

FINANCIAMIENTO, REGULACIÓN Y
FISCALIZACIÓN EN LATINOAMERICA:
**MÁS CALIDAD Y
DERECHOS EN SALUD**



IV CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE ÓRGANOS REGULADORES
Y DE CONTROL DE
LOS SISTEMAS DE SALUD

FINANCIAMIENTO, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN EN LATINOAMERICA:
MÁS CALIDAD Y DERECHOS EN SALUD



IV CONGRESO LATINOAMERICANO
DE ÓRGANOS REGULADORES Y DE CONTROL
DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta publicación, citando las fuentes.

Edición

Claudia Copetta Maturana
ccopetta@superdesalud.gob.cl

Redacción

María Elina Barrera

Superintendencia de Salud

Alameda 1449, torre 2, Santiago
Teléfono (562) 836 9000
www.supersalud.gob.cl/

Santiago, diciembre de 2011

Diseño y Diagramación

Duplika Ltda.

Índice

Presentación	5
Palabras de Bienvenida	7
I. Sistemas de Salud	13
Síntesis de Argentina	14
Síntesis de Colombia	15
Síntesis de República Dominicana	25
Síntesis de Ecuador	41
Síntesis de Paraguay	53
Síntesis de México	58
Síntesis de Brasil	65
Síntesis de Chile	74
II. Modelos y Mecanismos de Financiamiento	81
Modelos y Mecanismos de Financiamiento de los Sistemas de Salud	84
El Modelo Chileno de Financiamiento en Salud	92
III. Regulación y Fiscalización	99
Regulación y Fiscalización de Seguros de Salud	100
La Experiencia Argentina	106
La Experiencia Brasileña	112
La Experiencia en República Dominicana	116
La Experiencia de Paraguay	121
IV. Calidad y Derechos en Salud	125
La Experiencia Mexicana	127
La Experiencia de Ecuador	131
V. Acuerdos	135
Acta de Santiago	136

Presentación

¿Cuáles son las problemáticas y desafíos que deben enfrentar los entes reguladores y fiscalizadores de salud en Latinoamérica? Para responder a esta pregunta se convocó a los principales representantes de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud al IV Congreso Latinoamericano que se desarrolló por segunda vez consecutiva en la Superintendencia de Salud de Chile, el pasado 1º de agosto del 2011.

Este volumen refleja las experiencias vertidas en esta reunión y comparte el análisis y reflexiones sobre temas tan cruciales, como los modelos de financiamiento, regulación y fiscalización y las iniciativas que están implementándose en las diversas naciones para aumentar los estándares de calidad de la atención en salud.

Tan magno evento contó con el apoyo y auspicio de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, que ha venido realizando una labor de acompañamiento de la gestión de los entes reguladores y de la organización de la superintendencia del país anfitrión.

En la jornada participaron los representantes de: República Dominicana, México, Colombia, Paraguay, Ecuador, Argentina, Brasil y Chile quienes recibieron el saludo del Ministro de Salud de Chile, Jaime Mañalich y del Subsecretario de Salud Pública, Jorge Díaz.

Los participantes suscribieron el Acta de Santiago en el que formulan sus principales propuestas para continuar trabajando especialmente en la profundización de temas comunes y atingentes como en el intercambio de experiencias en la regulación y fiscalización de seguros y prestadores de salud.

Las Superintendencias y Órganos Reguladores y de Control se comprometen al desarrollo de un V Congreso para seguir perfeccionando los marcos regulatorios, circunscribiéndolos especialmente en políticas de calidad, para lograr más y mejor salud para la población de Latinoamérica.





Palabras de bienvenida del Sr. Jaime Mañalich, Ministro de Salud de Chile

Es un gusto ver caras conocidas y saludar a las repúblicas hermanas aquí representadas.

He venido a saludarlos porque esta es una oportunidad muy extraordinaria en la que se encuentran los organismos de control y que además, es la segunda vez que tenemos la ocasión de hacer una reunión de este tipo en Santiago. Evidentemente, nuestros países enfrentan situaciones comunes y las enfrentamos con alguna diversidad y en ese contexto el rol de las Intendencias y Superintendencias de Salud se transforma en crucial.

Como Uds. saben, en el caso chileno, hemos hecho avances en dos líneas:

El esfuerzo por enfocar un combate frontal, decisivo contra los males que afectan a los niños, especialmente en la primera infancia como la desnutrición y la muerte por diarrea. Y ese combate en salud que está siendo exitoso en todas nuestras naciones es una tarea que hay que continuar, pero que por esta misma sensación y realidad de éxito nos impone nuevos desafíos.

En el caso particular de nuestro país, estos desafíos se comienzan a configurar por el año 1980 y básicamente tienen su eje en cómo hacer que tratamientos que se demuestran cada vez más efectivos para tratar determinadas enfermedades, sean accesibles para toda la ciudadanía por igual.

Todos nuestros países, y Chile no es una excepción, tienen inequidades muy profundas a la hora de hablar por ejemplo del ingreso de la población. Pobrezas y riquezas conviven en territorios bastante estrechos y producen marginaciones sociales que son muy severas. Y por eso, que insisto desde los años 80 nuestras naciones enfrentan el problema, que a pesar de esas desigualdades tan profundas en la estructura de nuestras sociedades, tenemos que ver cómo nos arreglamos para que al menos haya una cierta garantía de tratamientos efectivos cuando las personas se enferman y sean accesibles para todos los ciudadanos por igual. Y este es un desafío gigantesco.

En la forma chilena para abordar el problema lo que hemos definido es un conjunto de enfermedades que nominamos enfermedades AUGE que tienen acceso universal con garantías explícitas. Hoy son 69 condiciones de salud, de las cuales decimos esto es lo que está garantizado.

Estas condiciones de salud que están vinculadas a la carga de enfermedad que afectan a nuestras naciones, poseen protocolos clínicos y esquemas garantizados para todos nuestros ciudadanos por igual, independientemente de sus sistemas de salud, de sus seguros, de su condición socioeconómica, de su cuna, de su etnia. Este es un esfuerzo muy sustantivo.

Por supuesto, como ocurre en salud pública cuando uno está trabajando en una línea, empiezan a aparecer otros desafíos. Y el desafío más grande que enfrentamos hoy como nación es cómo lograr no sólo que cuando las personas estén enfermas tengan acceso a tratamientos garantizados de acuerdo a un protocolo y financiamiento, sino en primer lugar cómo hacemos para que las personas no se enfermen. Cómo hacer para combatir esas

situaciones de riesgo de la salud que hacen que, en la Encuesta Nacional de Salud, se registra un 37% de los niños que dejan el colegio ya adictos al cigarrillo, un 40% sufren de obesidad o sobrepeso, que Chile sea uno de los países con mayor consumo de cocaína en la población adolescente y juvenil, etc.

De manera tal, que toda nuestra perspectiva es cómo hacemos para volcar todos estos riesgos de salud o estos riesgos condicionantes de enfermedades que afectan esencialmente a la generación que se mueve entre los 10 y 20 años. Generación que hemos denominado, generación del bicentenario, porque por razones obvias, todos nuestros países alrededor del 1800 cuando España fue invadida por Napoleón Bonaparte, declararon su intención de independencia.

En este contexto el rol de las Superintendencias se transforma una vez más en un rol crucial, a la hora de garantizar que estos tratamientos que hemos priorizado como propios de una doctrina constitucional de acceso a la salud, efectivamente estén garantizados para toda la ciudadanía y estas garantías se cumplan. De manera que el interlocutor de un intendente o de un Superintendente, no es el sistema de salud, no es el Ministerio de Salud, no es el Gobierno de turno, sino que precisamente son los ciudadanos. Es el rol de abogacía de los ciudadanos representando sus derechos ante estos otros agentes.

De la misma manera, cuando hablamos de la configuración de los seguros de salud, que es el otro rol de la Superintendencia, a través de la Intendencia de Seguros tanto públicos como privados, el rol es vigilar, cuidar que los ciudadanos frente a una situación de tanta asimetría de información, tengan garantizada una representación, una abogacía frente a estos otros agentes, como puede ser el seguro público. Nosotros en Chile tenemos en el seguro público prácticamente casi 13 millones de ciudadanos y allí el rol de la Superintendencia es fundamental.

¿Cuál es el objetivo esencial de esta oportunidad que Uds. comparten y que a nosotros nos da la ocasión de disfrutar?

El objetivo es compartir experiencias. En el sentido de decir a nosotros nos ha ido bien en esto, nos ha ido mal en esto otro, hagan esto... nosotros ya intentamos ese camino, no nos fue bien, etc.

Porque este es un mapa, un puzle para armar por lo tanto no hay nadie que pueda venir con una receta, menos alguien que venga del hemisferio norte a decirnos lo que debemos hacer, porque esa receta no nos va a funcionar y nosotros, de alguna manera, tenemos que hacer nuestro propio camino.

Cumplo con agradecerles estos minutos para poder compartir y cumplo también con agradecerles que Uds. tengan una vocería muy fuerte, preguntando y aportando durante este encuentro, de manera de hacer de cada una de nuestras Superintendencias un rol mucho más potente a la hora de actuar como voceros de los ciudadanos que es lo que realmente nos importa.

Palabras del Sr. José Antonio Pagés, Representante de Ops/Oms en Chile

En nombre de la institución que representamos, junto al Dr. Julio Suárez y al Dr. Rubén Torres, es un placer enorme para nosotros ayudar en la organización y coordinación de este Congreso. Lo hago en nombre personal y en nombre de nuestra Directora, Dra. Mirta Rosses, siempre deseando lo mejor y notificándoles nuestro mayor deseo, voluntad, compromiso y apoyo de lo que Uds. hacen.

Creemos que esta reunión es muy importante. Tienen una oportunidad para reunirse, que en sí nos da una ventaja tremenda, porque abre expectativas para intercambiar experiencias y lecciones que estamos teniendo en cada uno de los países con realidades también muy particulares.

Es muy probable también que de acuerdo a los contextos políticos económicos de los sistemas de desarrollo de los sistemas de salud en nuestros países, haya singularidades muy importantes que compartir en una reunión como ésta.

Yo pensaba que la OPS no había tenido una historia de acompañamiento cercana y efectiva de los Congresos anteriores, pero el Dr. Rubén Torres me aclaró que éste es el Cuarto y que de alguna manera la OPS ha estado involucrada en los otros anteriores. Nos alegra muchísimo conocer esto y pensamos que cada uno de Uds. tiene una responsabilidad muy grande y una complejidad mayor para poder evidenciar las instituciones a las cuales representan por muchas razones.

Parecería que los problemas cada vez siguen siendo más críticos, si bien en los últimos 15 o 20 años los países han venido atravesando los sistemas, procesos de reforma y de cambio. Siempre los problemas se van resolviendo a plenitud, pero llegamos a un punto donde en el que las complejidades para abordar los problemas de salud son cada vez más críticos, más serios, pero por otro lado seguimos arrastrando muchas cosas que en otro momento estuvieron en el centro de nuestras deliberaciones, como aspectos relacionados con la organización y eficiencia de los órganos de control y fiscalización, mejoramiento de la calidad de la atención y satisfacción de los usuarios, aspectos que marcan una diferencia significativa en relación con los años anteriores.

Parecería que el tema de la calidad y satisfacción de los usuarios, la perspectiva de derechos, la cobertura universal son temas difíciles de abordar. Hemos estado en Chile viendo uno de los problemas que se ha estado dando respecto de la judicialización, que es un tremendo desafío que tenemos para adelante.

Nosotros queremos decirles que la OPS acá en nuestra representación y aprovechando la presencia de Rubén que fue representante de la Superintendencia en Argentina y representante de la OPS en Chile, constituye una oportunidad para todos, el tiempo que va a estar conduciendo la gestión en Washington ya que tiene una mayor cercanía con nosotros.

Por la experiencia personal que he tenido en los países que he estado y este es el octavo país donde trabajo, los órganos de control y fiscalización que generalmente son las Superintendencias, no siempre las he visto demasiado cercanas a las actividades que realizan los Ministerios de Salud.

Pocas veces he visto autoridades de Superintendencias de Servicios integrando las delegaciones de servicio a los órganos directivos de la OPS/ OMS. Podríamos contar con los dedos de la mano, las ocasiones en que las autoridades de estas instituciones integran las misiones que participan en estas reuniones donde se discuten las agendas sanitarias a nivel internacional. También en países donde se debaten temas como el envejecimiento, el incremento de los costos de las tecnologías de salud, los aspectos relacionados con propiedad intelectual y derechos de patente, aspectos relacionados con altos costos de medicamentos, que son de actualidad y de gran importancia, siento que la participación de instituciones como las que Uds. representan, podría ser cada vez mayor.

Con este comentario final les deseo lo mejor y espero como parte del equipo de trabajo de Chile nuestro mayor deseo de éxito y estaré acompañándoles en lo que Uds. hacen.

Muchas gracias

Metodología de Trabajo

Objetivo General:

Revitalizar el encuentro de los países miembros y generar una instancia para la colaboración activa en el intercambio de experiencias y traspaso de conocimientos de cada país en el área de la regulación, fiscalización y supervigilancia en salud.

Objetivos Específicos:

- Dar a conocer y compartir las particularidades de la regulación y fiscalización por parte de los países participantes.
- Mostrar y dar a conocer experiencias de los distintos países en términos de regulación, fiscalización y supervigilancia en salud para intercambiar conocimientos producto de las diferentes experiencias y realidades.
- Desarrollar conclusiones y consensos en relación con las tendencias en regulación, fiscalización y supervigilancia en salud para la región.
- Sentar un precedente en la relación entre la actividad regulatoria y fiscalizadora, y la necesidad de velar por la seguridad social y los derechos en salud de la población.

Aspectos Metodológicos y Productos del Evento

- a) Seminario presencial, con exposiciones y mesas de trabajo orientadas a desarrollar áreas temáticas específicas vinculadas con la regulación en salud.
- b) Duración: 1 día, lunes 1º de agosto de 2011.
- c) Países participantes: República Dominicana, México, Colombia, Paraguay, Ecuador, Argentina, Brasil y Chile.
- d) Organizadores: Superintendencia de Salud de Chile como país anfitrión, Organización Panamericana de la Salud como Co-Organizadores del evento.
- e) Productos del evento: Se espera como producto desarrollar un Acta de Acuerdo de reguladores y fiscalizadores de seguros y prestadores de salud de América Latina, como instancia permanente de intercambio de experiencias y evaluaciones en el ámbito de las políticas públicas de salud. Asimismo, se elaborará un libro en formato digital que incluirá un resumen de los temas desarrollados durante el Congreso.





SISTEMAS DE SALUD DE **LATINOAMÉRICA**



1. SÍNTESIS DEL SISTEMA DE SALUD DE ARGENTINA

La República Argentina adopta para su gobierno la forma representativa, republicana, federal. Tiene una extensión territorial de 2.780.400 km², que se dividen geográficamente en cinco regiones: Noroeste (NOA), Nordeste (NEA), Cuyo, Centro o Pampeana, y Sur, que agrupan a 24 jurisdicciones (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sede del Gobierno nacional). Cada provincia cuenta con su propia constitución y elige a sus gobernantes.

La población de la República Argentina de acuerdo al censo del 27 de octubre de 2010 que realizó el INDEC asciende a 40.117.096 habitantes, con una densidad media de 14,4 hab/km² (sin considerar la superficie reclamada de la Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur). Como el relevamiento de 2001 había arrojado un total de 36.260.130 habitantes, el incremento de población fue de 3.856.966 habitantes con una tasa de variación intercensal 2001-2010 del 10,6%, menor a la registrada entre los censos de 1991 y 2001 del 11,2%. La esperanza de vida al nacer se estima en una media de 77 en 2010 (73 para los hombres y 80 para las mujeres).

Estructura y Funcionamiento

El sector salud está compuesto por dos subsectores: el público y el privado. Estos subsectores difieren en población objetivo, servicios y recursos -además- de su financiamiento.

El Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional en materia de salud cumpliendo la función de rectoría. Sin embargo, dado que el país es federal, las provincias cuentan con autonomía en políticas de salud pública y con la responsabilidad de provisión de servicios. Los municipios ejecutan los programas y administran los servicios de su área. La oferta en el área es de 24 sistemas públicos provinciales; cerca de 300 Obras Sociales Nacionales; 24 Obras Sociales Provinciales; varias decenas de sistemas de medicina prepaga; seguros privados de salud y gran cantidad de mutuales.

El sector público es descentralizado y oficial, con provisión de servicios por medio de una red pública de establecimientos en los cuales los hospitales tienen un sistema de autogestión y flexibilidad administrativa. La seguridad social es centralizada y se caracteriza junto al privado en la existencia de entidades heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, la cobertura que brindan, los recursos financieros que se destinan por afiliado y la modalidad de operación.

El sector privado está compuesto por grupos de profesionales, que prestan servicios independientes a pacientes particulares y por establecimientos asistenciales los cuales son agrupados bajo el nombre de empresas de medicina prepaga. Los privados se financian por aporte voluntario de los usuarios, en general son de ingresos medianos y altos, y a veces también son protegidos por las obras sociales.



2. SÍNTESIS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD EN COLOMBIA

Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Tiene una superficie total de 207.040.000 hectáreas, 92.866.000 corresponde a la parte marítima y 114.174.800 hectáreas a la zona continental¹, está dividida en seis grandes regiones: Andina, Caribe, Pacífica, Orinoquía, Amazonía e Insular, conformadas por 32 departamentos, un único Distrito Capital y 1.120 municipios. El índice poblacional es de 40,7 habitantes por kilómetro cuadrado, siendo la región Andina la que concentra mayor densidad con casi el 76% del total nacional.

Tiene una población proyectada a 2011 de cuarenta y seis millones cuarenta y cuatro mil seiscientos un habitantes (46.044.601), de los cuales veintidós millones setecientos treinta y un mil doscientos noventa y nueve (22.731.299) serían hombres y veintitrés millones trescientos trece mil trescientos dos (23.313.302) mujeres. En el año 2010 hubo un total de 541.292 nacimientos² y 181.115 muertes³.

Estructura y Funciones

El Sistema de Seguridad Social en Salud es un subsistema del Sistema de Seguridad Social Integral, que tiene como objetivo garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley u otras que se incorporen normativamente en el futuro⁴.

El subsistema de seguridad social en salud, fue diseñado en 1993 como un modelo de aseguramiento, en el año 2011 fue fortalecido por la Ley 1438 "...a través de un modelo de prestación del servicio

1. DANE. Dirección de Censos y Demografía. Censo General 2005. Colombia, noviembre de 2005
2. www.dane.gov.co, nacimientos 2010 preliminar
3. www.dane.gov.co, mortalidad 2010 preliminar
4. Artículo 1 de La ley 100 de 1993

público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permite la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país...”⁵.

Los integrantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, son:

1. Organismos de Dirección, Vigilancia y Control:
 - a) Los Ministerios de Protección Social
 - b) La Comisión de Regulación en Salud
 - c) La Superintendencia Nacional en Salud
2. Organismos de administración y financiación:
 - a) Las Entidades Promotoras de Salud
 - b) Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de salud
 - c) El Fondo de Solidaridad y Garantía.
3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas.
4. Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la Ley 100 de 1993, estaban adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.
5. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.
6. Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en todas sus modalidades.
7. Los Comités de Participación Comunitaria “COPACOS” creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participan en los subsidios de salud.

La rectoría radica en el Ministerio de la Protección Social, ente encargado de fijar las políticas y hacer la intervención del Estado en la materia.

Las entidades territoriales además de hacer cumplir las normas rectoras del sistema dentro de su jurisdicción, articulan y prestan servicios dependiendo de si es a nivel Departamental o Municipal. Asimismo, ejercen vigilancia, inspección y control en las áreas de salud pública y parte del aseguramiento. La inspección, vigilancia y control es responsabilidad de la Superintendencia Nacional de Salud que realiza estas labores sobre la base de los ejes de: Financiamiento, Aseguramiento, Prestación de servicios de atención en salud pública, Atención al usuario y participación social, Eje de acciones y medidas especiales, Información y Focalización de los subsidios en salud.

5 Artículo 1 de la Ley 1438 de 2011

La regulación y otra forma de intervención estatal se encuentra en la Comisión de Regulación en salud, entidad que además de definir los contenidos de los planes Obligatorios de Salud de los regímenes subsidiado y contributivo, fija el valor de la Unidad de Pago por capitación que el Estado reconoce a las entidades administradoras de planes de beneficios y debe fijar un sistema tarifario que incluya los honorarios profesionales, así como los topes de los recobros que realizan las aseguradoras.

La administración se encuentra a cargo de las empresas promotoras de salud y las Direcciones Seccionales y territoriales de salud, a través de empresas públicas y privadas. El aseguramiento se realiza a través de dos subsistemas a saber: el régimen subsidiado y el régimen contributivo.

En el régimen subsidiado se encuentran afiliados aquellos residentes del país que se consideran como población pobre y vulnerable y por los cuales el Estado presupuesta y paga el valor de una Unidad de Pago por Capitación.

En el régimen contributivo se encuentran afiliados quienes tienen capacidad de pago: empleados, pensionados, trabajadores independientes y rentistas.

Al régimen subsidiado para efectos de la información reportada en los cuadros lo denominaremos público por la fuente de los recursos que lo financian (presupuesto público, regalías, sistema general de participaciones, rentas cedidas, recursos propios, solidaridad) y al régimen contributivo lo llamaremos privado por la misma razón (cotizaciones de trabajador y empleador independiente de si se trata de funcionario del sector público o privado).

En ambos regímenes los usuarios contribuyen pagando copagos y en el régimen contributivo además, pagan cuotas moderadoras.

La forma de afiliación al régimen subsidiado consiste en la aplicación de una encuesta denominada Sistema de Identificación de Beneficiarios SISBEN, en la cual se determina si la persona que aparentemente se encuentra en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, califica dentro del puntaje que se establece para pertenecer a este régimen.

Por otra parte, hay personas consideradas como grupos especiales y que no requieren estar identificados a través de la encuesta SISBEN y ellos son: las madres comunitarias, la población abandonada que se encuentra bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, los indígenas, la población ROM, los desmovilizados, los desplazados, los reinsertados, además los indígenas identificados a través de listados a los que la norma les da esa potestad.

Una vez incluidas las personas en los listados, pueden en los procesos denominados de libre elección, elegir la Entidad Promotora de Salud a la cual se quiere afiliarse, para lo cual debe llenar un formulario y la entidad le expide un carné en señal de su afiliación, con el cual puede acceder a los servicios de salud.

En el régimen contributivo el sistema de afiliación es más simple, porque es quien cotiza el que elige la entidad a afiliarse y si es asalariado, el empleador le descuenta en el pago de la nómina el 4%, éste a su vez paga un 8,5%, recurso con el cual accede a la Entidad Promotora de Salud a través de una planilla de autoliquidación. Cuando se trata de pensionados, rentistas, trabajadores independientes el total del aporte lo pagan ellos, a través de una planilla de autoliquidación.

Quienes financian el sistema son la nación a través del Sistema General de Participaciones, el Fondo de Solidaridad y Garantía, los Municipios, los Distritos, los Departamentos, los empleadores, los trabajadores, los rentistas, los pensionados, los trabajadores independientes.

Sistema en Cifras

Según la base de datos única de afiliados manejada por el CONSORCIO FIDUFOSYGA 2005, a mayo de 2011 en régimen subsidiado se encontraban afiliadas 24.568.348 personas, y al régimen contributivo 23.952.823 (incluidos los afiliados a la empresa de ferrocarriles nacionales y empresas públicas de Medellín).

Según los reportes de datos conforme a la circular única de la Superintendencia Nacional de Salud a los regímenes de excepción se encontraban afiliados 62.611 a ECOPETROL, 568.878 a la Policía, y 39.335 a los programas de salud de las Universidades (no incluye Universidad del Cauca).

En medicina prepagada o voluntaria, existen 823.460 afiliados y 395.037 por servicio de ambulancia prepagada.

Red de Servicios

Colombia cuenta con 1.097 Empresas Sociales del Estado (hospitales públicos) y con 9.016 IPS privadas para un total de 49.191.995 afiliados a algún sistema obligatorio de salud. Los servicios que se prestan se encuentran incorporados en las Empresas Sociales del Estado y en las IPS privadas, de la siguiente forma:

- a) Centros de salud ambulatorio públicos: 40 servicios de baja complejidad, 907 servicios de media complejidad, 485 servicios de alta complejidad, lo que hace un total de servicios de 1.432.
- b) En centros de salud ambulatoria privados: 43.422 servicios de baja complejidad, 83.151 servicios de media complejidad, 2.526 servicios de alta complejidad, lo que da un total de servicios de 129.099.
Con un total general de 130.531.
- c) Servicios de odontología general en las Empresas Sociales del Estado: 2.411.
- d) Servicios de odontología general en el sector privado: 7.926 profesionales independientes, 3.160 Instituciones. Total de prestadores 11.086.
Con un total general de 13.497

- e) En servicios de urgencia en las Empresas Sociales del Estado: 1.175.
- f) En servicios de urgencia en el sector privado de 442.
Con un total general de 1.617
Trabajan como profesionales médicos cotizantes 48.746.

En los dos regímenes, contributivo y subsidiado, la forma de financiamiento era hasta antes de la Ley 1438 de 2011, los contratos de capitación, esporádicamente por evento, paquete, pago fijo global prospectivo. En la actualidad, solamente está permitido capitar los servicios de baja complejidad.

