EL RIESGO FINANCIERO DE PROPORCIONAR LOS SERVICIOS A LOS BENEFICIARIOS A LOS QUE BRINDA COBERTURA (AUNQUE EL PAQUETE NO ESTE NECESARIAMENTE DEFINIDO EXPLÍCITAMENTE).
- **PROVEEDOR:** LAS ISS GENERALMENTE EMPLEAN A MUCHOS PROVEEDORES, AUNQUE EN ALGUNOS PAÍSES TAMBIÉN SE CONTRATAN ALGUNOS SERVICIOS DE LOS SECTORES PÚBLICO Y PRIVADO.

LOS SISTEMAS DE SALUD PÚBLICA EN LA REGIÓN NO RECAUDAN INGRESOS, EN SU CALIDAD DE SISTEMAS PÚBLICOS ÉSTOS SON FINANCIADOS GENERALMENTE A TRAVÉS DE LAS RECAUDACIONES IMPOSITIVAS. EL SISTEMA PÚBLICO INTEGRAR LOS ROLES DEL FONDO DEL SEGURO SOCIAL, EL PLAN DE SALUD Y EL PROVEEDOR EN UNA SOLA INSTITUCIÓN.

POR EL CONTRARIO, EL OBJETO DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD A NIVEL MUNDIAL ES LA DESIGNACIÓN DE INSTITUCIONES DIFERENTES PARA QUE ASUMAN CADA UNO DE ESTOS ROLES. ESTA RESPUESTA SE BASA EN LOS RESULTADOS INADECUADOS PRODUCIDOS POR LOS SISTEMAS INTEGRADOS DE SALUD ACTUALES, CONTROLADOS Y ADMINISTRADOS POR EL NIVEL CENTRAL.

LA SIGUIENTE ESTRUCTURA ELABORARÁ EN DETALLE SOBRE CADA FUNCIÓN CON EL OBJETO DE PROPORCIONAR UN MARCO REFERENCIAL CON EL CUAL SE PUEDAN EVALUAR LOS MODELOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD ACTUALES Y A SU VEZ EVALUAR LAS REFORMAS POSIBLES.



1) Entorno (Medio Facilitador)

¿Qué obstáculos y elementos facilitadores existen en el entorno del sector salud?

cuando se examinan las implicaciones de varias propuestas de reforma del seguro social es crucial considerar el entorno ("medio facilitador") del país. Esto incluye todos los aspectos de las diversas circunstancias del país que tienen un impacto sobre el sector salud. Este concepto amplio incluye el desarrollo de la economía del país, la capacidad del gobierno para asumir un rol de liderazgo y su papel regulador y las realidades del financiamiento y prestación de servicios del sistema de salud actual. La evaluación del entorno proporciona información referente a las restricciones que existen y las intervenciones que podrían ser necesarias para facilitar la implementación de una reforma.

El ingreso nacional constituye una restricción.

una restricción clara es el ingreso general de un país. obviamente no es factible proponer un sistema de salud que cueste \$1.000 por persona en un país donde el ingreso per cápita es equivalente al doble de esa cantidad.

Los gobiernos carecen de la capacidad para recaudar impuestos de manera efectiva.

Otras restricciones incluyen la habilidad de los gobiernos para recaudar impuestos de la población. Los países que tienen un sector informal muy grande y una historia de evasión impositiva no estarán en condiciones de implementar un esquema de seguro social de salud financiado a través de un incremento significativo de los ingresos provenientes de los impuestos a no ser que se introduzcan procedimientos más efectivos de recaudación de impuestos, un cambio que va más allá del sector salud.

Las reformas nacionales como la descentralización tienen un impacto sobre el sector salud.

Las reformas del sector salud generalmente ocurren en un medio en el que se están implementando otras reformas nacionales. un ejemplo muy prominente que se puede ver a nivel mundial es la modalidad adoptada por muchos países consistente en descentralizar la toma de decisiones y el control de los recursos del gobierno central hacia los gobiernos regionales y locales. Las leyes que rigen la toma de decisiones descentralizadas podrían inhibir la amplia gama de intervenciones que pueden ser manejadas a nivel nacional. un ejemplo muy obvio es que la descentralización podría limitar el grado en el que los fondos provenientes de regiones con ingresos relativamente altos pueden ser transferidos a las regiones con ingresos relativamente bajos.

LAS LEYES DEL SERVIDIO CIVIL PODRÍAN LIMITAR SOLOAMENTE LA GAMA DE OPCIONES DE REFORMAS POSIBLES DEL SEGURO SOCIAL.

LOS FUNCIONARIOS CIVILES EN LA MAYORIA DE LOS PAISES PERCIEN UN SALARIO QUE NO DEPENDE DE SU PRODUCTIVIDAD Y TIENEN UN TRABAJO GARANTIZADO DE POR VIDA. ESTAS REALIDADES DE LAS LEYES QUE EXISTEN ALREDEDOR DEL EMPLEO DE FUNCIONARIOS CIVILES PUEDEN CONSTITUIR OBSTACULOS SIGNIFICATIVOS PARA LA IMPLEMENTACION DE UN MODELO DE SEGURO SOCIAL QUE PUEDA FOMENTAR LA EFICIENCIA Y MEJORAR LA CALIDAD.

EL MARCO REFERENCIAL LEGAL Y REGULADOR PARA EL SECTOR PODRÍA SER INADECUADO.

LAS REFORMAS DEL SEGURO SOCIAL GENERALMENTE IMPLICAN LA CREACION DE NUEVAS INSTITUCIONES Y LA TRANSFORMACION DE LAS INSTITUCIONES EXISTENTES. SE REQUIEREN NUEVAS LEYES Y REGULACIONES PARA PROTEGER A LOS CLIENTES Y GARANTIZAR QUE EL SISTEMA DEL SEGURO SOCIAL FUNCIONE EN LA FORMA QUE FUE DISEÑADO. EN LA MAYORIA DE LOS PAISES, SE REQUIERE DE UNA REVISION EXHAUSTIVA DE LAS LEYES Y REGULACIONES EXISTENTES CON EL OBJETO DE IDENTIFICAR LOS CONFLICTOS ENTRE LAS LEYES EXISTENTES Y LAS NUEVAS ASI COMO PARA IDENTIFICAR LAS BRECHAS O VACIOS EXISTENTES.

EL MINISTERIO DE SALUD PODRÍA NO ESTAR LISTO PARA ASUMIR EL PAPEL DE LIDERAZGO Y ENTE REGULADOR.

LAS REFORMAS DEL SEGURO SOCIAL GENERALMENTE DEPENDEN DE UN CAMBIO EN EL PAPEL QUE DESEMPEÑAN EL GOBIERNO Y EL MINISTERIO DE SALUD DE PAGADOR Y PROVEEDOR A ADMINISTRADOR Y REGULADOR. SE DEBE CONSIDERAR CUIDADOSAMENTE LA EVALUACION DE LA CAPACIDAD ACTUAL DEL GOBIERNO PARA ASUMIR ESTOS NUEVOS ROLES. PODRÍA SER NECESARIA UNA REORGANIZACION DEL MINISTERIO DE SALUD ASI COMO UN CAMBIO EN LAS ABILIDADES DEL PERSONAL.

DEBEN CONSIDERARSE GRUPOS DE INTERESES PODEROSOS.

LAS INSTITUCIONES ACTUALES QUE FINANCIAN Y PRESTAN SERVICIOS DE SALUD TAMBIEN SON PARTE CRUCIAL DEL ENTORNO. LAS PERSONAS QUE TRABAJAN O QUE SON PROPIETARIAS DE INSTITUCIONES EXISTENTES FORMAN GRUPOS DE INTERESES PODEROSOS QUE DEBEN SER CONSIDERADOS PARA QUE LAS REFORMAS DEL SEGURO SOCIAL TENGAN EXITO. LAS PERSONAS QUE TRABAJAN ACTUALMENTE EN EL SECTOR SALUD DEBEN POSEER LA CAPACIDAD PARA ASUMIR NUEVOS ROLES EN EL SISTEMA REFORMADO.

2) Políticas y Regulaciones Nacionales que Tienen Impacto Sobre la Cobertura Del Seguro Social

SE REQUIEREN POLITICAS Y REGULACIONES QUE CORRESPONDAN AL MODELO ESCOGIDO DE SEGURO SOCIAL DE SALUD. LAS POLITICAS Y REGULACIONES PUEDEN DISTINGUIRSE CONSIDERANDO LAS QUE ESTAN DIRIGIDAS A LOS CLIENTES, EMPLEADORES, ASEGURADORES Y PROVEEDORES DE SALUD.

ALGUNOS ESQUEMAS DE SEGURO SOCIAL OBLIGAN A UNA PARTICIPACIÓN UNIVERSAL, EN TANTO QUE OTROS ESTÁN DIRIGIDOS A GRUPOS POBLACIONALES ESPECÍFICOS Y PERMITEN UNA TRANSICIÓN GRADUAL HACIA LA PARTICIPACIÓN UNIVERSAL A TRAVÉS DEL TIEMPO.

¿SE OBLIGARÁ A TODOS LOS RESIDENTES A PARTICIPAR O EL ESQUEMA DEL SEGURO SOCIAL ESTARÁ DIRIGIDO A ALGUNOS SEGMENTOS ESPECÍFICOS DE LA SOCIEDAD? LOS PAÍSES PODRÍAN DECIDIR OBLIGAR A TODOS LOS HOGARES CUYOS INGRESOS SE ENCUENTRA POR DEBAJO DE UN CIERTO NIVEL ESPECÍFICO A PARTICIPAR Y DESARROLLAR UN PLAN PARA INCORPORAR A OTROS A TRAVÉS DEL TIEMPO. OTRA OPCIÓN CONSISTE EN COMENZAR POR OBLIGAR AL SECTOR FORMAL A PARTICIPAR E IMPLEMENTAR UN PLAN PARA INCLUIR AL SECTOR INFORMAL CON EL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

NO DEBEN ESTABLECER POLÍTICAS PARA DETERMINAR LOS APORTES DE LOS EMPLEADOS, EMPLEADORES DEL SECTOR FORMAL Y DEL SECTOR INFORMAL, TOMANDO EN CUENTA LOS APORTES POTENCIALES SOBRE EL MERCADO LABORAL DEL SECTOR FORMAL.

SI LOS APORTES AL ESQUEMA DE SEGURO SOCIAL SE HACEN A TRAVÉS DE LOS SALARIOS, SERÁ NECESARIO DETERMINAR LA FÓRMULA PARA REALIZAR LAS DEDUCCIONES DE LOS SALARIOS. ALGUNOS PAÍSES DECIDEN DIVIDIR LOS APORTES ENTRE EL EMPLEADOR Y EL EMPLEADO. EL APORTE PUEDE SER UN MONTO FIJO, UN PORCENTAJE FIJO DEL SALARIO, O UN PORCENTAJE QUE AUMENTA A MEDIDA QUE AUMENTA EL SALARIO. SE DEBE TENER CUIDADO PARA ASEGURARSE QUE LA IMPOSICIÓN DE DEDUCCIONES A LOS SALARIOS PARA DESTINARLOS AL SECTOR SALUD NO DISTORSIONARÁ EL MERCADO LABORAL INCREMENTANDO LA EVASIÓN IMPOSITIVA O REDUCIENDO EL TAMAÑO DEL SECTOR FORMAL.

OBLIGAR AL SECTOR INFORMAL A EFECTUAR CONTRIBUCIONES TRAE CONSIGO RETOS ADICIONALES A LOS PRESENTADOS EN LA SECCIÓN PREVIA. IMPONER LA MISMA CARGA AL SECTOR INFORMAL QUE LA IMPUESTA AL SECTOR FORMAL (EMPLEADOR Y EMPLEADO) PODRÍA CONSTITUIR UNA BARRERA FINANCIERA A LA PARTICIPACIÓN. POR OTRO LADO, UNA POLÍTICA QUE PERMITE QUE EL SECTOR INFORMAL PAGUE UN PORCENTAJE MENOR DE SUS INGRESOS O UNA TARIFA MÁS BAJA PODRÍA ALENATAR A LOS EMPLEADORES A CONTRATAR A UN MAYOR NÚMERO DE TRABAJADORES A TRAVÉS DE LOS MERCADOS LABORALES DEL SECTOR INFORMAL CON CONSECUENCIAS DESAFORTUNADAS PARA EL DESARROLLO DEL EMPLEO A NIVEL DEL SECTOR FORMAL. NO HAY RESPUESTAS FÁCILES, PERO LOS ENCARGADOS DE FORMULAR POLÍTICAS DEBEN ESTAR CONSCIENTES DE LAS CONSECUENCIAS A NIVEL DE TODA LA ECONOMÍA.

NO PODRÍAN POLÍTICAS PARA DETERMINAR EL NIVEL DE OPCIONES DE PROVEEDORES DISPONIBLES PARA EL CLIENTE.

SE REQUERIRÁN DECISIONES PARA DETERMINAR EL NIVEL DE OPCIONES DISPONIBLES PARA EL CLIENTE EN EL SISTEMA. EN LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL ACTUALES Y LOS SISTEMAS PÚBLICOS, LA ÚNICA OPCIÓN DEL CLIENTE SE DA CUANDO LOS CLIENTES DECIDEN "VOTAR CON LOS PIES" PAGANDO UNA TARIFA PARA CONSULTAR A UN PROVEEDOR PRIVADO. LOS SISTEMAS DE SEGURO SOCIAL PUEDEN ORGANIZARSE PARA PERMITIR UNA AMPLIA GAMA DE OPCIONES PARA EL CLIENTE E INCLUIR PROVEEDORES DE LOS SECTORES PÚBLICO, SIN FINES DE LUCRO Y PRIVADO. PERMITIR UNA OPCIÓN MÁS AMPLIA DE PROVEEDORES PODRÍA ALENATAR LA PARTICIPACIÓN, REDUCIR LA EVASIÓN Y AUMENTAR LA COBERTURA YA QUE LAS PERSONAS CON PREFERENCIAS POR LOS SERVICIOS DEL SECTOR PRIVADO PODRÍAN DECIDIR PARTICIPAR.

Las regulaciones que determinan los requisitos para que los proveedores y aseguradores participen en el esquema de seguro social tienen el potencial de mejorar la calidad a nivel del sistema y proteger a los clientes.

Una vez que se han tomado las decisiones de incluir proveedores privados con fines de lucro y sin fines de lucro dentro del sistema del seguro social, se deberían establecer regulaciones que determinen los criterios para su participación. Concentrar los pagos a través de un sistema de seguro social comprensivo aumenta el potencial de influencia del sector público sobre el comportamiento del proveedor. Por ejemplo, si los proveedores deben asistir a clases anuales de educación continua para poder participar en el sistema, seguramente seguirán las regulaciones de manera que puedan asegurar esta importante fuente de ingresos. De esta manera, un sistema de seguro social puede mejorar la calidad de la atención en general. Otras regulaciones que rigen la participación de los proveedores podrían incluir la emisión de licencias para el personal médico y la acreditación de los centros de salud como condición previa a su participación.

[**Las regulaciones e incentivos que tratan de la adquisición de la tecnología médica y aumentos en la capacidad de camas hospitalarias pueden contribuir al control de costos del sistema del seguro social.

Existe mucha evidencia en la literatura de economía de salud que en algunas circunstancias "una cama construida es una cama llena." Esta evidencia también se extiende al uso de tecnología muy costosa; por ejemplo, cuando una unidad ya compra un IRM [*MRI?], lo utiliza. Los sistemas del seguro social pueden controlar el uso excesivo de capacidad de camas y de tecnología costosa a través del desarrollo y la imposición de regulaciones que controlan la adquisición de la tecnología, y que requieren la aprobación del gobierno para ampliar la cantidad de las camas hospitalarias. Mecanismos de reembolso que proveen incentivos a los hospitales para controlar los costos por manejar la duración de estancia y el uso de tecnología costosa son otras opciones para controlar los costos del seguro social. En la mayoría de los casos, es necesario aplicar las dos opciones (regulaciones e incentivos apropiados); las regulaciones en sí no son suficientes.***]

Las regulaciones para garantizar la solvencia de los intermediarios financieros que asumen el riesgo financiero son cruciales para proteger el acceso de los clientes a la cobertura del seguro social.

La regulación del seguro adquiere cada vez mayor importancia si el esquema de seguro social adoptado transfiere el riesgo financiero a los intermediarios financieros o a los grupos de proveedores. Estos intermediarios deben asegurarse de mantener dinero en reserva para pagar por eventos de baja probabilidad y de costo elevado. Las regulaciones para garantizar la solvencia de los intermediarios financieros que asumen el riesgo financiero son cruciales para proteger el acceso de los clientes a la cobertura del seguro social.

EL SECTOR PÚBLICO DEBE AUMENTAR LA SUPERVISIÓN Y MONITOREO PARA ASEGURAR QUE LOS CLIENTES ESTÉN PROTEGIDOS EN EL SISTEMA REFORMADO.

EL PAPEL DEL SECTOR PÚBLICO DEBE CAMBIAR COMO PARTE DE LA IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA DE UN PROGRAMA DE SEGURO SOCIAL COMPREHENSIVO QUE MODIFIQUE LA FORMA EN LA QUE SE FINANCIAN, ORGANIZAN Y PRESTAN LOS SERVICIOS DE SALUD. PARA SER EFICAZ, SE REQUIERE QUE EL SECTOR PÚBLICO AUMENTE EL NIVEL DE SUPERVISIÓN Y MONITOREO CON EL FIN DE ASEGURAR QUE LOS CLIENTES SE ENCUENTREN PROTEGIDOS. ESTE NUEVO PAPEL GENERALMENTE INVOLUCRA NUEVAS CAPACIDADES QUE NO EXISTEN A NIVEL DE LOS MINISTERIOS DE SALUD ACTUALES Y SE PODRÍA REQUERIR UN CAMBIO EN SU ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

3) Captación de Ingresos

¿CÓMO SE CAPTARÁN LOS FONDOS PARA PAGAR POR LOS SERVICIOS DE SALUD?

LOS SIGUIENTES MECANISMOS SE ENCUENTRAN DISPONIBLES PARA FINANCIAR LOS SERVICIOS DE SALUD:

- RECAUDACIÓN DE IMPUESTOS GENERALES
- APORTES ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL NIVEL SALARIAL PARA PAGAR POR LOS SERVICIOS DE SALUD
- PRIMAS DE SEGURO VOLUNTARIAS
- TARIFAS PAGADAS POR LOS HOGARES O EMPLEADORES A LOS PROVEEDORES
- OTROS (LOTERÍAS, DONACIONES)
- IMPUESTOS MUNICIPALES
- INTERESES SOBRE LAS RESERVAS

¿SON "SUFICIENTES" LOS RECURSOS DISPONIBLES?

ANTES DE PROMETER A LA POBLACIÓN ACCESO A UNA AMPLIA GAMA DE SERVICIOS DENTRO DE UN SISTEMA DE SEGURO SOCIAL DE SALUD REFORMADO, SERÁ EXTREMADAMENTE IMPORTANTE EVALUAR SI LOS RECURSOS SON SUFICIENTES PARA FINANCIAR ESTE PAQUETE. SE PUEDEN ADOPTAR ALGUNAS ACCIONES PARA MEJORAR LA DISPONIBILIDAD DE INGRESOS PARA EL SISTEMA DE SALUD, PERO LOS ENCARGADOS DE FORMULAR POLÍTICAS DEBEN SER REALISTAS CON RESPECTO A LOS RECURSOS QUE ESTARÁN DISPONIBLES EN EL CORTO PLAZO. LOS PLANES PARA INCLUIR PAQUETES DE SERVICIOS MÁS COMPREHENSIVOS Y CUBRIR A UN GRUPO MÁS AMPLIO DE BENEFICIARIOS PUEDEN DESARROLLARSE COMO PARTE DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA DEL SEGURO SOCIAL. [***Además, aun si un país se enfrenta con recursos escasos, casi siempre puede asegurar que los recursos ya dedicados al sector salud se emplean mejor.***]

LA EVASIÓN IMPOSITIVA ES UN PROBLEMA GRAVE.

LOS SISTEMAS PÚBLICOS EN LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO SON FINANCIADOS PRIMORDIALMENTE A TRAVÉS DE LOS INGRESOS GENERADOS POR LOS IMPUESTOS. LOS IMPUESTOS PUEDEN SER RECAUDADOS A NIVEL GUBERNAMENTAL CENTRAL, REGIONAL O LOCAL. SE PUEDEN FIJAR IMPUESTOS SOBRE LOS INGRESOS, LA PROPIEDAD, LAS VENTAS, LAS UTILIDADES, LAS IMPORTACIONES Y LAS EXPORTACIONES. ALGUNOS PAÍSES FIJAN IMPUESTOS A PRODUCTOS ESPECÍFICOS COMO LOS CIGARRILLOS O EL ALCOHOL, QUE AFECTAN LA SALUD CUANDO SON CONSUMIDOS. LA EVASIÓN IMPOSITIVA Y EL HECHO DE REPORTAR VALORES INFERIORES DE INGRESOS Y BIENES DE LO QUE CORRESPONDERÍA SON PROBLEMAS GRAVES EN LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES EN VÍAS

de desarrollo. Los arquitectos de las reformas del sector salud deben considerar cuidadosamente la factibilidad práctica de las políticas financieras que se apoyan totalmente en los impuestos recaudados.

Es extremadamente difícil cobrar los aportes salariales del sector informal.

Los sistemas de seguro social de salud de muchos países se financian en base a los aportes que generalmente son efectuados por los empleados y los empleadores. Los sistemas de seguridad social en la mayor parte de América Latina constituyen un ejemplo de esto. Los aportes pueden ser fijos e iguales, en relación con el salario (porcentaje del salario), o pueden estar relacionados con los ingresos (se considera el ingreso total—no solamente los salarios), o podrían variar de acuerdo a las diferentes regiones. Adicionalmente, los aportes pueden ser ajustados para reflejar el riesgo de salud que presentan las personas que tienen cierto perfil. Las características empleadas pueden incluir la edad, el género, las medidas del nivel de salud, las enfermedades crónicas y la historia de utilización previa.