Regulación en Salud

PRESTADORES PÚBLICOS - REGULACIÓN DE PRECIOS

Existe un acuerdo tarifario para las prestaciones de salud que se otorguen en caso de seguros de accidente de tránsito y que se utiliza cuando estas prestaciones proceden de las Empresas Sociales del Estado. De igual modo, existen algunos medicamentos sujetos a control de precios.

PRESTADORES PRIVADOS - REGULACIÓN DE PRECIOS

Hay una norma que establece la posibilidad de fijar tarifas para los servicios que se incluyen en el Plan Obligatorio de Salud (POS), cuyo responsable es la Comisión de Regulación en Salud, pero a la fecha no se ha reglamentado. En caso de urgencias a falta de acuerdo entre el prestador y el asegurador se paga a tarifas SOAT. También, en este ámbito hay algunos medicamentos sujetos a control de precios.

PRESTADORES PÚBLICOS Y PRIVADOS: REGULACIÓN DE CALIDAD TÉCNICA

Existe el Decreto 1011 de 2006 y unas Resoluciones (1043 DE 2006, 1448 de 2006, 2680 de 2007 y 3763 de 2007) que establecen:

- a) Autoevaluación de los estándares de habilitación.
- b) Inscripción y registro ante la Entidad Territorial.
- c) Registro ante el Ministerio de la Protección Social, información enviada por la Entidad Territorial.
- d) Verificación por parte de equipos multidisciplinarios capacitados y certificados previamente.
- e) Expedición de certificados de cumplimiento de condiciones de habilitación que deben realizarse por servicio y colocados en lugar visible al público por la IPS.

En la actualidad con la Ley 1438 de 2011, la Institución Prestadora de Salud para el inicio de actividades y, por ende, para acceder a contratar servicios de salud, deberá tener verificación de condiciones de habilitación expedida por la autoridad competente, que dispondrá de seis (6) meses desde la presentación de la solicitud para realizar la verificación. La verificación deberá ser previa cuando se trate de servicios de urgencias y servicios de alta complejidad. Los servicios oncológicos deberán tener habilitación y verificación previa por el Gobierno Nacional.

PRESTADORES PÚBLICOS SISTEMA DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

En Colombia existen Oficinas de Atención especializada para los usuarios en las IPS y Empresas Promotoras de Salud. Asimismo, hay Asociaciones de Usuarios que actúan de mediadoras entre sus afiliados y las EPS. Pero, además, existe la posibilidad de acudir ante la Superintendencia Nacional de Salud, en conciliación.

Los Comités Técnico Científicos deciden el otorgamiento o negación de un servicio de Salud por fuera del POS:

- El Defensor del Usuario
- La Defensoría del Pueblo
- Acciones de tutela

PRESTADORES PÚBLICOS EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN

Los indicadores para evaluar la satisfacción y la atención en general son: Accesibilidad /Oportunidad, Calidad Técnica, Gerencia del Riesgo, Satisfacción / Lealtad, dentro de los cuales se verifican los siguientes aspectos:

- Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general,
- Oportunidad en la consulta de medicina interna.
- Oportunidad en la consulta de gineco-obstetricia,
- Oportunidad en la consulta de pediatría,
- Oportunidad en la consulta de cirugía general.
- Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS.
- Oportunidad de entrega de medicamentos POS.
- Oportunidad en la realización de cirugía programada,
- Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de odontología general,
- Oportunidad en la atención en servicios de imagenología.
- Oportunidad de la referencia en la EPS, ARS, CCF, EA, MP
- Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año,
- Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino
- Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años,
- Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años,
- Razón de mortalidad materna, Tasa de satisfacción global.
- Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.
- Tasa de traslados desde la EPS, ARS, CCF, EA, MP
- Proporción de cancelación de cirugía programada.
- Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias.
- Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados.
- Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada.
- Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas.
- Tasa de Infección intrahospitalaria.
- Proporción de vigilancia de Eventos adversos.
- Tasa de Satisfacción Global

PRESTADORES PERSONALES: REGULACIÓN DE PRECIOS

Por ser funcionarios públicos se encuentran sujetos a la escala salarial y prestacional fijada por el Gobierno Nacional.

Cuando se trata de prestación de servicios de salud, las tarifas a las cuales se cobran los honorarios profesionales SOAT, en los particulares los regula el mercado.

PRESTADORES PERSONALES: REGULACIÓN DE CALIDAD

El ejercicio de profesionales de la salud solamente puede ser prestado por personas con título otorgado por instituciones educativas autorizadas por el Gobierno Nacional. Las profesiones se regulan mediante la existencia de normas que fomentan la actualización de los profesionales y certificaciones de éstas para llegar a habilitarse como tales.

En los estándares de habilitación de las IPS de acuerdo con cada servicio, se exigen requisitos mínimos de talento humano.

La práctica docente asistencial y las condiciones en que deben realizarse los convenios docentes asistenciales también están reguladas mediante normas de calidad. El ajuste y adecuación de protocolos se construyen normalmente con la participación de los profesionales de las diferentes Instituciones prestadoras de Servicios de Salud en las cuales laboran.

De la misma forma, está contemplada la posibilidad de acceso a becas.

En la actualidad se tiende a establecer guías y protocolos por parte del Gobierno nacional, respetando la autonomía de los profesionales.

Los profesionales son sujetos a vigilancia de los tribunales de ética o a las asociaciones autorizadas por el Gobierno nacional para ejercer esta función.

PRESTADORES PERSONALES: RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Las oficinas de atención al usuario de las EPS se encargan de dar trámite y solución a las peticiones, quejas y reclamos presentados por los usuarios.

Las asociaciones de usuarios actúan como voceros e interlocutores entre los usuarios y los profesionales independientes, así como ante las EPS y las instancias gubernamentales y se convierten en gestores de los intereses de los usuarios

La ley faculta a la Superintendencia Nacional de Salud para que con carácter de cosa juzgada, busque que las partes en conflicto encuentren una solución a sus diferencias, a través de la vía de la conciliación como mecanismo alternativo de solución de conflictos.

Los Comités Técnico Científicos, son los encargados de determinar si una prestación de salud que no se le cubre al paciente, ordenada por el profesional independiente se encuentra dentro del Plan Obligatorio de Salud, si está excluida, si es pertinente y determina la viabilidad de autorizarla o no.

El Defensor del usuario depende directamente de la Superintendencia Nacional de Salud tiene como fin ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS e IPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

La Defensoría de Pueblo, tiene como fin hacer efectivos los derechos de los usuarios, para lo cual asesora y presenta peticiones en nombre de los mismos, así como presenta acciones judiciales o constitucionales.

Las acciones de tutela se convirtieron en un mecanismo de solución de conflictos en materia de prestación de servicios de salud, quien define es el Juez Constitucional.

RESUMEN MARCO REGULATORIO PRESTADORES

	PRESTADORES INSTITUCIONALES				PRESTADORES PERSONALES			
	Precio	Calidad	Resolución conflictos	Satisfacción	Precio	Calidad	Certificación	Resolución de conflictos
PÚBLICOS	SI	SI COMÚN	SI COMÚN	SI COMÚN	SI	SI COMÚN	SI COMÚN	SI COMÚN
PRIVADOS	NO excepto SOAT				NO EXCEPTO SOAT			

SEGUROS. RÉGIMEN DE PRECIOS

Existe, fijada por la Comisión de Regulación en Salud, la Unidad de Pago por Capitación que es el valor que el Estado reconoce a las Entidades Promotoras de Salud por el aseguramiento de la prestación de los servicios a los afiliados.

Los afiliados deben pagar cuotas moderadoras y copagos que se fijan por lo general anualmente, conforme al estrato socioeconómico al que pertenece el afiliado.

SEGUROS. REGULACIÓN DE BENEFICIOS

Existe, fijada por la Comisión de Regulación en Salud. Son los contenidos mínimos del Plan obligatorio de Salud que aseguran y prestan las Entidades Promotoras de Salud a sus afiliados.

SEGUROS. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Los conflictos que se originan por la prestación de servicios de salud, normalmente se originan en la Institución Prestadora, las aseguradoras tienen su oficina de atención a los usuarios, pero también se realizan auditorías a la prestación de los servicios de salud, que sirven de base para que el asegurador arregle directamente con el prestador, o que lleve el caso a Comité Técnico Científico, o que autorice la prestación en otro sitio.

Los conflictos que no se originan en el prestador, se solucionan a través de las oficinas de atención al usuario, la Superintendencia Nacional de Salud con la Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana.

SEGUROS. EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN.

Los indicadores son: Accesibilidad /Oportunidad, Calidad Técnica, Gerencia del Riesgo, Satisfacción / Lealtad, dentro de los cuales se verifican los siguientes aspectos:

- Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general,
- Oportunidad en la consulta de medicina interna.
- Oportunidad en la consulta de gineco-obstetricia,
- Oportunidad en la consulta de pediatría,
- Oportunidad en la consulta de cirugía general.
- Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS.
- Oportunidad de entrega de medicamentos POS.
- Oportunidad en la realización de cirugía programada,
- Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de odontología general,
- Oportunidad en la atención en servicios de imagenología.
- Oportunidad de la referencia en la EPS, ARS, CCF, EA, MP
- Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año,
- Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino
- Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años,
- Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años,
- Razón de mortalidad materna, Tasa de satisfacción global.
- Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.
- Tasa de traslados desde la EPS, ARS, CCF, EA, MP
- Proporción de cancelación de cirugía programada.
- Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias
- Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados
- Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada
- Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas.
- Tasa de Infección intrahospitalaria.
- Proporción de vigilancia de Eventos adversos.
- Tasa de Satisfacción Global

RESUMEN MARCO REGULATORIO DE LOS SEGUROS

	Precio	Beneficios	Resolución conflictos	Satisfacción	Viabilidad financiera
PRIVADOS	NO excepto SOAT, se regula la Unidad de Pago por Capitación.	SI	SI	SI	SI

MERCADO FARMACÉUTICO REGULACIÓN DE PRECIOS.

Existe regulación de precios conforme lo determine la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos CNPMD, no para todos los medicamentos.

MERCADO FARMACÉUTICO REGULACIÓN DE CALIDAD.

Se regula la fabricación, almacenamiento, distribución, comercialización, penalización.

MERCADO FARMACÉUTICO

Precio	calidad	Comercialización	Incorporación de tecnología
Para algunos medicamentos	SI	SI	SI



3. SÍNTESIS DEL SISTEMA DE SALUD EN REPÚBLICA DOMINICANA

La República Dominicana es un Estado Social y Democrático de Derecho, organizado en forma de República unitaria⁷. El gobierno es esencialmente civil, republicano, democrático y representativo, el Presidente de la República es a la vez Jefe de Estado y jefe de gobierno.

La República Dominicana comparte la isla Hispaniola con la República de Haití, es la segunda en tamaño del archipiélago de las Antillas Mayores, con una extensión territorial de 48,670.82 km² y con un litoral costero de alrededor de 1,500 km. de longitud. Sus límites naturales son: al norte Océano Atlántico, al Sur Mar Caribe, al Este el Canal de la Mona que la separa de Puerto Rico y al Oeste la República de Haití.

Su organización político-administrativa comprende diez (10) regiones administrativas, treinta y una (31) provincias y un (1) Distrito Nacional, ciento cincuenta y tres (153) municipios y doscientos treinta (230) distritos municipales, mil ciento setenta y siete (1,177) secciones, diez mil doscientos veinte y cinco (10,225) parajes, en el Distrito Nacional funciona la sede del Gobierno; cada provincia es una división territorial sujeta a una autoridad político-administrativa y depende del Gobierno Central, en cada provincia hay un Gobernador Civil que representa al Poder Ejecutivo.

Al mes de marzo de 2011, se estima una población de 9.968.340 habitantes distribuida en los 48.442 km² de superficie terrestre, con una densidad poblacional estimada de 206 habitantes por km². La tasa anual de crecimiento de la población pasó de 1,5%, en 2008, a 1,3%, en 2011. Se observa una disminución en la Tasa Global de Fecundidad, pasando de 6.2 hijos en 1970, a 3.5 hijos en los 90's a 2.6 hijos en 2009, lo que representa una disminución de 3.6 y 0.9, respectivamente, en relación con los periodos de referencia.

La tasa bruta de natalidad por mil habitantes, en ambos sexos ha disminuido de 42 en 1970 a 30 en 1990 y 23 en 2009⁸. Se ha incrementado la diferencia por sexo en la esperanza de vida al nacer en el quinquenio 2004-2009, de 69 años para los hombres a 75 años, para las mujeres. La esperanza de vida para ambos sexos se estima en 72 años, la población se concentra en la zona urbana en un 67,1% y 32,9% es rural⁹.

7 Capítulo II. Del Estado Social y Democrático de Derecho. Artículo 7. Estado Social y Democrático de Derecho. Y Artículo 8. Función esencial del Estado.

8 República Dominicana MISPAS –DIGEPI Indicadores Básicos publicación 2010

9 Oficina Nacional de Estadística. Departamento de Estadísticas Demográficas, Sociales y Culturales.

El perfil salud-enfermedad de la población dominicana, está en transición epidemiológica, caracterizado por la disminución de las enfermedades infecciosas y un incremento de las crónicas no transmisibles. Los datos disponibles de mortalidad en la región de Centroamérica y República Dominicana indican que del total de muertes reportadas, el 86% son por problemas no transmisibles y una de cada 5 de ellas, por enfermedades crónico degenerativas, con un comportamiento ascendente. Las principales causas de muertes son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas¹⁰.

Con la aparición del primer caso de cólera en la República Dominicana proveniente de la República de Haití, en noviembre de 2010, y la confirmación a julio de 2011 de 71 personas afectadas, estos valores variarán. Desde el pasado noviembre, las autoridades sanitarias han investigado un total de 174 muertes sospechosas por cólera en todo el país.

La Tasa de Mortalidad Infantil (< de 1 año) estimada a 2009 fue de 28.8 por mil nacidos vivos^{11,12} y la Tasa de Mortalidad Neonatal, en ese mismo año, de 17 por mil nacidos vivos, según datos del UNICEF. En lo relacionado con la Tasa de Mortalidad Materna, estimada por subregistro del SINAVE, alcanzó 133.4 por 100,000 nacidos vivos a 2009¹³, contrastando con los valores arrojados por la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) de 2007 que reporta una razón de mortalidad materna de 159 por 100,000 nacidos vivos.

Sin embargo, hay que hacer notar que las deficiencias de los registros de mortalidad, más acentuadas en las muertes de menores de un año y particularmente en los menores de 28 días, es una fuerte variable a considerar en las estimaciones. Se estima un subregistro de mortalidad a 2007 que ronda el 61.5%, predominando como causas principales de muerte las enfermedades no transmisibles.

Salud Mixta

El sector es mixto, segmentado y caracterizado por una alta complejidad de actores, instituciones e intereses, no siempre convergentes¹⁴.

Está conformado por un subsector público, integrado por instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios, con y sin fines de lucro, y un subsector privado, con y sin fines de lucro. El Ministerio de Salud ejerce la rectoría del sistema y también proporciona servicios de salud. El sector privado se concentra en los estratos económicos de mayor capacidad de pago y en los segmentos de población

10 Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010 - 2015. Aprobado en la XXXI Reunión del COMISCA, San José, República de Costa Rica, 3-4 de diciembre de 2009

11 Calculado a partir de los datos quinquenales registrados en el documento Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050. Tomo I, II y IV. Revisión 2007, Departamento de la Estadísticas Demográficas, Sociales y Culturales de la Oficina Nacional de Estadística.

12 Según los resultados de la ENDESA 2007, de cada mil nacidos vivos en la República Dominicana, 32 mueren antes de cumplir un año.

13 MSP/DIGEPI. Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna e infantil. Boletín Resumen Ejecutivo Situación Epidemiológica Eventos bajo Observancia Tolerancia Cero. Enero 2010. Disponible en: www.sespasdigepi.gob.do

14 MSPAS, Plan Decenal de Salud 2006 - 2015

trabajadora cotizante. Entre las modalidades de aseguramiento se pueden identificar los esquemas de prepago trabajador y empleador, los seguros médicos de prepago privado, los autogestionados y los proveedores privados de servicios de salud.

El Ministerio de Salud ha asumido un proceso orientado a la descentralización de la provisión de los servicios mediante la organización y el desarrollo de una red pública con una dimensión regional (nueve regiones en total), en la que se pretende una efectiva articulación de los diferentes niveles de atención, en procura de la instalación de un Nuevo Modelo de Atención con base de sustentación en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Este esfuerzo incluye la necesidad de integrar progresivamente en una misma red pública los establecimientos del Instituto Dominicano de Seguros Sociales y de las Fuerzas Armadas.

Esta red, con una gestión local bajo la responsabilidad de Servicios Regionales de Salud, cuenta en su primer nivel con Unidades de Atención Primaria (UNAP) en las que un médico general, una auxiliar de enfermería y promotores de salud, asumen la responsabilidad de vigilar y atender la salud de las familias asignadas a su cuidado. Identifican riesgos sanitarios y coordinan acciones de intervención con comités de salud y organizaciones de la sociedad civil.

La nueva legislación sanitaria de la República Dominicana reformó la organización del sistema nacional de salud y separó las funciones de regulación, financiación, y provisión de servicios de salud, asignando al Ministerio de Salud la conducción del sector y la ejecución de papeles especializados de inspección, vigilancia y control de los riesgos que afectan la salud colectiva. Dada la centralización que ha caracterizado el modelo de gestión público y la tradicional concentración en la provisión directa de los servicios médicos, se ha requerido de grandes esfuerzos en la tarea por instalar un sistema de salud que según el marco legal vigente parte de la separación entre los servicios individuales y los servicios colectivos en salud, para dejar los primeros en manos del mercado con competencia regulada y, los segundos, a cargo del Estado.

El desarrollo alcanzado por el sector público, en términos de calidad y capacidad resolutive, ha sido de especial importancia en la regulación de los costos operativos y de los servicios en el sector privado, sobre todo si consideramos las inequidades y exclusiones tradicionales en salud.

Con la puesta en funcionamiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social se crea el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) como una entidad pública autónoma tripartita y se constituye en el órgano rector de dicho Sistema, incidiendo sus decisiones en el crecimiento de las instituciones públicas que lo conforman y en procura de que éstas respondan a las necesidades reales y guarden una estrecha relación con el proceso de extensión de cobertura, el desarrollo del Sistema mismo y el presupuesto disponible¹⁵.

El CNSS se constituye por diez y siete (17) representantes y respectivos suplentes de los diversos sectores y agentes involucrados, con presencia mayoritaria del sector privado, quedando estructurado

15 Art.21. Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01) del 9 de mayo de 2001

en cuatro (4) sectores: a) gobierno; b) empleadores; c) trabajadores sindicalizados y d) otros sectores, compuesto por representantes de empleadores, trabajadores y prestadores de servicios de salud. Le corresponde la presidencia del Consejo al Secretario de Estado de Trabajo y actúa como Vicepresidente el Ministro de Salud Pública. Sus decisiones son asumidas con la obligatoriedad de la presencia mínima de los representantes de los sectores gobierno, laboral y empleador, en ellas prevalece el derecho a veto¹⁶.

La amplitud de las competencias del CNSS comprende aspectos que trascienden a lo estrictamente previsional, remontándose sus atribuciones al ámbito de la asistencia sanitaria con el diseño y desarrollo de decisiones que cuentan con mecanismos de coordinación y consenso, que procuran la convergencia en los servicios y su sostenibilidad, compartiendo la función de autoridad sanitaria con el Ministerio de Salud Pública en cuanto a materia de aseguramiento se refiere.

Otro actor relevante del proceso de reforma del sector salud y de la seguridad social es la Tesorería de la Seguridad Social, entidad pública creada por la Ley 87-01, adscrita al CNSS. Es la encargada de la emisión, recaudo, concentración, asignación, dispersión y pago de los recursos del sistema seguridad social, así como de la administración del Sistema Único de Información y Recaudo (SIUR), de la detección y cobro de la mora, evasión y elusión. La TSS es responsable de garantizar la administración operacional, centralizada y separada de los fondos del Seguro Familiar de Salud (SFS) y del pago a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS).

Adscrita como dependencia técnica del Consejo Nacional de la Seguridad Social, la Ley 87-01 concibió a la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), entidad pública, con autonomía operativa y que tiene como funciones, promover al Sistema Dominicano de Seguridad Social e informar a los afiliados sobre sus derechos y deberes; recibir reclamaciones y quejas, así como tramitarlas a los organismos correspondientes y darles seguimiento hasta su resolución final; asesorar a los asegurados en sus recursos amigables o contenciosos¹⁷.

Conforme a lo previsto en la legislación dominicana, se constituyó la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), como entidad estatal dotada con autonomía, personería jurídica, patrimonio y presupuesto propios. El Estado dominicano ejerce la supervisión del Sistema Dominicano de Seguridad Social a través de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. A la SISALRIL le corresponde habilitar, fiscalizar, supervisar, auditar y sancionar al Seguro Nacional de Salud (SENASA)¹⁸ y a todas las Administradoras de Riesgos de Salud autorizadas a operar en el Sistema, así como supervisar el pago puntual a dichas Administradoras y de éstas a las Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas o mixtas. Igualmente, proteger los intereses de los afiliados al sistema de salud, asegurando el equilibrio financiero a corto, mediano y largo plazo y el cumplimiento de objetivos y metas del Seguro Familiar de Salud (SFS) y el Seguro de Riesgos Laborales (SRL).

16 García, Maritza. Avances, obstáculos y desafíos de la reforma del sistema de protección social en salud en República Dominicana, junio de 2006

17 Ibidem op cit

18 Aseguradora pública

La Superintendencia, como instancia técnica del Sistema, es la encargada de proponer al CNSS los estudios relativos a la actualización del contenido y costo del plan básico de salud (PBS) y la evaluación de sus impactos a la salud. Se constituye como árbitro conciliador entre las ARS/Seguro Nacional de Salud (SENASA) y los proveedores de servicios de salud (PSS); es la instancia encargada de la Supervisión de la TSS en lo concerniente a la distribución de las cotizaciones al SFS y al SRL. Es también de su competencia proponer al CNSS todas las iniciativas necesarias para garantizar el desarrollo y el equilibrio financiero del sistema, la calidad de las prestaciones y la satisfacción de los usuarios, la estabilidad financiera del SENASA y de las demás ARS del Sistema; como del desarrollo y fortalecimiento de las ARS locales y el hacer valer el derecho a la libre elección de los asegurados¹⁹.

Estos procesos han favorecido la coexistencia pública y privada tanto en el aseguramiento de salud como en la provisión de los servicios. Esto se pretende en un mercado regulado, más que competitivo, en el que prevalece una amplia oferta pública e inversión privada.

En este contexto, las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA) recomponen el mercado de los seguros e igualas médicas, por el de un mecanismo estructurado y formal a través del cual una persona o familia es protegida o amparada de unos riesgos en salud específicos, que define un plan de beneficios financiado por una unidad de pago por capitación y que el Estado garantiza en su intento por materializar el derecho a la salud de los ciudadanos.

El SENASA es la Administradora de Riesgos de Salud de naturaleza pública, goza de autonomía operativa, patrimonio propio y personería jurídica, es una entidad del sistema creada por la Ley 87-01 y acreditada por la Superintendencia. Se convierte en un valioso instrumento de la política social del Estado, para la universalización del aseguramiento en salud y la sostenibilidad financiera del Sistema.

En resumen, el esfuerzo de los actores que tradicionalmente venían propugnando por una mejora de los servicios de salud: población trabajadora, empleadores y gobierno, han concertado un sistema de salud al que se le exige rendición de cuentas respecto de la calidad, oportunidad de los servicios y uso efectivo de los recursos. De igual modo, la sociedad exige mayor responsabilidad para con los ciudadanos mediante la implementación de mecanismos individuales o colectivos de control social, que van desde la participación en el diseño y formulación de las políticas a la rendición de cuentas por los actores involucrados.

Además, persigue salvar las barreras que crea la asimetría de información entre las aseguradoras, proveedoras de servicios de salud y usuarios, suministrando información adecuada, desarrollando mecanismos de control para el ejercicio de la libertad de elección.

Se reconoce en la DIDA un instrumento del Sistema Dominicano de Seguridad Social que provee información y en el que los asegurados encuentran respuesta a sus reclamos. De igual modo, acentúa el énfasis en la asignación efectiva del financiamiento por parte del Estado con el fin de garantizar un nivel adecuado de protección a la población más vulnerable y que los aportes de trabajadores y patronos de los salarios y copagos, se realicen según lo establece el marco legal y normativo vigente.

19 Ibidem op cit

El sector salud de la República Dominicana, exhibe una alta complejidad de instituciones, organizaciones, actores e intereses no siempre convergentes. Esta diversidad aún no logra constituirse en un verdadero sistema en el cual sus componentes, como subsistemas, interactúen armónicamente, en forma sinérgica, para lograr el uso más eficiente de los recursos y alcanzar mejores resultados de impacto sobre la situación de salud de la población.

A los problemas de salud que tradicionalmente ha procurado dar respuesta (enfermedades transmisibles, mortalidad materna e infantil), se suman nuevos problemas producto del desarrollo alcanzado en las últimas décadas y de los cambios experimentados en los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población dominicana, además de los grandes desafíos como consecuencia de los cambios que en lo social, económico y demográfico afectan nuestros países latinoamericanos.