Los países tienen un éxito relativo al recaudar los aportes salariales de las personas empleadas en las empresas medianas o grandes. Sin embargo la captación de aportes del sector informal, así como de las microempresas y de los trabajadores independientes ha probado ser extremadamente difícil y no existen hasta el momento soluciones buenas.

[**Es más probable que los empleadores pequeños y los trabajadores no pobres del sector informal estén más dispuestos a contribuir al seguro social si no existe atención pública gratuita.

Si la atención de salud del sector público sigue disponible, los empleadores pequeños y los trabajadores del sector informal tienen pocos incentivos a contribuir al sistema del seguro social. La razón es que ellos saben que si ocurre algún evento de salud catastrófico, tendrán la opción de utilizar la atención gratuita del sector público. Es posible diseñar un sistema para proteger a los pobres si se subsidia su participación en el sistema del seguro social, y a la vez por proveer incentivos fuertes para contribuir a los que no son pobres. Una estrategia que puede ser eficaz en reducir la evasión por los no pobres requiere que la gente pague el costo total de la atención de salud si no contribuyen al sistema del seguro social. En Costa Rica, por ejemplo, este método aumentó (*compliance*) y redujo la evasión.***]

Los sistemas de seguro social que funcionan bien combinan a las personas de alto y bajo riesgo.

Los esquemas de seguro social que funcionan bien combinan a un número de personas que están expuestas a distintos grados de riesgo de contraer afecciones que impliquen un costo alto en el futuro. Cuando una persona del grupo realmente contrae una afección que implica un costo alto, el costo del tratamiento excede el monto del aporte efectuado por el individuo al grupo asegurado. Las demás personas que se mantienen saludables terminan ayudando a financiar la atención de la persona sin suerte que contrae dicha afección de alto costo.

EL SEGURO ES ATRACTIVO PORQUE PROTEGE A LAS PERSONAS CONTRA LA POSIBILIDAD DE INCURRIR EN GASTOS ELEVADOS EN EL FUTURO. LOS SISTEMAS IDEALES COMBINAN A TODAS LAS PERSONAS DE UN PAÍS Y SON FINANCIADOS POR LOS APORTES DE TODAS ESTAS PERSONAS. LOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURO SOCIAL GENERALMENTE NO ESTÁN RELACIONADOS CON EL RIESGO QUE SUPONE UN INDIVIDUO DADO. POR EL CONTRARIO, LOS APORTES AL SEGURO SOCIAL DEPENDEN GENERALMENTE DE LOS INGRESOS. EL RESULTADO ES QUE LOS MIEMBROS DE LA SOCIEDAD QUE PERCIEN INGRESOS RELATIVAMENTE ALTOS Y SE ENCUENTRAN SALUDABLES SUBSIDIAN A LAS PERSONAS DE INGRESOS RELATIVAMENTE BAJOS Y QUE PADECEEN DE ENFERMEDADES.

UN SISTEMA BASADO SOLAMENTE EN LOS APORTES VOLUNTARIOS NO PODRÁ SOBREVIVIR.

LA EXPERIENCIA A NIVEL MUNDIAL NOS INDICA QUE UN SISTEMA QUE SE BASA SOLAMENTE EN LOS APORTES VOLUNTARIOS NO FUNCIONARA. LAS PERSONAS TIENDEN A APORTAR AL PLAN DEL SEGURO SOLAMENTE SI SABEN QUE REQUERIRÁN ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN. LAS MUJERES SE AFILIAN CUANDO SE DAN CUENTA QUE ESTÁN EMBARAZADAS; LAS PERSONAS COMPRAN UN SEGURO DE SALUD JUSTO ANTES DE REQUERIR UNA OPERACIÓN IMPORTANTE. EL RESULTADO ES QUE LOS PLANES DE SEGURO ASUMEN EL RIESGO DE PAGAR POR LA ATENCIÓN DE UN CONJUNTO DE PERSONAS CUYA ATENCIÓN CUESTA MÁS QUE LA ATENCIÓN DE UNA PERSONA PROMEDIO. ESTO AMENAZA LA VIABILIDAD FINANCIERA DEL PLAN DE SEGURO A TRAVÉS DEL TIEMPO.

LOS HOGARES ESTÁN PAGANDO DE SUS PROPIOS BOLSILLOS PARA OBTENER ATENCIÓN PRIVADA.

GRAN PARTE DEL MUNDO EN VÍAS DE DESARROLLO ESTÁ SIENDO TESTIGO DE UN RÁPIDO CRECIMIENTO DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL DEL SECTOR PRIVADO. ESTOS MÉDICOS, HOSPITALES, LABORATORIOS Y FARMACIAS GENERALMENTE COBRAN LAS TARIFAS DEL SERVICIO DIRECTAMENTE A LAS FAMILIAS QUE PAGAN POR DICHA ATENCIÓN PRESTADA. EL ANÁLISIS DE LOS GASTOS DE LOS HOGARES PARA PAGAR SERVICIOS DE SALUD EN MUCHOS DE ESTOS PAÍSES INDICA QUE AÚN LOS HOGARES MÁS POBRES ESTÁN PAGANDO PARA CONSULTAR CON PROVEEDORES PRIVADOS. UN PROBLEMA QUE SE HACE PATENTE A PAZ DE ESTO ES QUE LOS GASTOS EFECTUADOS DE SUS PROPIOS BOLSILLOS PODRÍA REPRESENTAR UNA PORCIÓN MUY IMPORTANTE DE LOS INGRESOS TOTALES DEL HOGAR, LLEVANDO A LOS HOGARES A LA POBREZA SI CUALQUIERA DE SUS MIEMBROS SE ENFERMA.

LOS PAGOS COMPARTIDOS PUEDEN CUMPLIR PROPÓSITOS ÚTILES EN LOS SISTEMAS DE SEGURO SOCIAL, SIEMPRE QUE SE IMPLEMENTEN EXENCIONES PARA LOS POBRES.

LOS HOGARES TAMBIÉN PUEDEN REALIZAR PAGOS COMPARTIDOS PARA OBTENER SERVICIOS DENTRO DE UN SISTEMA DE SEGURO SOCIAL. EL PAGO COMPARTIDO PUEDE SER YA SEA UNA TARIFA FIJA (POR DÍA, O POR CONSULTA) O UN PORCENTAJE DE LA TARIFA COBRADA. EL PAGO COMPARTIDO SIRVE PARA VARIOS PROPÓSITOS: AYUDAR A FINANCIAR LOS SERVICIOS DE SALUD; HACE QUE EL CLIENTE SE DE CUENTA QUE TIENE DERECHO A EXIGIR SERVICIOS DE CALIDAD DEBIDO A QUE ESTÁ PAGANDO; Y GENERA DISCIPLINA ENTRE LOS CLIENTES EN LO QUE RESPECTA AL USO DE LOS NIVELES APROPIADOS DE ATENCIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD Y A NO CONSULTAR CON MÚLTIPLES PROVEEDORES POR LA MISMA AFECCIÓN. CUANDO SE IMPLEMENTA UN SISTEMA DE PAGO COMPARTIDO, ES CRUCIAL DISEÑAR UN MECANISMO PARA OFRECER EXENCIONES A LOS POBRES.

LOS EMPLEADORES PAGAN A LOS PROVEEDORES TARIFAS NEGOCIADAS PROVIENIENDO PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN DE SUS EMPLEADOS, SIENDO ÉSTA UNA FORMA DE AUTOSEGURO.

EN ALGUNOS PAISES, EXISTEN ACUERDOS ENTRE LOS EMPLEADORES Y LOS PROVEEDORES DE ACEPTAR TARIFAS NEGOCIADAS PARA CUBRIR LOS GASTOS DE ATENCIÓN DE LOS EMPLEADOS DE LA EMPRESA. ÉSTA ES UNA FORMA DE AUTOSEGURO DEL EMPLEADOR. ES POSIBLE QUE UN SISTEMA DE SEGURO SOCIAL QUE FUNCIONA BIEN TENGA ÉXITO EN ALENTAR A LOS EMPLEADORES QUE ANTERIORMENTE TENIAN ESE AUTOSEGURO A EFECTUAR LOS APORTES ESTABLECIDOS.

LOS FONDOS PROVIENEN TAMBIÉN DE PRÉSTAMOS Y DONACIONES.

OTRAS FUENTES DE FONDOS PARA EL SECTOR SALUD INCLUYEN LAS ACTIVIDADES PARA RECAUDAR FONDOS COMO LAS LOTERIAS NACIONALES, ASÍ COMO DONACIONES Y PRÉSTAMOS NACIONALES E INTERNACIONALES DE ORGANIZACIONES MULTILATERALES COMO EL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO Y EL BANCO MUNDIAL.

LOS IMPUESTOS RECAUDADOS A NIVEL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL CONSTITUYEN FUENTES POTENCIALES SUBUTILIZADAS.

LOS DEPARTAMENTOS Y MUNICIPALIDADES TAMBIÉN PUEDEN GENERAR IMPUESTOS A NIVEL LOCAL QUE PODRIAN SER UTILIZADOS PARA AYUDAR A FINANCIAR LOS SERVICIOS SOCIALES. PARA ALENTAR LA GENERACIÓN DE INGRESOS LOCALES, EL GOBIERNO CENTRAL PODRÍA PROPORCIONAR INCENTIVOS A LOS GOBIERNOS LOCALES QUE PODRIAN HACERSE EFECTIVOS EMPLEANDO UNA FÓRMULA DE FONDOS DE CONTRAPARTIDA DEL GOBIERNO CENTRAL. EL PROGRAMA DE SEGURO SOCIAL PARA LOS POBRES EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA, MEDICAID, ASIGNA A CADA ESTADO UNA PARTICIPACIÓN FEDERAL DE LOS COSTOS QUE SE DETERMINA EN BASE AL PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DEL ESTADO QUE ESTÁ POR DEBAJO DE LA "LÍNEA DE LA POBREZA" DEFINIDA A NIVEL FEDERAL. POR EJEMPLO, SI LOS FONDOS DE CONTRAPARTE ASCIENDEN AL 50%, CADA \$1.00 GASTADO POR UN ESTADO EN MEDICAID ES SUPLEMENTADO POR LA CONTRAPARTE DEL GOBIERNO FEDERAL CON \$0.50. ESTE MECANISMO PERMITE QUE LOS ESTADOS MÁS POBRES RECIBAN SUBSIDIOS MÁS ALTOS QUE LOS ESTADOS MÁS RICOS Y ALIENTA LA RECAUDACIÓN DE INGRESOS LOCALES A TRAVÉS DE INCENTIVOS DE LA CONTRAPARTE FEDERAL.

LOS INTERESES GENERADOS POR LAS RESERVAS DE LOS FONDOS DEL SEGURO AUMENTAN LOS INGRESOS.

UNA FUNCIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO SOCIAL ES ADMINISTRAR EL FONDO PARA GENERAR UN RETORNO FINANCIERO, SIN EXPONER A DICHO FONDO A UN RIESGO INNECESARIO.

4) Fondo(s) del Seguro Social

UNA VEZ QUE LOS FONDOS SON RECAUDADOS PARA FINANCIAR LOS SERVICIOS DE SALUD, SE REQUIERE DE UNA O VARIAS ENTIDADES PARA QUE SE HAGAN CARGO DE DISTRIBUIR LOS FONDOS PARA PAGAR POR LOS SERVICIOS DE SALUD. LOS FONDOS DEL SEGURO SOCIAL PUEDEN YA SEA PAGAR DIRECTAMENTE A LOS PROVEEDORES O PUEDEN PAGAR A LOS PLANES DE SALUD. SI LOS FONDOS DEL SEGURO SOCIAL PAGAN DIRECTAMENTE A LOS PROVEEDORES, LOS FONDOS ASUMEN EL RIESGO FINANCIERO DE FINANCIAR LOS SERVICIOS DE SALUD. SI A LOS PLANES DE SALUD SE LES PAGA UN MONTO POR CADA PERSONA AFILIADA, EL PLAN DE SALUD ASUME EL RIESGO FINANCIERO DE PROPORCIONAR LA ATENCIÓN Y EL PAGADOR ES SIMPLEMENTE UN INTERMEDIARIO. SABER QUIÉN ASUME EL RIESGO

Financiero es crucial para comprender los incentivos para el control de costos y mejorar la eficiencia de un sistema de salud.

La función del fondo del seguro social combina los fondos y combina o comparte el riesgo.

El fondo del seguro social para este modelo es visto como una entidad que combina los fondos de la población y asume la función de financiar un sistema de seguro social de salud para la población. Es un concepto que incluye la idea de un fondo solidario. Es un fondo solidario porque las personas que cuentan con mayores ingresos y que son personas relativamente saludables subsidian a las personas de ingresos más bajos y a los individuos que consumen servicios de salud de costo alto.

Sin importar el modelo que se adopte, la función del "fondo del seguro social" implica la creación de una nueva institución para administrar y distribuir los fondos.

Los costos para establecer la institución del fondo del seguro social no deben desestimarse; y tampoco los desafíos de la implementación.

Si se escoge el sistema de pago de tarifas por cada servicio, la institución que efectúa los pagos requiere de personal para procesar los reembolsos a los proveedores, un sistema de información con controles de saldos para controlar el fraude y los abusos así como un sistema administrativo y financiero para invertir los ingresos con miras a generar un retorno seguro mientras no se estén utilizando. El fondo del seguro social o alguna otra entidad debe elaborar tarifarios. Si se escoge el pago en base a paquetes o el pago por cada caso, se requerirá de una estructura de personal similar así como un proceso para establecer las tarifas.

Si la modalidad dominante de pago se realiza en base a la persona, entonces la institución que realiza los pagos requerirá de personal para procesar los pagos a los planes de salud, un sistema de información para controlar el fraude y los abusos y un sistema administrativo y financiero para invertir los ingresos con miras a generar un retorno seguro mientras estos no estén siendo utilizados. Los pagos en base a los aportes per cápita que son justos y que representan los patrones de utilización esperados y los costos asociados de las personas con ciertas características (por ejemplo la edad y el género) deben ser desarrollados ya sea por el fondo del seguro social o por alguna otra entidad.

El contenido de los paquetes de beneficios debe determinarse ya que nunca hay dinero suficiente para proporcionar todos los servicios a todas las personas.

La definición de un paquete de beneficios depende de los recursos financieros de un país, los patrones de morbilidad, la infraestructura y las preferencias de la población. En la mayor parte del mundo, un paquete de beneficios incluye los servicios de atención primaria y preventiva. Dependiendo de la disponibilidad de los recursos, un país podrá escoger brindar cobertura de servicios ambulatorios básicos que también son importantes para la salud pública y las afecciones de alto costo que tienen el potencial de causar la ruina financiera de un hogar. Otros países podrían decidir categorizar los procedimientos en base a la relación costo beneficio del tratamiento y la carga relativa de la enfermedad sobre el país. Se pueden tomar decisiones para proporcionar

algunos beneficios a grupos poblacionales objetivo que no se proporcionan al resto de la población. Los pobres podrían estar totalmente subsidiados en tanto que las personas que cuentan con ingresos altos podrían recibir cobertura del seguro solamente en caso de ocurrir eventos catastróficos. En otros escenarios, la población existente cubierta por las instituciones de la seguridad social podría seguir recibiendo el paquete comprensivo en tanto que la población pobre tendría derecho a un paquete con mayores beneficios con el transcurso del tiempo. En todos los casos, los encargados de formular políticas tienen que encarar la realidad de que nunca habrá la cantidad suficiente de dinero para proporcionar todos los servicios a todas las personas. Se hace un mejor servicio a la salud de la población si se toman decisiones explícitas con respecto al contenido de beneficios de un paquete.

PAGAR UN SALDO A UN PRESUPUESTO FIJO IMPLICA COSTOS ADMINISTRATIVOS BAJOS, PERO INCENTIVOS DÉBILES PARA MEJORAR LA EFICIENCIA O LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

Los fondos del seguro social que funcionan en forma similar al sistema de salud pública o al sistema de seguridad social financian los servicios en base a presupuestos negociados., una vez que se ha negociado el presupuesto, el compromiso de financiamiento queda claro, siempre y cuando no exista la posibilidad de solicitar fondos adicionales antes de que se cumpla el año. Esta forma de pago requiere de poco personal y los costos administrativos son relativamente bajos, pero conlleva incentivos muy débiles para mejorar la eficiencia y la calidad.

LOS FONDOS DEL SEGURO SOCIAL QUE PAGAN UNA TARIFA POR CADA SERVICIO TIENEN MUY POCO CONTROL SOBRE LOS COSTOS, SUS COSTOS ADMINISTRATIVOS SON ALTOS, EXISTE UN POTENCIAL MUY ALTO DE FRAUDE Y LOS INCENTIVOS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA O DESARROLLAR INNOVACIONES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SON DÉBILES.

Los fondos del seguro social que pagan una tarifa fija por cada servicio tienen muy poco control sobre el comportamiento del proveedor. Los proveedores envían sus cuentas para ser reembolsados y posteriormente el pagador las paga. Esta estructura requiere de una gran cantidad de personal para procesar los pagos y un sistema de información con controles de saldos para asegurarse que los proveedores no estén presentando cuentas fraudulentas. El hecho de tener múltiples pagadores magnifica los costos administrativos, debido a que cada pagador debe duplicar las estructuras administrativas. Los incentivos para contener los costos son extremadamente débiles debido a que los proveedores no tienen incentivo alguno para mejorar su eficiencia, controlar los costos o limitar el número de procedimientos a los que someten a los pacientes. También es difícil para el pagador predecir los gastos anuales bajo el sistema de pago de tarifas por cada servicio. El reembolso de las tarifas por los servicios tampoco ofrece incentivos para descubrir innovaciones con miras a mejorar la prestación de los servicios de salud.

LOS FONDOS DEL SEGURO SOCIAL QUE REEMBOLSAN A LOS PLANES DE SALUD QUE ASUMEN RIESGOS TIENEN UN MAYOR CONTROL DE LOS COSTOS, SUS COSTOS ADMINISTRATIVOS SON MÁS BAJOS Y OFRECEN MAYORES INCENTIVOS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA, ASÍ COMO INCENTIVOS PARA DESARROLLAR INNOVACIONES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

LOS SISTEMAS QUE PAGAN A LOS PLANES DE SALUD QUE ASUMEN RIESGOS TIENEN MAYOR CONTROL SOBRE LOS COSTOS QUE EL SISTEMA DE REEMBOLSO A LOS PROVEEDORES EN BASE A UNA TARIFA FIJA POR SERVICIO. LOS COSTOS ADMINISTRATIVOS SON MÁS BAJOS DEBIDO A QUE LOS PAGOS POR PERSONA PUEDEN REALIZARSE CON SUJECCIÓN A UN CRONOGRAMA REGULAR Y NO VARIAN DE UN MES A OTRO. HACER PAGOS A LOS PLANES DE SALUD POR CADA PERSONA IMPLICA UN MENOR NÚMERO DE TRANSACCIONES QUE EL REEMBOLSO DE TARIFAS POR CONCEPTO DE CADA PROCEDIMIENTO, LO QUE LIMITA LOS COSTOS POR TRANSACCIÓN. EL PRAUDE DE LOS PROVEEDORES NO ES UN PROBLEMA PARA EL PAGADOR (AUNQUE PODRÍA CONSTITUIR UN PROBLEMA PARA EL PLAN DE SALUD), PERO EXISTE LA POSIBILIDAD QUE LOS PLANES DE SALUD PALSIFIQUEN EL NÚMERO DE AFILIADOS. EL POTENCIAL PARA CONTENER LOS COSTOS A NIVEL DE TODO EL SISTEMA ES MUCHO MEJOR BAJO LOS PAGOS POR PERSONA DEBIDO A QUE LOS PAGADORES PUEDEN PREDECIR CON MAYOR EXACTITUD SUS GASTOS ANUALES. YA QUE LOS PLANES DE SALUD RECIBEN UN PAGO FIJO PARA PROPORCIONAR UN PAQUETE DE BENEFICIOS, TIENEN INCENTIVOS MUY PODEROSOS PARA CONTROLAR SUS COSTOS Y MEJORAR SU EFICIENCIA. TAMBIÉN CUENTAN CON INCENTIVOS PODEROSOS PARA INTRODUCIR INNOVACIONES EN LA MANERA QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS SI LAS INNOVACIONES PUEDEN AYUDAR A CONTROLAR LOS COSTOS.

LA ENTIDAD QUE ASUME EL RIESGO FINANCIERO Y LOS MECANISMOS DISPONIBLES PARA CONTROLAR LOS COSTOS SON CRUCIALES PARA LA TOMA DE DECISIONES REFERENTES AL DISEÑO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN.

¿UNO O VARIOS FONDOS DE SEGURO SOCIAL?

LAS VENTAJAS DE CONTAR CON UN FONDO QUE COMBINE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS EN LUGAR DE TENER FONDOS MÚLTIPLES SON LAS SIGUIENTES:

- NO HAY DUPLICACIÓN DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS
- NO HAY DUPLICACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
- SE REDUCE LA POSIBILIDAD DE QUE EL PROVEEDOR COMETA PRAUDES
- SE LOGRA UNA MEJOR COMBINACIÓN DE LOS RIESGOS DE SALUD DE COSTO BAJO Y DE COSTO ALTO
- SE LOGRA UNA MEJOR COMBINACIÓN DE LOS APORTES DE LAS PERSONAS DE BAJOS INGRESOS Y DE LAS QUE PERCIPIEN INGRESOS MÁS ALTOS

UN PAGADOR ÚNICO COMBINARÍA MEJOR LOS FONDOS DE TODAS LAS FUENTES Y FINANCIARÍA A TODAS LAS PERSONAS DEL PAÍS CUBIERTAS POR UN SOLO SISTEMA DE SEGURO. EN ALGUNOS PAÍSES PODRÍAN EXISTIR RAZONES HISTÓRICAS, SOCIALES, ECONÓMICAS Y POLÍTICAS PARA ESTABLECER O CONTRATAR MÁS DE UN PAGADOR. SI ESTE FUESE EL CASO, ENTONCES SE PODRÍA REQUERIR DE UN ENTE COORDINADOR.

5) Plan(es) de Salud

COMO YA SE HABÍA MENCIONADO PREVIAMENTE, UN PLAN DE SALUD ES UNA ENTIDAD QUE RECIBE UN PAGO FIJO PARA PROPORCIONAR UN PAQUETE DE BENEFICIOS A UNA POBLACIÓN DEFINIDA. DEBIDO A QUE LOS PLANES DE

salud reciben un pago fijo ya sea que los afiliados utilicen los servicios o no, existen incentivos poderosos para que los planes de salud encuentren la forma de prestar sus servicios en forma más eficiente. Es de esperar que los planes de salud utilicen una serie de medidas para mejorar su eficiencia.

LOS PLANES DE SALUD PUEDEN SER INTERMEDIARIOS FINANCIEROS O PUEDEN INTEGRAR LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

El elemento clave que distingue un plan de salud de un proveedor es la presunción del riesgo financiero para proporcionar un paquete definido de servicios a una población definida. El plan de salud puede asegurar la disponibilidad del paquete de beneficios contratando todos los servicios de proveedores y grupos de proveedores. Los planes de salud también pueden optar por administrar su propia red de proveedores con el personal empleado y los centros pertenecientes al plan de salud.

LOS PLANES DE SALUD CONTROLAN LOS COSTOS Y MEJORAN LA EFICIENCIA A TRAVÉS DE CONTRATOS BASADOS EN INCENTIVOS Y EN EL MONITOREO DE LOS PROVEEDORES.

Los planes de salud responden a los incentivos de control de costos introduciendo intervenciones para controlar el comportamiento de los proveedores. Hacen esto implementando contratos basados en los incentivos que desvían el riesgo financiero de la atención y miden y recompensan el desempeño. Los planes de salud utilizan una combinación de incentivos financieros e intervenciones de monitoreo y supervisión para mejorar la eficiencia, controlar los costos y controlar la calidad de los servicios. La sección que elabora sobre el comportamiento de los proveedores presenta una gama de mecanismos de pagos a los proveedores que se usan actualmente y sus implicaciones.

LOS "PORTEROS O GUARDIANES" PUEDEN CONTROLAR LAS REFERENCIAS Y ADMINISTRAR LA UTILIZACIÓN.

Un mecanismo que ha sido utilizado en forma efectiva alrededor del mundo para controlar las consultas innecesarias con especialistas de alto costo consiste en utilizar un "portero o guardian" para que controle las referencias a los niveles superiores de atención. El "portero o guardian" es generalmente una enfermera titulada o un médico general que puede tratar enfermedades básicas y puede determinar si es necesario referir al paciente a un especialista o a un hospital. Si se incorpora a un plan de salud comprensivo que cubre un paquete completo de beneficios, este modelo del portero o guardian ha sido muy exitoso en la prestación de servicios de salud primaria y preventiva así como para mejorar la eficiencia y controlar los costos administrando mejor la utilización de los servicios. Al pagar aportes por persona a grupos de atención primaria de salud que no son parte de un plan comprensivo se corre el riesgo de que los grupos independientes respondan a los incentivos desviando el riesgo hacia los especialistas y a los niveles superiores de atención dentro del sistema. Se requeriría de un sistema de bonos o de retenciones y de un sistema de monitoreo efectivo.

EL MANEJO DE ENFERMEDADES, LA REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN Y LA ADMINISTRACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE FARMACIA SON TRES EJEMPLOS DE INTERVENCIONES ADMINISTRATIVAS QUE PUEDEN AYUDAR A CONTROLAR LOS COSTOS Y A MEJORAR LA CALIDAD.

Los planes de salud utilizan una diversidad de intervenciones administrativas para controlar los costos, mejorar la eficiencia y mejorar la calidad de la atención. Los enfoques integrados para manejar la salud de los pacientes que padecen afecciones crónicas, denominado "programas de manejo de enfermedades," han logrado un éxito considerable al estabilizar el estado de salud y controlar los costos. Las técnicas de manejo de enfermedades han sido implementadas efectivamente en pacientes que padecen afecciones crónicas como el asma, la diabetes, la hipertensión y el VIH/SIDA. Al enseñar a los pacientes a atender en forma apropiada estas afecciones crónicas y al involucrar a un grupo multidisciplinario de proveedores de servicios de salud (enfermeras, médicos, trabajadores sociales, educadores de pacientes, farmacólogos), los pacientes se mantienen relativamente estables y fuera de los hospitales.

Otra intervención administrativa, denominada "revisión de la utilización," incluye la recolección y monitoreo de información referente a las prácticas de prescripción y tratamiento de los proveedores individuales. El proceso de revisión de la utilización permite que los administradores identifiquen a los proveedores que no están siguiendo los protocolos de tratamiento. Las intervenciones utilizadas para mejorar las prácticas clínicas van desde la discusión individual con los proveedores para corregir el comportamiento al uso de incentivos financieros para lograr el desempeño deseado. El resultado podría ser una calidad mejorada así como el control de costos.

A medida que los costos de los productos farmacéuticos suben y los peligros del uso inapropiado de los mismos también aumentan, los esquemas de seguro social requieren de la incorporación de intervenciones para controlar el uso inapropiado de los mismos. Adicionalmente a la revisión de la utilización, los planes de salud de los Estados Unidos contratan empresas de administración de beneficios de farmacia (PBM) (Pharmacy Benefits Management Firms) para monitorear y ejercer influencia tanto sobre el proveedor como sobre el comportamiento referente a la prescripción y distribución de medicamentos. Los PBMs trabajan con los planes de salud para definir un formulario de medicamentos aprobados, negociar descuentos con los fabricantes y fomentar la sustitución por productos genéricos. Los PBMs también proporcionan a los planes de salud los datos para monitorear las prácticas de prescripción y distribución de medicamentos.

LOS PLANES DE SALUD MEJORAN SU EFICIENCIA SUSTITUYENDO A LOS MÉDICOS DE COSTO MÁS ALTO POR PERSONAL CLÍNICO DE MENOR COSTO.

Los planes de salud también pueden mejorar la eficiencia examinando la utilización de diferentes niveles de personal capacitado y sustituyendo con personal clínico de menor costo al personal de costo más alto cuando fuese apropiado. Los planes de salud en los Estados Unidos han controlado de manera efectiva los costos y han mejorado la calidad sustituyendo a los médicos con enfermeras tituladas para que presten servicios de salud primaria y ayuden a los pacientes a manejar sus enfermedades crónicas. La percepción es que las enfermeras tituladas son más comprensivas y tienen una mejor capacidad para relacionarse con los pacientes—aptitudes importantes en la atención preventiva y primaria de salud.

AL TENER EL CLIENTE LA OPCIÓN DE ESCOGER ENTRE VARIOS PLANES DE SALUD, SE ESPERA QUE LA CALIDAD MEJORE A MEDIDA QUE LOS PLANES DE SALUD MEJORAN SU CALIDAD PARA ATRAER MÁS AFILIADOS.

ES MUY PROBABLE QUE LA CALIDAD MEJORE EN UN MODELO EN EL QUE LOS CLIENTES TIENEN OPCIÓN DE ESCOGER ENTRE DIFERENTES PLANES DE SALUD. SI LOS CLIENTES TIENEN ESA OPCIÓN, EL PAGO DEL FONDO DEL SEGURO SOCIAL SE EFECTUARÁ AL PLAN DE SALUD ESCOGIDO POR EL CLIENTE. ESTO SIGNIFICA QUE LOS PLANES DE SALUD DEBEN PROPORCIONAR LA CALIDAD DE SERVICIOS QUE LOS CLIENTES PREFIEREN PARA PODER ATRAER MÁS AFILIADOS. LOS PLANES QUE PROPORCIONAN UN BUEN SERVICIO AL CLIENTE ATRAERÁN MÁS PERSONAS; LOS PLANES QUE NO PRESTAN SERVICIOS DE BUENA CALIDAD AL CLIENTE FALLARÁN EN SU COMETIDO. AL EXISTIR SOLAMENTE UN PLAN DE SALUD DISPONIBLE, HAY EL PELIGRO QUE LOS SERVICIOS PRESTADOS SEAN DE MENOR CALIDAD CON LA CONSIGUIENTE INEFICIENCIA EN LA ATENCIÓN.

LOS COSTOS Y BENEFICIOS DE CONTAR CON PLANES QUE COMPITEN DEPENDEN DEL PAÍS Y DE LA ESTRUCTURA DE LOS MERCADOS LOCALES.

LOS BENEFICIOS DE CONTAR CON PLANES DE SALUD QUE COMPITEN ENTRE SÍ INCLUYEN LA EFICIENCIA, EL CONTROL DE COSTOS Y UNA MEJOR CALIDAD EN LA ATENCIÓN. LOS COSTOS DE CONTAR CON PLANES MÚLTIPLES INCLUYEN EL COSTO DE LA COMERCIALIZACIÓN, LA DUPLICACIÓN DE ESTRUCTURAS ADMINISTRATIVAS Y LOS EFECTOS NEGATIVOS POSIBLES DE LA SELECCIÓN DE RIESGOS—LAS ACCIONES ADOPTADAS POR LOS PLANES DE SALUD PARA TRATAR DE ATRAER A LAS PERSONAS RELATIVAMENTE SANAS. LA DECISIÓN REFERENTE A SI LOS BENEFICIOS DE LA COMPETENCIA TIENEN MAYOR PESO SOBRE LOS COSTOS DEPENDEN MUCHO DEL PAÍS. UN GOBIERNO FUERTE QUE PUEDA ASUMIR ACTIVAMENTE LAS FUNCIONES DE LIDERAZGO Y MONITOREO Y QUE TENGA LA AUTORIDAD DE SANCIONAR A LOS PLANES DE SALUD QUE NO ESTÁN FUNCIONANDO BIEN PODRÍA SER EL MODELO PREFERIDO EN ALGUNOS ESCENARIOS. ES PROBABLE QUE EL MONITOREO ACTIVO SEA NECESARIO EN LAS REGIONES RURALES Y ESCASAMENTE POBLADAS DE LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES EN LOS QUE LOS PLANES DE SALUD MÚLTIPLES QUE COMPITEN ENTRE SÍ PROBABLEMENTE NO SEAN UNA OPCIÓN. POR OTRO LADO, LOS BENEFICIOS DE LA COMPETENCIA PODRÍAN SOBREPASAR LOS COSTOS EN LOS PAÍSES DONDE EXISTEN MÚLTIPLES PROVEEDORES Y TIENEN EXPERIENCIA CON OPCIONES PARA EL CLIENTE Y CON LA ACTIVIDAD EMPRESARIAL.

6) Proveedores

LA FORMA EN LA QUE ESTÁN ORGANIZADOS LOS PROVEEDORES Y CÓMO SE LES PAGA CONSTITUYE EL MEDULLA DE LA ESTRUCTURA DE CUALQUIER SISTEMA DE SEGURO SOCIAL. SE DEBERÁN TOMAR ALGUNAS DECISIONES CLAVE CON RESPECTO A SI LOS FONDOS DEL SEGURO SOCIAL CUBRIRÁN A LOS PACIENTES QUE CONSULTAN CON PROVEEDORES DEL SECTOR PRIVADO CON FINES DE LUERO Y SIN FINES DE LUERO ASÍ COMO DEL SECTOR PÚBLICO. LA FORMA EN LA QUE FLUYEN LOS FONDOS TENDRÁ UN FUERTE IMPACTO SOBRE LA MANERA EN LA QUE LOS PROVEEDORES SE ORGANIZAN Y LA EFICIENCIA DEL SISTEMA EN GENERAL.

LOS MECANISMOS DE PAGO UTILIZADOS PARA REEMBOLSAR A LOS PROVEEDORES TIENEN EFECTOS SIGNIFICATIVOS SOBRE LOS COSTOS GENERALES DEL SISTEMA Y LA EFICIENCIA DEL MISMO. ALGUNOS MECANISMOS DE PAGO ALIENTAN LA PRESTACIÓN EXCESIVA DE SERVICIOS EN TANTO QUE OTROS CORREN EL RIESGO DE HACER QUE LOS PROVEEDORES RESTRIJAN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS QUE REALMENTE SON NECESARIOS. EL SISTEMA DE PAGO

A LOS PROVEEDORES INCLUYE TANTO SOBRE LA CANTIDAD DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS COMO SOBRE SU PRECIO. LA COMBINACIÓN DETERMINA LOS GASTOS TOTALES PARA LA SALUD DE UN PAÍS.

¿SE DEBERÍAN INTEGRAR LOS PROGRAMAS VERTICALES O SE DEBERÍA MANTENER LA SEPARACIÓN?

LOS SISTEMAS PÚBLICOS EN MUCHOS PAÍSES TIENEN PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA VERTICALES PARA CIERTAS INTERVENCIONES COMO LA VACUNACIÓN Y LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. SE DEBERÍAN TOMAR DECISIONES CON RESPECTO A SI ES CONVENIENTE INTEGRAR ESTAS ACTIVIDADES VITALES DE SALUD PÚBLICA DENTRO DEL PAQUETE DE SERVICIOS FINANCIADOS A TRAVÉS DEL SISTEMA DE SEGURO SOCIAL. SI SE TOMA LA DECISIÓN DE INTEGRAR LOS PROGRAMAS VERTICALES, SE REQUERIRÁ DE UN SISTEMA EFECTIVO PARA MONITOREAR LA IMPLEMENTACIÓN Y EL IMPACTO.

DEBIDO A QUE LOS PROVEEDORES DESEAN POTENCIAR SUS INGRESOS, ELLOS RESPONDEN A LA FORMA EN QUE RECIBEN SU PAGO MODIFICANDO LA CANTIDAD DE TRATAMIENTOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS QUE RECOMIENDAN A LOS PACIENTES.

LOS PROVEEDORES SON VISTOS COMO INDIVIDUOS QUE DESEAN POTENCIAR SUS INGRESOS Y AL MISMO TIEMPO PROPORCIONAR BUENOS SERVICIOS DE SALUD. DEPENDIENDO DEL SISTEMA DE PAGO, LOS PROVEEDORES PUEDEN AUMENTAR SUS INGRESOS PROPORCIONANDO TANTOS TRATAMIENTOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS COMO LES SEAN POSIBLES, MANTENIENDO A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS VARIOS DÍAS ADICIONALES Y SOLICITANDO QUE LOS PACIENTES REGRESEN PARA EFECTUAR CONSULTAS ADICIONALES AUN CUANDO ESTAS NO SEAN NECESARIAS. UN SISTEMA DE PAGO PARA LOS PROVEEDORES QUE ESTÉ BIEN DISEÑADO HACE POSIBLE QUE LOS PROVEEDORES PERCIBAN INGRESOS ADECUADOS SIN INTRODUCIR INCENTIVOS PARA PROPORCIONAR SERVICIOS INNECESARIOS Y MALGASTAR LOS RECURSOS DEL SISTEMA O PROPORCIONAR SERVICIOS DEFICIENTES.

EL PAGO DE TARIFAS POR LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS AUMENTA LAS CANTIDADES E INCREMENTA LOS COSTOS A TRAVÉS DE TODO EL SISTEMA.

LOS SISTEMAS DE PAGO DE TARIFAS POR CADA SERVICIO PRESTADO PUEDEN SER COMPLETAMENTE ABIERTOS, PERO GENERALMENTE SE BASAN EN UNA ESCALA TARIFARIA ESTABLECIDA. LA ESCALA PODRÍA SER ESTABLECIDA POR LOS FONDOS DEL SEGURO SOCIAL Y LOS PLANES DE SALUD, O PODRÍA SER DETERMINADA COMO RESULTADO DE UNA NEGOCIACIÓN. LOS PROVEEDORES PUEDEN POTENCIAR SUS INGRESOS A TRAVÉS DE UN ESQUEMA DE REEMBOLSO DE TARIFAS POR CADA SERVICIO PRESTADO INCREMENTANDO EL NÚMERO DE LOS SERVICIOS O REDUCIENDO LA CALIDAD (Y POR LO TANTO EL COSTO) DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS. SI HUBIERA COMPETENCIA, SIN EMBARGO, LOS PROVEEDORES SE SIENTEN MENOS INCLINADOS A ESCATIMAR LA CALIDAD Y EN REALIDAD PODRÍAN RESPONDER MEJORANDO LA CALIDAD PARA ATRAER UN MAYOR NÚMERO DE CLIENTES QUE PAGUEN POR LOS SERVICIOS.

LOS INCENTIVOS DEL PAGO GLOBAL POR CASO Y POR DÍA DE HOSPITALIZACIÓN SON DÉBILES PARA CONTENER LOS COSTOS PERO ESTA MODALIDAD ES MÁS FÁCIL DE ADMINISTRAR.

LOS SISTEMAS DE PAGO POR CADA CASO PUEDEN BASARSE EN UNA TARIFA FIJA POR CASO O PUEDEN COBRARSE TARIFAS DIFERENCIADAS DEPENDIENDO DE LOS TIPOS DE DIAGNÓSTICOS. REALIZAR UN PAGO GLOBAL POR CASO Y POR DÍA DE HOSPITALIZACIÓN OFRECE ESCASOS INCENTIVOS PARA EL CONTROL DE COSTOS. LOS HOSPITALES RESPONDERÁN MANTENIENDO A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR MUCHO TIEMPO DEBIDO A QUE LOS DÍAS QUE

dura la recuperación cuestan menos que los días iniciales, y es mejor tener una cama de hospital llena que vacía. Los costos administrativos para pagar las tarifas diarias son relativamente bajos.

LOS GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO, O GRD, PROPORCIONAN BUENOS INCENTIVOS PARA CONTROLAR LOS COSTOS SI SE ESTABLECEN SISTEMAS ADMINISTRATIVOS PARA CONTROLAR EL "AUMENTO GRADUAL DE LOS GRD."

El sistema más ampliamente difundido para la clasificación de casos es el de los "grupos relacionados de diagnóstico" (GRD), que clasifica las afecciones en aproximadamente 470 grupos diagnósticos. Los sistemas de GRD basados en el pago por caso se utilizan generalmente para pagar a los hospitales por el tratamiento intrahospitalario de los pacientes internados. Los hospitales están obligados a verificar la cantidad de recursos empleados (salas de operaciones, suministros, tecnología, medicamentos, personal médico, y días de cama) para tratar a un paciente con un diagnóstico dado. Debido a que reciben una tarifa global por cada caso, el proveedor está incentivado para encontrar la forma de minimizar los costos de manera que se pueda generar un superávit que puede ser utilizado para otras cosas. Por otro lado, los proveedores también se sienten incentivados a clasificar el diagnóstico bajo una categoría de grupo diagnóstico con un reembolso más generoso. Esta tendencia, denominada "aumento gradual de los GRD," requiere de un sistema de monitoreo elaborado para ejercer mayor control.

LOS PAGOS POR PERSONA CONTROLAN LOS COSTOS Y LA CALIDAD EN REGIONES EN LAS QUE EXISTE COMPETENCIA.

Los pagos por persona se realizan a favor de los planes de salud que reciben un pago fijo por afiliado por mes para proporcionar un paquete definido de beneficios. El plan de salud puede contratar grupos de médicos y hospitales para que proporcionen parte del paquete de beneficios y se puede pagar a esos grupos de proveedores en base a cada persona o afiliado. Si se diseña e implementa adecuadamente, el sistema de pago por persona este posee muchas cualidades deseables. Para que un sistema de pagos por persona sea efectivo, debe existir una base de afiliados lo suficientemente amplia para distribuir el riesgo financiero. Con pocos afiliados y un paquete comprehensivo, un afiliado muy enfermo podría llevar a la bancarrota al plan de salud. Es importante que los clientes tengan la oportunidad de escoger entre diversos planes de pago per capita o por afiliado que compiten entre sí. La competencia para atraer a los clientes hará que la calidad mejore y la presión de proporcionar un paquete definido de beneficios a cambio de una prima fija podría dar como resultado costos controlados. Debido a que el pago por persona se realiza para una amplia gama de beneficios, los proveedores y los planes tienen incentivos para modificar la estructura y organización del sistema de prestación. Los pagos por persona alientan un enfoque sistémico, en comparación con el pago de tarifas por cada servicio que alienta un enfoque en los procedimientos o diagnósticos individuales. Los costos administrativos de los métodos de pago por persona son bajos comparados con los sistemas de reembolso en base a una tarifa por servicio.

EL PAGO EN BASE AL SALARIO NO OFRECE INCENTIVOS PARA QUE SE REALICE UN ESFUERZO MAYOR.

Un salario generalmente se basa en un contrato de trabajo entre un empleador y una institución proveedora. El empleador puede ser un hospital, un plan de salud, una farmacia, un laboratorio, o

ALGUNAS OTRAS FORMAS DE INSTITUCIÓN QUE PRESTA SERVICIOS DE SALUD. LOS EMPLEADOS QUE PERCIPIEN UN SALARIO GENERALMENTE RECIBEN ESTE PAGO POR HABER TRABAJADO POR UN PERÍODO DE TIEMPO ESPECÍFICO. EL PAGO NO SE DETERMINA EN BASE A LA CANTIDAD DE PACIENTES QUE VEN O AL NÚMERO DE SERVICIOS PRESTADOS, SINO AL TIEMPO QUE SE QUEDAN EN EL CENTRO O CLÍNICA. EL PERSONAL EMPLEADO QUE PERCIPIE UN SALARIO TIENE MENOS INCENTIVOS PARA DESEMPEÑARSE MEJOR QUE EL PERSONAL INDEPENDIENTE, PERO ESTO DEPENDE EN GRAN MEDIDA DE LA CALIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN. LOS COSTOS ADMINISTRATIVOS PARA PAGAR UN SALARIO SON RELATIVAMENTE BAJOS.