Organización y Desarrollo Institucional

RECTORÍA

A partir de la puesta en ejecución de las leyes 42-01 (Ley General de Salud) y 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social-SDSS) surgen nuevos actores, sobre los cuales se sustenta el Sistema Nacional de Salud. Entre éstos, el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), el Consejo Nacional de Salud (CNS), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), el Seguro Nacional de Salud (SENASA), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA).

Estos nuevos actores son una expresión de la separación de funciones que el proceso de reforma sectorial introdujo al sistema. El nuevo marco legal ratifica la función rectora, reguladora y de autoridad sanitaria nacional del Ministerio de Salud Pública, quien tiene a cargo por sí y a través de sus expresiones territoriales, locales y técnicas, la capacidad política para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias; concertar intereses; movilizar recursos de toda índole; vigilar la salud y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores sociales comprometidos con la producción de la salud, para el cumplimiento de las políticas nacionales en materia de salud²⁰.

REGULACIÓN SECTORIAL

El marco para el ejercicio de la regulación surge de la normativa constitucional, a través de la cual se crean derechos y obligaciones individuales e institucionales²¹.

La Ley General de Salud confiere al Ministerio de Salud Pública la competencia de máxima autoridad sanitaria y la función de regulación sectorial, con facultades para sancionar. Como autoridad sanitaria,

20 Ley General de Salud No.42-01, d/f marzo 08, 2001

21 Bolis, M. "La Dimensión Regulatoria en el Contexto de la Rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional", Reunión de Expertos en Rectoría del Sector Salud en Procesos de Reforma, Washington, D.C. 14-15 de junio de 2004

el Ministerio cuenta con representaciones locales, las cuales ejercen las funciones de control y fiscalización, procurando el cumplimiento de las normas sanitarias.

Durante los últimos diez años, tras la aprobación de la Ley 87-01, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales ha asumido sus facultades regulatoria, fiscalizadora y supervisora de las instituciones que participan del aseguramiento y la sostenibilidad financiera del Sistema Dominicano de Seguridad Social en Salud, con el objetivo de garantizar la calidad y cantidad de los servicios de salud esperados por la población asegurada.

REGULACIÓN DE PRECIOS

En República Dominicana, no existe regulación de precios per se en prestadores públicos y privados.

Los servicios prestados por médicos en hospitales públicos, contratados por el SENASA, se rigen por un manual tarifario definido por éste, dentro de un marco contractual o de relacionamiento entre el Seguro Nacional de Salud y los prestadores individuales y/o institucionales que participan en la entrega de los beneficios aportados por el Plan Básico de Salud en el Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado, que precisa que aunque existen estas remuneraciones o incentivos, el médico del subsector público es asalariado.

La regulación, en procura de la descentralización de hospitales, aún no completa un marco jurídico que facilite un mecanismo de compra y venta de servicios de salud con aseguradoras privadas y el SENASA. Sin embargo, se ha propiciado la operatividad de un relacionamiento entre los Servicios Regionales de Salud y los hospitales con el SENASA, no así con las aseguradoras privadas, dado que aún los hospitales no alcanzan personería jurídica que les permita asumir por sí mismos, los compromisos contractuales de compra y venta previstos en la normativa vigente. Las iniciativas existentes promueven que los hospitales establezcan acuerdos con las Administradoras de Riesgos de Salud y acepten las tarifas por servicios de estas entidades, a la vez que cobren por los servicios prestados (subsidiados por el Estado) a aquellos usuarios con capacidad de pago, no afiliados a ninguna ARS a través de las llamadas "cuotas de recuperación".

En el subsector privado, el marco regulatorio vigente de la Seguridad Social en salud ha traído nuevos lineamientos para el relacionamiento entre Prestadores y Administradoras de Riesgos de Salud, en lo atinente a la compra y venta de servicios entre los Prestadores y usuarios de éstos.

El Sistema define un per cápita por cada afiliado del Seguro Familiar de Salud, base sobre la cual las Administradoras de Riesgos de Salud gestionan la entrega de los beneficios que otorga el Plan Básico de Salud; las ARS acuerdan un nivel de tarifas para un período contractual con los prestadores y establecen mecanismos de supervisión en procura de controlar costos, garantizar calidad y oportunidad de los servicios.

En virtud de su carácter esencial el Plan de Servicios de Salud, en todo lo relativo a sus cargas y beneficios, se presta de manera igual o uniforme, esto es sin privilegios ni discriminación de cualquier tipo, lo que no ha impedido que existan diversos niveles o categorías en algunos servicios, con tarifas

diferenciadas, a condición de dar trato igual a todo usuario que se encuentre en el mismo nivel o categoría²², alcanzables a través de los acuerdos entre ARS y PSS y con la implementación de planes complementarios, voluntarios y de medicina prepaga.

Regulación de la Calidad Técnica

Ley 42-01, promulgada el 8 de marzo del 2001 establece que corresponde al Ministerio la Habilitación y Acreditación de los Establecimientos y Servicios de Salud, evaluándolos con normas y criterios mínimos para promover la Garantía de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud. El Decreto No. 1138-03 en la Sección II, Art. 7 define los establecimientos que quedan incluidos dentro de este reglamento general, haciendo mención de los centros con y sin internamientos, como clínicas y hospitales, laboratorios, bancos de sangre, consultorios, centros odontológicos, ambulancias, farmacias, y cualquier otro servicio que se relacione con la salud humana.

Es al Ministerio de Salud Pública a quien le corresponde otorgar la autorización de funcionamiento, capacidad para ofertar el servicio, infraestructura, instalaciones y equipamiento, a través de la Dirección General de Habilitación y Acreditación.

La habilitación para operar de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) es facultad de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. La Superintendencia evalúa cada solicitud y establece la procedencia o no de la misma, debiendo fundamentar por escrito su decisión e informar a los interesados. Si al cumplir los cuatro (4) meses no ha notificado oficialmente ninguna decisión, la misma se considerará aprobada de pleno derecho²³.

La Superintendencia podrá declarar la pérdida de autorización de las ARS por incumplimiento reiterado de las obligaciones establecidas en la Ley 87-01, los reglamentos y normas complementarias vigentes que afecte el correcto funcionamiento del sistema, la reducción del capital mínimo exigido o el incumplimiento del margen de solvencia en más de dos periodos trimestrales consecutivos, el incumplimiento reiterado de la obligación de garantizar el Plan Básico de Salud a sus afiliados, desacato sistemático a instrucciones, por retraso permanente e injustificado de los pagos a PSS, incumplimiento a las ordenes de capitalización y ante el incumplimiento del número mínimo de afiliados que debe acreditar según las normas complementarias²⁴.

FINANCIAMIENTO

Uno de los aspectos relevantes de la reforma en salud ha sido la redefinición del financiamiento, se plantean nuevas formas de asignación y mecanismos de canalización de recursos financieros, sustentados fundamentalmente en la implementación del Seguro Familiar de Salud, con cobertura universal e inclusión de los segmentos más vulnerables de la población dominicana²⁵.

22 PNUD, Mayor eficiencia y equidad en la prestación de servicios públicos, 2004

23 Ley 87-01 Art. 151. Habilitación de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)

24 Ley 87-01, Art.23

25 *Ibidem* op cit.

La Ley 87-01 estableció tres (3) regímenes de financiamiento para la seguridad social en salud: régimen subsidiado, contributivo y contributivo-subsidiado, una combinación de ambos, garantizando que los afiliados a uno u otro puedan acceder a los beneficios contemplados en el Plan Básico de Salud del Seguro Familiar de Salud.

La reforma sectorial desde la perspectiva del financiamiento introduce un nuevo ingrediente, con importantes implicaciones en el diseño de la organización del sistema de servicios de salud, incorporando nuevos actores y nuevas relaciones y delegaciones que definen especificidades y razones de la existencia de otras funciones como las de aseguramiento y regulación.

El gasto per cápita en salud en 2008 fue de US\$104,4, siendo el gasto público en salud para ese mismo año de US\$1,005.3 millones, equivalente a un 2.3% del PIB. Esta inversión en salud representó el 25% del gasto social del gobierno de 2008.

Los recursos provenientes del presupuesto nacional, constituyen la principal fuente de financiamiento directo hacia la Seguridad Social y su aplicación es destinada significativamente a garantizar la cobertura del Seguro Familiar en Salud del Régimen Subsidiado.

La Ley 87-01 estableció un costo per cápita para el Plan Básico de Salud, de ahí que la estimación de los valores del gasto público que cubriría a los beneficios de salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado, se hace a partir del producto resultante de multiplicar el per cápita por la población de afiliados que ha validado y registrado la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y en el Régimen Contributivo a partir de los aportes de trabajadores y empleadores.

Bajo el principio de la separación de funciones, la prestación y el financiamiento, así como las nuevas modalidades de distribución y asignación de recursos, se redefinieron la organización de la prestación y la compra de servicios de salud sustentados en un nuevo relacionamiento contractual y mecanismos de pago e incentivos entre asegurador (ARS/SENASA) y prestador (PSS), procurando el control de los costos y la calidad en los resultados de la atención en salud.

De igual modo, cabe señalar que el Seguro de Riesgos Laborales es el mecanismo financiero por medio del cual, con base en el aporte de una contribución de parte del empleador, se garantiza que el trabajador, sea compensado debido a un accidente de trabajo, o una enfermedad ocupacional que como consecuencia le hayan ocasionado alguna lesión corporal o estado mórbido²⁶.

Para los afiliados del Régimen Subsidiado, el acceso a medicamentos ambulatorios es cubierto en su totalidad por el Seguro Nacional de Salud. Para los afiliados del Régimen Contributivo, se ha establecido una cobertura del 70% por parte de la ARS por el costo del medicamento, el 30% restante, como copago, debe ser cubierto con gasto de bolsillo.

26 Art. 4, Reglamento sobre el Seguro de Riesgos Laborales

El Sistema de Seguridad Social ha establecido la coexistencia de planes complementarios de salud, planes voluntarios y de medicina prepaga que son ofertados por las ARS, y que cubren demandas no contempladas en el Plan Básico del Seguro Familiar de Salud y que son pagados directamente por el segmento de población interesada.

Hasta que el sistema alcance la cobertura universal, la población aún no asegurada al Seguro Familiar de Salud, en cualquiera de sus regímenes de financiamiento, seguirá siendo atendida por las Prestadoras de Servicios de Salud del subsector público o en el subsector privado, dependiendo de su capacidad económica.

Durante el período de transición, se establece la transferencia progresiva de los recursos públicos que financian la atención de la salud de las personas desde el viejo esquema público de oferta provisto por Ministerio hacia el de demanda de servicios, por vía de los recursos consignados al Seguro Nacional de Salud para el Régimen Subsidiado.

ASEGURAMIENTO

El aseguramiento en salud se realiza a través de entidades especializadas públicas, de autogestión y privadas, con patrimonio propio y personería jurídica, llamadas Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), autorizadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales para asumir y administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud, garantizar a los beneficiarios una protección de calidad, oportuna y satisfactoria; racionalizar el costo de los servicios y la contratación de una red de Prestadoras de Servicios de Salud que responda a las demandas de la población afiliada.

El Gobierno de la República Dominicana ha creado mecanismos que facilitan la acción coordinada de las instituciones que ejecutan programas sociales, posibilitando la especialización de los recursos en la población más pobres, mejorando el impacto del gasto social y garantizando el ejercicio efectivo de la población a derechos y prerrogativas individuales y colectivas. A través del Régimen Subsidiado la población más pobre tiene acceso a los servicios de salud que son garantizados por el Estado Dominicano.

La identificación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado se hace a partir de los criterios e instrumentos socioeconómicos adoptados por el Sistema Único de Beneficiarios-SIUBEN, priorizando la población más pobre y vulnerable.

El Seguro Nacional de Salud es el asegurador público responsable de los beneficiarios del Régimen Subsidiado, así como de los que cumplen los criterios en el Régimen Contributivo-Subsidiado, de los empleados públicos y de las instituciones autónomas o descentralizadas y sus familiares, afiliados al Régimen Contributivo.

La población asalariada y empleadora, así como sus dependientes, perteneciente al Régimen Contributivo es afiliada por las Administradoras de Riesgos de Salud privadas o de autogestión, las que

además del Plan Básico de Salud, ofertan Planes Complementarios, Planes Voluntarios y Planes de Medicina Prepaga, a través de una red de prestadores públicos, privados y mixtos nacionales y extranjeros, en el caso de Medicina Prepaga.

El Seguro de Riesgos Laborales, creado en el marco de la Ley 87-01, brinda cobertura por daños ocasionados a causa de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales a la población trabajadora, a través de una Administradora de Riesgos Laborales.

El aseguramiento es regulado y fiscalizado por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales-SISALRIL.

Servicios de Salud

RECURSOS ESTRUCTURALES

De acuerdo con la información disponible de la Oficina Nacional de Estadísticas de la República Dominicana, a 2009, el subsector público de la salud cuenta con 1,363 centros de atención en salud, de los cuales 838 corresponden a clínicas urbanas, 334 a consultorios, 47 a hospitales provinciales y 96 a hospitales municipales; dispone, además, de 10,082 camas.

Con cifras de 2009, la República Dominicana cuenta con 14.4 camas hospitalarias por 10.000 habitantes.²⁷

El nuevo marco legal y sus normas complementarios, establecieron cambios en la prestación de servicios. Producto de esto surge la aprobación del Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud (SRS) en República Dominicana, según la disposición del Ministerio de Salud Pública No.24-05.

A través de los Servicios Regionales de Salud, la autoridad sanitaria nacional ordena la articulación por niveles de complejidad de atención de una red para la prestación de los servicios de salud, vinculados con la ejecución del Seguro Familiar de Salud, delimitando un ámbito territorial de actuación y una población de dependencia. A estos fines, los SRS quedaron conformados, con al menos, tres (3) niveles de atención:

- 1. Primer nivel de atención** (clínicas rurales, dispensarios y consultorios), para la atención sin internamiento, de bajo riesgo, a través del desarrollo de la estrategia de atención primaria en salud.
- 2. Segundo nivel de atención**, con estructuras de nivel especializado básico, se incluyen los hospitales generales (municipales o provinciales), diseñados para la atención en salud especializada de menor complejidad con régimen de internamiento, según el caso.

²⁷ Inventario incluye Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública, el IDSS, FFAA, y ANDECLIP con camas República Dominicana SESPAS -DIGEPI Indicadores Básicos publicación 2009

3. Tercer nivel de atención, corresponde a los Hospitales Regionales y especializados, con una amplia cartera u oferta de servicios, con régimen de internamiento para la prestación de servicios de mayor complejidad, incluye los establecimientos definidos como de referencia nacional, los centros especializados de atención y los centros diagnósticos.

Por su parte, el subsector privado de la salud cuenta con unos 7,014 establecimientos²⁸, de ahí que alrededor del 84% de la infraestructura en salud es de naturaleza privada.

En cuanto a las entidades aseguradoras en el campo de la salud, la República Dominicana cuenta con dos (2) seguros de naturaleza pública y un total de veinte y tres (23) Administradoras de Riesgos de Salud, como seguros privados, prepagas y de autogestión, que atiende una población 2.446.038 afiliados en el Régimen Contributivo y 2.014.743 en el Régimen Subsidiado a través del Seguro Nacional de Salud.

Las ARS del Régimen Contributivo cuentan con una red de Prestadoras de Servicios de Salud contratada que ronda los 2.217 establecimientos de distintos niveles de complejidad (Centro Ambulatorio de Hemodinámica y Estudios Cardiovasculares, de Rehabilitación y Fisioterapia, Centro Ambulatorio Especializado, Centro Ambulatorio Odontológico, Centro Diagnóstico de Endoscopía, Centro Diagnóstico de Imágenes, Centro Diagnóstico Especial, Centro Diagnóstico Laboratorio, Farmacias, Hemodiálisis, Hospital Altamente Especializado, Hospital Especializado, entre otros).

El Seguro Nacional de Salud, en el Régimen Subsidiado ha dispuesto una red con 1.016 Prestadoras de Primer Nivel de Atención y un total de 150 establecimientos de segundo y tercer nivel de atención del subsector público y 64 establecimientos privados de distintos niveles de complejidad (Banco de Sangre, Centro de Rehabilitación, Centro Especializado de Altos Costos, Centros Odontológicos, Centros Oftalmológicos, Clínicas Privadas, Laboratorios, entre otros)²⁹.

RECURSOS HUMANOS

Los datos disponibles a 2009 sobre los recursos humanos en salud de la República Dominicana indican que el número total de médicos insertos en el sector público de la salud, en establecimientos del Ministerio de Salud Pública a nivel nacional es de 8.1 médico por 10.000 habitantes; 2.8 enfermeras licenciadas por 10.000 habitantes; 10.7 enfermeras auxiliares por 10.000 habitantes; 1.0 bioanalistas por 10.000 habitantes y 1.9 odontólogos por 10.000 habitantes³⁰.

El 85.3% de la fuerza laboral es absorbida por el Ministerio de Salud Pública, constituyéndose en el mayor empleador del subsector público de la salud, con una mayor concentración del personal en Santo Domingo y el Distrito Nacional; le siguen el Instituto Dominicano de Seguros Sociales con un 12.3% de la fuerza laboral y el Hospital Central de las Fuerzas Armadas con 2.4% restante.

28 Morales, Luis. El Seguro Familiar de Salud en la República Dominicana, una reforma impostergable, montaje de un esquema comprador-proveedor

29 SISALRIL, esquema 0026, mayo 2011

30 República Dominicana SESPAS -DIGEPI Indicadores Básicos publicación 2009

SISTEMA DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

En la República Dominicana, el subsector público de la salud no cuenta con un sistema de resolución de conflictos. Existe la aplicación de sanciones administrativas y penalizaciones de acuerdo con lo que establece la legislación vigente, a partir de las acciones administrativas encaminadas por el Ministerio de Salud, el Ministerio Público, el Colegio Médico Dominicano y por el Instituto Nacional de Protección de los Derechos del Consumidor (Pro consumidor), donde los principales conflictos se refieren a situaciones éticas, malas prácticas o acciones que incumplen con la calidad esperada de los servicios recibidos.

La Dirección de Información y Defensa de los Afiliados, dependencia pública de orientación, información y defensa de los derechohabientes, tiene como función el promover el Sistema Dominicano de Seguridad Social e informar a los afiliados sobre sus derechos y deberes; recibir reclamaciones y quejas, así como tramitarlas y darles seguimiento hasta su resolución final. Asesorar a los afiliados en sus recursos amigables o contenciosos, por denegación de prestaciones, mediante los procedimientos y recursos establecidos por la ley 87-01 y sus normas complementarias; realizar estudios sobre la calidad y oportunidad de los servicios del Seguro Nacional de Salud (SNS) y las ARS, y difundir sus resultados, a fin de contribuir en forma objetiva a la toma de decisión del afiliado; supervisar, desde el punto de vista del usuario el funcionamiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, funge o se desempeña como árbitro conciliador cuando existen desacuerdos entre las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS), sean éstas entidades y/o profesionales de la salud y establecer, en última instancia, precios y tarifas de los servicios del plan básico de salud³¹.

Cuando el Seguro Nacional de Salud (SNS) o una Administradora de Riesgos de Salud (ARS) pública, privada o mixta, se encuentren en una situación técnica, financiera o administrativa que no garantice su adecuado funcionamiento, o incurriese en infracciones graves que pudieran lesionar los intereses de los derechohabientes y/o afectar las políticas de seguridad social y los objetivos generales del SDSS, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales podrá intervenirla y adoptar los correctivos según la gravedad del caso³².

Mercado Químico-Farmacéutico. Sistema Regulatorio³³

Desde el año 1984, la República Dominicana cuenta con un Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE), adscrito a la Presidencia de la República, que ha estado desarrollando progresivamente la sistematización de las compras y contrataciones en el área de medicamentos para la red pública de

31 Ley 87-01, Art. 176. Funciones de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

32 Ley 87-01, Art. 158. Intervención en caso de irregularidad

33 IPAC, 2010. Mesa 6. El IPAC está bajo la dirección de su comité Organizador el cual está compuesto por representantes de cada sector (Gobierno Nacional, Sociedad Civil, Empresas Privadas y Organismos Internacionales), designados por la Presidencia.

servicios de salud de atención a las personas. Este programa, en el año 2001, fue transformado en una Central de Apoyo Logístico a la provisión de los servicios públicos (PROMESE/CAL).

El país cuenta, desde el año 2005, con una Política Farmacéutica Nacional y una instancia para su implementación revestida de autoridad al más alto nivel (adscrita a la Presidencia de la República): la Comisión Presidencial de la Política Farmacéutica Nacional (COPPFAN), presidida por el Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Salud Pública (MISPAS) cuenta con una Dirección General de Drogas y Farmacias (DGDF) que es su área de responsabilidad como Autoridad Regulatoria del Sector Farmacéutico con importantes vinculaciones con el Vice Ministerio de Calidad del MISPAS.

El Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL) ha desarrollado una exitosa experiencia de adquisiciones de medicamentos esenciales y genéricos (compras y licitaciones nacionales con estándares y normativas nacionales e internacionales), dotada de participación social y gran transparencia en los procesos, así como de gran racionalidad en las definiciones de necesidades y en las requisiciones de insumos farmacológicos. No obstante, una parte importante de los proveedores públicos de servicios de salud, bajo la égida del Ministerio de Salud Pública (antigua SESPAS) continua adquiriendo medicamentos e insumos al margen de la gestión de PROMESE/CAL, por lo tanto, con procedimientos que no responden a los requerimientos del perfil epidemiológico nacional y a las necesidades de sustentabilidad de los servicios, así como a la aplicación de las normativas nacionales de compras y contrataciones públicas.

El país cuenta con un Cuadro Básico de Medicamentos (CBM) ajustado al Plan Básico de Salud (PBS) del SDSS y un Reglamento Sanitario para el Sector Farmacéutico, pero, no obstante, diversos actores vienen solicitando su revisión, para racionalizar los procesos de demanda de medicamentos, lo cual aún no se ha realizado permaneciendo en la agenda sectorial.

El Seguro Nacional de Salud (SENASA) recientemente ha instituido que solo pueden comprarse medicamentos con procedimientos de licitaciones restringidas o comparación de precios en el caso de que los requerimientos respondan a emergencias operativas y/o desastres naturales y/o contingencias no previstas, por lo que ha suscrito convenios de gestión con los proveedores de servicios adscritos al Ministerio de Salud, así como con el PROMESE/CAL, que buscan obligar a utilizar los servicios de este último para adquirir los medicamentos necesarios para la provisión de servicios de salud atención a las personas. Por estas razones, diversos actores sectoriales esperan una coherente y firme actitud del Ministerio de Salud para hacer realidad esto.

Se ha estimado que los sobrepuestos y las inobservancias de la política de Estado de promoción y uso prioritario de medicamentos esenciales para el PBS del SFS, así como de genéricos en el Cuadro Básico de Medicamentos (CBM), en las adquisiciones públicas al margen del PROMESE/CAL, determinan un encarecimiento de alrededor de un 30% de los costos de los servicios.

De igual forma, se ha estimado que la consolidación en PROMESE/CAL, o en un Sistema Nacional de Suministros para el Sector Salud, de todas las requisiciones descentralizadas de insumos farmacoló-

gicos, para establecer stocks estratégicos de medicamentos y sustentar el Plan Básico de Salud (PBS) del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), reduciría en aproximadamente un 40% los costos del PBS, lo que redundaría en una mayor y mejor sustentabilidad financiera de servicios de calidad y en una mejoría sustancial de la salud de los grupos más vulnerables a través del Régimen Subsidiado del SDSS.

Se ha establecido asimismo que la ausencia de creación, sistematización e instrumentación de la red pública de servicios de salud de atención a las personas (Servicio Nacional de Salud y Servicios Regionales de Salud) dificulta en forma importante la gestión de medicamentos en los centros de salud públicos de niveles primario y especializado. En este sentido, además, se observa que en los Convenios de Gestión asumidos por el Ministerio de Salud y los proveedores regionalizados de servicios de salud de atención a las personas del mismo ministerio (futuros SNS y SRS), en la transición del proceso de Separación de Funciones de Rectoría y Provisión en el Sistema Nacional de Salud, no figura acuerdo alguno para desarrollar un sistema de gestión de medicamentos en la red pública de servicios que contribuya a sus adquisiciones racionales, a la transparencia de las compras y licitaciones y a los comportamientos éticos en dichos procesos.

REGULACIÓN DE LA TECNOLOGÍA MÉDICA

Mediante Resolución Administrativa del Ministerio de Salud Pública No.003395, d/f febrero 15 de 2001 se estableció que todos los concursos para suministro de equipos a hospitales y demás centros de salud deben ser realizados por la Comisión de Aprovisionamiento y Contratación de Bienes y Servicios del Ministerio.

También se estableció que el Viceministro Técnico será responsable de las funciones de regulación de la infraestructura física, insumos y tecnología; e) El Viceministro de Atención a las Personas será la responsable de las funciones: Evaluación de la Tecnología Médica (Resolución Administrativa sin número del Ministerio de Salud Pública, d/f agosto 13 de 2004, Artículo I, literal b).

Se regula que lo adquirido sea consistente con las descripciones de equipamiento contenido en la Disposición Administrativa No.00024 d/f octubre 5 de 2007, emitida por el Ministerio de Salud Pública referente al Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud, en su sección 7.2.3. y según las descripciones de provisión de servicios definidos en el Tema 6 de la misma. Las descripciones de requerimientos de equipamiento que se encuentran en los diferentes reglamentos y normas para la habilitación, según el tipo de centro o nivel de complejidad (Decreto No.1138-03, d/f diciembre 23 de 2003, Decreto No.251-06, d/f junio 19 de 2006 que modifica los Artículos 1, 4, 41 y 42 del Decreto No.350-04 d/f abril 20 de 2004, que aprobó el Reglamento para la Habilitación y Funcionamiento de los Laboratorios Clínicos y de Salud Pública y sus normas).

De igual modo, mediante Decreto No.434-07, d/f agosto 17 de 2007, se estableció el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas. En el Capítulo XV sobre la innovación Tecnológica, Art.63, indica que para la introducción de nuevas tecnologías, la Dirección del Centro Especializado de Atención de Salud (CEAS) deberá contar con la aprobación de

la dirección de la Red, sobre la base de que: a) Haya demostrado su seguridad; b) No afecte la calidad, en consonancia con las prioridades de inversión de la Red de Servicio; c) No produzca riesgos adicionales a la salud individual y colectiva o al medio; d) Sea de reconocida eficacia, basada en la evidencia científica; e) Cuento con el respaldo técnico local, tanto en equipos como en recursos humanos; f) Demuestre su costo/beneficio; g) Esté acorde con el nivel de complejidad del centro; h) Exista suficiente demanda de la población por su espacio de influencia; i) No duplique oferta en su red de servicios; j) Sea sostenible en términos financieros y k) Haya sido aprobada por la entidad oficial correspondiente.

La selección, contratación, adquisición, pago por mantenimiento, de proveedores a nivel nacional, es responsabilidad de la Dirección de Compras y Contrataciones del Ministerio, a nivel de cada región, provincias y municipios, el respectivo Servicio Regional de Salud, Direcciones Provinciales de Salud o Prestadoras de Servicios de Salud, previa aprobación del anterior. Esta se refiere al marco legal expuesto en este documento, así como al estudio de la productividad de cada centro, según las memorias institucionales, para verificar las necesidades.

La Dirección de Compras y Contrataciones es la encargada de verificar, según su disponibilidad presupuestaria, que los centros de atención posean el equipamiento material y humano acorde a las descripciones de las normativas legales antes expuestas, y de manera que su adquisición sea consistente con la ley de Compras del Estado. La selección de los proveedores será según su importancia y alcance, para el nivel nacional, es esta Dirección de Compras y Contrataciones quien elige, de acuerdo a dicha ley de Compras, pero según el marco de descentralización institucional.

Este marco regulatorio ofrece como ventaja una mayor calidad en la adquisición de equipos e insumos necesarios en los centros, pues ellos mismos pueden abogar según sus requerimientos reales. Como fortaleza permanece el seguimiento y la capacidad de análisis de las adquisiciones por parte de la Dirección de Compras y Contrataciones del Ministerio, y su capacidad adquisitiva, superior a la que puede desarrollar una unidad menor.

Sin embargo, es posible observar discontinuidad en el seguimiento de las normas, por ignorancia en algunos centros, desinterés local en el mantenimiento de la red, poca cultura de responsabilidad por una historia de centralización, y falta de una política de protección de bienes estatales, entre otros. Situaciones que van superándose en la medida que todos los actores han venido asumiendo con la responsabilidad esperada el marco legal y regulatorio que le aplica.

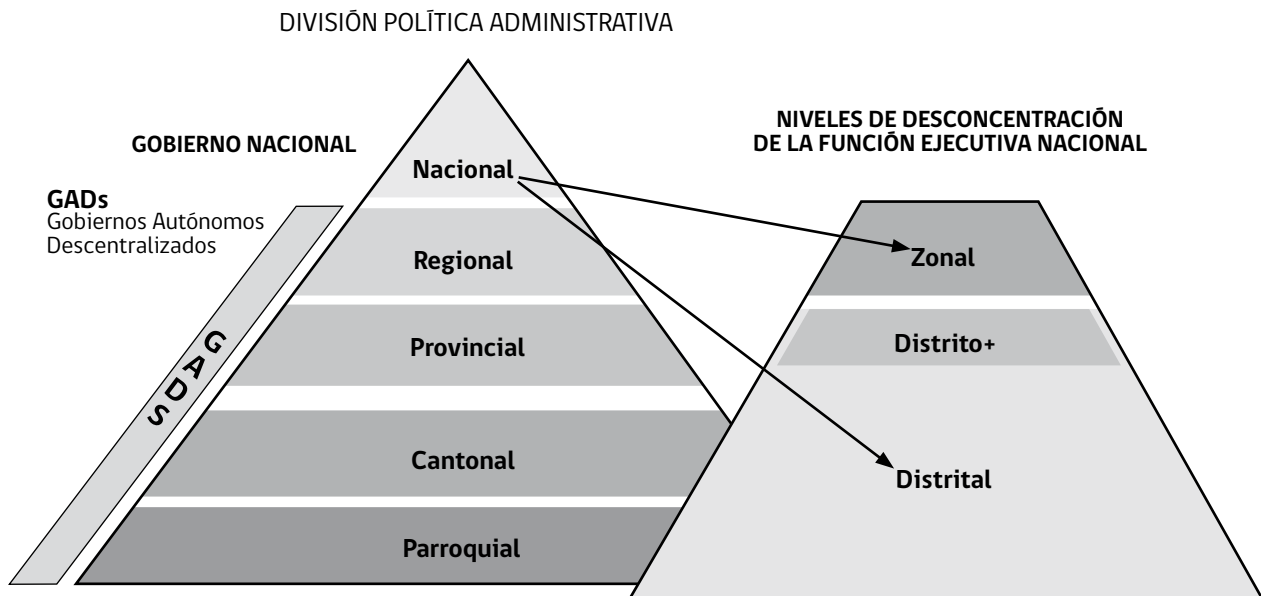


3. SÍNTESIS DEL SISTEMA DE SALUD DE ECUADOR

El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de forma descentralizada³⁴.

Según el censo de población y vivienda del año 2010, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) la población ecuatoriana era de 14.306.876 habitantes, distribuidos en un área geográfica de 272.045 km². Su organización política administrativa actualmente comprende 3 niveles de gobiernos autónomos descentralizados: los gobiernos parroquiales rurales, los gobiernos municipales y los gobiernos provinciales.

Nueva Estructura Territorial



34 Constitución de la República del Ecuador. Art. 1. 2008.

La distribución por edad es de 0-14 años el 30.1%; 15 a 64 años el 63.5% y 65 años y más 6.4%. La tasa de crecimiento anual de 1.4%, la tasa de natalidad de 19.9 nacimientos por 1.000 habitantes, la tasa de mortalidad infantil total de 19.6 muertes por 1.000 nacimientos, expectativa de vida al nacer de la población total de 73.7 años (72,7 para hombres y 78,8 para mujeres) y la tasa de fertilidad 2,4 infantes nacidos por mujer.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA

La rectoría del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Autoridad Sanitaria Nacional (Ministerio de Salud Pública del Ecuador), a quien corresponde formular la Política Nacional de Salud, normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

El Sistema de salud del Ecuador es un sistema mixto, compuesto por los sectores públicos y privados.

El subsector público comprende:

- Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS/Seguro Social Campesino - SSC).
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) dependiente del Ministerio de Defensa Nacional.
- Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) dependiente del Ministerio del Interior.
- Además, se integran otros Ministerios de Estado, que realizan actividades de protección en salud.

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN AFILIADA Y CUBIERTA CON SEGURIDAD SOCIAL								
Abril de 2010								
	Cotizantes	Jubilados Retirados	Montepío	Total	Porcentaje	Familiares o Dependientes	Total	Porcentaje
IESS*	1.826.911	187.911	90.060	2.104.882	84,25%	545.685	2.650.567	65,67%
SSC	227.694	34.729		262.423	10,50%	689.723	952.146	23,59%
ISSFA	37.719	25.379	11.576	74.674	2,99%	148.384	223.058	5,53%
ISSPOL	39.286	10.450	6.616	56.352	2,26%	154.179	210.531	5,22%
TOTAL	2.131.610	258.469	108.252	2.498.331	100,00%	1.537.971	4.036.302	100,00%

* IESS Población a diciembre 2009 - Fuente: Registros Institucionales. Elaboración MCDS.

El subsector privado de salud está integrado tanto por entidades con fines de lucro (empresas de medicina prepagada, proveedores de seguros privados, consultorios, dispensarios, clínicas, hospitales) así como por organizaciones sin fines de lucro tales como ONG's, organizaciones de la sociedad civil u organizaciones sociales.

Las entidades con fines de lucro, establecimientos hospitalarios de distinta complejidad, consultorios y servicios auxiliares de diagnóstico, brindan atención a los usuarios contra pago al punto de servicio, asimismo existen entidades de medicina prepagada y seguros privados de salud que brindan servicios de atención y diagnóstico para población con capacidad de pago.

Las entidades privadas, aquellas debidamente certificadas por parte de las entidades del IESS inter-vienen también como prestadores para los afiliados del Sistema de Seguridad Social bajo la modalidad de contratos por prestación de servicios.

Las organizaciones sin fines de lucro participan como actores importantes del Sistema Nacional de Salud y cuentan con infraestructura propia y muchas mantienen contratos-convenios de prestación de servicios con el Ministerio de Salud Pública.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PAÍS (2010)

	Total País	Total Subsector Público	Total Subsector Privado
Total de Establecimientos	4.107	3.372	735
Establecimientos con Internación	735	193	542
Hospital Básico	99	96	1
Hospital General	83	63	20
Hospital Especializado Agudo	12	11	1
Hospital Especializado Crónico	18	16	2
Hospital de Especialidades	11	5	6
Clínicas	512	0	512
Establecimientos sin Internación	3.372	3.779	193
Centros de Salud	201	192	9
Subcentros de Salud	1.307	1.307	0
Puestos de Salud	458	458	0
Dispensarios Médicos	1.255	1.123	132
Otros	151	99	52

ROL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

El Ministerio de Salud Pública (MSP) actúa como Autoridad Sanitaria Nacional, con capacidad de dictar normas y ejercer rectoría y control sobre el sistema. También el MSP es el principal prestador de servicios de salud en el país, tanto para servicios de salud colectiva como individual. Adscrito al MSP se encuentra el Instituto Nacional de Higiene (INH) con responsabilidad en laboratorio de referencia, control y vigilancia sanitaria, próximamente complementará sus actividades con responsabilidad en el área de investigación.

El MSP maneja en este momento el mayor número de establecimientos de salud públicos en el primer nivel, 1957 unidades que representan el 59%, le sigue el IESS - Seguro Social Campesino (SSC) que tiene alrededor del 30% de unidades de primer nivel³⁵.

El MSP también tiene la mayor cantidad de unidades de II y III nivel, teniendo la mayor participación porcentual de los servicios de salud en el país.

Por parte del MSP el incremento del número de establecimientos de salud es relevante en los últimos años, la tasa de crecimiento ha revertido la tendencia registrada durante los últimos 15 años, lo que evidenciaba una retirada del rol del Estado en el ámbito de la salud en el país.

35 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Sistema Común de Información. Datos Básicos 2010.

Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

Tras la adopción de la política de gratuidad en el año 2001, se crea la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud (SEPSS), transformando el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). En este marco se contratan 4.582 profesionales de salud que integran los Equipos Básicos de Salud (EBAS), herramienta estratégica del modelo, incrementando la oferta de servicios, especialmente en actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, estrategias que aún falta por profundizar.

El MAIS -FCI tanto en su organización como implementación responde a las nuevas demandas y necesidades de salud del país, que devienen de los cambios en el perfil epidemiológico, demográfico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud, la articulación de redes y micro redes (institucionales y sociales) territoriales, el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primero y segundo nivel de atención.

COBERTURA ENTRE SUBSISTEMAS

El sistema de salud ecuatoriano es un sistema mixto, segmentado y fragmentado, que todavía registra gastos privados elevados (gastos de bolsillo), los mismos que muestran un comportamiento regresivo, siendo mayores en la población de menores recursos.

El MSP, que en teoría ofrece cobertura a toda la población ecuatoriana, es en realidad el principal proveedor de servicios de salud, tanto preventivo como curativos, sin excluir la frecuencia o en los casos en los cuales la distribución geográfica no responde de manera oportuna a la demanda. De manera general, el MSP atiende a los sectores pobres y de medianos ingresos, mientras que la población de mayores ingresos se atiende en el sector privado

POBLACIÓN CUBIERTA CON SEGURO DE SALUD									
IESS		SSC		ISSFA		ISSPOL		S. Privados y Prepagos	
2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010
1.672.633	2.499.680	874.406	917.417	202.761	223.058	177.416	251.322	531.000	1.170.000
12,7%	17,6%	6,63%	6,5%	1,54%	1,6%	1,35%	1,8%	4,03%	8,2%

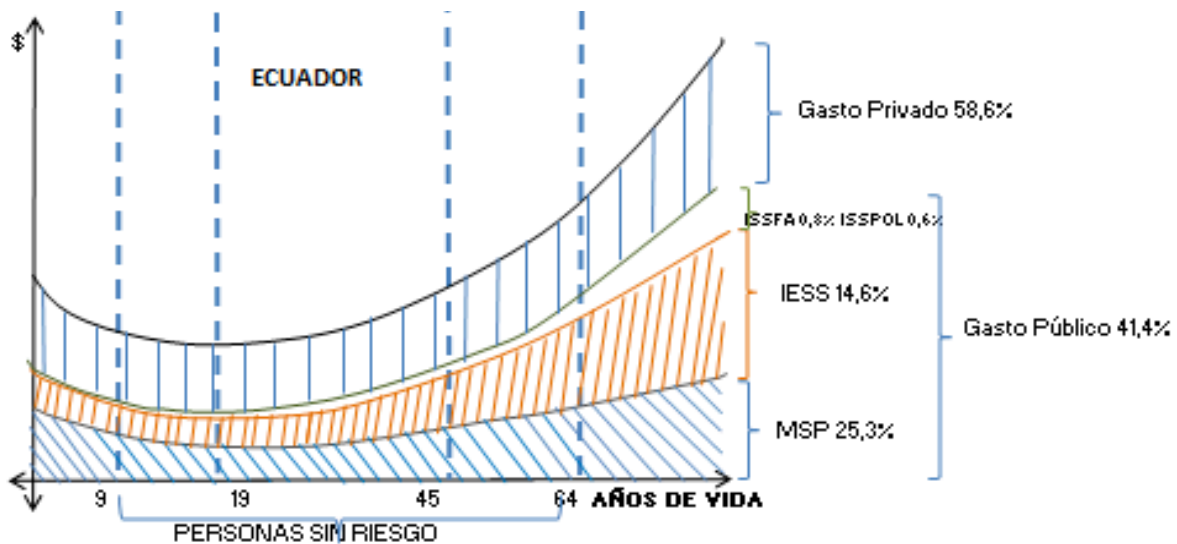
		Población	%
Con cobertura específica	2005	3.086.516	24,40%
	2010	4.242.477	29,9%
Población abierta (MSP)	2005	10,099.761	75,60%
	2010	9.962.423	70,1%

Fuentes MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL, INEC, MCDS, 2010

El Seguro Social Campesino (SSC), afilia a los trabajadores del área rural, la cobertura que se otorga es de carácter familiar. En el caso del ISSFA e ISSPOL, el régimen de afiliación también es familiar (ejército y policía respectivamente), sin embargo los beneficios son distintos para dependientes y se puede exigir copagos diferenciados en función de las prestaciones y del grado de dependencia con el afiliado (hijos /padres del afiliado).

El IESS para el año 2010, pasó de un sistema de afiliación personal, es decir con cobertura exclusiva del afiliado, a un sistema opcional de cobertura de los dependientes, limitado a cónyuge e hijos menores de 18 años, ampliando su cobertura hacia casi un 28% de la población ecuatoriana, esperándose un total de casi 4 millones de afiliados. Este notable incremento del 5% en el período 2005 - 2010, ha sido posible gracias a la rigurosa política de aseguramiento de los trabajadores, así como al cambio de régimen de afiliación, que pasó de ser personal a abrirse a la afiliación de los dependientes del afiliado principal³⁶. Cabe mencionar que el perfil de riesgo de los grupos de afiliados al Sistema de Seguridad Social (IESS, ISSFA, ISSPOL), es bajo, ya que es una población caracterizada por empleo formal, ingresos estables y en su mayoría conformada por grupos etarios con perfil epidemiológico de menor riesgo.

RIESGOS Y COSTOS DE SERVICIOS DE SALUD POR CICLO DE VIDA



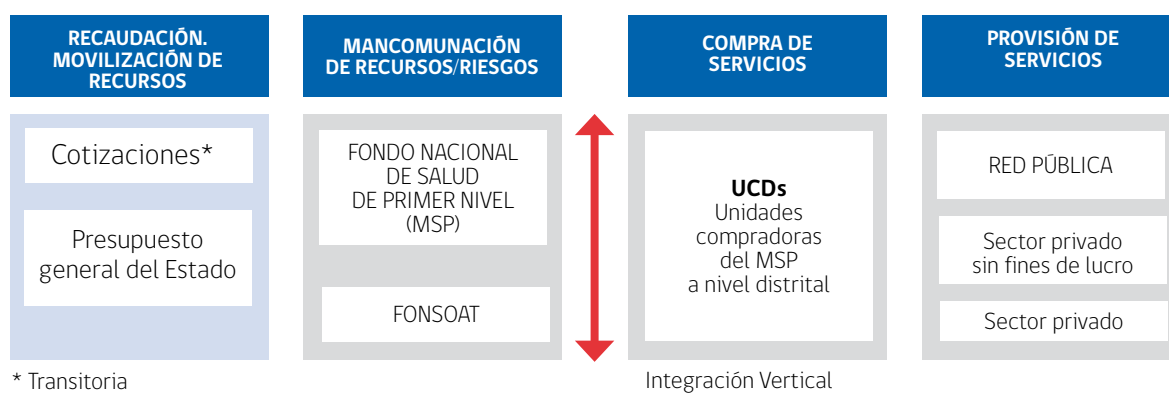
Elaboración: MSP 2010 (datos 2009) en base a Suarez R. (2009); Suarez R. y Pescetto, C. (2002)

MODELO DE FINANCIAMIENTO EN SALUD

La tarea fundamental de la Autoridad Sanitaria Nacional consiste en garantizar a los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago, una protección social en materia de salud que conduzca a la reducción de la desigualdad en el acceso a servicios eficaces y de calidad.

Sabiendo que la Red Pública Integral de Salud (RPIS) es un mandato constitucional³⁷, la estrategia de su construcción en modalidades, permite aprovechar las ventajas competitivas de cada subsistema y un fortalecimiento institucional por fases. No obstante, los instrumentos, herramientas y acciones que se desarrollan para la propuesta de la integración funcional constituyen asimismo, condiciones de partida para la unificación del sistema en el primer nivel, salvo el cruce de cuentas relacionado al intercambio de servicios.

Por lo tanto, se requiere de la homologación de los procedimientos en cuanto a historias clínicas entre instituciones, así como definir y manejar las condiciones jurídicas, tecnológicas y económicas para que sea realidad. Ámbitos, en los cuales el país está trabajando.



Bajo este contexto, actualmente se cuenta con un “Tarifario del Sistema Nacional de Salud” consensuado por las instituciones públicas y privadas y a mediano plazo se dispondrá de un Registro de Información Nacional de Salud, centrado en el paciente, accesible, seguro y efectivo, el mismo que posibilitará la integración de los servicios.

Desde el año 2008, con la implementación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), se garantiza la universalidad de la cobertura a las víctimas de accidentes de tránsito hasta el máximo de la cobertura, tanto en los servicios de salud públicos como privados. Las aseguradoras del ramo SOAT se hacen responsable de las indemnizaciones y amparo a las víctimas de accidentes de tránsito ocurridos de los vehículos con póliza y el FONSAT, aseguradora pública, ampara a las víctimas de accidentes de tránsito de vehículos fantasmas o sin seguro. El FONSAT está conformado por un Directorio integrado por delegados de: Ministerio de Transporte y Obras Públicas, Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Unidad Técnica de Seguros de la Presidencia de la República. Otros actores ministeriales públicos son considerados también como parte del sistema, tales como: Ministerio de Educación, Inclusión Económica y Social, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, pues participan en el campo de la salud.

36 Reforma a la Ley de Seguridad Social. Noviembre 2010.

37 Constitución de la República del Ecuador 2008. Art. 360.

MODELO DE FINANCIAMIENTO

El financiamiento de las entidades públicas del gobierno (MSP; MIES, ME; gobiernos locales) proviene de fuentes fiscales, en el caso de las entidades públicas del Sistema Nacional de Seguridad Social, la financiación está realizada a través de cotizaciones pagadas por los empleadores y trabajadores. Mientras que los seguros privados y otros esquemas de prepago, sólo son accesibles a los estratos de altos ingresos.

Los hogares de ingresos bajos también participan al financiamiento del sector privado en salud a través de pagos directos al punto de servicio, cuando sus demandas no han sido satisfechas por el sector público.

La distribución de cobertura se desglosa de la siguiente forma:

DISTRIBUCIÓN DE COBERTURA ENTRE LOS SUBSISTEMAS

SUBSISTEMA	DERECHOHABIENTES
MSP	14.204.900
IESS	2.650.567
SSC	952.146
ISSFA	223.058
ISSPOL	210.531
SEGURO PRIVADO	1.170.000

Fuente: MCDS

LA INVERSIÓN EN SALUD

PRESUPUESTO INICIAL DE LOS SUBSISTEMAS PÚBLICOS Y GASTO PÚBLICO EN RELACIÓN AL PIB*

Año	Presupuesto Inicial MSP (Millones USD)	Percápita MSP	Presupuesto Inicial IESS (Millones USD)	Percápita IESS	Presupuesto inicial ISSFA (Millones USD)	Percápita ISSFA	Presupuesto inicial ISSPOL (Millones USD)	Percápita ISSPOL	Presupuesto total Sistema Público (SP)	Población en Millones	Gasto Salud Percápita SP	PIB	Total SP como % PIB
2008	879	64	469		28		15		1.392	13,81	101	54.686	2,55
2009	943	67	889		29		16		1.878	14,01	134	51.386	3,65
2010	1244	88	1.284,5	357	40	179	37,9	180	2.606	14,05	186	56.964	4,52
2011 ¹	1414	100	1.629	313	40	179	37,9	180	3.121	14,40	217	62.265	5,00

Nota 1: MSP presupuesto provisional XI/10, IESS estimado (26,8% prom crecimiento 2004-2008), ISSFA & ISSPOL presupuesto 2010

Población INEC

PIB BCE

Fuente: Ministerio Coordinados de Desarrollo Social (MCDS) * Datos por validar

Las fuentes de financiamiento del Sistema Nacional de Salud se identifican como se muestra en la siguiente tabla:

FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO	SECTOR EXTERNO
Impuestos generales	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Primas a algún tipo de seguro privado ▸ Cotizaciones a los seguros sociales ▸ Copago por servicios asegurados ▸ Pago directos por servicios prestados ▸ Pagos complementarios (medicamentos insumos) ▸ Primas al seguro de accidentes de tránsito 	Recursos de cooperación
Impuestos específicos		

MODELOS DE PAGO Y OTRAS PROPUESTAS INNOVADORAS PARA EL MSP

Partiendo de un modelo en el cual no había ninguna separación entre las funciones de compra de servicios y la referente a prestaciones, dos iniciativas lograron romper este esquema, introduciendo elementos de subsidio a la demanda, complementando las prácticas habituales de financiación de la oferta. Estas dos iniciativas son: la implementación de la Ley de Maternidad Gratuita y el desarrollo del Tarifario en el marco de la construcción de la red pública y complementaria.

El tarifario facilita el pago por prestaciones o por paquetes como ha sido el caso en el marco de los convenios con las clínicas privadas para asegurar el acceso a cirugías para pacientes de los quintiles más pobres.

El Tarifario del Sistema Nacional de Salud, que fue desarrollado por la Autoridad Sanitaria Nacional tomando como base el tarifario para el SOAT, lideró un proceso participativo de construcción con los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud, y constituye la normativa que ampara a todas las unidades prestadoras de servicios del Sistema Nacional de Salud Red Pública Integral y Red Complementaria (entidades con y sin fines de lucro), debidamente licenciadas/calificadas para formar parte de la red de prestadores, en los diferentes niveles de atención y complejidad.

Por lo tanto, se constituye en el instrumento de aplicación obligatoria para efectuar las compensaciones económicas derivadas de la prestación de servicios de salud que brinden las instituciones públicas entre sí y entre éstas y las privadas, con el fin de contribuir al acceso universal al sistema.

Regulación del Sistema de Salud

CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS SERVICIOS: CONTROL DE LOS ESTABLECIMIENTOS PRESTADORES

Según la organización del Sistema Nacional de Salud actual, le corresponde al Ministerio de Salud Pública ejercer la función de Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), por lo tanto el MSP ha definido su rol y visión institucional³⁸.

En el caso de las unidades prestadoras de servicios, tanto de la red pública como de la red privada, se aplica un sistema de licenciamiento de complementario que verifica tanto la infraestructura, equipamiento, procesos y calificaciones del personal médico.