ANUNDO LOS PRESUPUESTOS CONTROLAN LOS COSTOS EN TODO EL SISTEMA, ESTOS INCORPORAN INCENTIVOS DÉBILES EN CUANTO A LA RESPUESTA DE LOS ALIENDES.

LOS PRESUPUESTOS SON CANTIDADES FIJAS PAGADAS A UN PROVEEDOR PARA CUBRIR LA TOTALIDAD DEL COSTO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS DURANTE UN PERÍODO DE TIEMPO. LA IDEA ES CUBRIR LOS COSTOS POR LA PRESTACIÓN (BASADA EN LA OFERTA) EN COMPARACIÓN CON UN PAGO POR PERSONA QUE TIENE POR OBJETO CUBRIR UNA CANASTA DE SERVICIOS PARA UN CLIENTE (EN BASE A LA DEMANDA). EN PAÍSES QUE SON MUY PISIDOS, LOS PRESUPUESTOS FIJOS SE CONVIERTEN EN UNA FORMA DE CONTINUAR EL FINANCIAMIENTO EN BASE A LA HISTORIA Y NO A LA PRODUCCIÓN O UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS POR PARTE DE LA POBLACIÓN. LOS PRESUPUESTOS PODRIAN TENER PROPIEDADES DESEABLES EN LOS MEDIOS EN LOS QUE LOS PROVEEDORES SON RELATIVAMENTE AUTÓNOMOS Y PUEDEN TOMAR DECISIONES CON RESPECTO A LA REDISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS Y LA CONTRATACIÓN O DESPIDO DE PERSONAL. LOS PRESUPUESTOS OFRECEN INCENTIVOS DESEABLES PARA EL CONTROL DE COSTOS SI LOS PRESUPUESTOS REALMENTE SON FIJOS. POR OTRO LADO, LOS INCENTIVOS PARA PROPORCIONAR SERVICIOS DE CALIDAD SON DÉBILES DEBIDO A QUE EL FINANCIAMIENTO NO ESTÁ VINCULADO CON LA DEMANDA POR PARTE DEL CLIENTE. ADICIONALMENTE AL PROBLEMA DE LOS INCENTIVOS DÉBILES SE ENCUENTRA EL HECHO DE QUE EL PERSONAL MÉDICO QUE PERCIPIE UN SALARIO POSEE INCENTIVOS DÉBILES PARA REALIZAR UN MAYOR ESFUERZO DEBIDO A QUE SU SALARIO NO ESTÁ VINCULADO DE NINGUNA MANERA CON SU PRODUCTIVIDAD. LAS INSTITUCIONES DE FINANCIAMIENTO BASADAS EN PRESUPUESTOS TIENEN COSTOS ADMINISTRATIVOS RELATIVAMENTE BAJOS.

SE PUEDEN EMPLEAR BONOS Y RETENCIONES PARA PAGAR AL PERSONAL EN BASE AL LOGRO DE CIERTAS METAS DE DESEMPEÑO.

ADICIONALMENTE A LOS MECANISMOS DE PAGO MENCIONADOS ANTERIORMENTE, LOS PAGADORES PUEDEN OFRECER BONOS PARA RECOMPENSAR UN BUEN DESEMPEÑO O PUEDEN RETENER UNA PORCIÓN DEL PAGO HASTA QUE SE HAYAN LOGRADO CIERTOS INDICADORES ESPECÍFICOS DE DESEMPEÑO. EL REEMBOLSO BASADO EN EL DESEMPEÑO ESTÁ LOGRANDO CADA VEZ MAYOR PROMINENCIA ALREDEDOR DEL MUNDO PARA ASEGURARSE DE QUE LAS ENTIDADES QUE RECIBEN PAGOS DEL GOBIERNO O DE PAGADORES IMPORTANTES COMO LAS ALIANZAS DE ADQUISICIÓN DE SEGUROS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA LOGREN LAS METAS DE DESEMPEÑO DESEADAS. EL SISTEMA PARA ESTABLECER BONOS O EFECTUAR RETENCIONES INCLUYE LA CREACIÓN DE METAS DE DESEMPEÑO QUE SEAN FACTIBLES, SUSCEPTIBLES DE MEDICIÓN Y QUE NO ESTÉN SUJETAS A INFORMES FALSOS. LOS COSTOS ADMINISTRATIVOS DEPENDEN DEL SISTEMA DE MEDICIÓN Y MONITOREO.

LOS SISTEMAS HÍBRIDOS QUE COMBINAN VARIOS MECANISMOS DE PAGO PUEDEN FOMENTAR UN MEJOR DESEMPEÑO.

ES POSIBLE COMBINAR VARIAS FORMAS DE REEMBOLSO. POR EJEMPLO, EN ALGUNOS PAÍSES, LOS FUNCIONARIOS CIVILES QUE PERCIEN UN SALARIO FIJO TIENEN LA OPORTUNIDAD DE GANAR BONOS DE DESEMPEÑO. LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS PRIMARIOS DE SALUD QUE SE BASAN EN EL PAGO POR PERSONA TAMBIEN PODRIAN RECIBIR BONOS POR EL MANEJO DE PACIENTES REFERIDOS CON SUJECIÓN A LAS PAUTAS RECOMENDADAS. UNA PORCIÓN DEL PRESUPUESTO FIJO PAGADO A UNA INSTITUCIÓN PUEDE SER RETENIDO HASTA QUE SE CUMPLAN LAS METAS DE PRODUCCIÓN.

LA SIGUIENTE TABLA PROPORCIONA UN RESUMEN DE LOS DIVERSOS MECANISMOS DE PAGO Y RESALTA ALGUNAS DE SUS CARACTERÍSTICAS.

Tabla 1: Mecanismos de PAGO

Mecanismo	Incentivos por eficiencia	Incentivos por volumen	Impacto sobre el desempeño de los centros a nivel de todo el sistema	Impacto sobre la equidad de la salud	Información requerida para conducir el mecanismo	Complejidad administrativa	Potencial de promover cambios estructurales
Salario	↓↓↓↓	↓↓	∅	↓↓	↑	↑	↑
Presupuestos globales	↓↓↓↓	↓↓	↑	↓↓	↑	↑	↑
Tarifa por servicio	↓↓	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑	↑	↑↑↑	↑↑↑
Tarifa fija por día de hospital	↓↓	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑	↑	↑↑↑	↑↑↑
Pago por productos de atención	↑↑	↑↑	↑	∅	↑↑↑	↑↑	↑↑
Pago por persona por atención primaria	↓	↓↓	↑↑	↑	↑↑	↑	↑
Pago por persona por servicios completos	↑↑↑	↓↓	↓↓	↑↑	↑↑	↑	↑
Pago por persona ajustado de acuerdo a las características tipo de finca de los afiliados	↑↑↑	↓↓	↓↓	↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑	↑
Bono	↑↑↑↑	depende de las circunstancias	↓↓	↑↑↑↑	↑↑↑	↑↑	∅
Retenciones	↑↑↑↑	depende de las circunstancias	↓↓	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	∅
Módulos mixtos	depende de las circunstancias	depende de las circunstancias	depende de las circunstancias	depende de las circunstancias	depende de las circunstancias	depende de las circunstancias	depende de las circunstancias

7) Clientes/Empleadores

Una decisión clave consiste en determinar qué grupos poblacionales estarán cubiertos.

Una decisión crucial que debe tomarse consiste en determinar qué grupos poblacionales participarán en el sistema del seguro social. El enfoque principal serán los pobres o los casi pobres, el sector formal, los niños y/o las mujeres en edad reproductiva? Si la meta es incluir eventualmente a toda la población, se debería definir un proceso de inclusión gradual de los grupos adicionales. También deberían determinarse los grupos poblacionales objetivo a ser subsidiados.

LOS CLIENTES CONSTITUYEN LA FUENTE PRINCIPAL DE FONDOS A TRAVÉS DE LOS IMPUESTOS, LOS APORTES AL SEGURO Y LAS TARIFAS DE LOS USUARIOS.

LOS CLIENTES SON TAMBIÉN CONTRIBUYENTES, PAGAN LOS APORTES AL SEGURO Y PAGAN LAS TARIFAS DE LOS USUARIOS. LAS DECISIONES REFERENTES AL SEGURO SOCIAL DE SALUD DEBEN TOMAR EN CUENTA LAS RESTRICCIONES Y REALIDADES DE CADA MEDIO, COMO LA FACTIBILIDAD DE RECAUDAR APORTES DIRECTOS DEL SECTOR INFORMAL.

ES NECESARIO CONTAR CON UN PROCESO PARA PROBAR CON QUÉ MEDIOS CUENTA LA POBLACIÓN.

PARTE DEL DISEÑO DE UN SISTEMA DE SEGURO SOCIAL CONSISTE EN DESARROLLAR UN PROCESO PARA VERIFICAR LOS MEDIOS CON LOS QUE CUENTA LA POBLACIÓN PARA DETERMINAR QUE MIEMBROS DE LA SOCIEDAD SON LO SUFICIENTEMENTE POBRES PARA RECIBIR SUBSIDIOS Y QUE MIEMBROS ESTÁN EN CONDICIONES DE PAGAR. SE REQUIERE DE UNA REFLEXIÓN CUIDADOSA PARA DETERMINAR UN PROCESO TRANSPARENTE CON MIRAS A IDENTIFICAR A LA POBLACIÓN OBJETIVO QUE SERÁ SUBSIDIADA.

ES NECESARIO QUE LOS CLIENTES TENGAN ACCESO A INFORMACIÓN CONFIABLE PARA PODER ESCOGER ENTRE DIVERSOS PLANES DE SALUD.

SI EL MODELO ESCOGIDO PERMITE QUE LOS CLIENTES ESCOJAN CUALQUIER OPCIÓN, ES IMPORTANTE GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN ADECUADA. ESTA PODRÍA SER UNA FUNCIÓN DIRECTA DEL GOBIERNO O PODRÍA CONTRATARSE A UNA ENTIDAD INDEPENDIENTE. LOS INDICADORES DEL DESEMPEÑO SON IMPORTANTES YA QUE ESTOS PERMITEN QUE LOS CLIENTES COMPAREN Y ESCOJAN ENTRE VARIOS PLANES DE SALUD. SI EL DINERO PROVENIENTE DEL FONDO DEL SEGURO SOCIAL SE PAGARA A LOS PLANES DE SALUD SELECCIONADOS POR LOS CLIENTES, UN SISTEMA DE INFORMACIÓN BASADO EN DATOS "AUTO REPORTADOS" POR LOS PLANES DE SALUD ESTARÁN SUJETOS A SESGOS. LOS BENEFICIOS FINANCIEROS QUE SE VEN BIEN ANTE LOS OJOS DEL CLIENTE CREARÁN UNA TENDENCIA A ALENTAR A LOS PLANES DE SALUD A REPORTAR INFORMACIÓN HALAGADORA Y TAL VEZ POCO CONFIABLE.

LOS EMPLEADORES SON COMPRADORES MEJOR INFORMADOS QUE LOS CLIENTES INDIVIDUALES.

SI SE TOMA LA DECISIÓN DE PERMITIR ALGUNAS OPCIONES ENTRE LOS PLANES DE SALUD EN SU ESQUEMA DE SEGURO SOCIAL DE SALUD, DEBERÍA DETERMINAR QUIÉN ASUMIRÁ LA RESPONSABILIDAD DE ESCOGER ALGUNA OPCIÓN. ES POSIBLE QUE LOS EMPLEADORES ESTÉN EN MEJORES CONDICIONES DE EVALUAR LA CALIDAD GENERAL DE LOS PLANES DE SALUD QUE LOS CLIENTES. LA RAZÓN ES QUE A MENUDO LOS EMPLEADORES CUENTAN CON UN DEPARTAMENTO DEDICADO QUE SE ESPECIALIZA EN LA TOMA DE DECISIONES REFERENTES A LOS BENEFICIOS DE LOS EMPLEADOS. ES MÁS PROBABLE QUE ESTE DEPARTAMENTO CUENTE CON MEJOR INFORMACIÓN QUE LOS CLIENTES INDIVIDUALES PARA TOMAR DECISIONES INFORMADAS CON RESPECTO A LA ADQUISICIÓN DE UN PLAN DE SALUD. ADICIONALMENTE, DEBIDO A QUE LOS EMPLEADORES CUENTAN CON UN GRUPO GRANDE DE AFILIADOS POSIBLES A LOS PLANES DE SALUD (Y POR LO TANTO CON EL DINERO NECESARIO PARA PAGARLOS), LOS EMPLEADORES PODRÍAN TENER MÁS PODER QUE LOS CLIENTES INDIVIDUALES PARA INFLUIR SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR LOS PLANES DE SALUD.

8) Conclusión

LOS PAISES DE TODA LA REGION ESTAN EXAMINANDO LOS PROBLEMAS REFERENTES AL FINANCIAMIENTO Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. LOS PAISES DE LA REGION SE ENCUENTRAN EN DIFERENTES ETAPAS DEL PROCESO DE DISCUSION, PLANIFICACION E IMPLEMENTACION DE LAS REFORMAS DEL SEGURO SOCIAL. ESTE DOCUMENTO PROPORCIONA UN MARCO REFERENCIAL PARA QUE LOS PAISES PUEDAN REFLEXIONAR CON MAYOR DETENIMIENTO ACERCA DE LAS IMPLICACIONES DEL FINANCIAMIENTO DE LAS REFORMAS PROPUESTAS. EL SISTEMA DE SALUD ACTUAL EN LOS PAISES PUEDE SER EVALUADO UTILIZANDO EL MARCO REFERENCIAL Y LAS IMPLICACIONES FINANCIERAS ESPERADAS DE LOS MODELOS PROPUESTOS PARA LA REFORMA DEL SEGURO SOCIAL.

SE DEBEN TOMAR EN CUENTA LAS REALIDADES DE CADA MEDIO EN PARTICULAR, Y SE DEBE LLEVAR A CABO UNA EVALUACION REALISTA DE LOS CAMBIOS QUE SERIAN FACTIBLES Y EN QUE MARCO DE TIEMPO SE PUEDEN LOGRAR. LOS PAISES TAMBIEN DEBEN SABER QUE CANTIDAD DE DINERO TIENEN A SU DISPOSICION ACTUALMENTE PARA FINANCIAR LOS SERVICIOS DE SALUD Y DEBEN PENSAR EN NUEVAS MANERAS DE AUMENTAR LAS RECAUDACIONES IMPOSITIVAS Y LOS APORTES AL SEGURO SOCIAL. EL PAPEL QUE DESEMPEÑA EL FONDO DEL SEGURO SOCIAL, O EL FONDO DE SOLIDARIDAD ES CRUCIAL. LOS MECANISMOS PARA DISTRIBUIR LOS FONDOS A LOS PLANES DE SALUD Y A LOS PROVEEDORES TIENEN IMPLICACIONES DE COSTOS A NIVEL DE TODO EL SISTEMA A TRAVES DE INCENTIVOS QUE RECOMPENSAN CIERTOS COMPORTAMIENTOS Y LOS COSTOS ADMINISTRATIVOS PARA CADA TIPO DE SISTEMA. EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES PARA EL USO DE LOS RECURSOS LIMITADOS CON EL OBJETO DE PROPORCIONAR PAQUETES DE BENEFICIOS DEFINIDOS A GRUPOS DE CLIENTES PRIORITARIOS CONSTITUYE UNA PARTE VITAL DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD.

IV. EL CUESTIONARIO DE EVALUACION

El cuestionario de evaluación es útil para elaborar sobre muchos de los temas referentes al seguro social. Las siguientes siete áreas generales conforman el cuestionario. Cada sección del cuestionario incluye a su vez sugerencias concretas para ayudarle a localizar información crucial para el proceso de toma de decisiones. Por ejemplo, si está tratando el tema de la captación de ingresos, podría ser de utilidad para usted obtener una copia actualizada de las regulaciones de la seguridad social, u obtener información sobre las tasas de recaudación de impuestos del Ministerio de Finanzas.

- **Examinar el entorno ("medio facilitador") del sector salud**
- **Políticas y regulaciones nacionales que tienen un impacto sobre la cobertura del seguro social**
- **Captación de fondos para financiar el seguro social**
- **Asumir la función de combinar y administrar los fondos para financiar el seguro social**
- **Asumir el proceso financiero para proporcionar beneficios definidos a una población determinada**
- **Organización y compensación de los proveedores**
- **Cobertura y "voz" de los clientes y empleadores**

Adicionalmente, cada sección del cuestionario de evaluación incluye una lista de verificación para que usted pueda ver donde siguen existiendo brechas potenciales (es decir, donde debe obtener mayor información para poder realizar un análisis exhaustivo).

SECCION 1:

¿QUÉ OBSTÁCULOS Y ELEMENTOS FACILITADORES EXISTEN EN EL ENTORNO ("MEDIO FACILITADOR") DEL SECTOR SALUD?

ANTES DE COMENZAR ESTA SECCIÓN, LE PEDIMOS RECORDAR QUE TENGA ACCESO A LA SIGUIENTE:

DATOS REFERENTES AL INGRESO PROMEDIO PER CAPITA, LOS REGISTROS DE RECAUDACIÓN DE IMPUESTOS DEL GOBIERNO, LAS LEYES DEL SERVICIO CIVIL

ESTA SECCIÓN PEDIERE QUE SE TOMEN DECISIONES CON RESPECTO A...

LA FACTIBILIDAD DE INCREMENTAR LA TASA DE RECAUDACIÓN DE IMPUESTOS LA FORMA EN LA QUE LAS LEYES DEL SERVICIO CIVIL PODRIAN SER MODIFICADAS PARA FACILITAR LOS ESFUERZOS DE LA REFORMA QUE LEYES Y REGULACIONES NUEVAS SERAN NECESARIAS PARA APOYAR LA REFORMA DEL SEGURO SOCIAL CUAL SERA EL NUEVO PAPEL DEL MINISTERIO DE SALUD

1. ¿QUÉ OBSTÁCULOS Y ELEMENTOS FACILITADORES EXISTEN EN EL ENTORNO ("MEDIO FACILITADOR") DEL SECTOR SALUD? MUCHOS SON LOS ELEMENTOS QUE COMPOEN EL ENTORNO. EL DESARROLLO DE LA ECONOMIA DEL PAIS, LA CAPACIDAD DEL GOBIERNO PARA ASUMIR ROLES DE LIDERAZGO Y DE ENTE REGULADOR Y LAS REALIDADES DEL FINANCIAMIENTO ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD Y DE LOS SISTEMAS DE PRESTACION CONSTITUYEN LOS FACTORES MÁS RELEVANTES. LAS SIGUIENTES PREGUNTAS LE AYUDARAN A DETERMINAR LAS CARACTERISTICAS DEL ENTORNO EN SU PROPIO PAIS:

1.1. ¿CUÁL ES EL INGRESO PER CAPITA A NIVEL NACIONAL? CUALQUIER SISTEMA DE SEGURO SOCIAL DEBERIA CONSIDERAR LA SITUACION ECONOMICA EN GENERAL. POR EJEMPLO, NO SERIA FACTIBLE PROPONER UN SISTEMA DE SEGURO SOCIAL A UN COSTO DE \$1.000 POR PERSONA SI EL INGRESO TOTAL PER CAPITA DEL PAIS ES DE \$2.000.

1.2. ¿LA RECAUDACIÓN DE IMPUESTOS ES EFECTIVA?

1.2.1. ¿CUÁL ES LA TASA GENERAL DE RECAUDACIONES IMPOSITIVAS EN EL PAIS?

1.2.2. ¿HAY UNA HISTORIA DE EVASIÓN IMPOSITIVA?

1.2.3. ¿CUÁN GRANDE ES EL SECTOR INFORMAL? SI UNA PORCIÓN SIGNIFICATIVA DE LA POBLACION TRABAJA EN EL SECTOR INFORMAL, SERA DIFICIL FINANCIAR LOS PROGRAMAS DEL SEGURO SOCIAL A TRAVES DE UN AUMENTO SIGNIFICATIVO DE LOS INGRESOS PROVENIENTES DE LOS IMPUESTOS.

- 1.3. ¿EXISTEN OTRAS REFORMAS NACIONALES ACTUALES O PROPUESTAS ?**
- 1.3.1. ¿CUÁLES SON LAS REFORMAS ACTUALES Y POTENCIALES QUE SE ESTÁN DISCUTIENDO, Y COMO AFECTARÍAN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DEL SEGURO SOCIAL? POR EJEMPLO, SI EL PAÍS ESTÁ DESCENTRALIZANDO LA TOMA DE DECISIONES Y EL CONTROL SOBRE LOS RECURSOS HACIA LOS GOBIERNOS REGIONALES Y LOCALES, ESTO IMPEDIRÁ QUE UNA GAMA DE INTERVENCIONES PUEDAN SER ADMINISTRADAS A NIVEL NACIONAL.**
- 1.4. ¿CUÁLES SON LAS LEYES ACTUALES DEL SERVICIO CIVIL? ¿QUÉ EFECTO TIENEN SOBRE EL PROCESO DE REFORMA DEL SEGURO SOCIAL?**
- 1.4.1. ¿TIENEN GARANTIZADO EL TRABAJO DE POR VIDA LOS FUNCIONARIOS CIVILES? SI LOS FUNCIONARIOS CIVILES TIENEN GARANTIZADO SU TRABAJO DE POR VIDA Y SE LES PAGA UN SALARIO QUE NO DEPENDE DE SU PRODUCTIVIDAD, SERÁ MUY DIFÍCIL INTRODUCIR REFORMAS QUE PUEDAN ALENTAR LA EFICIENCIA Y MEJORAR LA CALIDAD.**
- 1.4.2. ¿SE PUEDEN MODIFICAR LAS LEYES DEL SERVICIO CIVIL, O EXISTEN OTRAS FORMAS DE INTRODUCIR LAS REFORMAS?**
- 1.5. ¿ES ADECUADO EL MARCO REFERENCIAL LEGAL Y REGULADOR PARA EL SECTOR?**
- 1.5.1. SI SE CREARAN NUEVAS INSTITUCIONES Y LAS EXISTENTES FUERAN TRANSFORMADAS, ¿QUÉ LEYES Y REGULACIONES NUEVAS SERÍAN NECESARIAS PARA PROTEGER A LOS CLIENTES Y GARANTIZAR QUE EL SISTEMA FUNCIONE EN LA FORMA QUE FUE DISEÑADO?**
- 1.5.2. ¿SE HAN REVISADO EXHAUSTIVAMENTE LAS LEYES Y REGULACIONES PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS DONDE EXISTEN CONFLICTOS, O DONDE EXISTEN BRECHAS EN LAS REGULACIONES?**
- 1.6. ¿EL MINISTERIO DE SALUD ESTÁ PREPARADO PARA ASUMIR SU PAPEL DE LIDERAZGO Y DE ENTE REGULADOR?**
- 1.6.1. SI LA REFORMA DEL SEGURO SOCIAL IMPLICA UN CAMBIO EN EL PAPEL QUE DESEMPEÑA EL GOBIERNO (POR EJEMPLO, DE PAGADOR Y PROVEEDOR A ADMINISTRADOR Y REGULADOR), ¿EL GOBIERNO HA EJERCITADO SU CAPACIDAD ACTUAL PARA ASEGURARSE DE QUE ESTÁ EN CONDICIONES DE ASUMIR SU NUEVO PAPEL?**
- 1.6.2. SI DEBEN OCURRIR CAMBIOS ¿CÓMO SE REORGANIZARÁ EL MINISTERIO DE SALUD?**
- 1.6.3. ¿QUÉ NUEVAS HABILIDADES DEBERÍA TENER O APRENDER EL PERSONAL PARA PODER FUNCIONAR EFECTIVAMENTE BAJO LA NUEVA ESTRUCTURA?**
- 1.7. ¿CUÁLES SON LOS GRUPOS DE INTERESES PODEROSOS A SER CONSIDERADOS?**
- 1.7.1. LAS INSTITUCIONES QUE ACTUALMENTE FINANCIAN Y PRESTAN SERVICIOS DE SALUD TAMBIÉN CONSTITUYEN PARTE CRUCIAL DEL ENTORNO. ¿A QUIÉN PERTENECEN O QUIÉNES TRABAJAN EN ESTAS INSTITUCIONES?**
- 1.7.2. ¿QUÉ PAPELES NUEVOS LES TOCARÁ DESEMPEÑAR BAJO UN SISTEMA TRANSFORMADO?**

1.7.3. ¿QUÉ APTITUDES REQUERIRÁN PARA DESEMPEÑAR ESTOS NUEVOS PÓLES?

- 1.8. *Fuentes potenciales de información:*** LA OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS; LAS NACIONES UNIDAS U OTROS ORGANISMOS INTERNACIONALES QUE CUENTAN CON INFORMES SOBRE EL DESEMPEÑO COMPARATIVO, EL MEDIO REGULADOR, ETC.

SECCION 2:**¿CUÁLES SON/SERÁN LAS POLÍTICAS Y REGULACIONES NACIONALES QUE TENDRÁN UN IMPACTO SOBRE LA COBERTURA DEL SEGURO SOCIAL?**

Antes de comenzar esta sección, le rogamos asegurarse que tenga acceso a lo siguiente:

**UNA COPIA DE LA LEGISLACIÓN EXISTENTE O PROPUESTA QUE AFECTE A LOS SERVICIOS DE SALUD
REGLAS/REGULACIONES REFERENTES AL PLAN ACTUAL DEL SEGURO SOCIAL**

Esta sección requiere que se tomen decisiones con respecto a...

**QUIEN PARTICIPARÁ EN EL NUEVO PLAN DE SEGURO SOCIAL
COMO SE INCLUIRÁ A LOS TRABAJADORES DEL SECTOR INFORMAL DENTRO DEL SISTEMA
ESTRATEGIAS PARA TRABAJAR CON MIRAS A PROMULGAR UNA NUEVA LEGISLACIÓN, SI EXISTEN CONFLICTOS O BRECHAS EN LAS LEYES ACTUALES
LA ESTRUCTURA Y ALCANCE DE LOS APORTES PARA EL PLAN PROPUESTO
UN CRONOGRAMA PARA IMPLEMENTAR GRADUALMENTE EL NUEVO PLAN
SI LOS CLIENTES TENDRÁN LA OPCIÓN DE ESCOGER UN PROVEEDOR Y/O UN PLAN
QUIEN ASUMIRÁ LA RESPONSABILIDAD DE MONITOREAR Y SUPERVISAR EL NUEVO SISTEMA
SI EL INCREMENTO DE LOS IMPUESTOS ES UNA FORMA FACTIBLE DE FINANCIAR EL SISTEMA**

- 2. ¿CUÁLES SON/SERÁN LAS POLÍTICAS Y REGULACIONES NACIONALES QUE TENDRÁN UN IMPACTO SOBRE LA COBERTURA DEL SEGURO SOCIAL? AQUÍ SE INCLUYEN MUCHAS ÁREAS. SI SE CREAN NUEVAS INSTITUCIONES Y LAS EXISTENTES SON TRANSFORMADAS, SE REQUERIRÁN NUEVAS LEYES Y REGULACIONES PARA PROTEGER A LOS USUARIOS DEL SISTEMA Y ASEGURAR QUE LAS REFORMAS ESTÉN FUNCIONANDO EN LA FORMA QUE SE TENÍA PLANIFICADO. ADemás, EL PAIS PODRIA TENER LEYES ESPECÍFICAS—COMO "SALUD PARA TODOS"—QUE PODRIAN RESTRINGIR LAS DECISIONES SOBRE QUE TIPOS DE SERVICIOS SE CUBRIRIAN COMO PARTE DEL PAQUETE DE BENEFICIOS. EN GENERAL, SE DEBERIA REALIZAR UNA REVISIÓN EXHAUSTIVA PARA IDENTIFICAR LOS CONFLICTOS POTENCIALES ENTRE LAS LEYES NUEVAS Y LAS EXISTENTES Y PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS DONDE NO EXISTE LEGISLACIÓN. LA SIGUIENTE PREGUNTA LE DARA UNA IDEA DE LAS ÁREAS A SER CONSIDERADAS:**

2.1. ¿SE REQUERIRÁ LA PARTICIPACIÓN OBLIGATORIA (DEL SECTOR FORMAL, O DE TODOS)?

2.1.1. ¿QUIÉN PARTICIPA ACTUALMENTE EN SU PLAN DE SEGURO SOCIAL?

- 2.1.2. **¿INCLUYE SOLAMENTE A LOS TRABAJADORES DEL SECTOR FORMAL, QUE APORTAN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL A TRAVÉS DE DEDUCCIONES SALARIALES?**
- 2.1.3. **¿QUE PASARÁ CON LOS EMPLEADOS DEL SECTOR INFORMAL?**
- 2.1.4. **SI LA INTENCIÓN ES DISTRIBUIR EL RIESGO A NIVEL DE UN GRUPO LO MAS GRANDE POSIBLE, ¿CÓMO ABRIRA SU SISTEMA A LAS PERSONAS QUE ACTUALMENTE NO SON PARTE DEL SECTOR FORMAL?**
- 2.1.5. **¿SE DEBEN CAMBIAR ALGUNAS LEYES PARA AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN?**
- 2.1.6. **SI TIENE PLANIFICADO IMPLEMENTAR GRADUALMENTE LA PARTICIPACIÓN A MEDIDA QUE AVANZA EL TIEMPO, ¿CUÁL SERIA EL PLAZO, Y QUE TIPOS DE REFERENCIAS EMPLEARA PARA SABER CUANDO HA ALCANZADO SU META ESTABLECIDA?**

2.2. ¿SE REQUERIRÁN APORTES OBLIGATORIOS?

- 2.2.1. **UNA VEZ MAS, ¿QUIEN ESTÁ APORTANDO ACTUALMENTE?**
- 2.2.2. **¿CÓMO CAMBIARÁ ESTO—SI EN TOTAL LO HACE—SI EL PROGRAMA DEL SEGURO SOCIAL SE AMPLIA PARA COBRIR UN MAYOR NUMERO DE PERSONAS?**
- 2.2.3. **SI SE INCLUYE AL SECTOR INFORMAL, ¿CÓMO SE COBRARÁN LOS APORTES?**
- 2.2.4. **¿SE EMPLEARÁ LA MISMA ESTRUCTURA (POR EJEMPLO EL PORCENTAJE DE LOS INGRESOS) PARA LOS SECTORES FORMAL E INFORMAL?**
- 2.2.5. **¿LOS APORTES SE BASARÁN SOLAMENTE EN LOS SALARIOS O EN EL INGRESO TOTAL (POR EJEMPLO, SI ALGUIEN TUVIESE INGRESOS PROVENIENTES DE INVERSIONES NO RELACIONADAS CON EL SALARIO QUE PERCIBE DE SU TRABAJO)?**
- 2.2.6. **¿SE MANTENDRÁ IGUAL EL PORCENTAJE DE LOS APORTES, O LOS TRABAJADORES CON INGRESOS MAYORES APORTARÁN PROPORCIONALMENTE MAS?**
- 2.2.7. **¿HABRÁN "LINEAS DE BASE" O "TECHOS" QUE LIMITEN LOS PAGOS (POR EJEMPLO, LOS EMPLEADOS EN UNA ESCALA SALARIAL SUPERIOR APORTARÁN EL 3% DE SUS SALARIOS, CON SUJECCIÓN A UN TOPE DE \$1.500.00 POR AÑO, EN TANTO QUE LOS EMPLEADOS EN UNA ESCALA SALARIAL INFERIOR APORTARÁN EL 2.5% DE SUS SALARIOS, CON SUJECCIÓN A UN TOPE ANUAL DE \$1.000)?**

2.3. ¿EXISTIRÁN OPCIONES DE PROVEEDORES Y PLANES PARA EL CLIENTE?

- 2.3.1. **¿TENDRÁN LOS CLIENTES LA OPORTUNIDAD DE ESCOGER UN PROVEEDOR O UN PLAN DE SALUD PREFERIDO, O SE LES ASIGNARÁ UNO EN BASE A DONDE VIVE O TRABAJA EL CLIENTE?**
- 2.3.2. **¿HABRÁN TASAS DE REEMBOLSO DIFERENCIADAS, DEPENDIENDO DE QUE PLAN O PROVEEDOR SE ESCOGE, O LA TASA DE REEMBOLSO SERÁ LA MISMA PARA CUALQUIER PLAN O PROVEEDOR DENTRO DEL SISTEMA?**

2.4. ¿SE MODIFICARÁN LAS REGULACIONES?

- 2.4.1. **¿CUÁLES SON LAS REGULACIONES ACTUALES?**
- 2.4.2. **¿ES NECESARIO MODIFICAR CUALQUIERA DE ELLAS, DADO LO QUE CONOCE SOBRE EL DISEÑO DEL NUEVO SISTEMA DE SEGURO SOCIAL DE SALUD?**
- 2.4.3. **¿DÓNDE ESTÁN LAS BRECHAS DE LAS REGULACIONES?**
- 2.4.4. **¿ALGUNAS DE ESTAS LEYES/REGULACIONES RESTRINGEN LAS DECISIONES CON RESPECTO A LO QUE SE PUEDE OFRECER COMO PARTE DEL PAQUETE DE BENEFICIOS?**
- 2.4.5. **¿EXISTEN REGULACIONES QUE ESTIPULAN LOS CRITERIOS PARA LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROVEEDORES, CREANDO ASÍ EL POTENCIAL DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y PROTECCIÓN AL CLIENTE (POR EJEMPLO, CLASES DE EDUCACIÓN CONTINUA; LICENCIAS PARA EL PERSONAL MÉDICO; ACREDITACIÓN DE LAS CLÍNICAS O CENTROS)?**
- 2.4.6. **¿YA EXISTEN REGULACIONES SOBRE LA SOLVENCIA DE LOS INTERMEDIARIOS FINANCIEROS, O ESTAS DEBEN SER CREADAS?**
- 2.4.7. **¿CUÁNTO TIEMPO SE REQUIERE PARA PROMULGAR LA LEGISLACIÓN?**
- 2.4.8. **¿HABRÁN ELECCIONES EN EL FUTURO CERCAÑO, Y ESPERA USTED QUE EL GOBIERNO ENTRANTE FAVORECERA LA REFORMA EN MARCHA O NO?**

2.5. *¿CÓMO SE REALIZARÁ LA SUPERVISIÓN Y EL MONITOREO?*

- 2.5.1. **¿QUIEN TIENE—O TENDRÁ—LA RESPONSABILIDAD DE SUPERVISAR EL SISTEMA? EN ESTE CASO LA PARTICIPACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO ES CRUCIAL PARA UNA IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA.**
- 2.5.2. **¿QUIEN CONTROLARÁ LA CALIDAD, UTILIZACIÓN, COSTOS, EFICIENCIA, ETC.?**
- 2.5.3. **¿QUIEN ADMINISTRARÁ EL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES DE MANERA QUE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS SEAN DETECTADAS OPORTUNAMENTE?**
- 2.5.4. **SI UN CLIENTE TIENE UNA QUEJA, QUIÉN ES RESPONSABLE DE INVESTIGAR EL ASUNTO Y ASEGURAR QUE LAS DISPUTAS SEAN RESUELTAS?**

2.6. *PUNTOS POTENCIALES DE INFORMACIÓN:* COPIAS ESCRITAS DE LAS LEYES NACIONALES Y LOCALES; COLEGAS EN LA LEGISLATURA; GRUPOS POLÍTICOS "DE VIGILANCIA"; REGULACIONES ACTUALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

SECCION 3:

¿CÓMO SE CAPTAN O CÓMO SE PUEDEN CAPTAR LOS FONDOS PARA FINANCIAR EL SEGURO SOCIAL?

Antes de comenzar esta sección, le rogamos asegurarse que tenga acceso a la siguiente:

información sobre como está estructurada actualmente la seguridad social (por ejemplo, ¿quien aporta? ¿los empleadores y los empleados se dividen los aportes?)

datos sobre el paquete propuesto de beneficios del seguro social: ¿qué servicios están incluidos, cuales son los patrones de costos y de utilización esperados?, etc.

Esta sección requiere que se tomen decisiones con respecto a...

**quien aportará al esquema de seguro social
que beneficios se ofrecerán y a quienes
quien recaudará los fondos
si se realizarán pagos conjuntos**

- 3. ¿Cómo se captan o cómo se pueden captar los fondos para financiar el seguro social? Los fondos se captan a través de una diversidad de mecanismos, incluyendo las recaudaciones de impuestos en general, los aportes salariales, las primas de seguro voluntarias, las tarifas pagadas directamente a los proveedores, los impuestos especiales a los productos que afectan la salud (por ejemplo, cigarrillos o alcohol), impuestos municipales, intereses sobre las reservas y de otras fuentes como la lotería o las donaciones. ¿qué combinación de estos se utilizará para generar los fondos para un sistema de seguro social de salud?**

3.1. ¿cuáles son los mecanismos de recaudación?

- 3.1.1. Si los aportes están divididos actualmente entre los empleados y los empleadores, ¿cómo se recaudarán los aportes del sector informal, o de los individuos que trabajan en microempresas o en forma independiente?**
- 3.1.2. En aquellos casos en los que no hay una estructura formal de planillas salariales, ¿cómo se fijarán los niveles de los aportes?**
- 3.1.3. Si la evasión impositiva es un problema, ¿qué alternativas existen?**
- 3.1.4. ¿pueden recaudarse impuestos a nivel local, o se pueden emplear impuestos al consumo específico? (por ejemplo, cigarrillos y bebidas alcohólicas)**

3.1.5. ¿HASTA QUÉ PUNTO SE APOYA EL DISEÑO DEL SISTEMA DEL SEGURO SOCIAL EN LA RECAUDACIÓN DE IMPUESTOS PARA CAPTAR FONDOS?

3.2. ¿SON SUFICIENTES LOS FONDOS?

3.2.1. ¿QUE BENEFICIOS SE OFRECERAN BAJO EL ESQUEMA DEL SEGURO?

3.2.2. ¿CUÁLES SON LOS COSTOS ESPERADOS Y LOS PATRONES DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE SON PARTE DEL PAQUETE DE BENEFICIOS?

3.2.3. DADO EL PAQUETE DE BENEFICIOS A SER OFRECIDO Y LOS COSTOS Y TASAS DE UTILIZACIÓN ESPERADOS, ¿TENDRÁ EL SISTEMA SUFICIENTES INGRESOS PROYECTADOS PARA CUBRIR TODOS SUS COSTOS?

3.2.4. ¿EXISTEN OTRAS FUENTES DE FONDOS QUE PUEDAN SER CAPTADOS, COMO LAS LOTERIAS, DONACIONES Y PRESTAMOS?

3.2.5. ¿SE RECAUDARÁN IMPUESTOS A NIVEL LOCAL?

3.2.6. ¿EL SISTEMA COMBINARÁ A UN GRUPO LO SUFICIENTEMENTE DIVERSIFICADO PARA ASEGURARSE QUE EL SUBSIDIO CRUZADO FUNCIONARÁ? ES DECIR, QUE LAS PERSONAS RELATIVAMENTE SALUDABLES Y ECONÓMICAMENTE HOLGADAS SUBSIDIARÁN A LOS MIEMBROS DE LA SOCIEDAD QUE SE ENCUENTRAN RELATIVAMENTE ENFERMOS Y TIENEN INGRESOS BAJOS?

3.3. ¿CUÁL ES LA FACTIBILIDAD DE RECAUDAR APORTES DEL SECTOR INFORMAL?

3.3.1. SI EL SECTOR INFORMAL ES GRANDE, ¿CÓMO SE RECAUDARÁN LOS APORTES DE ESTE GRUPO?

3.3.2. ¿CUÁN IMPORTANTE SERÍA EL APOYO DE ESTE GRUPO PARA EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA?

3.3.3. ¿VA A INCLUIR EN EL SISTEMA OTROS SEGMENTOS DIFÍCILES, COMO A LAS MICROEMPRESAS Y LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES?

3.4. ¿QUE INSTITUCIÓN(ES) RECAUDARÁ(N) LOS FONDOS?

3.4.1. ¿LOS FONDOS SERÁN RECAUDADOS POR EL TESORO, POR EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL O POR ALGUNA OTRA INSTITUCIÓN?

3.4.2. SI SE EFECTÚAN PAGOS CONJUNTOS, ¿SERÁN ESTOS RETENIDOS POR LA INSTITUCIÓN QUE HA PRESTADO LOS SERVICIOS O SE LOS DEVOLVERÁ AL FONDO DEL SEGURO PARA SER COMBINADOS CON OTRAS FUENTES DE FONDOS?

3.4.3. SI SE EFECTÚAN PAGOS CONJUNTOS, ¿QUE SISTEMA SE IMPLEMENTARÁ PARA ASEGURAR QUE LOS POBRES TENGAN ACCESO A LAS EXENCIONES?

3.4.4. ¿LOS ADMINISTRADORES DEL FONDO LO ADMINISTRAN PARA OBTENER UN RETORNO FINANCIERO SIN EXPONER LOS FONDOS A UN RIESGO INNecesario?

- 3.9. ***Puentes potenciales de información:*** regulaciones actuales de la seguridad social; oficina nacional de estadísticas; naciones unidas u otros informes sobre los porcentajes de recaudaciones impositivas y las fuentes de ingresos.

SECCION 4:**¿QUÉ INSTITUCIÓN(ES) ASUMEN O ASUMIRÁN LA FUNCIÓN DE COMBINAR Y ADMINISTRAR LOS FONDOS PARA FINANCIAR EL SEGURO SOCIAL?**

Antes de comenzar esta sección, le rogamos asegurarse que tenga acceso a la siguiente:

**información acerca de las restricciones potenciales (por ejemplo, leyes de descentralización) que determinarían si se creará más de un fondo
encuestas u otros datos que demuestren que beneficiarios desea obtener la
gente del seguro social**

Esta sección requiere que se tomen decisiones con respecto a...

**si existirá uno o varios fondos de seguro social
como implementar los subsidios cruzados si existe más de un fondo
quien se responsabilizará de los diferentes aspectos del fondo
cómo se asignarán los fondos**

- 4. ¿QUÉ INSTITUCIÓN(ES) ASUMEN O ASUMIRÁN LA FUNCIÓN DE COMBINAR Y ADMINISTRAR LOS FONDOS PARA FINANCIAR EL SEGURO SOCIAL?** suponiendo que se hubieran generado los fondos, estos deben ser combinados y distribuidos para pagar los servicios de salud. El fondo podría pagar directamente a los proveedores, o podría pagar a los planes de salud—entidades que asumen el riesgo financiero de proporcionar un paquete de beneficios a una población definida. En caso que los proveedores de servicios de salud sean pagados directamente, el fondo asume el riesgo financiero y una decisión clave tiene que ver con el tipo de mecanismo de pago que será empleado. Por otro lado, si el fondo paga a los planes de salud para que presten los servicios, los planes de salud recibirán un pago establecido por persona y asumirán el riesgo financiero de cubrir los servicios. Si existen múltiples pagadores, la complejidad administrativa será mayor. Además, el fondo permite compartir el riesgo combinando a las personas que se encuentran *relativamente* enfermas con las personas *relativamente* sanas. Algunas preguntas a ser respondidas incluyen las siguientes:

- 4.1. ¿Habrá un fondo único o fondos múltiples?** un fondo podría combinar los recursos generados a través de una diversidad de medios. Tiene varias ventajas, incluyendo la no duplicación de los sistemas administrativos o de información; reducir la posibilidad de fraude por parte del proveedor; una mejor combinación de los aportes de los grupos de menores y mayores ingresos; y una combinación de los grupos de mayor y menor riesgo. Todas las personas del país que están cubiertas por el seguro social de salud estarían afiliadas al mismo sistema. Sin embargo, podrían existir razones por las cuales existe más de un fondo.