En el año 2010 se licenciaron tan sólo el 10,1% de las unidades de primer nivel, el 7% de hospitales básicos y ninguno de los hospitales generales. En cuanto a licencia condicionada el 51,9% de los centros, sub-centros y puestos de salud, el 68% de los hospitales básicos y el 13,6% de los hospitales generales la tienen. El 38%, 25% y 86,4% de las unidades de primer nivel, hospitales básicos y generales respectivamente no tienen licencia de funcionamiento.

El proceso de reingeniería institucional que está en proceso en el MSP, busca fortalecer la actuación sobre temas claves para el sector, generando normativas, procedimientos, estándares y criterios de verificación difundidos a escala nacional. En este sentido, la nueva estructura orgánica del MSP planteó la creación de tres entidades especializadas:

- Coordinador general de desarrollo estratégico en salud.
- Subsecretaría de gobernanza de la salud.
- Agencia de control para los establecimientos de salud.

El Rol de la Autoridad Sanitaria Nacional

Aunque en los aspectos de regulación en cuanto a atención, vigilancia o medicamentos, el MSP ha sido activo, existen ámbitos desatendidos como por ejemplo los temas de regulación del sector privado sobre todo en materia de recursos humanos. De manera general, el liderazgo de la ASN es débil en hacer cumplir las normas, aspecto en el cual se debería poner mucho más énfasis.

La satisfacción de los usuarios externos, se evalúa periódicamente para lo cual se utiliza un indicador que mide las intervenciones de los servicios sanitarios, en lo que respecta a información sobre la calidad percibida en la atención recibida de los servicios de salud; percepción sobre los atributos de calidad de esa atención y los factores determinantes de satisfacción o insatisfacción, para abordarlos a través de procesos de mejora continua. Se están evaluando entre otras dimensiones: satisfacción en cuanto a accesibilidad, tiempo de espera, trato, respecto a la cultura, efectividad de la atención.

38 Ministerio de Salud Pública. ROL del MSP.

Durante los años 2008 y 2009 la Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública, responsable de la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en el Ecuador y que forma parte del subproceso de epidemiología, realizó reuniones nacionales, participó en las reuniones organizadas por OPS a nivel subregional, cuyo objetivo fue socializar y difundir aspectos del RSI 2005, revisar y actualizar las funciones de los Centros Nacionales de Enlace. Se cumplió con la evaluación de las capacidades básicas para la vigilancia y respuesta, a fin de identificar las necesidades para la planificación y mantener las capacidades básicas.

La Subsecretaría de Vigilancia de la Salud Pública del MSP ha definido su misión de la siguiente manera: analizar, vigilar y velar por la situación de salud pública de la población, mediante el diseño de políticas, regulaciones, planes y proyectos en los ámbitos de vigilancia epidemiológica, vigilancia y control sanitario y por estrategias de salud colectiva.

La mencionada Subsecretaría está compuesta por: (i) la Dirección de Vigilancia Epidemiológica, cuyo rol es determinar, predecir y proyectar el comportamiento de las enfermedades y su relación con los factores de riesgo generando información oportuna y de calidad para determinar estrategias de control y sustentar las decisiones estratégicas del sector, (ii) la Dirección de Control Sanitario, responsable de vigilar y controlar la calidad, la seguridad, eficacia, inocuidad en los productos de consumo humano y terapéuticos, así como las condiciones higiénicas sanitarias de otros procesos o establecimientos en el ámbito de su competencia.

RED DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

La Red de Laboratorios para la vigilancia de Salud Pública, está constituida por el Instituto Nacional de Higiene "Leopoldo Izquieta Pérez" (INH), establecido en la ciudad de Guayaquil y es de referencia nacional. En esta estructura, el laboratorio también está presente en 21 provincias para la vigilancia en salud que son de menor complejidad que los zonales de Quito y Cuenca. La mencionada red tiene a su vez laboratorios externos de control que son de referencia: Bogotá, EEUU (CDC de Atlanta), Instituto de salud Pública de Chile, Brasil.

CONTROL DE PRODUCTOS DE IMPORTACIÓN

A pesar que la Ley Orgánica de Salud y demás instrumentos jurídicos de menor jerarquía determinan el control por parte de la Autoridad Sanitaria, a partir del año 2005 sobre la base de la Reforma a la Ley Orgánica de Aduanas, el control lo hace directamente el Servicio Nacional Aduanero del Ecuador.

Se han realizado reuniones interinstitucionales de trabajo con los epidemiólogos responsables de puertos marítimos de las provincias de Esmeraldas, Manabí, Guayas y El Oro, elaborando así el plan de acción para el período estipulado por el RSI. El responsable del puerto cumple con las acciones de vigilancia mediante el sistema de información del SIVE ALERTA, la notificación obligatoria de eventos contemplados en el RSI.

La vigilancia sanitaria de establecimientos sujetos a control sanitario y productos de uso y consumo humano, es competencia que atañe a la Dirección de Control y Mejoramiento en Vigilancia sanitaria, tiene como fundamento legal la Constitución de la República, Decisiones de la Comunidad Andina de Naciones, Ley Orgánica de Salud y sus reglamentos, Plan nacional del Buen Vivir y demás normativas vinculantes.

Los análisis de control de calidad e inocuidad con fines de registros sanitario y control pos-registro se realizan en los laboratorios del Instituto Nacional de Higiene (INH), para el caso de alimentos de consumo humano, la ley prevé la participación de laboratorios privados acreditados por el Organismos de Acreditación Ecuatoriana (OAE).

RECURSOS HUMANOS

La cantidad y calidad de oferta de la fuerza de trabajo aún no es suficiente para atender las necesidades del sistema de salud del país. El número de profesionales se ha incrementado entre los años 2000 y 2009, podríamos justificar este aumento por las políticas en el sector salud implementadas por el gobierno.

La distribución geográfica, así como la concentración de profesionales de la salud, es bastante desigual en las diversas zonas del país.

En la actualidad existe un anteproyecto de Carrera Sanitaria que se está trabajando conjuntamente con CONASA y la OPS del Ecuador para ser remitido a la Asamblea Nacional para su aprobación.

La participación del MSP en la regulación de la formación del talento humano en salud es escasa o casi nula: son las Universidades y Escuelas Politécnicas quienes forman el recursos humano para salud. Además, no existe una definición de un criterio técnico para la formación de profesionales de salud en el país. Actualmente, se está trabajando en instrumentos de certificación y recertificación del talento humano del MSP.

INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE SALUD

En cumplimiento de este mandato la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su reglamento de aplicación, privilegian en las disposiciones referentes a adquisición de medicamentos en el sector público la compra a aquellos producidos a nivel nacional. Por otro lado, existen iniciativas trabajadas conjuntamente con el Ministerio Coordinador de la Producción y el Ministerio de Industrias, mediante las cuales se ha logrado desarrollar un proyecto de fortalecimiento de la producción nacional, para el cumplimiento de las normas de Buenas Prácticas de Manufactura bajo el Informe 32º de la Organización Mundial de la Salud que ha sido adoptado por el país.

En el Ecuador, como parte de la OMC, se aplica las disposiciones del ADPIC, que ampara la protección de patentes a este tipo de productos con las restricciones que la exclusividad otorga en cuanto al precio. Por otro lado, cabe señalar que el país no ha firmado hasta el momento tratados de libre comercio.

En relación a la provisión pública, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su reglamento, establecen procesos de subasta inversa, que se ha constituido en una estrategia válida para disminuir significativamente los costos, pues se basa en adjudicar al menor precio en base a un referencial.

Por otro lado, desde hace aproximadamente 40 años, en el Ecuador existe la regulación oficial del precio de todo medicamento que se comercializa en el país, los que están exentos de impuestos en caso de importación y venta al público.

Desde hace 30 años se cuenta con un Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos que se elabora sobre la base del perfil epidemiológico del país, que es de observancia obligatoria para la provisión de medicamentos en las instituciones de la red pública. Cabe señalar que a partir de 2008, las políticas del actual Gobierno ampliaron la dotación de medicamentos gratuitos en las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública.

Otro de los elementos críticos determinantes para el acceso a medicamentos es su precio. En el Ecuador existe un mecanismo de regulación oficial que determina la obligatoriedad de que todos los medicamentos deban contar con un precio oficialmente fijado. El procedimiento ha sido cuestionado por la industria farmacéutica nacional, insistiendo en que sea reformado, proceso en el cual el Ministerio de Salud Pública ha participado activamente en la defensa de los intereses de la población toda vez que los medicamentos se constituyen en elementos esenciales para el ejercicio del derecho a la salud, en cumplimiento de lo dispuesto por mandato Constitucional.

En cuanto a los medicamentos de alto costo, está garantizado el derecho al acceso gratuito en la Constitución de la República, en la práctica aún persisten limitaciones, al momento se dotan permanentemente de estos medicamentos a los pacientes con hemofilia, fibrosis quística y otros contemplados en el plan de protección social del gobierno.

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

El sistema público no ha desarrollado herramientas para la resolución de conflictos. En caso de presentarse los mismos, estos se resuelven vía sanciones penales o administrativas, ya sea por medio de ministerio público, defensoría del pueblo o colegios de profesionales o instancias en el MSP como servicios de salud sobre todo de tipo administrativo. Los principales conflictos se refieren a la calidad de los servicios recibidos y casos de mala práctica médica.



5. SÍNTESIS DEL SISTEMA DE SALUD DE PARAGUAY

La República del Paraguay, con 406.752 km² de superficie y una población de 6.340.639 habitantes, ubicada geográficamente en el centro de Sudamérica es gobernada por medio del sistema constitucional, democrático y representativo y con división en tres poderes, el Poder Ejecutivo electo cada 5 años, el Poder Legislativo de dos cámaras, la Cámara Senadores de 45 miembros y la Cámara de Diputados de 80 miembros, ambos electos cada 5 años y el Poder Judicial con nueve Ministros de la Corte electos por la Cámara de Senadores y el Poder Ejecutivo con 5 años de mandato.

La división política del territorio, incluye 17 Departamentos y la Capital de la República. Cada Departamento cuenta con un Gobernador Departamental y una Junta Departamental. Los Municipios, que gobiernan las ciudades son 238 y sus autoridades comprenden un Intendente y la Junta Municipal, electos cada 5 años.

La población está distribuida en un 58,1% como urbana y 41,9% como rural con una distribución por sexo ligeramente superior para las mujeres con un 50,4 % del total, siendo el 23% menor de 10 años, el 34% menor de 15 años y el 5% mayor de 65 años. La Población Económicamente Activa alcanza a 3.163.241 personas, equivalentes al 50,4 % de la Población total y el Desempleo abierto es del 6,4 % del PEA.

El Producto Interno Bruto del País equivale a US\$ 14.970.378.699, el Producto Interno Bruto Per Cápita es de US\$ 2.350. La producción es fundamentalmente agroganadera de exportación. El Salario Mínimo vigente al mes de Julio del año 2.011 es de Gs. 1.658.232 (US\$ 414).

La Tasa Anual de Crecimiento Anual de la población es de 2,1 %, la Tasa Bruta de Natalidad en el año es de 26,94 por mil habitantes. La Tasa Global de Fecundidad 3,48 hijos por mujer, la Esperanza de Vida al Nacer es de 72,92 años. La Tasa de Mortalidad Infantil Registrada fue de 17,8 por mil Nacidos Vivos para el año 2.005 y la estimada de 33,8 por mil Nacidos Vivos y la Tasa de Mortalidad Materna Registrada fue de 128,5 por 100.000 Nacidos Vivos.

El Gasto en Salud Per Cápita es de US\$ 200 y corresponde al 8,5% del Producto Interno Bruto.

Estructura y Servicios

El Sistema Nacional de Salud está regulado por la Ley 1.032/96 que coordina una red de servicios que incluye los servicios Públicos, Privados y Mixto.

Los servicios del Ministerio de Salud Pública se financian con fondos del Estado y son gratuitos y de acceso universal, comprenden 11 Hospitales Generales, 61 Hospitales de Segundo Nivel, 886 Ambulatorios, constituyendo los dos últimos el primer nivel de complejidad.

El Estado asimismo ofrece servicios financiados con impuestos por medio de algunas Municipalidades, el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas para los uniformados y sus familias y el Servicios de Sanidad Policial para los Policías y sus familias.

La red Mixta, está constituida por el servicio del Instituto de Previsión Social (IPS), financiado con el aporte obrero-patronal del 23% del salario de los empleados del País que se destina a Jubilaciones (14 % de los salarios), atención de enfermedades (9 % de los salarios) y gastos administrativos (3 % de los salarios).

Los servicios privados son financiados por los usuarios y comprende Hospitales, Sanatorios y Clínicas o Consultorios y un sistema de 64 Aseguradoras Privadas de Salud.

En general se calcula que el 70% de la población utiliza los servicios del Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Salud Pública es el ente Rector y el mayor proveedor de servicios de salud. Asimismo desarrolla el Programa Ampliado de Inmunizaciones con un plan de vacunaciones que comprende protección contra 8 enfermedades, el Programa de Sangre, el Programa Nacional de Sida, el control de medicamentos y el Programa de provisión de agua potable y pequeñas poblaciones, entre otros.

Sistema en Cifras

El sector salud del Paraguay cuenta con 23 hospitales generales, 101 hospitales de segundo nivel, 971 centros de atención ambulatoria. En el País están registrados 9.070 médicos, 4.700 odontólogos, 28.895 enfermeras de nivel licenciatura, técnicos y auxiliares. La Tasa de médicos es de 1,5 por mil habitantes.

SERVICIOS HOSPITALARIOS AL AÑO 2011

	HOSPITAL GENERAL	HOSPITALES DE 2º NIVEL	AMBULATORIOS	CAMAS DE INTERNACIÓN
M.S.P	11	61	886	4.656
I.P.S.	1	10	71	1.500
MILITAR	1	sd	sd	214
POLICIAL	1	sd	sd	74
UNIVERSIDAD	1	0	0	474
PRIVADOS**	8	30	*14	*1.413
	23	101	971	8.331

* Datos parciales.

** Registrados en la Superintendencia de salud

Fuentes: MSP. Dirección General de Desarrollo de Redes y Servicios.

IPS: Servicio de Estadísticas. Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos. Superintendencia de Salud.

La población asegurada alcanza aproximadamente 1.650.000 personas equivalente al 26 % de la población (1.000.000 para el IPS y 500.000 para las aseguradoras privadas y 150.000 para el Ejército y la Policía) y del total de la población se estima que 994.874 (16%) no está en condiciones de abonar un seguro complementario de salud.

EL SISTEMA DE SALUD SE FINANCIA

- El sector Público, con aportes estatales de los impuestos, alcanzando un monto anual de US\$. 308.633.600 en el año 2.009.
- El sector mixto de seguro de salud obligatorio para empleados, se financia con el aporte obrero-patronal del 26% de los salarios de los cuales se destina a salud un monto anual de US\$. 293.591.400 en el año 2.009.
- El Gasto Privado alcanzó en el año 2.009, la suma de US\$. 666.206.800 aportados por los usuarios. Estos gastos se realizan por pago directo de servicios o por el sistema de medicina pre-paga.
- El Gasto Total en salud para el año 2.009 equivale a US\$. 1.268.431.800.

Regulación en Salud

PRESTADORES INSTITUCIONALES: REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN DE PRECIOS

Los precios de los servicios médicos del sector privado no están regulados y son fijados por los prestadores privados en cada caso.

Los servicios médicos brindados por el Ministerio de Salud Pública no tienen costo e incluyen la provisión parcial de medicamentos.

El sistema mixto (IPS) provee servicios sin aranceles a los asegurados incluyendo la provisión de medicamentos, para todo tipo de patologías.

Los precios de venta al público de los medicamentos están fijados para el nivel máximo, por la autoridad sanitaria central, Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria, creada por la Ley 1.119/97 de Productos para la Salud y Otros.

La fijación de precios por ley tiene su ventaja precisamente en la existencia de la ley y su desventaja en el escaso desarrollo de la institución que la aplica.

PRESTADORES INSTITUCIONALES: REGULACIÓN DE LA CALIDAD TÉCNICA

La habilitación, registración y categorización de las instituciones prestadoras de servicios médicos se inicia con la habilitación hecha por el Ministerio de Salud Pública y la registración, categorización y acreditación a nivel de la Superintendencia de Salud. Estos procesos aún no pudieron ser completados en razón de la reciente promulgación de la ley de Superintendencia que debe aplicar la ley a instituciones preexistentes.

PRESTADORES INSTITUCIONALES: SISTEMA DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTO

La Superintendencia de Salud, por ley, es la mediadora entre los usuarios y los prestadores de servicios, para la resolución de situaciones de quejas por precios, calidad de servicios o incumplimiento de contratos.

Los conflictos pueden terminar judicializándose de acuerdo a los resultados de auditorías realizadas por la superintendencia.

Las discusiones éticas tienen su ámbito en los hospitales donde deben funcionar comités correspondientes.

PRESTADORES INSTITUCIONALES: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

La satisfacción de los usuarios con relación a los servicios recibidos o a la calidad de la infraestructura, se realiza solo esporádicamente por decisión de las autoridades de cada institución.

PRESTADORES PERSONALES: REGULACIÓN DE PRECIOS

No existe regulación de precios para los prestadores privados de servicios.

En el sector público y en el mixto (IPS), los servicios no tienen costo para los usuarios.

En estos dos últimos sectores los profesionales son asalariados. En el sector privado, los profesionales pueden ser asalariados o pueden ser médicos contratados por los pacientes para un diagnóstico y tratamiento, en otros casos los gastos de consulta e internación son cubiertos por las empresas de seguro médico.

PRESTADORES PERSONALES: REGULACIÓN DE CALIDAD

La calidad de los servicios brindados por prestadores personales, está controlada institucionalmente por el Ministerio de Salud Pública que exige el cumplimiento de normas y protocolos, a nivel de sociedades científicas se realizan coordinaciones de carácter académico.

PRESTADORES PERSONALES: RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

En el nivel público la resolución de conflictos se da por medio de auditorías internas y otras recomendadas a la Superintendencia de Salud. En el nivel privado existen mediaciones de la Superintendencia de Salud y otros casos van directamente al plano judicial.

SEGUROS: REGULACIÓN DE PRECIOS

A nivel oficial, el seguro mixto (IPS), tiene sus precios establecidos por la Ley de creación del Instituto de Previsión Social y se recauda por descuento obligatorio de salarios.

A nivel privado no existe regulación de precios de los seguros médicos.

SEGUROS: REGULACIÓN DE BENEFICIOS

Los beneficios que reciben los asegurados del IPS, está regidos por la ley e abarcan la consulta y tratamiento ambulatorios, internaciones sin límites y provisión de medicamentos.

Los seguros privados están obligados a registrar sus planes de aseguramiento en la Superintendencia de Salud.

SEGUROS: RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

La resolución de conflictos entre aseguradoras y beneficiarios se inicia con negociaciones de intermediación a nivel de la Superintendencia de Salud y los mismos pueden llegar a nivel judicial.

SEGUROS: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

No existe sistema oficial, regular y sistemático de evaluación de la satisfacción de usuarios de seguros médicos.

MERCADO FARMACÉUTICO: REGULACIÓN DE PRECIOS

Los precios de venta al público de los medicamentos, están reglados por la Ley 1.119/97 de Productos para la Salud y Otros. Los laboratorios de producción deben registrar sus productos y declarar sus costos de producción a la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria y a ese nivel de fijan los precios máximos de comercialización.

MERCADO FARMACÉUTICO: REGULACIÓN DE LA CALIDAD

Los laboratorios de producción están obligados a registrar sus productos en la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria a los efectos de su reconocimiento y aprobación.

MERCADO FARMACÉUTICO: REGULACIÓN DE LA COMERCIALIZACIÓN

La Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria, mantiene el control sobre las farmacias, éstas deben registrarse y existen requisitos mínimos para la habilitación. Todas las farmacias deben contar con un Regente profesional Químico Farmacéutico.

MERCADO FARMACÉUTICO: REGULACIÓN DE LA TECNOLOGÍA MÉDICA

Los laboratorios de producción deben obtener la autorización para su apertura, registrar sus equipos y a su vez solicitar aprobación de todo nuevo producto a ser fabricado y comercializado.



6. SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

México es una república democrática, representativa y federal compuesta por 32 entidades federativas. Su población supera los 112 millones de habitantes, con una relación de 1,048 mujeres versus hombres al año 2010, su expectativa de vida al nacer es de 76 años al año 2009, y su tasa bruta de mortalidad es de 5,0 por cada 1000 habitantes en 2011.

PRINCIPALES INDICADORES DEMOGRÁFICOS EN MÉXICO			
Indicador	Unidad de medida	Año	Valor
Población total	Miles de habitantes	2010	112 337
Tiempo de duplicación	Años	2010	40
Tasa de crecimiento media anual de la población	Por ciento	2010	1.8
Relación hombres - mujeres	Número de hombres por cada 100 mujeres	2010	95
Relación de dependencia	Población en edad dependiente por cada 100 personas en edad productiva	2010	62
Edad mediana INEGI. Censo de Población y Vivienda, 2010.	Años	2010	26
Densidad de población	Habitantes/km ²	2010	57
Población urbana	Por ciento	2010	77.8
Tasa bruta de natalidad	Nacidos vivos por cada 1 000 habitantes	2011	17.5
Tasa global de fecundidad bCONAPO. Indicadores demográficos básicos 1990-2030.	Hijos por mujer de 15 a 49 años	2011	2.0
Promedio de hijos nacidos vivos por mujer de 12 y más años	Hijos	2010	2.3
Índice de sobre mortalidad masculina	Defunciones masculinas por cada 100 femeninas	2009	127.3
Tasa bruta de mortalidad	Defunciones por cada 1 000 habitantes	2011	5.0
Tasa de mortalidad infantil	Defunciones de menores de un año de edad por cada 1 000 nacidos vivos	2011	13.7
Tasa de mortalidad fetal	Defunciones fetales por cada 1 000 nacidos vivos	2008	8.8
Muertes violentas con respecto al total de defunciones	Por ciento	2009	11.9
Esperanza de vida	Años	2011	76
Tasa bruta de nupcialidad	Matrimonios por cada 1 000 habitantes	2008	5.5
Relación divorcios-matrimonios	Divorcios por cada 100 matrimonios	2008	13.9

Desde sus inicios, el sistema de salud ha enfrentado el problema de ampliar el servicio a todas las zonas del país, incluyendo especialmente las más remotas y las más pobres. Esto ha estado a cargo³⁹ principalmente de los servicios que brinda la Secretaría de Salud y el IMSS Oportunidades, ya que si una persona es pobre o no cuenta con seguridad social, puede acudir a estos servicios a cambio de un costo mínimo o nulo a la atención médica, principalmente de primer nivel, y en ocasiones de segundo nivel.

Los trabajadores del sector formal y sus familias son lo que tienen derecho a seguridad social que incluye la atención médica desde el primer hasta el tercer nivel de atención, sin existencia de límites o paquetes de prestaciones, abarcando todos los beneficios que puede dar el sistema de atención médica.

En los años 90 se impulsaron varias reformas, entre ellas el proceso de “descentralización” que consiste esencialmente en otorgar a cada Estado la autoridad para ejercer funciones y responsabilidades con más independencia del gobierno central, asignando al mismo tiempo los recursos correspondientes. De esta manera, se permitió que los Estados decidieran qué programas aplicar de acuerdo con la situación de cobertura, pobreza y necesidades primordiales de su población.

La prestación de servicios de atención médica y de salud pública de la Secretaría de Salud Federal pasó a las Secretarías de Salud Estatales. Estos eventos constituyen lo que se denomina tercera generación de reformas, destinadas a reconocer aquellos problemas que repercuten en la salud de la población y en su calidad de vida. Adicionalmente, se busca la sustitución del modelo vertical y segmentado por un nuevo modelo con más peso privado en la provisión de servicios y en la organización del financiamiento, usando la competencia económica entre proveedores privados como el agente para elevar la calidad en la atención.

Población asegurada en instituciones públicas de salud según institución								
Años seleccionados de 1980 a 2008 (miles)								
Año	Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Estatal	Seguro popular
1980	30,243	24,125	4,985	647	343	143	ND	ND
1985	39,498	31,529	6,448	1,042	310	170	ND	ND
1990	48,028	38,575	8,074	897	318	164	ND	ND
1995	45,724	34,324	9,246	519	316	216	1,103	ND
2000	59,231	46,534	10,066	647	489	187	1,308	ND
2005	69,314	44,961	10,602	708	ND	201	1,437	11,405
2008 P	88,324	48,910	11,301	728	ND	218	0	27,168

Nota: Hasta 2002 se denominaba población derechohabiente. Para 2003 no se dispone de información.

Fuente: Para 1980 a 2002: SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios (varios años). México, DF.

Para 2004 a 2008: SSA. Boletín de Información Estadística. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos. (varios años). México, DF. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/int/nav/aeum/C07.xls>

39 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud, México, 2005. Cap 1 “Organización del sistema de salud en México”, pp 19-25.

Componentes del Sistema de Salud en México

Para la OMS el principal objetivo de un sistema de salud debe ser mejorar la salud de la población. Sin embargo, para que ello ocurra también se requiere mejorar la capacidad de respuesta del sistema contemplando los aspectos éticos necesarios para la atención, respetando la dignidad de las personas, así como su autonomía para elegir qué tipo de intervenciones aceptan o no aceptan y respetar la confidencialidad de la información.

Un segundo subcomponente que forma parte de las metas, es la orientación hacia el paciente, respondiendo a las necesidades de éste con un trato adecuado y en el establecimiento donde pueda ejercer libremente el derecho de escoger su prestador médico.