4.1.1. Si este fuese el caso, ¿cómo se coordinarían los diferentes fondos?

4.2. ¿Se instituirán mecanismos de subsidios cruzados? Si existe un solo fondo, es mucho más fácil realizar subsidios cruzados, como se indicó previamente.

4.2.1. Sin embargo, si el sistema está descentralizado o si existen múltiples sistemas por otras razones, ¿cómo se lograrán los subsidios cruzados?

4.3. ¿Cómo se administrarán y distribuirán los fondos?

4.3.1. ¿Cuál será el costo de establecer una institución para el fondo del seguro social?

4.3.2. ¿Quién asume el riesgo realmente? Si el fondo paga directamente a los proveedores, el fondo asume el riesgo financiero. Por otra parte, si los fondos realizan los pagos establecidos a los planes de salud basados en la cantidad de afiliados al plan, el plan de salud asume el riesgo financiero.

4.3.3. ¿Qué tipo de sistema de pagos se escogera (por ejemplo, presupuesto fijo, tarifa por servicio, pagos por persona)? Cada uno de estos tiene ciertas implicaciones en términos de su complejidad administrativa, el potencial para el fraude, los incentivos para la eficiencia y el volumen, el impacto sobre los costos crecientes a través de todo el sistema, el impacto sobre el mejoramiento de la calidad y así sucesivamente. Le rogamos hacer referencia al cuadro de los "mecanismos de pago" en el marco referencial para obtener un resumen de los diversos mecanismos y sus implicaciones.

4.3.4. ¿El fondo del seguro social o alguna otra entidad establecerá las tarifas (por ejemplo, el tarifario de los diferentes servicios, las tasas de pago por paquete/pop caso, o las tasas por persona)?

4.3.5. ¿Cuáles serán las tarifas?

4.4. ¿Cuál será el contenido del paquete de beneficios?

4.4.1. Dado los recursos financieros del país, los patrones de morbilidad, la infraestructura y las preferencias de la población, ¿qué servicios incluirá el paquete de beneficios?

4.4.2. ¿Incluirá el paquete solamente los servicios de atención primaria y preventiva?

4.4.3. ¿Incluirá servicios de consulta externa y/o el tratamiento de afecciones de alto costo que colocarían una carga económica muy pesada sobre la persona o la familia?

4.4.4. ¿Incluirá solamente los tratamientos más costo efectivos para una enfermedad en particular?

4.4.5. ¿SE OFRECERÁ EL MISMO PAQUETE A TODOS LOS AFILIADOS, O LOS GRUPOS OBJETIVO, COMO LOS POBRES, RECIBIRÁN SERVICIOS ADICIONALES?

4.5. ¿CUÁLES SERÁN LOS MECANISMOS DE DISTRIBUCIÓN? Ya sea que exista un solo fondo o varios fondos de salud, se deberían determinar los mecanismos de distribución. Si el fondo realiza pagos por persona a los planes de salud en base al número de afiliados, no se necesitaría plantear algunas de estas preguntas a nivel nacional; serían decisiones operativas a ser adoptadas por los mismos planes de salud. Por otro lado, si el fondo paga directamente a los proveedores, estas decisiones deben ser tomadas a nivel de políticas nacionales.

4.5.1. ¿CUÁLES SERÍAN LAS PAUTAS BÁSICAS?

4.5.2. ¿LAS ASIGNACIONES SE BASARÁN EN LA POBLACIÓN O EN EL PORCENTAJE DE ALTO RIESGO Y/O PERSONAS POBRES EN CADA ÁREA?

4.5.3. ¿CUÁNTO SE ASIGNARÁ A LA ATENCIÓN PRIMARIA Y PREVENTIVA, Y CUÁNTO SE ASIGNARÁ PARA ATENDER EVENTOS CATASTRÓFICOS?

4.5.4. SI SE EMPLEAN DISTINTOS PROCEDIMIENTOS PARA TRATAR LA MISMA ENFERMEDAD, ¿EL FONDO REEMBOLSARÁ LOS COSTOS SOLAMENTE POR LOS PROCEDIMIENTOS QUE SEAN MÁS COSTO EFECTIVOS?

4.5.5. SI HUBIERAN VARIOS FONDOS—POR EJEMPLO, UN FONDO PARA CADA PROVINCIA—¿CÓMO SE ASIGNARÁN LOS RECURSOS ENTRE LAS PROVINCIAS DE MANERA QUE SEAN DISTRIBUIDOS EQUITATIVAMENTE?

4.6. ¿CÓMO SE HARÁ LA RENDICIÓN DE CUENTAS? Existen muchos niveles para esta pregunta.

4.6.1. ¿CÓMO SE RINDEN LAS CUENTAS DE LOS FONDOS QUE SE RECAUDAN?

4.6.2. ¿QUÉ CONTROLES DE SALDOS SON NECESARIOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA CONTROLAR EL FRAUDE O LOS ABUSOS?

4.6.3. ¿QUÉ SISTEMAS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS DEBEN SER IMPLEMENTADOS PARA INVERTIR LOS INGRESOS PARA QUE PUEDAN OBTENER UN RETORNO SEGURO MIENTRAS NO SE ESTÁN UTILIZANDO?

4.6.4. ¿QUIÉN ASUME EL RIESGO FINANCIERO DE FINANCIAR LOS SERVICIOS DE SALUD?

4.6.5. SI ALGUIEN TIENE UN PROBLEMA O DISPUTA QUE DEBE SER RESUELTA, ¿ESTÁ CLARO QUIÉN ASUMIRÁ LA RESPONSABILIDAD Y LA OBLIGACIÓN DE RENDIR CUENTAS?

4.6.6. ¿QUIÉN ESTÁ FACULTADO PARA TOMAR LAS DECISIONES REFERENTES AL FUNCIONAMIENTO, ESTRUCTURA, ASIGNACIÓN, ETC. DEL FONDO?

4.7. FUENTES POTENCIALES DE INFORMACIÓN: Otros estudios piloto de un país o área (manteniendo en mente que ningún sistema funciona en todas las situaciones, y se deben

efectuar adaptaciones para demostrar las realidades, restricciones y oportunidades a nivel local).

SECCION E:

¿QUÉ INSTITUCIÓN(ES) ASUME(N) O ASUMIRÁ(N) EL PAPEL DEL PLAN DE SALUD—ES DECIR, QUIÉN ASUMIRÁ EL RIESGO FINANCIERO DE PROPORCIONAR UN PAQUETE DEFINIDO DE BENEFICIOS A UNA POBLACIÓN CUBIERTA DETERMINADA?

Antes de comenzar esta sección, lo rogamos asegurarse que tenga acceso a la siguiente:

**información sobre la situación actual en términos de quién asume el riesgo financiero
información sobre cualquier restricción que pudiera existir para la contratación de servicios con los distintos proveedores (es decir, una situación en la que el plan del seguro social asume el riesgo financiero y también provee directamente los servicios)**

Esta sección requiere que se tomen decisiones con respecto a...:

**si el sistema de seguro social contará con intermediarios financieros
cual será la estructura de incentivos
que intervenciones administrativas se emplearán**

5. **¿QUÉ INSTITUCIÓN(ES) ASUME(N) O ASUMIRÁ(N) EL PAPEL DEL PLAN DE SALUD—ES DECIR, QUIÉN ASUMIRÁ EL RIESGO FINANCIERO DE PROPORCIONAR UN PAQUETE DEFINIDO DE BENEFICIOS A UNA POBLACIÓN CUBIERTA DETERMINADA?** En muchos países, existen múltiples planes de salud, tanto en los sectores público como privado. Un grupo de proveedores podría estar de acuerdo en proporcionar un paquete de beneficios a los afiliados a cambio de un pago fijo mensual, o se podría contratar proveedores a través de un intermediario financiero para proporcionar servicios a sus afiliados. La pregunta clave sería, ¿quién asume el riesgo financiero y la razón de la existencia del riesgo es la siguiente: el plan recibe un monto fijo de dinero basado en el número de afiliados. Está obligado a proporcionar servicios a dichos afiliados—ya sea directamente o a través de un contrato con un grupo de proveedores—ya sea que todos utilicen los servicios ampliamente o no. Por supuesto que si la tasa de utilización es alta, el plan asume un costo más elevado que si solamente unas cuantas personas estuvieran utilizando los servicios. Las siguientes preguntas deberían ayudar a aclarar algunos de estos temas.

- 5.1. ¿Habrá intermediarios financieros?** ¿Contará el sistema con intermediarios financieros?—es decir, ¿habrá entidades que recauden una tarifa fija por afiliado y que subsecuentemente contratan los servicios de un proveedor o de un grupo de proveedores para que presten los servicios de salud, en lugar de proveer directamente estos servicios?

5.2. ¿suposición integrada de riesgo financiero y prestación de servicios? EN VEZ DE HABER INTERMEDIARIOS FINANCIEROS, ¿ASUMIRÁ EL RIESGO FINANCIERO UNA ENTIDAD Y PROPORCIONARÁ LOS SERVICIOS DIRECTAMENTE A SUS AFILIADOS?

5.3. ¿EXISTIRÁ SOLAMENTE UNO O VARIOS PLANES DE SALUD? MUCHOS DE LOS BENEFICIOS DE LOS PLANES DE SALUD QUE COMPITEN ENTRE SÍ INCLUYEN LA EFICIENCIA, EL CONTROL DE COSTOS Y UNA MEJOR CALIDAD. SIN EMBARGO, TAMBIÉN EXISTEN OTROS COSTOS COMO LA COMERCIALIZACIÓN, DUPLICACIÓN DE ESTRUCTURAS ADMINISTRATIVAS Y POSIBLES EFECTOS NEGATIVOS TALES COMO LA SELECCIÓN DE RIESGOS. EN BASE A LA SITUACIÓN DE SU PROPIO PAÍS, SE DEBERÍA TOMAR UNA DECISIÓN PARA DETERMINAR SI LOS BENEFICIOS EXCEDEN LOS COSTOS.

5.3.1. ¿TENDRÁN LOS CLIENTES LA OPCIÓN DE ESCOGER ENTRE VARIOS PLANES DE SALUD? SI SE OFRECE MÁS DE UN PLAN A LOS CLIENTES, LOS PLANES DE SALUD ESTARÁN MÁS PRESIONADOS A PREOCUPARSE POR MEJORAR LA CALIDAD. SI LOS CLIENTES SON ASIGNADOS A UN PLAN EN BASE A SU UBICACIÓN GEOGRÁFICA O ALGÚN OTRO FACTOR, EL PLAN DE SALUD NO TENDRÁ NINGUN INCENTIVO PARA PROPORCIONAR BUENOS SERVICIOS A SUS CLIENTES.

5.4. ¿SE EMPLEARÁN INCENTIVOS? QUE TIPO DE INCENTIVOS ESTÁN INCORPORADOS DENTRO DEL SISTEMA ESCOGIDO PARA CONTROLAR EL COMPORTAMIENTO DE LOS PROVEEDORES? LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON RELEVANTES A NIVEL DE LAS POLÍTICAS NACIONALES SOLAMENTE SI EL FONDO DEL SEGURO SOCIAL PAGARA DIRECTAMENTE A LOS PROVEEDORES. DE OTRA MANERA, DEPENDE DE LOS PLANES DE SALUD EL DAR RESPUESTA A LAS SIGUIENTES INTERROGANTES.

5.4.1. POR EJEMPLO, ¿SE PAGA A LOS PROVEEDORES UN SALARIO FIJO, O RECIBEN UN REEMBOLSO EN BASE A UNA TARIFA POR CADA SERVICIO PRESTADO?

5.4.2. ¿QUÉ TIPO DE INCENTIVO TIENE EL PROVEEDOR? SI EL MÉTODO ES EL PAGO DE UNA TARIFA POR CADA SERVICIO, LOS PROVEEDORES NO ESTARÁN INCENTIVADOS A CONTROLAR SUS COSTOS, NI A MEJORAR SU EFICIENCIA, O A LIMITAR EL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS PROVISTOS A LOS CLIENTES.

5.4.3. ¿ES POSIBLE TENER LOS REEMBOLSOS BASADOS EN EL DESEMPEÑO? LOS REEMBOLSOS BASADOS EN EL DESEMPEÑO CONSTITUYEN OTRO INCENTIVO QUE RECOMPENSA A LOS PROVEEDORES POR LOGRAR CIERTAS METAS DE DESEMPEÑO (COMO LOS INDICADORES DE CALIDAD), O EFECTÚA RETENCIONES DE LOS PAGOS SI NO SE CUMPLEN DICHS INDICADORES. ESTOS TIPOS DE INCENTIVOS PUEDEN AYUDAR A CONTROLAR LOS COSTOS Y A MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA CALIDAD.

5.5. ¿QUÉ PAPEL DESEMPEÑA EL "PORTERO O GUARDIÁN"? ES POSIBLE QUE LOS PLANES DE SALUD DECIDAN INSTITUIR UNA FUNCIÓN DE "PORTERO O GUARDIÁN" PARA CONTROLAR LAS CONSULTAS INNECESARIAS CON LOS ESPECIALISTAS DE ALTO COSTO.

5.6. ¿Se utilizan intervenciones a nivel administrativo? Adicionalmente a los incentivos, es común contar con intervenciones a nivel administrativo para administrar adecuadamente un plan de salud. Sin embargo, estas no constituyen decisiones políticas de nivel nacional a no ser que el fondo realice los pagos directamente a los proveedores. A continuación se provee una lista de algunas de estas intervenciones:

- La revisión de la utilización constituye un ejemplo; incluye la comparación de las diferentes tasas de prescripción de antibióticos, la hospitalización de pacientes y así sucesivamente.
- Un segundo ejemplo es el manejo de las enfermedades, que podría emplearse para manejar las afecciones crónicas, o podría tratarse simplemente de seguir una "norma" o "pauta crítica" de tratamiento para reducir las variaciones en la calidad y cantidad del tratamiento.
- El manejo de los beneficios de farmacia (PBM) [Pharmacy benefits management] constituye otra intervención. "Estos esquemas contratan aseguradores para manejar los servicios de farmacia. El proveedor de PBM negocia los precios de los medicamentos con los proveedores de los mismos, implementa el formulario de medicamentos a ser empleado, revisa y emite fallos cuando se presentan reclamos, revisa los patrones de utilización por parte de los pacientes y los proveedores, realiza auditorías del programa para evitar el fraude y los abusos e implementa programas para lograr que el uso de medicamentos sea más racional. A pesar de que el PBM aparentemente añade otro intermediario y gastos adicionales, los esquemas PBM exitosos reducen los costos de los aseguradores."³
- Aunque el proveedor no tenga un PBM, la creación de un formulario de medicamentos esenciales puede ayudar a controlar los costos de los medicamentos. En lugar de almacenar varios centenares de medicamentos distintos, los farmacéuticos—o agentes de adquisiciones—pueden adquirir medicamentos genéricos en lugar de marcas registradas reduciendo o eliminando la duplicación de medicamentos (por ejemplo, tres o cuatro marcas diferentes de acetaminofeno). Debido a que cada adquisición incluye una cantidad bastante grande, podrían obtenerse descuentos por volumen (por ejemplo, el gerente hace un pedido de 1.000 tabletas al mes a un solo vendedor en lugar de pedir 250 tabletas de cuatro proveedores). Asimismo, debido a que el administrador está tratando con una menor cantidad de proveedores, hay menos pedidos u órdenes de adquisición que preparar y seguir. Los médicos son parte del proceso de manera que deben estar al tanto de los medicamentos que tiene la farmacia.

5.7. ¿Se sustituirán distintos niveles de personal? Un plan de salud podría decidir mejorar la eficiencia en algunos casos, sustituyendo con personal clínico de menor jerarquía a

³ Management Sciences for Health, *Managing Drug Supply: The Selection, Procurement, Distribution, and Use of Pharmaceuticals*, Segunda Edición, Revisada y Ampliada, Kumarian Press, 1997, p. 618.

LOS MÉDICOS DE COSTO MÁS ALTO, CUANDO ESTO FUESE APROPIADO. POR EJEMPLO, LAS ENFERMERAS TITULADAS QUE TIENEN PRÁCTICA CLÍNICA PODRÍAN PRESTAR SERVICIOS DE SALUD PRIMARIA Y AYUDAR A LOS PACIENTES EN EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.

5.8. ¿CUAL ES EL IMPACTO SOBRE LA CALIDAD, CONTROL DE COSTOS, EFICIENCIA, ACCESO, EQUIDAD? CUALQUIER CAMBIO EN UN SISTEMA TENDRÁ IMPACTOS SOBRE LA CALIDAD, EL COSTO, LA EFICIENCIA, EL ACCESO Y LA EQUIDAD. ALGUNOS DE ESTOS CAMBIOS ESTARÁN PREVISTOS, EN TANTO QUE OTROS PODRÍAN SER IMPREVISTOS. UNA REDUCCIÓN EN LOS COSTOS O MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PODRÍA PROPORCIONAR A LAS PERSONAS MAYORES INCENTIVOS PARA UTILIZAR LOS SERVICIOS Y ESTO PODRÍA SIGNIFICAR TIEMPOS DE ESPERA MÁS LARGOS, AGLOMERACIONES, EXPEDIENTES CLÍNICOS MAL UBICADOS Y ASÍ SUCESIVAMENTE.

5.9. FUENTES POTENCIALES DE INFORMACIÓN: VER LA BIBLIOGRAFÍA AL FINAL DE ESTE DOCUMENTO.

SECCION E:**¿cómo están organizados o cómo se organizarán
LOS PROVEEDORES Y cómo SON/SERÁN COMPENSADOS?**

Antes de comenzar esta sección, LE ROGAMOS asegurarse que tenga acceso a LO SIGUIENTE:

**información sobre LOS SISTEMAS de PAGO actuales
información sobre LOS PROGRAMAS verticales ofrecidos
Lista de LOS beneficios definidos para el PROGRAMA del seguro social**

Esta sección requiere que se tomen decisiones con respecto a...:

**cómo se organizarán LOS médicos
cómo se empleará al personal del hospital
cómo se proveerán servicios auxiliares
cómo se compensará a LOS proveedores**

- E. ¿cómo están organizados o cómo se organizarán LOS PROVEEDORES Y cómo SON/SERÁN COMPENSADOS?** La forma en la que están organizados LOS PROVEEDORES tiene muchas implicaciones en términos del flujo de fondos, LOS patrones de referencia de pacientes, LOS sistemas administrativos necesarios y así sucesivamente. LOS mecanismos de pago a LOS PROVEEDORES también tienen efectos significativos sobre LOS costos y LA eficiencia a través de todo el sistema. ALGUNOS alientan LA prestación excesiva o prestación deficiente de servicios; EL sistema de pago por LO tanto afecta tanto LA cantidad como EL precio de LOS servicios que se prestan. A continuación se subrayan LOS aspectos clave:

E.1. ¿qué papel desempeñan LOS sectores privado y sin fines de lucro? ¿LOS fondos del seguro social cubrirán a LOS pacientes que consultan con proveedores en LOS sectores privado y sin fines de lucro, o se dispondrá de LOS fondos necesarios solamente si se utilizan proveedores del sector público?

E.2. ¿se proporcionará atención preventiva? (¿LOS programas verticales están integrados?)

E.2.1. ¿existen programas verticales separados para realizar intervenciones específicas como LAS vacunaciones y LA planificación familiar?

E.2.2. ¿se integrarán estos programas al paquete de beneficios del seguro social, o se LOS mantendrá separados?

- 6.2.3.** Si LOS PROGRAMAS VERTICALES están integrados, ¿QUÉ MECANISMOS SE IMPLEMENTARÁN PARA ASEGURAR QUE SU IMPLEMENTACIÓN E IMPACTO SEAN MONITOREADOS EN FORMA EFECTIVA?
- 6.3.** *¿SE PROPORCIONARÁ ATENCIÓN AMBULATORIA? (EJEMPLOS: GRUPOS MÉDICOS, ENTIDADES QUE ASUMEN EL RIESGO Y QUE CONTROLAN EL FONDO)*
- 6.3.1.** A NIVEL PROFESIONAL, ¿CÓMO SE ORGANIZARÁN LOS MÉDICOS?
- 6.3.2.** ¿SERÁN EMPLEADOS DEL SECTOR PÚBLICO, O SERÁN EMPLEADOS DEL SECTOR PRIVADO, EN BASE A UN CONTRATO PARA PROPORCIONAR SERVICIOS A LOS PACIENTES DEL SEGURO SOCIAL?
- 6.3.3.** ¿SE CELEBRARÁN CONTRATOS CON INDIVIDUOS O CON GRUPOS DE MÉDICOS?
- 6.3.4.** ¿ASUMIRÁN LOS MÉDICOS ALGÚN TIPO DE RIESGO FINANCIERO?
- 6.4.** *¿SE PROPORCIONARÁ ATENCIÓN HOSPITALARIA? (EJEMPLOS: REDES CON BASE EN LOS HOSPITALES, CIRUGÍA AMBULATORIA)* A NIVEL HOSPITALARIO, SURGEN PREGUNTAS SIMILARES A LAS MENCIONADAS EN LA SECCIÓN 6.3.
- 6.4.1.** ¿EL PERSONAL HOSPITALARIO SERÁ EMPLEADO POR EL SECTOR PÚBLICO, O SERÁ EMPLEADO POR EL SECTOR PRIVADO CON CONTRATOS ESPECÍFICOS PARA PROPORCIONAR UN PAQUETE DE SERVICIOS PREVIAMENTE ACORDADO?
- 6.4.2.** ¿CÓMO SE LES PAGARÁ?
- 6.4.3.** ¿SE IMPLEMENTARÁ EL TIPO DE SISTEMA BASADO EN LOS GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO (GRD) PARA AYUDAR A CONTROLAR LOS COSTOS?
- 6.4.4.** SI ASÍ FUERA, ¿SE IMPLEMENTARÁ UN MONITOREO APROPIADO PARA EVITAR EL "ASCENSO GRADUAL DE LOS GRD"?
- 6.5.** *¿SE PROPORCIONARÁN SERVICIOS DE LABORATORIO?* ¿SE PROPORCIONARÁN EN LOS MISMOS CENTROS, O SE CONTRATARÁN ESTOS SERVICIOS DE FUENTES EXTERNAS?
- 6.6.** *¿SE PROPORCIONARÁN BENEFICIOS DE FARMACIA?* ¿EL PROVEEDOR ADMINISTRARÁ LOS BENEFICIOS DE FARMACIA, O CONTRATARÁ CON UNA EMPRESA ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS DE FARMACIA?
- 6.7.** *¿CÓMO SE PAGARÁ LA COMPENSACIÓN?* ¿QUÉ SISTEMA DE PAGO SE UTILIZARÁ PARA LOS DISTINTOS TIPOS DE PROVEEDORES? POR EJEMPLO, EL SISTEMA DE PAGO EN BASE A UNA TARIFA POR SERVICIO PODRÍA ALENTOAR LA PRESTACIÓN EXCESIVA DE SERVICIOS DANDO LUGAR A COSTOS MÁS ELEVADOS. ESTAS PREGUNTAS SON ESPECIALMENTE IMPORTANTES SI EL FONDO DEL SEGURO SOCIAL PAGARÁ DIRECTAMENTE A LOS PROVEEDORES. DE OTRA MANERA, EL PLAN DE SALUD DEBERÍA CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS, PERO ESTAS NO CONSTITUYEN POLÍTICAS DE NIVEL NACIONAL.

- 6.7.1.** PARA CADA OPCIÓN DE SISTEMA DE PAGO CONSIDERADA (ES DECIR, TARIFA POR SERVICIO, PAGO POR PERSONA, PAGO GLOBAL POR CASO O POR DÍA, SALARIO, PRESUPUESTO FIJO), ¿SE ENTIENDEN LAS IMPLICACIONES EN CIERTAS ÁREAS COMO LOS COSTOS ADMINISTRATIVOS, EL POTENCIAL DE FRAUDE O ABUSOS, LOS INCENTIVOS PARA LA CONTENCIÓN DE COSTOS Y LOS INCENTIVOS PARA MEJORAR LA CALIDAD? LA TABLA CORRESPONDIENTE A LOS "MECANISMOS DE PAGO," INCLUIDA EN EL MARCO REFERENCIAL, RESUME MUCHAS DE ESTAS IMPLICACIONES.
- 6.7.2.** DADAS LAS RESTRICCIONES ACTUALES DEL PAÍS, ¿QUÉ SISTEMA(S) SERÍA(N) MÁS FACTIBLE(S) EN ESTE MOMENTO?
- 6.7.3.** MIRANDO HACIA ADELANTE, A MEDIDA QUE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD AVANZA, ¿QUÉ SISTEMA(S) DEBERÍA(N) ESTABLECERSE EN EL FUTURO?
- 6.7.4.** ¿QUÉ TIPO DE PROCESO DE TRANSICIÓN SE DEBERÍA IMPLEMENTAR PARA LOGRAR EL(LOS) SISTEMA(S) DESEADO(S)?
- 6.8.** ***FUENTES POTENCIALES DE INFORMACIÓN:*** VER LA BIBLIOGRAFÍA PARA OBTENER LAS REFERENCIAS RELEVANTES.

SECCION 7:

¿QUIÉNES ESTARÁN CUBIERTOS Y CUÁNTA VEZ BIEN/TENDRÁN LOS CLIENTES Y LOS EMPLEADORES?

ANTES DE COMENZAR ESTA SECCIÓN, LO PODRÍAMOS RECORRER QUE TENGA ACCESO A LA SIGUIENTE:

**datos sobre quienes están actualmente cubiertos por la seguridad social
datos poblacionales de los grupos objetivo potenciales para darles cobertura bajo el seguro social (por ejemplo, el número de niños menores de 5 años; el número de mujeres en edad reproductiva; el número de personas que viven en condiciones de pobreza extrema o relativa)**

ESTA SECCIÓN REQUIERE QUE SE TOMEN DECISIONES CON RESPECTO A...

**quienes estarán cubiertos por el seguro social
si se ofrecerán los mismos beneficios a todas las personas cubiertas bajo el seguro social, o si algunos de los afiliados (por ejemplo, los pobres) tendrán acceso a servicios más comprehensivos
si los afiliados pueden escoger entre varios planes de salud, o si se los asignará a un plan o centro en particular
si los afiliados pueden escoger distintas opciones de beneficios
cómo proporcionar información a los clientes
si los afiliados deben pagar por su seguro social de salud, y si así fuere, cuánto
si se implementarán subsidios para los pobres y otros grupos vulnerables y como se lo hará**

7. **¿QUIÉNES ESTARÁN CUBIERTOS Y CUÁNTA VEZ BIEN/TENDRÁN LOS CLIENTES Y LOS EMPLEADORES?** Como se mencionó anteriormente, se deberían tomar decisiones con respecto a quienes estarán cubiertos y qué tipo de servicios estarán cubiertos bajo el sistema del seguro social de salud. Se podría ver a los afiliados potenciales como clientes, ya que ellos consumirán los servicios de salud provistos. También son contribuyentes, pagan los aportes al seguro y pagan las tarifas de los usuarios. Si los usuarios de los servicios se consideran clientes, ellos estarán más dispuestos a reconocer un trabajo bien ejecutado o quejarse si consideran que no fueron tratados adecuadamente. Parte del diseño de un sistema de seguro social es el desarrollo de un proceso para determinar los medios con los que cuenta la población con el objeto de definir qué miembros de la sociedad son lo suficientemente pobres para obtener subsidios, y qué miembros pueden pagar por los servicios recibidos. Adicionalmente a los individuos, también se puede pensar que los empleadores son clientes. Debido a que ellos toman muchas decisiones relacionadas con la adquisición de beneficios para sus empleados, a menudo ellos son compradores mejor informados que los clientes individuales.

7.1. ¿QUÉ POBLACIÓN ESTARÁ COBERTA?

- 7.1.1. ¿SE COBRARÁ A TODA LA POBLACIÓN, O SE AMPLIARÁ LA COBERTURA SOLAMENTE A LOS GRUPOS VULNERABLES Y DE ALTO RIESGO?**
- 7.1.2. ¿TODAS LAS PERSONAS RECIBIRÁN LA MISMA COBERTURA, O SE IMPLEMENTARÁ UN SISTEMA DIFERENCIADO? POR EJEMPLO, LOS POBRES PODRÍAN RECIBIR UNA COBERTURA MÁS COMPREHENSIVA, EN TANTO QUE LOS QUE NO SON POBRES PODRÍAN RECIBIR COBERTURA SOLAMENTE EN CASO DE ENFERMEDADES O GASTOS CATASTRÓFICOS.**
- 7.1.3. SI NO SE OFRECE COBERTURA A TODOS—O SI SE OFRECEN DISTINTOS NIVELES DE COBERTURA A GRUPOS DIFERENTES—¿CÓMO SE DETERMINARÁN LOS MEDIOS CON LOS QUE CUENTA LA POBLACIÓN PARA DEFINIR QUIÉN ES POBRE Y QUIÉN NO LO ES?**

7.2. ¿SE OFRECERÁN OPCIONES?

- 7.2.1. ¿LOS CLIENTES Y EMPLEADORES ESTARÁN EN CONDICIONES DE ESCOGER ENTRE VARIOS PLANES DE SALUD QUE COMPITEN ENTRE SÍ, O SOLAMENTE PODRÁN UTILIZAR SUS BENEFICIOS EN UN SOLO CENTRO O CLÍNICA?**
- 7.2.2. ¿PODRÁN ESCOGER QUIÉN LES PRESTARÁ LOS SERVICIOS DE SALUD?**
- 7.2.3. ¿ESTARÁN EN CONDICIONES DE ESCOGER ENTRE DISTINTAS OPCIONES DE BENEFICIOS, TAL VEZ CORRESPONDIENTES A DIFERENTES NIVELES DE APORTES?**
- 7.2.4. SI ALGUIEN YA CUENTA CON UN SEGURO BÁSICO, ¿PUEDE EL O ELLA OPTAR POR USAR EL SEGURO SOCIAL DE SALUD PARA ALGUNAS OPCIONES ESPECÍFICAS?**
- 7.2.5. ¿CUAL ES EL IMPACTO DEL SISTEMA PROPUESTO SOBRE LOS EMPLEADORES, Y QUE PAPEL PUEDEN ASUMIR LOS EMPLEADORES? LOS EMPLEADORES TOMAN CIERTAS DECISIONES REFERENTES A LA ADQUISICIÓN, Y ELLOS PUEDEN CONSTITUIR UNA FUERZA PODEROSA EN LO QUE RESPECTA A LAS POLÍTICAS DE SALUD, ESPECIALMENTE SI EL SECTOR FORMAL ESTÁ BIEN DESARROLLADO Y LOS EMPLEADORES REPRESENTAN A MUCHOS EMPLEADOS. TAL COMO OCURRE EN EL SISTEMA DE SALUD, LOS EMPLEADORES TAMBIÉN SE PREOCUPAN DE CONTROLAR LOS COSTOS. EL IMPACTO DE CUALQUIER SISTEMA SOBRE LOS EMPLEADORES DEBE SER CONSIDERADO; TAMBIÉN ES POSIBLE QUE LOS EMPLEADORES ESTÉN DISPUESTOS Y SEAN CAPACES DE AYUDAR A PROMOVER INICIATIVAS EN EL CAMPO DE LA SALUD (POR EJEMPLO, CAMPAÑAS ANTI TABAQUICAS) QUE REDUZCAN LOS COSTOS QUE ELLOS DEBEN PAGAR POR LA ATENCIÓN DE SUS EMPLEADOS.**

7.3. ¿SE PROPORCIONARÁ INFORMACIÓN PARA QUE LOS CLIENTES ESCOJAN?

- 7.3.1. ¿CUÁNTA INFORMACIÓN ESTARÁ DISPONIBLE PARA LOS CLIENTES Y EMPLEADORES?**
- 7.3.2. ¿ESTARÁN ELLOS EN CONDICIONES DE COMPARAR LAS TARIFAS, LOS RESULTADOS DE LAS ENFERMEDADES Y OTRAS MEDIDAS DE DESEMPEÑO AL ESCOGER UN PLAN DE SALUD?**
- 7.3.3. ¿SI LOS CLIENTES O LOS EMPLEADORES TIENEN LA OPCIÓN DE ESCOGER UN PLAN DE SALUD, CUÁN SIMILARES SERÁN LOS PLANES?**

- 7.3.4. **¿QUÉ MECANISMOS SON NECESARIOS PARA ASEGURAR QUE LOS CLIENTES Y LOS EMPLEADORES PUEDAN HACER COMPARACIONES PRECISAS ENTRE LOS DIFERENTES PLANES?**
- 7.3.5. **¿CUÁN PRECISOS Y CONFIABLES SON LOS DATOS COMPARATIVOS DE LOS DISTINTOS PLANES DE SALUD?**
- 7.3.6. **¿LOS DATOS PROVIENEN DE UNA FUENTE INDEPENDIENTE, O LOS PLANES DE SALUD ELABORAN SUS PROPIOS INFORMES?**

7.4. *¿CÓMO SE EFECTUARÁ EL PAGO?*

- 7.4.1. **¿CÓMO SE DETERMINARÁN LOS MONTOS DE LOS APORTES DIRECTOS DE LOS CLIENTES Y EMPLEADORES AL SEGURO SOCIAL?**
- 7.4.2. **¿SE ELEVARÁ LA TASA IMPOSITIVA EN GENERAL PARA FINANCIAR EL PROGRAMA?**
- 7.4.3. **¿EXISTIRÁ UN PROCESO NUEVO O MODIFICADO PARA LA DEDUCCIÓN DE LOS APORTES DE LAS PLANILLAS SALARIALES?**
- 7.4.4. **¿SE EFECTUARÁN PAGOS CONJUNTOS O SE COBRARÁN OTRAS TARIFAS AL USUARIO EN LOS CENTROS DE SALUD?**
- 7.4.5. **SI LOS POBRES Y OTROS GRUPOS VULNERABLES SON SUBSIDIADOS, ¿CÓMO FUNCIONARÁ ESE MECANISMO?**
- 7.4.6. **¿CÓMO SABRÁN LAS PERSONAS SI SE ESPERA QUE ELAS PAGUEN, Y A CUÁNTO ASCENDERÁ EL MONTO?**
- 7.4.7. **SI SE INSTITUYERAN TARIFAS, ¿EVITARÁ ESTO QUE LAS PERSONAS ACUDAN EN BÚSCA DE ATENCIÓN CUANDO REALMENTE LA NECESITAN?**

- 7.5. ***FUENTES POTENCIALES DE INFORMACIÓN:*** VER LA BIBLIOGRAFÍA PARA OBTENER LAS REFERENCIAS RELEVANTES.

V. EL MODELO DE LA HERRAMIENTA PARA LA EVALUACION DEL SEGURO SOCIAL (SIAT)⁴

BREVE DESCRIPCION DEL MODELO

EL MODELO SIAT INCLUYE UN MODELO DE HOJA DE CALCULO SIMPLE (SIAT MODELO.XLS). USTED PUEDE LLENAR LOS DATOS CLAVE SOBRE POBLACION, GASTOS DE SALUD Y ASI SUCESIVAMENTE, A MEDIDA QUE ESTOS DATOS SE ENCUENTREN A SU DISPOSICION. POSTERIORMENTE USTED PODRA EMPLEAR EL MODELO PARA REALIZAR LOS ANALISIS BASADOS EN LA PREGUNTA HIPOTETICA "QUE PASARIA SI..." Y SOMETER A PRUEBA ALGUNAS DE SUS SUPOSICIONES. SE PROPORCIONA UN EJEMPLO PARA QUE USTED PUEDA VER COMO SE VE EL MODELO CUANDO ESTA COMPLETO (SIAT EJEMPLO.XLS). EL EJEMPLO MUESTRA DATOS PARA UN PAIS FICTICIO DENOMINADO CENTRALIA.⁵

- **Características de la Población:** EL MODELO ESTÁ HECHO PARA QUE USTED PUEDA INGRESAR DATOS POBLACIONALES Y DE OTRO TIPO POR PROVINCIA, DEPARTAMENTO, ESTADO O CUALQUIER OTRA DIVISION ADMINISTRATIVA QUE REQUIERA. TAMBIEN HAY ESPACIO EN EL MODELO PARA INGRESAR DATOS POR GRUPOS ETAREOS DENTRO DE CADA DIVISION ADMINISTRATIVA (POR EJEMPLO LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS; LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA). SI NO SE DISPONE DE DATOS ESPECIFICOS PARA CADA PROVINCIA O DEPARTAMENTO, ESTOS PORCENTAJES PUEDEN ESTIMARSE EN BASE A LOS DATOS DE POBLACION BASADOS EN LA DISTRIBUCION POR EDADES Y GENERO. TAMBIEN DEBEN INCLUIRSE LOS DATOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE POBREZA POR PROVINCIA/DEPARTAMENTO, ESPECIALMENTE SI SE CONSIDERA QUE LOS POBRES CONSTITUYEN UN GRUPO DE ALTA PRIORIDAD PARA OBTENER COBERTURA DEL SEGURO SOCIAL.
- **Disponibilidad de Financiamiento Público:** EL MODELO CUENTA CON UNA HOJA PARA LOS PATRONES DE PRESUPUESTO/GASTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
- **Concentración del Gasto:** ESTO PODRIA INCLUIRSE CON LO ANTERIOR; VALDRIA LA PENA TOMAR NOTA DE CUANTO GASTO, POR EJEMPLO, SE DESTINA A LA ATENCION SECUNDARIA Y TERCIARIA, ESPECIALMENTE SI EL PAQUETE DEFINIDO DE BENEFICIOS SE CONCENTRA PRIMORDIALMENTE EN LA ATENCION PRIMARIA.
- **Costo de los Servicios:** LOS COSTOS ESTIMADOS DE UNA CANASTA BASICA DE SERVICIOS (O CUALQUIERA QUE PUESE EL NOMBRE QUE SE LE DE AL PAQUETE DE BENEFICIOS ACORDADO) SON INGRESADOS EN ORDEN PARA GENERAR LOS DIFERENTES ESCENARIOS. TAMBIEN EXISTE UN LUGAR PARA INGRESAR EL COSTO DE UNA CANASTA DE SERVICIOS MAS COMPREHENSIVA CON FINES COMPARATIVOS.
- **Escenarios:** UNA VEZ QUE SE HUBIERAN INGRESADO LOS DATOS BASICOS, LOS ESCENARIOS SE CALCULARAN AUTOMATICAMENTE. TAMBIEN SE INCLUYEN EN EL MODELO CUADROS PREDEFINIDOS; ESTOS SE MOSTRAN UNA VEZ QUE LOS DATOS HAYAN SIDO INGRESADOS.

UNA NOTA REFERENTE A LO QUE EL MODELO //PRESENTA: EL MODELO SIAT NO PRESENTA "LA RESPUESTA" A PREGUNTAS REFERENTES AL FINANCIAMIENTO DEL SEGURO SOCIAL. COMO SE PODRA APPRECIAR SI SE REALIZA CUALQUIER ANALISIS BASADO EN LA PREGUNTA HIPOTETICA "QUE SUCCEDERIA SI...", LOS RESULTADOS DEPENDERAN DE LAS SUPOSICIONES INGRESADAS AL MODELO. POR EJEMPLO, SI LAS TASAS DE POBREZA CAEN CINCO PUNTOS

⁴ La hoja de calculo está disponible por la página web de la Iniciativa: <http://www.americas.health-sector-reform.org>, o por la Caja Electrónica de Herramientas Gerenciales de MSH: <http://www.erc@msh.org/toolkit>.

⁵ Ver "Seguro Social de Salud en Centralia: Un Estudio de Caso," Lewis y Eichler, Boston: Management Sciences for Health, 2000, para mayor información acerca de Centralia

porcentuales, es de esperar que también se reduzca el costo agregado de proporcionar servicios básicos a los pobres. El costo de la canasta básica podría ser objeto de algún debate. Los costos también serán afectados por los patrones de utilización, eficiencia y otros factores. Sin embargo, se pueden ingresar diferentes escenarios al modelo para producir una gama de cifras; el modelo ayuda a cuantificar las implicaciones financieras de las diferentes decisiones referentes a las políticas que tienen que ver con el seguro social de salud.

INSTRUCCIONES ESPECIALES:

- **convenciones del modelo.** El modelo cuenta con pocas convenciones que han sido diseñadas para que este sea más fácil de usar:
 - Las áreas donde se espera que el usuario ingrese datos están resaltadas en verde. Algunos de los datos (como el número de habitantes por kilómetro cuadrado, o el número de médicos por división administrativa) no son esenciales para el cálculo de los escenarios. Sin embargo, estos se incluyen ya que ayudan a proporcionar un perfil más completo de la situación correspondiente a una división administrativa en particular. Si estos datos no estuviesen disponibles, estas columnas se pueden dejar en blanco sin afectar los escenarios.
 - Las áreas del modelo que están resaltadas en verde contienen fórmulas o funciones. No hay necesidad de que usted ingrese información en dichas áreas; una vez que haya anotado los datos en el lugar apropiado, las fórmulas se calcularán automáticamente.
 - Una vez que ingrese los nombres de cada división administrativa y las cifras poblacionales correspondientes, estas aparecerán automáticamente en las hojas de cálculo restantes del libro de trabajo. Usted no tendrá que ingresar la información más de una vez. De manera similar, cuando ingrese los datos del Ministerio de Salud y de la Seguridad Social en las hojas de cálculo respectivas, la información resumida se transferirá automáticamente a la página del resumen.
 - El modelo está "protegido", esto quiere decir que se pueden ingresar datos en las áreas indicadas, pero los encabezados, fórmulas y demás contenido del modelo están restringidos. Si usted trata de escribir en un área restringida, obtendrá un mensaje de error. Si necesita realizar algún cambio en cualquier parte del modelo, podrá "desproteger" cada hoja de cálculo yendo al menú de **HERRAMIENTAS**, seleccionando la opción denominada **PROTEGER** y luego debe seleccionar la opción **DESPROTEGER HOJA**.
 - En vista de que las gráficas/cuadros están predefinidos, podrían tener una apariencia para antes de que se ingresen datos al modelo. Por ejemplo, la pestaña **CUADRO_NIVEL_MDS** exhibirá una gráfica de secciones que muestra que proporción del presupuesto del Ministerio de Salud se asigna a la atención primaria, secundaria y terciaria. Sin embargo, cuando no hay datos en el modelo, todo lo que se ve es una sola línea, y todas las etiquetas están superpuestas. Una vez que se ingresan los datos, la gráfica debería verse correctamente.