El tercer objetivo es la equidad en el financiamiento y la protección financiera de los hogares y esto se refiere a que los hogares no deberían empobrecerse o hacer gastos catastróficos para obtener salud⁴⁰.

El sistema de salud mexicano se encuentra dividido en tres grandes grupos y el acceso a la atención se encuentra a cargo de varias instituciones de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas. La consecución de sus objetivos dista mucho de ser igual para todos, según los criterios de la OMS.

El primer grupo corresponde a las Instituciones de Seguridad Social. Atiende a personas llamadas derechohabientes por haber cotizado cuotas obrero-patronales que conforman cerca de la mitad de la población del país. Es otorgada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), además de otras instituciones entre las que se encuentra el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos, las Fuerzas Armadas (SEDENA), Marina y diversos seguros para trabajadores estatales.

Las instituciones con mayor presupuesto por derechohabiente son las de la SEDENA y Marina, seguidas por PEMEX, el IMSS y hasta abajo el ISSSTE. No hay paquetes recortados de servicios sino que las instituciones ofrecen a los derechohabientes todos aquellos con los que cuentan. Hasta hace poco contaban con fondos de pensiones, los mismos que se han ido traspasando a los bancos privados y guarderías que también están pasando a manos privadas.

El segundo grupo corresponde a un sistema de atención dirigido a población "abierta" o no asegurada, en el que se incluyen los servicios otorgados por la Secretaría de Salud (federal o estatales) establecido en zonas rurales y urbanas, y contempla el programa IMSS solidaridad que atiende a poblaciones de algunas zonas rurales. La Secretaría de Salud cobra cuotas por atención según tabulador socioeconómico y cuenta con una forma de aseguramiento que ofrece un paquete parcial de servicios. Las personas pagan cuotas de prepagó según un tabulador socioeconómico y los muy pobres reciben subsidio para pagar el seguro.

El tercer grupo está conformado por el sector privado al que la persona puede acudir, dependiendo principalmente de su capacidad para solventar los gastos generados por esta atención. Dentro de los

40 Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006., México, 2001: 58-70.

servicios privados existe una amplia red de consultorios solos o anexos a farmacias y hospitales pequeños que atienden a personas de escasos recursos.

Otra red de servicios con más recursos dirigidos a las clases medias y ricas que van de consultorios y hospitales mejor equipados con todas las especialidades. En este grupo podemos encontrar formas de pago directo o bien planes de seguros organizados por aseguradoras privadas transnacionales que ofrecen planes con distinto alcance según las capacidades de pago de las personas. Los planes más básicos se dan por ejemplo a profesores de carrera de las universidades y ellos pueden ampliar la cantidad de prestaciones aportando más dinero.

En 2002 se estableció el “seguro popular”, que al año siguiente mereció incorporarse en la Ley General de Salud en el Título tercero bis “El Sistema de Protección Social en Salud”. Con este “seguro” se busca que la población cubierta por el programa cuente con las medidas preventivas, de atención ambulatoria y de hospitalización que las autoridades consideran indispensables para mejorar las condiciones de salud de la población sin seguridad social y evitar gastos catastróficos de bolsillo.

Al examinarse socialmente el programa, podemos encontrar que, antes de los años 80 se contaba con un sistema casi gratuito en el que se subsidiaba la oferta de servicios. Pero, este sistema progresivamente fue cobrando más y más “cuotas de recuperación” (por las recomendaciones del Banco Mundial de 1983), tornándose cada vez más caro que incluso una persona pobre con esas cuotas si enfermaba gravemente entraba en una catástrofe financiera. A raíz de lo anterior, se impulsa un sistema prepago tipo seguro mediante el cual los pagos se hacen poco a poco y los gastos grandes de algunos, son compensados con las contribuciones de todos. De esta forma, la atención toma una forma claramente mercantil, pero ahora con el sistema de prepago. Las personas de escasos recursos poseen apoyo estatal para no pagar cuotas y el tabulador se ajusta conforme el ingreso de las personas, es decir, se subsidia la demanda, con la idea de que en el futuro la prestación de servicios se haga por empresas médicas privadas que compitan entre sí y con las públicas por los fondos del seguro. La cantidad de prestaciones incluidas en el paquete sin embargo es reducida, marginando muchas acciones hospitalarias y otras tantas propias del primer nivel de atención. Las autoridades han argumentado que, gracias a este programa, se ha logrado un incremento sustancial en el financiamiento de los servicios de salud para la población no derechohabiente. Algunos críticos señalan que al hacerse bajo la forma de Seguro Popular, se aumentaron innecesariamente los gastos de administración y que los propósitos de evitar gastos catastróficos igual se pueden lograr mediante la gratuidad de la atención.

Adicionalmente podemos mencionar, que lejos de buscar una cobertura universal de los servicios, aparentemente se agregó un elemento más a nuestro sistema de salud de por sí muy fragmentado, con lo cual se corre el riesgo inminente de una nueva segmentación de la población, además de que ignora la informalidad laboral y se restan en posibilidades a la incorporación de la persona y su familia a los sistemas de seguridad social completos y bien establecidos, aunque sumamente segmentados y con serios problemas de financiamiento⁴¹. Se requerirá de más tiempo para hacer una evaluación del impacto real de este programa.

41 Narro RJ, Cordera CR, Lomelí VL. Hacia la Universalización de la Salud; Documento preliminar Simposio “Hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social”

Estructura Funcional del Sistema de Salud en México

El sistema de salud en México, como muchos otros del mundo está estructurado funcionalmente en tres niveles de atención, cada uno cuenta en distinta proporción con unidades de atención.

El **primer nivel de atención** está formado por una red de unidades médicas que atienden a nivel ambulatorio y que pueden abarcar unidades de un solo consultorio (muchos consultorios rurales e incluso urbanos de la Secretaría de Salud (SS) o del IMSS Oportunidades), hasta unidades con 30 o más consultorios y servicios auxiliares tales como laboratorio, rayos X y ultrasonido, medicina preventiva, epidemiología, farmacia, central de esterilización y equipos, administración, aulas, etc.

En la SS están divididos según tamaño en TI, TII y TIII, siendo estos últimos los más grandes. La mayoría de las consultas médicas que se otorgan en el país corresponden a las realizadas por los médicos generales quienes resuelven una gran cantidad de problemas de salud sin necesidad de derivar a atención especializada.

En la modalidad de atención privada existe una red de consultorios en las zonas rurales y periferias urbanas, así como consultorios privados de médicos especialistas que atienden sobre todo a las clases medias y altas.

En México los médicos en las instituciones estatales que laboran en el primer nivel no pueden seguir a su paciente en el segundo nivel.

En el primer nivel de atención, se realizan acciones fundamentales en pro de la población como la vigilancia epidemiológica y control de brotes epidémicos que son elementos fundamentales para el control de las enfermedades (y no solo las infecciosas sino también las no transmisibles y las lesiones); diversas actividades de promoción de la salud y de prevención de enfermedades (vacunación, educación para la salud).

El segundo nivel de atención está formado por una red de hospitales generales que atiende la mayor parte de los problemas y necesidades de salud que demandan hospitalización o atención de urgencias y concentra la mayor parte de los médicos especialistas. Sus unidades están organizadas en las cuatro especialidades básicas de la medicina: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecobstetricia.

Estas unidades del segundo nivel de atención, tienen un grado de complejidad mayor que las anteriores y en su organización destacan servicios tales como urgencias, admisión, hospitalización, banco de sangre, central de esterilización y equipos, quirófanos, farmacia, consulta externa, etc. Es frecuente encontrar en los hospitales del segundo nivel de atención algunas subespecialidades tales como dermatología, neurología, cardiología, geriatría, cirugía pediátrica, etc.

El **tercer nivel de atención** está formado por una red de hospitales de "alta" especialidad. En este nivel el hospital puede tener muchas subespecialidades, como sucede con las Unidades Médicas de Alta Especialidad del IMSS o el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, o bien pueden ser

especializarse en algún campo específico, como sucede con otros Institutos Nacionales de Salud, especializados en Cancerología, Cardiología, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología, Enfermedades Respiratorias, Geriátrica y de Rehabilitación. Cabe señalar que en el campo de la Salud Pública existe también el Instituto Nacional de Salud Pública encargado de funciones de enseñanza e investigación en este campo. En este nivel se atienden problemas que no pueden ser resueltos en los otros dos niveles y que requieren conocimientos más especializados o una tecnología específica, en general costosa, que se concentra sólo en algunas unidades por razones de costo-beneficio.

Una parte pequeña de los egresos hospitalarios corresponde a este tercer nivel de atención. Dentro de los sistemas de salud existen varias unidades del tercer nivel de atención que son privadas, que en general atienden a personas de altos recursos que pagan costosos seguros médicos privados o bien cuentan con montos importantes para pagar atención de manera directa "del bolsillo".

En conjunto los tres niveles de atención cubren en distinta proporción a la población registrándose grandes inequidades, pues los sectores más pobres en muchos casos cuentan frecuentemente sólo con acceso al primer nivel de atención. En un estudio que calculó la cobertura sobre la base de un índice compuesto por varios indicadores (coberturas ante problemas como diabetes, hipertensión, atención médica de parto, etc.), se encontraron grandes desigualdades regionales y sociales.

Perspectivas del Sistema en la Situación Actual

Es indudable que en México nos encontramos ante retos importantes de salud y enfrentamos transiciones epidemiológicas, con grandes problemas emergentes como la obesidad y la diabetes de las cuales somos primeros lugares en el mundo.

Por otra parte, existen grandes desigualdades en la atención a la salud, ya que se cuenta con diversas instituciones que atienden, por lo menos a la mayor parte de la población, con recursos bien distintos e inequitativos. A esta situación podemos agregar los graves problemas que existen en relación con el financiamiento público de los servicios y con las formas de organización y funcionamiento del sistema de salud, en particular los derivados de la asignación de recursos a las entidades federativas, a las unidades de atención médica y a los programas de salud, así como la heterogeneidad de la calidad y la existencia de coberturas todavía insuficientes, sobre todo en lo que se refiere a la atención hospitalaria especializada.

Además, de acuerdo con algunos autores⁴², existe una gran segmentación de las instituciones prestadoras de servicios.

Esta fragmentación del sistema promueve una mayor desorganización de los servicios y un ineficiente financiamiento, produciendo servicios de salud de baja calidad y poco eficaces para cumplir con los objetivos planteados de mejora de salud de la población.

42 Narro RJ, Cordera CR, Lomelí VL. Hacia la Universalización de la Salud; Documento preliminar Simposio "Hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social"

A la par existen diferentes niveles de organización y duplicidad de funciones en cada aparato burocrático y administrativo, lo que obstaculiza aún más la coordinación intrasectorial. No cabe duda que el sistema de salud en México, creado a lo largo del siglo XX ha permitido avances importantes. Entre ellos aumentar la esperanza de vida al nacer, la disminución de la mortalidad infantil, materna y por enfermedades infecciosas.

No obstante, y a pesar de las múltiples instituciones que posee el sector público de salud, hasta el momento no se ha logrado una cobertura de atención a toda la población. Persiste además una enorme heterogeneidad en la calidad de los servicios que se prestan y el financiamiento de los mismos es absolutamente insuficiente, lo que origina frecuentemente carencia de apoyos e insumos⁴³.

Ante este panorama ha surgido la propuesta de crear un sistema de salud “universal” en el que se diseñen políticas públicas que aseguren la atención de salud para toda la población. Para ello se requiere el apoyo de recursos públicos que permitan el fortalecimiento y expansión del sistema de salud pública.

Esta propuesta impulsa la formación de recursos humanos que apoyen las actividades del Sistema Nacional de Salud que tendría como propósito central garantizar la cobertura universal de los servicios de salud de tipo preventivo, curativo y de rehabilitación, tanto de orden ambulatorio como de hospitalización. Para lograr lo anterior es necesario integrar la totalidad de las instituciones y programas públicos de salud en una sola institución y buscar que la operación de los programas de salud se complemente con la de programas sociales que inciden en la salud de la población, en especial educación, alimentación, dotación de vivienda, agua potable y drenaje, entre otros.

43 Narro RJ, Cordera CR, Lomelí VL. Hacia la Universalización de la Salud; Documento preliminar Simposio “Hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social”.



7. SÍNTESIS DEL SISTEMA DE SALUD DE BRASIL

Brasil, en los últimos años ha presentado un nuevo modelo demográfico caracterizado por una reducción en la tasa de crecimiento de la población (1,37 en 2009) y por cambios profundos en la composición de su estructura por edad, con un aumento significativo en la población de ancianos (10,2% en 2010), con la expectativa de que habrá una duplicación durante los próximos 20 años, llegando a 19% en 2030. Estas modificaciones han marcado cambios importantes en el perfil epidemiológico de la población, y también significativas en los indicadores de morbilidad y mortalidad.

Estadísticas Generales de Brasil

Brasil es una República Federal con un sistema de gobierno presidencial y constitucional. Su política de organización administrativa abarca 26 estados más el Distrito Federal (Brasília - Capital Federal). De acuerdo con datos del censo de 2010, la población brasileña alcanzó a 190.755.799 habitantes.

ESTADÍSTICAS GENERALES - INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS - BRASIL

Estadísticas Generales de Brasil	
Población Total	193.734.000
PIB de Brasil (IPEA, 2010)	3.674.964
PIB per cápita (IPEA, 2010)	8,33
Tasa de Fecundidad (IDB, 2009)	1,9
Tasa de Crecimiento Poblacional ¹	1,37
Esperanza de Vida al Nacer (IDB, 2009)	73,0
Esperanza de Vida a los 60 años (IDB, 2009)	21,3
Índice de Envejecimiento de la Población ³ (IDB, 2009)	37,9
Tasa de Mortalidad Infantil ² (IDB, 2009)	20,0

Fuentes: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 2010; Indicadores y Datos Básicos - IDB/RIPSA, 2009.

Nota 1: incremento medio anual

Nota 2: por 1.000 nacidos vivos

Nota 3: número de personas con 60 años o más por cada 100 personas menores de 15 años

Configuración del Sistema de Salud en Brasil

El sistema de salud de Brasil posee componentes públicos y privados.

El sistema público - El Sistema Único de Salud (SUS) - Es de uso universal y son financiados con los fondos recaudados a través de los impuestos y las cotizaciones sociales pagadas por la población y constituyen los recursos del gobierno federal, estatal y municipal.

El SUS es un sistema importante de salud pública en el mundo, abarca desde la atención ambulatoria hasta el trasplante de órganos. Considerando conceptos, tales como integridad y universalidad, el SUS fue creado en 1988 por la Constitución Federal Brasileña. El Sistema público también es responsable por la: prevención, vigilancia epidemiológica y de la salud.

En el Sistema Privado están la medicina privada y los planes de salud (seguro privado voluntario salud - VPHI). Los planes grupales o colectivos son financiados principalmente por las empresas empleadoras y tienen la mayor cuota de mercado en Brasil (75,7% del total de los planes de salud). Los pagos directos a proveedores privados, sin la mediación de los planes de salud, también son parte del componente privado del sistema.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD DE BRASIL

Características Generales del Sistema de Salud	
Fuentes de Financiamiento del sistema:	Impuestos
Tipo de Seguro Salud Privado Voluntario (VPHI-clasificación OECD)	Duplicado
Porcentaje (%) de población cubierta por el Seguro Público (SUS):	100% de población residente: 190.755.799
Porcentaje (%) de población cubierta por el Seguro Privado Voluntario:	24% de población residente: 46.634.765

Según la OCDE, el seguro de salud en Brasil es "duplicado" debido a la doble cobertura de los servicios y procedimientos médicos por parte del sistema público y de los planes de salud.

En las últimas décadas, la expansión de la ayuda adicional (planes privados de salud) en Brasil fue muy importante. En 2000, el país tenía alrededor de 30,7 millones de abonados a los planes privados de salud, y en 2011, este número alcanza la marca de 46,6 millones. En la actualidad, está cubierto por planes de cuidado de la salud el 29,9% de la población residente en el país. De este total, 24,4% están cubiertos por planes privados (individual / familiar o colectivo). Sólo el 5,4% corresponden a planes públicos ofrecidos principalmente por los servidores públicos militares y los servidores públicos estatales (Tabla 3). Son activos en el país 1.043 operadores de los planes de salud (con exclusión de proveedores de servicios dentales y administradores).

COBERTURA POR PLANES PRIVADOS DE SALUD VOLUNTARIO (VPHI) EN BRASIL

Características Generales del Sistema de Salud		
	n	%
População Brasileira	190.755.799	100
Total Plano	56.982.967	29,9
Plano Privado	46.634.765	24,4
Plano Público	10.348.202	5,4
Plano apenas odontológico	15.268.093	8,0
Sem Plano	144.121.034	75,6

Fuente: Sistema de Información de Beneficiarios (SIB/ANS); Encuesta Nacional por Muestra de Domicilios (PNAD/IBGE, 2008).

El perfil del gasto en salud en Brasil apunta a un mayor gasto privado, que representa alrededor del 57% del total (cuando se suman los gastos con planes de salud y gastos de bolsillo). Los gastos directos de las familias (principalmente en medicamentos) sigue siendo muy importante. La proporción del gasto público en el sistema de salud brasileño es considerado bajo (42%), teniendo en cuenta el principio de acceso universal y la atención integral (Tabla 4).

PERFIL DEL GASTO EN RELACIÓN AL GASTO TOTAL EN SALUD - BRASIL

Proporción (%) de gastos en relación al total de gastos en Salud	
Gastos Públicos	42%
Gastos Planes Privados de Salud	23%
Desembolso Directo (out-of-pocket)	34%
Gastos Per Cápita en Salud (\$ PPP) (WHO, 2009)	943
Renta Bruta Per Cápita (\$ PPP) (WHO, 2009)	10.080

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009). Refiriéndose a los últimos datos disponibles.

Para que un plan de salud pueda ser registrado y autorizado para su venta, el operador de servicios de salud privados debe informar a la Agencia Nacional de salud (ANS), un organismo dependiente del Ministerio de Salud, que regula este sector - La red proveedora de servicios, alimenta la inscripción de los planes privados de la salud (RPS | ANS). Esta base de datos, junto con los datos del Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES), son las principales fuentes utilizadas por la ANS para evaluar la red de proveedores de planes de salud privados.

Los Proveedores de Servicios de Red

El sector privado participa en el Sistema Público de Salud (SUS) de manera complementaria, a través de contratos y convenios para ofrecer un servicio al Estado.

La composición de la red de centros de salud en Brasil se caracteriza por compartir la prestación de servicios de salud por los sectores público y privado.

Las informaciones sobre la red de atención de salud y la cantidad de equipos para pruebas de diagnóstico y tratamiento están disponibles en el CNES - sistema comandado por el Ministerio de Salud.

En julio de 2011, 219 069 establecimientos de salud se registraron en el CNES: 38,3% de los establecimientos con atención ambulatoria, el 55,4% de las unidades de urgencia y el 42,0% de los que disponían internación hospitalaria eran privadas. Sólo los establecimientos de atención ambulatoria, que participaron del sector público fue mayor que la observada en el privado.

DISTRIBUCIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA DE LOS CENTROS DE SALUD EN BRASIL, SEGÚN EL TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y LA NATURALEZA DEL TIPO DE PROVEEDOR BRASIL, JULIO - 2011)

Tipo de Establecimiento	Total	Público		Privado	
		n	%	n	%
Ambulatorio	75.677	45.642	60,3	28.968	38,3
SADT	17.201	1.112	6,5	15.913	92,5
Urgencia	6.569	2.719	41,4	3.635	55,4
Internación	7.634	2.892	37,9	3.207	42,0
Consultorio aislado	111.982	1.777	1,6	109.825	98,1
Total	219.059	54.142	148	161.548	326

Fuente: CNES (julio de 2011). Disponible en: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>.

Nota 1: Las unidades para pacientes ambulatorios: Clínica Especializada / ambulatorio especializado del Centro de Salud = Unidad Básica de Salud, Centro de Salud, Unidad de Salud de las articulaciones

Nota 2: Las unidades con urgencia: clínica Médica, Departamento de Emergencia, Especialista en Emergencias, General de Emergencias.

En la tabla siguiente se muestra la cantidad de establecimientos en el país, según el tipo de contrato y fuente de pago de la atención.

LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y TIPOS DE CONTRATO (BRASIL, JULIO - 2011)

Tipo de Establecimiento	Público (SUS)	Plano Público	Privado	
	n	n	Plano Privado	Particular
			n	n
Ambulatorios	65.935	6.473	84.598	145.634
(Incluye Consultorios)	22.168	1.527	13.839	29.733
SADT	7.205	311	1.633	3.727
Urgencia	5.939	403	1.921	4.111
Internación				

Fuente: CNES (julio de 2011).

Nota 1: El tipo de acuerdo "público" incluye su propia red y del sistema privado al sistema público.

Nota 2: Tenga en cuenta que el número de establecimientos en la Tabla 5 capacidad instalada) y en la Tabla 6 (Payer-tipo de acuerdo) no se puede comparar, porque el mismo establecimiento puede atender a distintos tipos de contrato SUS, los planes privados la salud, la medicina privada).

Forma de Financiamiento de la Salud – Pago a los Proveedores de Servicios

PROVEEDORES DE HOSPITALES

Todos los pagos de los procedimientos de hospitales, en el sistema de salud pública de Brasil (SUS), se realizan con la autorización de la hospitalización (AIH) – Formulario de sistema de facturación del hospital (SUS SIH / SUS). Los procedimientos ambulatorios se facturan a través del Boletín de Producción Ambulatoria o (BPA) o por medio de Procedimientos de autorización de Alta Complejidad / Alto Costo (APAC), que conforman el sistema de Información Ambulatoria del SUS. Los procedimientos de alta complejidad y/o alto costo otorgados por el SUS abarcan: quimioterapia, radioterapia, trasplantes, terapia cardiovascular, diálisis, entre otros.

La tabla de referencia utilizada para el pago de los proveedores de servicios en el SUS (propia y privada), es la tabla de procedimientos unificados y los medicamentos OPM del SUS. En general, el sistema público se puede clasificar como un sistema de pago prospectivo y el pago se hace por medio de los paquetes de diagnóstico o de servicios. En el sector privado, el pago de proveedores se produce mediante el procedimiento de pago por la prestación del servicio (pago-por-servicio). Las tablas que se utilizan como referencia: son las siguientes: La tabla jerárquica de Clasificación Brasileña de Procedimientos Médicos – CBHPM – 5ª edición y la Tabla de asociación Médica Brasileña (AMB). La remuneración de los profesionales médicos que trabajan en el sistema público se hace mediante el pago de salario o pago por capitación (per cápita). En el pago privado, en general, es una producción por servicios (pago-por-servicio).

A nivel nacional, están trabajando actualmente en el sistema público, 121.135 médicos y 121.337 en el sistema privado, en los cuales 42.061 trabajan en hospitales y otras organizaciones de caridad.

El Reglamento del Sistema – Política Regulatoria del Sistema de Salud

El ajuste del término que se aplica al sector de la salud en el país, tiene varias interpretaciones, conceptos y prácticas. Dos definiciones son importantes:

- 1) Iniciativa para controlar el acceso a servicios de salud y programas de acondicionamiento físico, y la prestación de servicios (NOAS / SUS 01 = 2,002) ejercida por los administradores a nivel federal, gobiernos estatales, municipales y el desarrollo de una Política Nacional para la Regulación del SUS;
- 2) Regulación de los mercados privados ejercida por los reguladores. A nivel federal, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) y la Agencia Nacional de Salud (ANS) son los órganos competentes en materia de salud.

REGULACIÓN EN EL SISTEMA PÚBLICO – SUS

El Departamento de Sistemas de regulación, Evaluación y Control (DERAC) es el organismo responsable de coordinar la aplicación del Reglamento Nacional de Control y Evaluación, así como proporcionar fi-

nanciación para el desarrollo de acciones, y los servicios de salud en la atención ambulatoria y hospitalaria del Sistema Único de Salud (SUS).

PRINCIPALES PUNTOS DE CONFLICTO EN EL SECTOR

- a. Organización del sistema de puerta de entrada;
- b. Los mecanismos de derivación y referencia cruzada, sobre todo por la complejidad promedio del sistema (por ejemplo, acceso a pruebas de diagnóstico);
- c. Diferencia en los salarios de los profesionales de la salud en el sistema público con relación con el mercado privado.
- d. Necesidad de actualizar los valores establecidos para el pago de los proveedores en la Lista de procedimientos y de medicamentos SUS OPM;
- e. Dividir con los prestadores del sistema público e del sector privado, doble puerta, de entrada que tiene a beneficiar el acceso al sistema de personas con planes de salud;
- f. Reembolso al SUS por los procedimientos realizados en las personas cubiertas por planes de salud privados.