1. **PRIMERO, INGRESE LOS DATOS POBLACIONALES POR DIVISION ADMINISTRATIVA. EL MODELO ESTÁ ELABORADO PARA ACEPTAR DATOS DE HASTA 30 DIVISIONES ADMINISTRATIVAS DISTINTAS. ESTO DEBERÍA SER SUFICIENTE PARA LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES (POR EJEMPLO, ECUADOR TIENE 21 PROVINCIAS, EL SALVADOR TIENE 14 DEPARTAMENTOS; HONDURAS TIENE 18 DEPARTAMENTOS; JAMAICA TIENE 14 DISTRITOS JURISDICCIONALES; Y NICARAGUA TIENE 15 DEPARTAMENTOS Y DOS REGIONES AUTÓNOMAS).**
 - 1.1. **SI USTED TIENE DATOS ESPECÍFICOS PARA CADA DIVISION ADMINISTRATIVA (PROVINCIA, DEPARTAMENTO, ESTADO, DISTRITO JURISDICCIONAL), PODRÁ INGRESARLOS DIRECTAMENTE EN LA PESTAÑA DEL RESUMEN EN EL LIBRO DE TRABAJO. LLENE EL NOMBRE DE CADA DIVISION, SU POBLACION, EL AREA EN KILOMETROS CUADRADOS (O MILLAS CUADRADAS), EL NÚMERO DE MÉDICOS, LOS PORCENTAJES DE PERSONAS EXTREMADAMENTE Y RELATIVAMENTE POBRES Y LAS CIFRAS CORRESPONDIENTES A LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (MER) Y A LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD. COMO SE HIZO NOTAR ANTERIORMENTE, EL ÁREA (KILOMETROS CUADRADOS) Y EL NÚMERO DE MÉDICOS NO SON ESENCIALES PARA QUE SE DESPLIEGUEN LOS DIFERENTES ESCENARIOS.**
 - 1.2. **SI USTED TIENE MÁS DE 30 DIVISIONES ADMINISTRATIVAS, DEBE INSERTAR FILAS ADICIONALES O COMBINAR CATEGORÍAS, DEPENDIENDO DE QUE OPCIÓN ES MÁS LÓGICA PARA USTED Y COMO SE DISTRIBUIRÁN LOS RECURSOS. VER LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN SOBRE LA "MODIFICACIÓN DEL MODELO" PARA OBTENER LAS INSTRUCCIONES PASO A PASO SOBRE COMO AÑADIR FILAS ADICIONALES.**
 - 1.3. **SI USTED TIENE MENOS DE 30 DIVISIONES ADMINISTRATIVAS, PUEDE "OCULTAR" LAS FILAS QUE NO USA DE MANERA QUE SU IMPRESIÓN FINAL SEA MÁS COMPACTA. PARA OCULTAR FILAS, EMPLEE EL RATÓN PARA RESALTAR LAS FILAS QUE DESEA OCULTAR (POR EJEMPLO, PARA OCULTAR LAS FILAS 9 Y 20, RESALTE LAS CELDAS DE LA A9 HASTA LA A20), SELECCIONE EL MENÚ FORMATO, LUEGO FILA, LUEGO OCULTAR. LE ROGAMOS TOMAR NOTA DE QUE POSIBLEMENTE TENGA QUE DESPROTEGER LA HOJA PRIMERO; SI LA MISMA ESTÁ PROTEGIDA, LA OPCIÓN OCULTAR DEL MENÚ NO SERÁ ACCESIBLE. TAMBIÉN TOMA NOTA DE QUE SI USTED OCULTA FILAS SIN USO EN LA PESTAÑA DE LA HOJA DE CÁLCULO DENOMINADA ESCENARIOS, ESTO HARÁ QUE SUS CUADROS SE VEAN MEJOR (DE OTRA MANERA LOS CUADROS MOSTRARÁN ESPACIOS EN BLANCO).**
2. **ES POSIBLE QUE NECESITE ESTIMAR ALGUNAS CIFRAS SI NO CONOCE LOS PORCENTAJES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA POBREZA O EL NÚMERO DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA O DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.**
 - 2.1. **SI USTED NECESITA ESTIMAR ALGUNAS CIFRAS, TRATE DE OBTENER LOS DATOS POBLACIONALES TANTO PARA LAS ÁREAS URBANAS COMO RURALES DE LAS ESTIMACIONES DEL CENSO O DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD (ENDESA) MÁS RECIENTE. ESTOS DATOS PUEDEN SER INGRESADOS EN LA PESTAÑA DENOMINADA POBLACION DEL LIBRO DE TRABAJO. POSTERIORMENTE, SI USTED SABE LAS CIFRAS APROXIMADAS DE POBLACION POR CADA DIVISION ADMINISTRATIVA—Y SI LA DIVISION ES PRIMORDIALMENTE URBANA O RURAL—USTED PODRÁ ESTIMAR EL NÚMERO DE PERSONAS EN CIERTOS GRUPOS ETÁREOS. POR EJEMPLO, SI LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (ES DECIR DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD) CONSTITUYEN EL 28% DE LA POBLACION EN LAS ÁREAS URBANAS**

Y LA CAPITAL DEL PAÍS (CON UNA POBLACIÓN DE 1 MILLÓN DE HABITANTES) ESTÁ COMPUESTA EN SU INTEGRIDAD POR ÁREAS URBANAS, ENTONCES EL NÚMERO APROXIMADO DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA SERÁ DE 1 MILLÓN * 28% = 280.000 MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA.

- 2.2. **NOTA: AL IGUAL QUE LA SUPERFICIE DEL PAÍS EN KILOMETROS CUADRADOS Y EL NÚMERO DE MÉDICOS, LOS DATOS DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y POR GÉNERO NO SON ESENCIALES PARA LOS ESCENARIOS, A NO SER QUE ESTUVIERA UTILIZANDO ESTOS DATOS COMO SE DESCRIBE MÁS ARRIBA, POR EJEMPLO, PARA ESTIMAR EL NÚMERO DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA.**
3. **LUEGO, INGRESE LOS DATOS DEL PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD. HAGA CLIC EN LA PESTAÑA DE LA HOJA DE CÁLCULO MARCADA PRESUPUESTO DEL MDS Y ESCRIBA EN LA ASIGNACIÓN DEL PRESUPUESTO DEL MDS POR DIVISIONES ADMINISTRATIVAS (COLUMNA D). SI USTED TIENE DATOS REFERENTES A LA FORMA EN LA QUE SE DESGLOSA EL PRESUPUESTO POR NIVELES DE ATENCIÓN—PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA—INGRESE ESOS DATOS EN LAS CELDAS B38 HASTA LA B40.**
4. **EL SIGUIENTE PASO CONSISTE EN INGRESAR LOS DATOS DEL PRESUPUESTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL. HAGA CLIC EN LA PESTAÑA MARCADA PRESUPUESTO_SEGURIDAD_SOCIAL E INGRESE LAS CIFRAS DEL PRESUPUESTO PARA CADA UNA DE LAS DIVISIONES ADMINISTRATIVAS DE LA COLUMNA E. EN LA COLUMNA F, INGRESE EL NÚMERO ACTUAL DE TRABAJADORES, PENSIONISTAS Y SUS BENEFICIARIOS POR CADA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA.**
5. **EN LA PESTAÑA DE LA HOJA DE CÁLCULO MARCADA RESUMEN, INGRESE LOS GASTOS TOTALES ESTIMADOS DE SALUD EN LA CELDA B44 Y EL PRODUCTO INTERNO BRUTO ESTIMADO (PIB) EN LA CELDA B46. LAS FÓRMULAS CALCULARÁN EL GASTO PER CAPITA, EL PORCENTAJE DEL PIB QUE SE GASTA EN SALUD Y EL PORCENTAJE DEL GASTO DEL MDS, LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL SECTOR PRIVADO EN SALUD COMO UN PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL DE SALUD.**
6. **SI USTED DESEA O NECESITA MOSTRAR EL RESUMEN DE ESTOS RESULTADOS EN DÓLARES ESTADOUNIDENSES ASÍ COMO EN SU PROPIA MONEDA, INGRESE LA TASA DE CAMBIO APROPIADA EN LA CELDA B49. LA CONVERSIÓN SE REALIZARÁ AUTOMÁTICAMENTE.**
7. **FINALMENTE, VAYA A LA PESTAÑA DE LA HOJA DENOMINADA ESCENARIOS. INGRESE EL COSTO DE LA CANASTA BÁSICA DE SERVICIOS DE SALUD EN LA CELDA B5 Y EL COSTO DE LA CANASTA COMPREHENSIVA DE SERVICIOS DE SALUD EN LA CELDA B5. LOS ESCENARIOS SE CALCULARÁN AUTOMÁTICAMENTE. LOS CUADROS PREDEFINIDOS ASOCIADOS CON LA PÁGINA DE ESCENARIOS SON EL CUADRO_BÁSICO1 (QUE MUESTRA EL PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO DEL MDS PARA PROPORCIONAR LOS SERVICIOS BÁSICOS A LAS PERSONAS EXTREMADAMENTE POBRES, Y A LA POBLACIÓN EN SU INTEGRIDAD); EL CUADRO_BÁSICO2 (MUESTRA EL PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO DEL MDS PARA PROPORCIONAR LOS SERVICIOS BÁSICOS A LAS PERSONAS RELATIVAMENTE POBRES, MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (MER) Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, Y A LAS MER Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POBRES); EL CUADRO_COMPT (SIMILAR AL CUADRO_BÁSICO1, PERO QUE UTILIZA CIFRAS PARA LA CANASTA COMPREHENSIVA DE SERVICIOS); Y EL CUADRO_COMPA (SIMILAR AL CUADRO_BÁSICO2, PERO QUE UTILIZA CIFRAS PARA LA CANASTA COMPREHENSIVA DE SERVICIOS).**
8. **PARA REALIZAR UN ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD, DETERMINAR LAS ÁREAS EN LAS QUE SUS ESTIMACIONES PODRÍAN DEBATIRSE. ¿TIENE USTED MÁS DE UN CONJUNTO DE CIFRAS CORRESPONDIENTES A LOS**

PORCENTAJES DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA POBREZA? ¿TIENE USTED DISTINTAS ESTIMACIONES DE LO QUE COSTARÍA PROPORCIONAR LA CANASTA BÁSICA DE SERVICIOS DE SALUD?

- 8.1. INGRESE TODOS LOS DATOS RELEVANTES PARA UN CONJUNTO DE SUPOSICIONES Y GUARDE EL MODELO BAJO UN NOMBRE DE ARCHIVO DIFERENTE (POR EJEMPLO, SUPOSICIÓN1.XLS).**
- 8.2. LUEGO REALICE CAMBIOS EN LOS DATOS DEL MODELO PARA CADA CONJUNTO ADICIONAL DE SUPOSICIONES QUE USTED TENGA, Y GUARDE CADA UNO DE ESTOS BAJO UN NOMBRE DE ARCHIVO NUEVO (POR EJEMPLO, SUPOSICIÓN2.XLS, SUPOSICIÓN3.XLS, SUPOSICIÓN4.XLS).**
- 8.3. IMPRIMA LOS RESULTADOS DE MANERA QUE LOS PUEDA COMPARAR. CADA HOJA DE CÁLCULO TIENE UN "PIE DE PÁGINA" PREDEFINIDO QUE SE IMPRIMIRÁ AL PIE DE CADA PÁGINA, DE MANERA QUE USTED PODRÁ SABER QUE CIFRAS CORRESPONDEN A QUE SUPOSICIONES.**

MODIFICACION DEL MODELO (AUMENTAR FILAS ADICIONALES EN CASO NECESARIO):

- 1. EN PRIMER LUGAR, DESPROTEJA LAS SIGUIENTES PESTAÑAS DE LAS HOJAS DE CÁLCULO: RESUMEN, ESCENARIOS, PRESUPUESTO_MDS, Y PRESUPUESTO_SEGURIDAD SOCIAL.**
- 2. EMPIECE CON LA PESTAÑA DE LA HOJA DE CÁLCULO MARCADA RESUMEN.**
 - 2.1. COLOQUE SU CURSOR EN LA FILA 6 E INSERTE TANTAS FILAS COMO SEAN NECESARIAS. LLENE LOS NOMBRES DE LAS DIFERENTES DIVISIONES ADMINISTRATIVAS (ESTO FACILITARÁ LA EDICIÓN DE LAS DEMÁS HOJAS, YA QUE USTED ESTARÁ EN CONDICIONES DE VER DONDE DEBE INSERTAR LAS FILAS EN LAS DEMÁS HOJAS RELEVANTES).**
 - 2.2. RESALTE LAS CELDAS DE LA M6 A LA M8. OPRIMA EL ÍCONO DENOMINADO COPIAR (O ESCOJA EDITAR, COPIAR DE LOS MENÚS DESPLEGADOS). EN LA COLUMNA M, RESALTE LAS FILAS QUE USTED ACABA DE INSERTAR Y SELECCIONE LA OPCIÓN EDITAR, PEGADO ESPECIAL, FÓRMULAS DE LOS MENÚS DESPLEGADOS.**
- 3. HAGA CLIC EN LA PESTAÑA MARCADA PRESUPUESTO_MDS. USTED NOTARÁ QUE FALTAN ALGUNOS NOMBRES DE CIERTAS DIVISIONES ADMINISTRATIVAS (POR EJEMPLO, SI USTED TIENE 33 PROVINCIAS, USTED INSERTÓ TRES FILAS EN LA PESTAÑA RESUMEN Y LAS PROVINCIAS SE LLAMAN UNO, DOS, TRES, CUATRO, CINCO, SEIS, Y ASÍ SUCESIVAMENTE, USTED VERÁ QUE LAS PROVINCIAS DOS, TRES Y CUATRO, NO ESTÁN EN LA PÁGINA DEL PRESUPUESTO_MDS).**
 - 3.1. COLOQUE EL CURSOR EN LA CELDA M6 E INSERTE EL MISMO NÚMERO DE FILAS QUE INSERTÓ EN LA PESTAÑA RESUMEN.**
 - 3.2. RESALTE LAS CELDAS DE LA M6 A LA M8 Y HAGA CLIC EN COPIAR.**
 - 3.3. RESALTE LAS CELDAS EN BLANCO EN LA COLUMNA M (LAS FILAS QUE USTED ACABA DE INSERTAR) Y ESCOJA EDITAR, PEGADO ESPECIAL, FÓRMULAS DE LOS MENÚS DESPLEGADOS. AHORA DEBERÍA ESTAR EN CONDICIONES DE VER TODOS LOS NOMBRES DE LAS DIVISIONES EN LA FORMA QUE LOS INGRESÓ EN LA PESTAÑA RESUMEN.**
- 4. HAGA CLIC EN LA PESTAÑA MARCADA PRESUPUESTO_SEGURIDAD SOCIAL. USTED NOTARÁ QUE FALTAN ALGUNOS NOMBRES DE CIERTAS DIVISIONES ADMINISTRATIVAS, TAL COMO OCURRIÓ EN LA PESTAÑA DEL PRESUPUESTO_MDS.**

- 4.1. **COLOQUE EL CURSOR EN LA CELDA M5 E INSERTE EL MISMO NÚMERO DE FILAS QUE INSERTÓ EN LA PESTAÑA MARCADA RESUMEN.**
 - 4.2. **RESALTE LAS CELDAS DE LA M4 A LA M4 Y HAGA CLIC EN COPIAR.**
 - 4.3. **RESALTE LAS CELDAS EN BLANCO EN LA COLUMNA M (LAS FILAS QUE USTED ACABA DE INSERTAR) Y ESCOJA EDITAR, PEGADO ESPECIAL, FÓRMULAS DE LOS MENÚS DESPLEGADOS. AHORA DEBERÍA ESTAR EN CONDICIONES DE VER TODOS LOS NOMBRES DE LAS DIVISIONES ADMINISTRATIVAS TAL COMO LAS INGRESÓ EN LA PESTAÑA DE RESUMEN.**
5. **HAGA CLIC EN LA PESTAÑA MARCADA ESCENARIOS. NUEVAMENTE PODRÁ OBSERVAR QUE FALTAN ALGUNOS NOMBRES DE CIERTAS DIVISIONES ADMINISTRATIVAS.**
- 5.1. **COLOQUE EL CURSOR EN LA CELDA M10 E INSERTE EL MISMO NÚMERO DE FILAS QUE INSERTÓ EN LA PESTAÑA RESUMEN.**
 - 5.2. **RESALTE LAS CELDAS DE LA M9 A LA M9 Y HAGA CLIC EN COPIAR.**
 - 5.3. **RESALTE LAS CELDAS EN BLANCO EN LA COLUMNA M (LAS FILAS QUE USTED ACABA DE INGRESAR) Y ESCOJA EDITAR, PEGADO ESPECIAL, FÓRMULAS DE LOS MENÚS DESPLEGADOS. AHORA DEBERÍA ESTAR EN CONDICIONES DE VER LOS NOMBRES DE LAS DIVISIONES ADMINISTRATIVAS TAL COMO LOS INGRESÓ EN LA PESTAÑA RESUMEN.**

FINALMENTE, VAYA A CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PESTAÑAS DE LAS HOJAS DE CÁLCULO: RESUMEN, ESCENARIOS, PRESUPUESTO_MDE, Y PRESUPUESTO_SEGURIDAD SOCIAL. PARA CADA UNA DE ELLAS, ESCOJA HERRAMIENTAS, PROTECCIÓN, PROTEGER PÁGINA, OK DE LOS MENÚS DESPLEGADOS.

VI. BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA Y OTROS RECURSOS

normand, Charles y Weber, Axel. *Social Health Insurance: A Guidebook for Planning*. WHO/SWS/NHP/94.3. Organización Mundial de La Salud, Ginebra, 1994.

management sciences for health. *Managing Drug Supply: The selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals, second edition, revised and expanded*. Kumanian Press, West Hartford, Connecticut, 1997.

Recursos del Internet: Muchos recursos están disponibles en la red WWW. Usted puede realizar una búsqueda utilizando un término clave, pero se dará cuenta que existen miles de páginas en la red WWW sobre un tema en particular. Sea tan específico como le sea posible (por ejemplo, busque "tarifas para el usuario" y "países en vías de desarrollo" para restringir el número de "vínculos" que aparecerá en su pantalla. Es posible que usted requiera de información referente a la población, la situación económica de un país, etc., etc. Existen muchos vínculos con las páginas de estadísticas; las siguientes pueden ser de utilidad.

- *US Census Bureau's International Data Base (Base de Datos Internacional de la Oficina de Censo de los EE.UU. (datos poblacionales, proyecciones, distribuciones urbana/rural, etc.):*
<http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>
- *University of Michigan Web Page (Página Web de La Universidad de Michigan con vínculos a muchos bancos centrales, oficinas nacionales de estadísticas y otra información útil sobre los países):*
<http://www.lib.umich.edu/libhome/documents.center/stporeis.html>
- *La Oficina Nacional de Estadísticas de La República Dominicana (no aparece en la lista de la página web de la U. de Michigan):-* <http://www.estadistica.gov.do/>
- *US State Department's Country Reports on Economic Policy and Trade Practices (Informes del Departamento de Estado de los EE.UU. sobre las políticas económicas y prácticas comerciales de los países):* http://www.state.gov/www/issues/economic/trade_reports/
- *Las Naciones Unidas, CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe):*
<http://www.cepal.org/>

Publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe

- 1- Metodología para el Monitoreo y la Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial en América Latina y el Caribe. (Español e Inglés)
- 2- LÍNEA BASAL PARA EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS SECTORIALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 3- ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN PARAGUAY (*VERSIÓN PRELIMINAR*)
- 4- CENTRO DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS SOBRE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD. (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 5- INFORME DE RELATORÍA – FORO REGIONAL SOBRE MECANISMOS DE PAGO A PROVEEDORES (LIMA, PERÚ, 16-17 DE NOVIEMBRE DE 1998). (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 6- INDICADORES DE MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD
- 7- MECANISMOS DE PAGO A PRESTADORES EN EL SISTEMA DE SALUD: INCENTIVOS, RESULTADOS E IMPACTO ORGANIZACIONAL EN PAÍSES EN DESARROLLO
- 8- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: BOLIVIA
- 9- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: ECUADOR
- 10- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: GUATEMALA
- 11- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: MÉXICO
- 12- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: PERÚ
- 13- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: REPÚBLICA DOMINICANA (*VERSIÓN PRELIMINAR*)
- 14- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: NICARAGUA
- 15- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: EL SALVADOR (*VERSIÓN PRELIMINAR*)
- 16- HEALTH CARE FINANCING IN EIGHT LATIN AMERICAN AND CARIBBEAN NATIONS: THE FIRST REGIONAL NATIONAL HEALTH ACCOUNTS NETWORK
- 17- DECENTRALIZATION OF HEALTH SYSTEMS: DECISION SPACE, INNOVATION, AND PERFORMANCE
- 18- COMPARATIVE ANALYSIS OF POLICY PROCESSES: ENHANCING THE POLITICAL FEASIBILITY OF HEALTH REFORM
- 19- LINEAMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE ANÁLISIS ESTRATÉGICOS DE LOS ACTORES DE LA REFORMA SECTORIAL EN SALUD
20. STRENGTHENING NGO CAPACITY TO SUPPORT HEALTH SECTOR REFORM: SHARING TOOLS AND METHODOLOGIES
21. Foro Subregional Andino sobre Reforma Sectorial en Salud. Informe de Relatoría. (Santa Cruz, Bolivia, 5 a 6 de Julio de 1999)
22. State of the Practice: Public-NGO Partnerships in Response to Decentralization

- 23- State of the Practice: Public-NGO Partnerships for Quality Assurance
- 24- Using National Health Accounts to Make Health Sector Policy: Findings of a Latin America/Caribbean Regional Workshop
- 25- Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Contratación de los Servicios de Salud Primaria. Un Documento de Análisis de Experiencias. (Español e Inglés)
- 26- Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Función de las ONG en la Reforma del Sector Salud. (Español e Inglés)
- 27- Análisis del Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS) de Nicaragua
- 28- Plan de Inversiones del Ministerio de Salud 2000-2002
- 29- La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia, y Bolivia. (Español e Inglés)
- 30- Orientaciones para Promover la Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica. (Español e Inglés)
- 31- Methodological Guidelines for Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America
- 32- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Colombia Case Study
- 33- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Chile Case Study
- 34- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Bolivia Case Study
- 35- La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia
- 36- Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. (Español e Inglés)
- 37- Orientaciones para el Mejoramiento de la Factibilidad Política de la Reforma en Salud en Latinoamérica. (Español e Inglés)
- 38- Methodological Guidelines for Enhancing the Political Feasibility of Health Reform in Latin America
- 39- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Colombia Case
- 40- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Chile Case
- 41- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Mexico Case
- 42- Financiamiento del Seguro Social de la Salud: Una Herramienta para la Evaluación del Seguro Social para Decisiones Referentes a las Políticas. (Español e Inglés)

Ediciones Especiales

- 1- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: RESÚMENES DE OCHO ESTUDIOS NACIONALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
- 2- GUÍA BÁSICA DE POLÍTICA: TOMA DE DECISIONES PARA LA EQUIDAD EN LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Para obtener o ver una copia electrónica de las publicaciones por favor entre a la Página
Electrónica de la Iniciativa:
<http://www.americas.health-sector-reform.org>
y seleccione "Inventario de Productos de la Iniciativa LACRSS"