INSTRUMENTOS DE REGULACIÓN EN EL SUS

Para la aplicación de la regulación, algunos instrumentos se pueden citar:

- Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES)
- National Health Card (Tarjeta SUS) en la fase de implementación.
- Sistema Informatizado de base nacional que permite la vinculación de los procedimientos realizados por el SUS para el usuario, el profesional que lo realiza, también a la unidad de salud y establecimiento de sistema común de identificación. Desde el punto de vista de gestión, tiene como objetivo mejorar el proceso de integración de información de salud y permitir el registro electrónico de los datos (RES) y de la información.
- Centro Regulador (CR): acceso a la atención a la práctica.
- Sistemas de Información de Salud administrado por el Ministerio de Salud: Los datos de las estadísticas vitales, de morbilidad, y la facturación.
- Los protocolos clínicos
- Las comisiones mencionadas y / o médicos autorizados: Organizar procedimientos especializados autorizados para procesos de alta complejidad y que requieren hospitalización de análisis clínicos más detallada, subvencionado en su caso, definidos por los protocolos clínicos.
- Reglamento de Precios: Regulación de precios para el pago de médicos y proveedores de servicios hospitalarios, de diagnóstico y terapia (SADT), procedimientos ambulatorios y de emergencia urgente para todos los servicios en sí mismos y para el SUS. Tabla de procedimientos unificados, los medicamentos y SUS OPM es la referencia para valores de pago.
- Reglamento de Calidad técnica: Existe un sistema para evaluar la calidad técnica de los proveedores de servicios de salud, sea público o privado, mediante el control y supervisión ejercidas por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA). Todos los proveedores de servicios de salud deben cumplir con la legislación sanitaria vigente en el país. Las autorizaciones para la apertura y funcionamiento de los servicios, también es responsabilidad de la ANVISA.

La calidad técnica de los profesionales de la salud se rige por los consejos Profesionales (Consejo Federal de Medicina, Consejo Federal de enfermería, entre otros).

- **Acreditación del Hospital:** El proceso de representación y autorregulación en el sistema de salud en Brasil. El Ministerio de Salud ha invertido mucho dinero a través de programa REFORSUS (Fortalecimiento de la Reorganización del Sistema de Salud) y QUALISUS (Calificación de Políticas de Salud SUS). Los hospitales públicos también pueden ser sometidos a proceso de acreditación a través de organizaciones como la Organización Nacional de Acreditación (ONA) y la acreditación de la ISO (serie 9000).

Reglamento de Salud

La Agencia Nacional de Salud (ANS) es responsable de regular el mercado de planes de salud privados. La ANS se creó en 2001 como apoyo institucional para poner en práctica la Ley 9.656/1998, y sus funciones principales són: establecer los procedimientos mínimos necesarios, los ajustes de precios en los planes, las reglas sobre las reservas técnicas, el control de solvencia de las empresas que operan los planes de salud y el reembolso al sistema de salud público (SUS). Desde finales de 2004, la ANS ha estado utilizando los indicadores de calidad de la atención directa o mediada por las compañías de seguros de salud (Programa de Cualificación portadora).

PRINCIPALES PUNTOS DE CONFLICTO EN EL SECTOR

- a. Intensidad de la intervención del gobierno en el sector;
- b. Regulación de la competencia;
- c. Concentración del mercado;
- d. De información asimétrica de los beneficiarios, proveedores y operadoras;
- e. Disputa entre los proveedores de servicios y compañías de seguros que pagan por los valores de las actividades de atención (Tabla de actualización utilizada para el pago);
- f. SUS: reembolso a los procedimientos realizados en las personas cubiertas por planes de salud privados.

LOS INSTRUMENTOS REGULADORES DE SEGUROS DE SALUD

Para la aplicación del reglamento, algunos instrumentos se pueden citar:

- **Sistema de Información de Beneficiarios (SIB / ANS):** se registra en los enlaces a la información sobre los planes de salud privados en el País.
- **Registro de Operadores (CADOP / ANS):** Un sistema de registro y control de los registros de los operadores de los planes de salud privados que operan en Brasil. Contiene datos como el registro, CNPJ, representantes legales, la naturaleza y composición del capital.
- **Operadores de documento de información periódica de los Planes de Salud (DIOPS / ANS)** permite el monitoreo de la situación económica y financiera y los operadores registrados.
- **Registro de Planes de Salud (RPS):** Sistema de información gestionado por la ANS, que es una herramienta para el envío de las solicitudes de registro por las compañías de seguros de salud.
- **Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES)**
- **National Health Card (Tarjeta SUS)**
- La publicidad de la información y estudios sobre el sector de la salud de los planes privados en Brasil

- Función de los procedimientos y eventos necesarios: La ANS define y revisa periódicamente la lista de la cobertura mínima obligatoria para la atención médico-dental y que será ofrecido por los operadores de los planes de salud privados. Fomentar el desarrollo de programas de prevención, promoción, riesgo de enfermedad por los operadores del plan y la reorientación del modelo de atención.
- Reglamento de Tarifas:
- El pago a los proveedores de servicios : No hay regulación de precios para el pago de los proveedores de servicios médicos y hospitalarios, diagnóstico y terapia, procedimientos ambulatorios de urgencia / emergencia asociados a los operadores de los planes de salud.
- Adaptación de los contratos de planes privados de salud: Hay ajuste regulatorio del porcentaje de los planes privados de salud para individuos y familias. El reajuste de la negociación colectiva es libre. No hay planes de regulación de precios, solamente ajustes en los precios.
- Desarrollo de estándares para el sector (regulación normativa): resoluciones e instrucciones normativas: Tiene efecto inductor y fiscalizador de buenas prácticas - Reglamento del consumismo - las acciones de reglamentación se basa en la relación entre el consumo y el Código de Defensa del Consumidor - CDC, la Ley N ° 8.078/90.
- Inducción de la competencia entre los operadores del plan
- Programa "Ojo Vivo": conjunto de medidas coercitivas de carácter proactivo, sistemático y planificado, dirigido a incrementar la adecuación de la legislación de los operadores de servicios de salud privados que regula la industria de los suplementos de salud.
- El programa de fiscalización de los contratos entre operadores del plan de salud y proveedores de servicios y de la Capacitación del Programa de Seguro de salud (QUALISS): definición de los elementos y las reglas contractuales que se observa entre los proveedores y operadores. El programa QUALISS, aún en fase de elaboración y es un instrumento capaz de evaluar la calidad de los proveedores de servicios en el seguro de salud.

Sistema de Resolución de Controversias del Sistema de Salud

PROVEEDORES DEL SISTEMA PÚBLICO - SUS

Se caracteriza por ser un foro que reúne a los directivos y trabajadores de la salud. Los Consejos Municipales y de Salud del Estado son también foros de discusión y resolución de conflictos en el sistema público, al igual que la representación de los usuarios, administradores y proveedores de servicios.

SECTOR PRIVADO Y PLANES DE SALUD PRIVADOS

Existe un sistema de resolución de conflictos en el sector privado. Los órganos que representan a la clase como las Juntas Profesional (CFM, CFO, CREFITO) y las asociaciones de ciertos segmentos de servicios como la asociación Nacional de Hospitales Privados (ANHP) influencia sobre los proveedores de servicios y a participar en las negociaciones entre los proveedores privados, profesionales de la salud y los operadores del plan.

El programa de fiscalización de los operadores y proveedores de planes de salud administrados por la Agencia Nacional de Salud (ANS), el análisis se lleva a cabo entre los acuerdos firmados entre los proveedores de servicios y operadores de plan. Los principales conflictos se refieren al incumplimiento de

contrato, exagerado control en el uso de procedimientos (micro-regulación) y los valores de los procedimientos que pagan los operadores.

CALIDAD TÉCNICA DE LOS PROVEEDORES – REGULACIÓN, CONTROL Y SISTEMA NACIONAL DE SALUD – SUS

La regulación y supervisión de la calidad técnica de los proveedores (públicos y privados se realiza por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA). Existe la posibilidad de acreditación de los proveedores por el Ministerio de Salud a través del Manual Brasileño de Acreditación de Hospitales.

SECTOR PRIVADO Y PLANES DE SALUD PRIVADOS

Además de la regulación ejercida por la ANVISA, la Agencia Nacional de Salud (ANS) ha desarrollado una propuesta que se encuentra en consulta pública en el país para implementar un Programa de Monitoreo de Evaluación de la Calidad y los proveedores del hospital en virtud de contratos de planes de salud (QUALISS), para evaluar la calidad y los resultados en el cuidado de la salud adicionales.

La acreditación o certificación de proveedores privados de salud se realiza a través de la Organización Nacional de Acreditación (ONA) y el consorcio Brasileño de Acreditación (CBA) o certificaciones (ISO 9000). En lo que respecta a los profesionales de la salud, la certificación se realiza a través de los Consejos profesionales (tales como el Consejo Federal de Medicina, etc.) Y la Asociación Médica Brasileña (AMB).

Resolución de Conflictos Entre Pacientes y Proveedores de Servicios

SISTEMA NACIONAL DE SALUD – SUS

Los Consejos Municipales y Estatales de Salud (CMS y CES) pueden mediar en los conflictos entre usuarios y proveedores de servicios. El Departamento de Defensoría del SUS, a través del Centro Nacional de promoción de la Calidad y Protección del Sistema de Salud Unificado del usuario, es también un canal permanente de negociación y resolución de problemas.

La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) tiene una serie de mecanismos a disposición de los usuarios para informar sobre los problemas, como la línea directa y Notivisa Vigilancia de la Salud, que es un sistema que recibe avisos de eventos adversos (EA) y los defectos técnicos (QT) relacionados con las drogas, vacunas, investigación clínica, equipos médicos de hospitales y el uso de sangre o componentes.

SECTOR PRIVADO Y PLANES DE SALUD PRIVADOS

La Agencia Nacional de Salud (ANS) mantiene un teléfono de atención directa ANS, que recibe las quejas que puedan iniciar la instauración de procesos para investigar los problemas relacionados con la negación de atención y retraso en la programación de citas, pruebas y otros procedimientos médicos. Además, ANS ofrece otros canales como protección y defensa de los consumidores y 12 núcleos regionales distribuidos en todo el país.

En la medicina privada, los órganos de protección de los consumidores y los tribunales son órganos encargados de resolver los conflictos judiciales.



7. SÍNTESIS DEL SISTEMA DE SALUD DE CHILE

La República de Chile es un Estado unitario democrático, de carácter presidencialista. Posee una superficie continental e insular de 756.626 km², donde la división político-administrativa del país considera 15 unidades geográficas o Regiones.

El año 2009, la población de Chile se estimó en 17.014.491 habitantes. La esperanza de vida al nacer alcanzó una media de 78,45 en el quinquenio 2005-2010 con 75,49 para los hombres y 81,53 para las mujeres (Instituto Nacional de Estadísticas de Chile -INE-). Se espera que la esperanza de vida al nacer, en el quinquenio 2010-2015, sea de 79,1 años.

Estructura y Servicios

En la actualidad, el sistema de salud chileno es un sistema mixto segmentado, que contempla la activa participación de entidades públicas y privadas, tanto en el financiamiento como en la provisión de servicios, lo anterior bajo un estrecho marco normativo y fiscalizador.

El Ministerio de Salud es la Autoridad Sanitaria nacional, entre sus funciones se destacan: elaborar y dirigir las políticas nacionales de salud; definir los objetivos nacionales de salud; fortalecer y desarrollar su acción en el espacio intersectorial para promover y desplegar políticas públicas coherentes con las prioridades sanitarias; definir normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención; fortalecer el desempeño de las funciones esenciales de salud pública; definir el plan de salud y establecer sus garantías.

El Ministerio de Salud se organiza a través de dos Subsecretarías, la de Salud Pública y la de Redes Asistenciales. La Subsecretaría de Salud Pública tiene como misión la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades; el control y la implementación de políticas sanitarias, alimenticias o de vacunación, entre otras. La Subsecretaría de Redes Asistenciales, tiene a su cargo las materias normativas relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del sistema, orientada a la atención integral de las personas y a la regulación de la prestación de acciones de salud.

En Chile los trabajadores dependientes y pensionados están obligados por ley a afiliarse a un seguro de salud, ya sea el seguro público denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA), o uno de los seguros privados administrados por Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Los seguros (público y privados) son los responsables del otorgamiento del Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (AUGE-GES), el que es un derecho establecido por ley bajo el cual se garantiza el acceso a una aten-

ción de salud oportuna, de calidad y con protección financiera, sin discriminar por edad, sexo, condición económica, lugar de residencia o sistema de salud al que estén afiliadas las personas. El sistema considera actualmente 69 enfermedades garantizadas.

El Seguro Público, FONASA, es intrínsecamente solidario, opera sobre la base de un sistema de reparto en que la prima no está relacionada con el nivel de riesgo (sexo, edad) ni con el tamaño del grupo familiar, sin embargo, sí se relaciona con el nivel de ingreso ya que el plan de salud se financia con el 7% de la renta imponible de sus beneficiarios. Adicionalmente, el FONASA se financia con los copagos de las personas al hacer uso del sistema de salud y con recursos provenientes de impuestos generales de la nación. Para la provisión de atención de salud en el sistema estatal, existen las modalidades de atención institucional y por libre elección, donde esta última es complementaria a la institucional, y está abierta sólo a los cotizantes y a sus dependientes familiares (no así a los indigentes).

Respecto a las ISAPRE, son un sistema de seguros privados de salud, basados en contratos individuales pactados libremente entre las personas y las instituciones de salud previsual. Los beneficios corresponden como mínimo a los comprendidos por el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud y, en forma voluntaria, se pueden contratar beneficios adicionales (Plan Complementario). En las ISAPRE, los beneficios comprendidos en las GES se financian a través de una prima universal y los aportes netos de un fondo de compensación solidario, por su parte, el Plan Complementario se financia sobre la base a un sistema de prima ajustada por riesgo, donde la edad y el sexo son determinantes en la estimación del valor del contrato.

Los Servicios de Salud son los articuladores de las redes de atención pública y público-privada y tienen la función esencial de ejecutar coordinadamente las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. La red asistencial de cada Servicio de Salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, de los establecimientos municipales de atención primaria de salud y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio, los cuales deben colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población. Adicionalmente, existen los prestadores privados compuestos por clínicas, centros médicos, consultas privadas y redes de prestadores.

La Superintendencia de Salud es el organismo público destinado a proteger y garantizar los derechos de salud de las personas. La Superintendencia debe:

- Supervigilar y controlar a las Isapre y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen General de Garantías Explícitas en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.
- Supervigilar y controlar al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Régimen General de Garantías en Salud.
- Fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como de la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.

SISTEMA EN CIFRAS

Según la ESRS, a diciembre de 2009, 12.504.226⁴⁴ personas son aseguradas por el sistema público (73,5%), 2.776.572 por el sistema privado (16,3%) y aproximadamente 1.733.693 corresponderían a personas particulares y FF.AA. no aseguradas en los seguros previsionales público o privados.

El sector salud chileno cuenta con 199 hospitales (de los cuales 90% son públicos), con 226 clínicas privadas, con 735 centros de salud ambulatorios (de los cuales aproximadamente 67% son públicos) y con aproximadamente 267 servicios de urgencia (de los cuales 70% son públicos). Por su parte, actualmente en el sistema de salud existen 26.907 médicos cirujanos (con o sin especialidad) inscritos en el Registro de Prestadores Individuales de Salud y 17.300 médicos cirujanos y especialistas, lo que determina una tasa de 2,52 profesionales médicos por cada mil personas.

Según la ESRS, la forma de financiamiento de los hospitales públicos es "Pago por presupuesto, Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) y Pago por Acto Médico: Programa de Prestaciones Valoradas (PPV incluye Garantías Explícitas en Salud, GES); Pago Asociado a Diagnóstico (PAD); Programa de Oportunidad de la Atención (POA) y Programa Prestaciones Complejas". La forma de financiamiento de los centros ambulatorios públicos de salud es "Presupuesto, Per-cápita en Atención Primaria de Salud (APS), PPV en Hospitales (Garantías Explícitas en Salud, GES)" y la forma de financiamiento del sector privado de salud es "Fee-for-service". Por su parte, el pago a los médicos en el sistema público es a través de salarios y el pago a los médicos en el sector privado es por medio de salarios u honorarios (por prestación).

Para la cobertura financiera frente a una enfermedad común, existen:

- Un seguro público, FONASA (12.504.226 beneficiarios), que se financian por la vía de "Impuestos generales, cotizaciones obligatorias y co-pagos".
- Trece seguros privados, ISAPRE (2.776.572 beneficiarios), los que se financian a través de "Cotizaciones obligatorias, cotizaciones voluntarias y co-pagos".

La cobertura del riesgo laboral se administra a través de un sistema de salud distinto denominado "Mutualidades de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales".

Regulación en Salud

PRESTADORES INSTITUCIONALES: REGULACIÓN DE PRECIOS

Existe regulación de precio en el caso de los prestadores públicos, donde la autoridad define los aranceles de los prestadores para los asegurados del sector público (Arancel Fonasa). También define lo que pagará el seguro a los prestadores privados en convenio para la Modalidad Libre Elección (MLE). A su vez, cada prestador público puede definir su propio arancel de precios para la atención a privados. El Arancel Fonasa es definido por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda, y determina los pagos a los prestadores que atienden a los asegurados del sector público y las coberturas de éste seguro. Por lo tanto, en este arancel se definen los pagos del seguro a los prestadores y los pagos por parte de sus afiliados (copagos) a éstos.

44 Incluye la protección de la población indigente.

En tanto, no existe regulación de precios en el caso de los prestadores privados cuando atienden a pacientes que pertenecen a las ISAPRES o bien a personas que utilizan prestadores privados, en forma particular.

PRESTADORES INSTITUCIONALES: REGULACIÓN DE LA CALIDAD TÉCNICA

Existe un sistema de regulación de la calidad técnica de los prestadores institucionales públicos y privados. El sistema consta de: Certificación de especialidades y subespecialidades médicas y odontológicas; Acreditación de prestadores institucionales y Programas Administrativos de Infecciones Intra-hospitalarias. En este caso el regulador es el Ministerio de Salud, y en materia de Acreditación de Prestadores Institucionales la Superintendencia de Salud tiene facultades interpretativas de las normas de ese sistema. Con todo, una vez vigente la garantía explícita de calidad, sólo podrán otorgar prestaciones de salud garantizadas por el Estado aquellos prestadores institucionales que estén acreditados.

PRESTADORES INSTITUCIONALES: SISTEMA DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Existe un sistema de resolución para los conflictos entre pacientes y prestadores (públicos y privados).

En la presencia de un problema relacionado con un daño de carácter asistencial ocasionado por un prestador público, el afectado puede solicitar una mediación al Consejo de Defensa del Estado (CDE).

Si existe un problema relacionado con un daño de carácter asistencial ocasionado por un prestador privado, el afectado puede recurrir a la Superintendencia de Salud. En forma previa a reclamar en la justicia ordinaria el afectado debe solicitar una mediación a dicha Superintendencia. En este caso, el proceso de mediación, de acuerdo a la ley, se desarrolla "ante mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud" y designados de común acuerdo por las partes en conflicto, quienes, además, deben pagar los honorarios de los mediadores que elijan.

Los principales conflictos se refieren a: problemas de mala práctica, calidad de la atención y los precios.

PRESTADORES INSTITUCIONALES: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

La Superintendencia de Salud a través de una encuesta de opinión a usuarios de los seguros de salud (público y privado), evalúa sistemáticamente cada año la satisfacción de los usuarios respecto del Sistema de Salud, aspectos de la Reforma y en especial sobre el cumplimiento de las GES. Dentro de los objetivos está la evaluación de los prestadores de salud públicos y privados.

En términos generales, se evalúa la satisfacción respecto de los atributos de infraestructura; equipamiento; atención médica y calidad. Asimismo, se mide la satisfacción por tipo de prestador, hospital/clínica, consultas y urgencia.

PRESTADORES PERSONALES: REGULACIÓN DE PRECIOS

En el caso de los prestadores personales que se desempeñan en el sector público, el Arancel del FONASA (mencionado con anterioridad) establece los valores de los honorarios médicos para cada tipo de prestación. No obstante lo anterior, el FONASA establece tres niveles de aranceles y los profesionales pueden adscribirse en cualquiera de ellos en forma voluntaria.

No existe regulación de precios para los prestadores personales que se desempeñan en el sector privado y atienden a pacientes de ISAPRE o particulares.

PRESTADORES PERSONALES: REGULACIÓN DE CALIDAD

El Sistema de Certificación de Especialidades Médicas y Odontológicas está en su fase de instalación. Existe regulación legal y reglamentaria, pero las normas técnicas específicas para cada una de las categorías de especialistas están en etapa de elaboración.

Respecto de los médicos generales y dentistas existe regulación, la que también está en etapa de instalación, denominada Sistema de Acreditación Universitaria. Además, en el caso de los médicos se realiza el "Examen Médico Nacional" destinado a evaluar sus competencias como médicos generales para acceder al sector público de salud. Estos últimos instrumentos son regulados por el sector educacional.

Con todo, una vez vigente la garantía explícita de calidad, solamente podrán otorgar prestaciones de salud garantizadas por el Estado los prestadores individuales (tales como Médicos, Enfermeras, Psicólogos, etc.) que estén inscritos en el Registro de la Superintendencia de Salud.

PRESTADORES PERSONALES: CERTIFICACIÓN

A los médicos generales y dentistas se les habilita profesionalmente mediante el respectivo título profesional otorgado por las Universidades reconocidas por el Estado.

A los médicos especialistas se les certifica en las especialidades y subespecialidades que el Ministerio de Salud incorpora (vía reglamento) al "Sistema de Certificación". Certifican a los especialistas las "Entidades Certificadoras", públicas o privadas, nacionales o internacionales, autorizadas para funcionar como tales por el Ministerio de Salud, en virtud de cumplir con los requisitos de idoneidad que establece el Reglamento del Sistema de Certificación.

La habilitación profesional de los profesionales de la salud, así como las especialidades de los médicos cirujanos y cirujanos dentistas, son inscritas en el Registro Público de Prestadores Individuales disponible en la página web de la Superintendencia de Salud.

PRESTADORES PERSONALES: RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Existe un sistema de resolución para los conflictos entre pacientes y prestadores personales (idéntico a lo que pasa en el caso de los prestadores institucionales).

En presencia de un problema relacionado con un daño de carácter asistencial ocasionado por un prestador personal del sistema público, el afectado puede solicitar una mediación al Consejo de Defensa del Estado (CDE).

Si existe un problema relacionado con un daño de carácter asistencial ocasionado por un prestador personal del sector privado, el afectado puede acudir a la Superintendencia de Salud. En forma previa a reclamar en la justicia ordinaria el afectado debe solicitar una mediación a esa Superintendencia. En este caso, el proceso de mediación, de acuerdo a la ley, se desarrolla “ante mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud” y designados de común acuerdo por las partes en conflicto, quienes, además, deben pagar los honorarios de los mediadores que elijan.

Los principales conflictos de refieren a: problemas de mala práctica, calidad de la atención y los precios.

RESUMEN DEL MARCO REGULATORIO DE PRESTADORES

	Prestadores Institucionales				Prestadores Personales			
	Precios	Calidad	Resolución de Conflictos	Satisfacción	Precios	Calidad	Resolución de Conflictos	Certificación
Públicos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Privados	No	Común	Sí	Común	No	Co-mún	Común	Sí

SEGUROS: REGULACIÓN DE PRECIOS

En el caso del Seguro público (FONASA), la prima legal obligatoria es del 7% respecto del ingreso mensual con tope de 66 UF⁴⁵ para su cálculo.

En el caso de los seguros privados (ISAPRE), el 7% es un mínimo para la prima individual por riesgo que se determina según sexo y edad del asegurado y que constituye el plan complementario de salud. Asimismo se tiene la prima solidaria, la cual es un precio fijo por aseguradora que cubre las prestaciones de las Garantías Explícitas en Salud. Con todo, hoy la prima promedio que los afiliados pagan en el sistema privado bordea el 10% de la renta imponible. Adicionalmente, se regulan las modificaciones anuales del precio base según una banda de precios equivalente a (más/menos) 30% de la variación promedio de las respectivas ISAPRE.

SEGUROS: REGULACIÓN DE BENEFICIOS

En el caso del seguro público, se regula el listado de prestaciones de salud que tendrán cobertura y los montos de dicha cobertura tanto para la Modalidad de Atención Institucional (MAI) como para

45 Valor equivalente, a julio de 2011, a \$1.447.957 o US\$3.139 aproximadamente.

la Modalidad de Libre Elección (MLE). También se regulan las patologías que tendrán Garantías Explícitas en Salud, definiendo las prestaciones que serán garantizadas en cada patología, el arancel que tendrán asociado y el porcentaje de cobertura.

En el caso de los seguros privados, se regula el listado mínimo de prestaciones que deben ser cubiertas por el seguro y su cobertura mínima, el formato tipo y contenido mínimo de los planes de salud en sus distintas modalidades de atención (Plan de libre elección, Plan cerrado o Plan con prestadores preferentes). Además, se regulan los beneficios mínimos establecidos en la ley como subsidios por incapacidad laboral y el examen de medicina preventiva. También se regulan las patologías que tendrán Garantías Explícitas en Salud definiendo las prestaciones que serán garantizadas en cada patología, el arancel que tendrán asociado y el porcentaje de cobertura.

SEGUROS: RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Existe un sistema de resolución de conflictos para aquellos que se generen entre los seguros (público y privado) y los beneficiarios.

En presencia de un problema con su seguro de salud, el afectado debe reclamar primero ante su seguro, teniendo este último un plazo para responder. Si el afectado no quedase conforme con la respuesta de su seguro puede reclamar en la Superintendencia de Salud, quien realizará el proceso investigativo y tomará las acciones correctivas pertinentes.

SEGUROS: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

La Superintendencia de Salud en Chile, a través de una encuesta de opinión a los usuarios de los seguros de salud (público y privados) evalúa sistemáticamente cada año la satisfacción de los beneficiarios respecto del Sistema de Salud, aspectos de la Reforma y en especial sobre las Garantías Explícitas en Salud. Dentro de los objetivos primarios está la evaluación de los seguros de salud (el público y los privados).

En términos generales, se evalúa la percepción de protección con su seguro de salud, satisfacción respecto de la rapidez de la atención; el trato; el costo de la atención; los precios de los planes; la calidad de los profesionales y los medicamentos.

SEGUROS: VIABILIDAD FINANCIERA

En el caso del seguro público, hay múltiples evaluaciones financieras, de atención de salud, de nivel de salud y de la reforma, pero no evaluaciones de la viabilidad del seguro público como tal.

En el caso de los seguros privados, hay múltiples evaluaciones financieras, de atención de salud, de los beneficiarios de las ISAPRE y de las acciones de la reforma. Como parte de la evaluación financiera se verifican indicadores de patrimonio, garantía y liquidez, con el objetivo de poder anticipar potenciales problemas en la viabilidad de los seguros y poder tomar acción temprana frente a incumplimientos.

RESUMEN DEL MARCO REGULATORIO DE LOS SEGUROS

	Precios	Beneficios	Resolución de Conflictos	Satisfacción	Viabilidad Financiera
Seguros Públicos	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Seguros Privados	Sí	Sí	Sí	Común	Sí

MERCADO FARMACÉUTICO: REGULACIÓN DE PRECIOS

No existe regulación de precios.

MERCADO FARMACÉUTICO: REGULACIÓN DE LA CALIDAD

El Instituto de Salud Pública es un organismo estatal que regula la calidad técnica en términos de buenas prácticas de manufactura; bio-disponibilidad; bio-equivalencia; importación; registro; caducidad; reacciones adversas y fármaco-vigilancia, mediante permisos de importación de medicamentos y registros de medicamentos. La otra regulación solamente se refiere a definir el listado de medicamentos que se entregan obligatoriamente en base a receta médica, y de aquellos que se entregan y/o venden con receta médica retenida.

En estos momentos se está analizando impulsar la Agencia Nacional de Medicamentos con lo que se espera controlar la calidad y precio de los fármacos.

MERCADO FARMACÉUTICO: REGULACIÓN DE LA COMERCIALIZACIÓN

Existe regulación de la comercialización de medicamentos, principalmente de uso hospitalario que adquieren los servicios de salud vía Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST). En el sector privado sólo se encuentra la Fiscalía Nacional Económica y el Tribunal de la Libre Competencia, quienes fiscalizan y sancionan para que las prácticas de comercialización se ajusten a las de un mercado que funciona en base a las reglas de la libre competencia y dónde se impiden prácticas monopólicas y concertación en la fijación de precios entre los competidores.





MODELOS Y MECANISMOS DE **FINANCIAMIENTO**

MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE LA REGIÓN



PRESENTACIÓN DR. RUBÉN TORRES, GERENTE DE SISTEMAS OPS/WASHINGTON

El Dr. Rubén Torres, Gerente de Sistemas de Salud basados en Atención Primaria de Salud de la OPS /OMS en Washington otorgó realce con su intervención al IV Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud, abordando los Modelos y Mecanismos de Financiamiento de los Sistemas de Salud.

De vasta trayectoria, el Dr. Torres manifestó que ha participado en los cuatro eventos que ha generado la Asociación de los Órganos de Control. En el primero, desarrollado en Cartagena, Colombia, asistió como Superintendente de Argentina. En el segundo, realizado en República Dominicana como Consultor Social de la OPS. El 2009 se hizo en Chile, oportunidad que actuó investido como representante de la OPS en Chile y en esta Cuarta Reunión lo hizo como Gerente de Sistemas de OPS.

Sus primeras palabras fueron para ratificar la disposición que tiene la organización internacional que representa, para apoyar el trabajo con los entes regulados. Asimismo, instó a los presentes a vencer las distancias que muchas veces existen entre la entidad rectora que es el Ministerio de Salud y las Superintendencias. "Tenemos que tratar de vencer estas situaciones y acercarnos porque los objetivos de ambos son los mismos: lograr que la cobertura llegue a una mayor cantidad de gente con la mejor calidad y en las mejores condiciones posibles", declaró.

Financiamiento y los Mecanismos de Financiamiento en los Sistemas de Salud de la Región

En su introducción a los sistemas de salud de la región, señaló que los países están tipificados conforme a un esquema de la OMS que los caracteriza según la vinculación existente entre sistemas de financiación pública y no pública.

De esta forma, los países están agrupados en tres tipologías:

- a) Países con financiamiento público: Brasil, Cuba y Caribe Inglés.
- b) Países con integración del público y del privado: Costa Rica, Chile, Colombia, República Dominicana.
- c) Países donde no hay interrelación importante entre ellos. No sólo en financiamiento, sino también en escasa o nula integración de redes públicas y privadas de prestaciones: Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay.

Al referirse al Informe de la Salud en el Mundo del 2010, de la OMS referente a la cobertura y la protección social, indicó que las deducciones de éste son muy contundentes.

El informe basado en evidencia, manifiesta que evidentemente los mejores resultados de los sistemas de salud en el mundo se obtienen cuando la financiación es eminentemente pública.

Más allá de cómo fue gestionado este financiamiento, el Dr. Torres ratifica que “la evidencia demuestra que el aporte público es una condición sine qua non para que los sistemas obtengan buenos resultados”.

En el tercer grupo donde hay sistemas con una articulación pobre entre el financiamiento público y privado, advierte que a Uruguay habría que pasarlo al primer grupo que es donde está Brasil, Cuba y el Caribe Inglés, países que han logrado una gran comunicación y donde se hace evidente el financiamiento público.

Una situación que llama la atención respecto del problema del financiamiento es el crecimiento casi inédito que ha experimentado la región en los últimos siete u ocho años desde el punto de vista de su producto bruto interno, PIB. El promedio del PIB para la región es de casi 4 puntos de crecimiento por año y hay muchos países de la región que hasta casi los han duplicado.

Pareciera increíble, señala, pero no hay ningún país, inclusive el más pobre que es Haití, que haya dejado de crecer durante estos ocho años. Por lo tanto, frente a este escenario la pregunta que hay que hacerse frente a esta favorable coyuntura es si este mayor financiamiento se tradujo en mayor inversión en el sistema social y básicamente, en el sector salud.

Evidentemente, el Gasto Público Social en la Región entre los años 1990 y 2007 aumentó considerablemente alcanzando un 5,2%. Sin embargo, al desagregar los cuatro componentes: salud, educación, vivienda y asistencia social, causa extrañeza los resultados registrados especialmente en salud donde el gasto social sólo se incrementó en un 0.7%.

Es decir, la idea de que el crecimiento global de los países se ha traducido en una mayor inversión en el sector salud es relativamente cierta. Sin embargo, ésta no es proporcional al crecimiento de la región. “Nuestros líderes habitualmente desde el estado político, señalan que lo más importante es la educación y la salud de la población. Pero, los hechos demuestran que ninguno de los dos sectores son privilegiados en inversión”, concluye el personero.

Por otra parte, ¿existen posibilidades de obtener recursos que puedan ser aplicados a la salud, fruto de ese crecimiento cambiando los regímenes impositivos?

Durante los años 1990, 1998 y 2006 la carga impositiva en la región aumentó. “Es decir, si uno se fijara en esto, sin tomar en cuenta ningún otro hecho pareciera ser que existe alguna posibilidad desde el punto de vista fiscal de mayor aplicación de gasto al sector salud”.

La presión tributaria aumentó en la gran mayoría de los países de la región, situación que se contempla en: Brasil, Uruguay, Argentina, Nicaragua, Honduras, Chile, Bolivia, Colombia, Perú, El Salvador, República Dominicana, Costa Rica, Paraguay, Venezuela, Guatemala, Haití. Mientras que México y Panamá son los únicos países que registran una baja en la presión tributaria.

Desde el punto de vista de la seguridad social, se puede observar que en el período comprendido entre los años 1990 y 2006, claramente la presión tributaria también se incrementó.

Un análisis comparativo de la región respecto de la aplicación de gasto en los sistemas de salud en el que se comparan los países del primer grupo Cuba, Brasil y el Caribe Inglés con financiamiento eminentemente público son aquellos donde existe una combinación de gasto público con privado y de seguridad social a través de aportes y contribuciones, reafirma nuevamente que no existe una correlación entre la presión tributaria y las cotizaciones de la seguridad social. Es más, se observa una gran separación entre estas dos variables.

Ahora bien cuando se examina el tema tributario, desde el punto de vista de las fuentes básicas de aporte de dinero a los sistemas de salud, lo primero que llama la atención es que América Latina es la región del mundo donde la presión tributaria, si bien ha ido aumentando a lo largo de los años, todavía sigue siendo mucho menor que en el resto del mundo, no sólo de los países desarrollados, sino también de países en vía de desarrollo. Es decir, en términos globales y en promedios, es la región de menor presión tributaria de todo el planeta, aún cuando hay países que constituyen la excepción.

“El tema del crecimiento económico y de la presión tributaria por tanto, no van de la mano con la disminución de la equidad. Y si hay algo que nos iguala en la región: es que somos inequitativos, más allá de cuáles sean nuestras condiciones de crecimiento”, sentencia el Dr. Torres.

Hay países que crecen que tienen más presión tributaria, pero que no han logrado resolver las diferencias entre los que más tienen y los que menos tienen. Y este es un problema serio, porque salud es uno de los motores que permite reducir esas diferencias”.

¿A qué cosas cobramos impuestos en la región? pregunta. Más allá que somos la región con menor presión tributaria, es la que tiene el menor porcentaje de tributos directos de todo el mundo.

Este tema se relaciona además con otro a discutir, que es la composición de la trama tributaria de nuestros países. Al respecto, indica, evidentemente no estamos cobrando impuestos a la riqueza, sino al consumo y esto, desde el punto de vista de la progresividad y de la equidad, contraría la posibilidad de disminuir la inequidad. Este aspecto hay que revisarlo muy seriamente porque muchas veces, por nuestros órganos reguladores pasan algunos niveles de liberación de impuestos, por ejemplo sobre algunas aplicaciones que tienen que ver con el sector.

¿Cómo se invierte el gasto en salud en el mundo? Aludiendo a los antecedentes del último informe de la OMS, en el año 2005 se gastaron 4 trillones de dólares en salud en el mundo. La distribución del gasto público se compone de la siguiente manera: El 33% del gasto total en el mundo lo hacen los Gobiernos, a través de los erarios públicos, excluida la seguridad social. En segundo lugar, está la seguridad social con sus aportes y contribuciones que aportan el 26%. Es decir más del 50% del gasto es público o tiene un componente de distribución solidaria. El 19% está compuesto por los seguros privados, entendiéndose por ello como definición de la OMS que es el pago que va directamente del bolsillo del aportante al sistema de aseguramiento.

Sin embargo advierte el Dr. Torres, en la región, muchos países como Colombia, República Dominicana, Chile y Argentina, tienen una gran participación del aseguramiento privado en los sistemas de salud globales. Y si

bien no hay un pago directo de bolsillo total de la prima entre el asegurado y el sistema asegurador, a veces hay copagos y coseguros que deben ser incorporados a ese componente de seguros privados.

A juicio del Dr. Torres "esto es lo grave de todo el mundo en la región: el pago directo de bolsillo, síntoma de inequidad brutal". Subraya que lo que caracteriza globalmente a la región es el pago directo de bolsillo y pago de primas de planes privados de salud, situación que califica de alarmante.

"Hay países, indica, donde el gasto de bolsillo y el gasto de planes privados supera la inversión pública." Si tomamos la inversión pública de los impuestos nacionales, en todos los casos esta es superada por el gasto de bolsillo, pero si aún le sumamos la seguridad social, existen muchos países donde el aporte de bolsillo sumado al de los seguros privados supera la inversión solidaria.

Este es un aspecto que claramente hay que abordar porque ya está demostrado y así lo indica el informe de la OMS/OPS, que la inversión pública es la única que garantiza un sistema de salud que brinda resultados positivos en términos de indicadores, concluye.

¿Cómo se justifica entonces que países que están caminando hacia una cobertura universal todavía tengan una presencia tan importante de aseguramiento privado?

Este aseguramiento privado, cuyos valores son menores en los países desarrollados, es sólo complementario o suplementario al piso de protección que otorga el Estado. Sin embargo, vemos que en nuestra región y en algunos países, ese aseguramiento es el piso de protección que reemplaza al Estado.

La inexistencia de una correlación estricta entre el Ingreso Per Cápita y los seguros de salud privados, es un tema a tener muy seriamente en cuenta.

Hay cosas que llaman poderosamente la atención. Argentina por ejemplo, tiene el 50% de cobertura de la seguridad social y un sistema bastante accesible desde el punto de vista público, por lo tanto, resulta inexplicable la existencia de un compromiso tan alto de seguros privados.

¿Los países están gastando mucho o poco en salud?... ¿O cuánto se debe gastar en salud?

Y al respecto, declara que hay países que claramente gastan en salud por encima de lo que es su promedio de ingreso per cápita. El ejemplo más típico es el de Estados Unidos donde el aporte al gasto sanitario está muy por encima del promedio del ingreso per cápita respecto del ingreso del país.

Pero también cabe preguntarse si gastar más ¿significa tener mejores resultados?... ¿Financiar mejor el sistema, asegura mejores resultados?

Un nuevo análisis del gasto en salud per cápita, del año 2005, muestra que los países de la OCDE gastaron en promedio 2.550 dólares, mientras que el gasto en EEUU era 6.401 dólares, es decir casi tres veces que el de los países de la organización de desarrollo económico.

Respecto del PBI promedio, el gasto total en salud de la OCDE era de 8.6% y el de EEUU, 15.3%. Sin embargo, al observar los indicadores se detectan los siguientes resultados. En los países de la OCDE, la mortalidad infantil es de 5.9 por mil, mientras que en Estados Unidos es de 7.0 por mil por nacidos vivos.

Por lo tanto, los hechos demuestran que el problema no es sólo el financiamiento. Poner dinero no garantiza tener mejores resultados: es imprescindible la instalación de una gestión eficiente.

En el ámbito del financiamiento, las preguntas para los reguladores son: ¿qué debemos regular y hasta dónde? En un sistema donde hay mucho gasto de bolsillo, donde hay mucha inversión en primas de seguros privados, qué cosas deben regular los sistemas de control.

¿Debe haber un marco único regulatorio para el sistema público y privado o debe haber marcos diferentes?

Yo no tengo respuesta para eso, dice el Dr. Torres.

¿Cuáles son los objetivos de la regulación? Es decir ¿regulamos para mediar las ganancias de las compañías privadas, para mediar el gasto público o regulamos para obtener mejores resultados de salud?

Y finalmente, ¿cuáles son las externalidades de la regulación?

Al regular nosotros podemos favorecer o destruir el mercado privado. O podemos favorecer o destruir el sistema público, responde el Dr. Torres.

Si nosotros no intervenimos en la regulación lo más probable es que haya migración de trabajadores del sector público al sector privado. Y si no regulamos precios en el sector privado, podemos tener un disparo de los costos del sistema público. Y estas son todas externalidades que dependen de las condiciones de regulación de cada uno de los organismos que Uds. representan.

Cobertura Universal

Un Informe de la Salud en el Mundo del año 2010 establece la existencia de tres dimensiones que avanzan hacia la cobertura universal.

Si logramos cubrir a toda la población, evidentemente se ha alcanzado el objetivo. Pero cuidado, hay países que han alcanzado una cobertura muy alta por ejemplo Argentina, Uruguay, Costa Rica, pero las diferencias de calidad entre cada uno de los que acceden al sistema, es muy grande.

Entonces hay que plantearse una primera dimensión: Si tenemos cobertura universal ¿es igual para todos? O hay diferencias de calidad que no justifican esa cobertura universal.

La segunda dimensión tiene que ver con los gastos directos. Porque podemos tener cubierta a toda la población, pero se sabe que hay copagos o coseguros que limitan el acceso para un sector de la población.

La tercera dimensión tiene que ver con qué servicios están cubiertos. Y esto coloca en el centro de la discusión un tema que hemos mencionado: el de la judicialización de la salud, que ha ido en aumento en la mayoría de nuestros países. Colombia, Argentina y muchos otros, están sufriendo problemas seriamente. Y esto pasa por definir exactamente cuáles son las garantías que el Estado ofrece a cada uno de los ciudadanos y en qué condiciones. Es decir, cómo está conformado su conjunto de prestaciones.

Pero, cuidado, advierte el Dr. Torres. Porque acá chocamos con un inconveniente que también hay que discutir, que es la concepción del derecho humano de muchos de los acuerdos internacionales que nuestros propios países han firmado, como ya le ha ocurrido a Colombia con la definición de la Corte Constitucional, en el sentido que la salud no tiene límite y que el hecho de no tener financiamiento no es una objeción para que se puedan administrar servicios de salud.

Esta es una situación que hay que abordar, porque de lo contrario esto hasta desvirtúa el sentido de la política sanitaria. ¿Porque para qué vamos a hacer política sanitaria si no tenemos que poner el ojo en los recursos?

En salud los recursos son limitados y las necesidades son ilimitadas, por lo tanto, el objetivo de la política sanitaria es tratar de ver cómo se balancean estas variables. Si esa objeción desaparece en función de esos convenios internacionales, la política sanitaria pierde el sentido.

Otro tema a discutir es, si debe o no haber fondos para las enfermedades catastróficas. Este es un problema serio porque como lo ha definido la OMS a partir del 25 a 30% del gasto de bolsillo, el impacto en los hogares y en el empobrecimiento, es fortísimo. Es en este aspecto donde entran a tallar los órganos reguladores que tienen un rol preponderante para impedir justamente: la catástrofe.

En este sentido, el Dr. Torres explica que cuando se habla de problemas catastróficos no hay que pensar en el trasplante o en la gran enfermedad cardiovascular. ¡Cuidado! Advierte. Porque para el primer y segundo quintil de la población es catastrófico comprar en la farmacia un medicamento todos los días. Eso incide en el 20 o 30% de sus gastos en salud y eso está probado. Por lo tanto, nuestro papel como reguladores en el mercado farmacéutico, es clave. Nuestro rol regulador en el primer nivel de acceso a la atención, que es el segundo ítem de gastos en los niveles más pobres, es condición sine qua non para lograr también esta equidad.

En relación a esta materia, muestra un análisis que refleja en todos los quintiles que los medicamentos tienen una influencia muy importante en el presupuesto de cada hogar. Sin embargo, en el primer y segundo quintil constituyen condiciones de empobrecimiento. Por lo tanto, declara, el gasto catastrófico tiene que ser abordado por nuestra regulación y comprometerse con esta situación.

El segundo ítem, revela que también hay un gasto importante en la atención ambulatoria de primer nivel, indicio que también se está en falta con la atención primaria de la salud.

“Tenemos que regular la AP, porque de ella hemos hablado, discutido, escrito, analizado pero seguimos estando en deuda con su aplicación y aquí nosotros como entes reguladores podemos tener un papel importante en su materialización”.

La iniciativa conjunta de la extensión de la protección social en salud de la OPS y de la organización internacional del trabajo, OIT, apuntan justamente no sólo a lograr la cobertura universal, sino a reducir el impacto económico del gasto en salud para que éste no sea causal de quiebra en los hogares.

Esta protección social en salud está definida como “la garantía que la sociedad otorga por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas en salud, al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo. Los grupos de la sociedad que no pueden hacer uso efectivo de esta garantía, constituyen los excluidos en salud”.

Entonces, la pregunta que asalta es ¿Por qué aparecen seguros privados llamativamente en la región?

Al estudiar la evolución de la cobertura universal en el mundo, se detecta que los sistemas empezaron con un predominio de gasto de bolsillo y financiamiento público limitado. Pero, posteriormente el financiamiento público evolucionó creciendo e incrementándose a través de diversos mecanismos: aseguramiento, cobertura universal, seguros sociales. Asimismo, aparecieron seguros privados que cubrían a otros segmentos de la población.

La gran mayoría de los países desarrollados, tiene la población cubierta por esquemas financiados públicamente y los seguros privados sólo otorgan cobertura secundaria, complementaria o suplementaria. El Estado, en estos casos auspicia la protección y es garante de los derechos en salud de todos los ciudadanos.

América Latina está muy lejos de esa situación. Los seguros privados en la región, muchas veces son la única garantía de atención para un grupo de ciudadanos que tienen acceso económico y este es un tema sobre el que hay que poner adecuada atención.

El otro problema y donde la regulación debe intervenir fuertemente es con la fragmentación de nuestro sistema. Es decir, sistemas donde hay componentes de seguridad social, un componente de aseguramiento público y otro de aseguramiento privado y que entre sí no tienen lazos de integración. Este es un gran problema en la región y una gran oportunidad, porque desde la regulación hay posibilidad de subsanarlo.

En muchos casos el ciudadano se siente desorientado, sabe que tiene acceso, pero no conoce ni por donde entrar ni por donde salir. La regulación puede mostrarle a este señor que está en la puerta del sistema, cuál es la hoja de ruta.

Otra materia preocupante, signo de los nuevos tiempos, es la obsolescencia social. Es decir, cuando los sistemas están inadecuados a las necesidades de la gente. Algo que es propio de nuestra realidad, donde se ofrecen servicios altamente tecnificados, caros e inaccesibles, pero que está demostrado que no cambian para nada las condiciones de la población. Generalmente, los que tienen acceso a estas tecnologías son individuos provenientes del IV y V quintil, pero no así los del I y II quintil. Sin embargo, estos servicios no tienen impacto sanitario, demostrándose que no incide para nada en el mejoramiento de la salud de la población.

De allí la importancia de revisar cómo estamos gastando el dinero y las fallas que tenemos y en las cuales la regulación debería estar involucrada.

Una de las causas de mayor gasto inútil es la falta de control de prescripción y dispensación de los medicamentos. Hay sistemas que concentran un 40% de la prescripción farmacéutica que no tiene evidencia, es decir al paciente no le sirve para nada y esos son fondos que podrían ser utilizados para cubrir necesidades importantes de otras personas.

Otro tema es la demanda inducida por los proveedores, el tema de la regulación de la propaganda y la incidencia en los mercados; intervenciones de costo elevado y bajo efecto que a veces están cubiertos por nuestros conjuntos de prestaciones.

También es importante indagar cómo se utiliza la tecnología, porque es un problema regulatorio. Sebastián Elcano, navegante español dio la vuelta al mundo muchas veces y se dio cuenta que el 20% de sus marinos morían en el trayecto, por falta de vitamina C lo cual genera escorbuto. Pasaron 246 años hasta que un marino inglés, Lancaster, descubrió que dándole jugo de limón se prevenía el escorbuto, lo que constituye una innovación tecnológica por el nivel de vidas que salva.

Hoy, el mercado está tan acelerado en la provisión de tecnologías que todos los días aparecen 246 técnicas nuevas, entonces es obligación de los reguladores determinar cuales se financian y cuales se descartan. Porque hay una presión muy fuerte de la industria para financiar tecnología que no tiene objetivos claros.

Otro problema que se nos viene es el de los medicamentos biológicos. Actualmente, se observa que en los gastos catastróficos han comenzado a aparecer medicamentos diseñados para cada enfermedad y ese costo está siendo insostenible para la mayoría de los sistemas. Esta irrupción en el mercado genera además otras polémicas como la sustitución de los genéricos, el de las patentes farmacéuticas, temas que hay que tener siempre en cuenta.

Finalmente, termino con esta pregunta: ¿La regulación sirve o no sirve?

Un estudio en Estados Unidos dividió a 9 mil pacientes atendidos por Medicaid/Medicare en dos grupos. Uno, que carecía de un sistema coordinador de atención médica y otro que sí tenía algún sistema coordinador.

Los resultados fueron claramente reveladores: El 10% de los pacientes que no tenía ningún sistema coordinador gastaban el 46% en drogas, 45% en prescripciones y se llevaban el 32% del gasto médico. Globalmente, los que no tenían coordinación del tratamiento gastaban 15.000 dólares por año y los que tenían coordinación 3.116 dólares. Lo cual está demostrando que la regulación algún efecto tiene en el bienestar de las personas.

Todos los costos del mercado de la salud están por sobre encima del índice de costos de la economía global ¿hay alguna justificación macroeconómica para esto? La respuesta es no. Esto está inducido por un mercado no regulado, razón más que valedera para que en este desafío se involucren los órganos reguladores y de control.

EL MODELO CHILENO DE FINANCIAMIENTO EN SALUD



PRESENTACIÓN DEL SUPERINTENDENTE DE SALUD DE CHILE, LUIS ROMERO STROOY.

Luis Romero Strooy, actual Superintendente de Salud de Chile, es Ingeniero civil industrial de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Master en Administración de Negocios de la Universidad de San Francisco, California.

Asumió el cargo a partir del 8 de julio de 2010, tras ganar el correspondiente proceso de selección a través del Sistema de Alta Dirección Pública.

Ejecutivo de vasta trayectoria profesional con más de 20 años de experiencia en empresas nacionales e internacionales relacionadas con el área de Seguros, Salud y Tecnología, tales como Exxon, Cigna, Colmena Golden Cross, sociedades gremiales y clínicas.

La población chilena está compuesta por cerca de 18 millones de habitantes con un alto porcentaje de mayores de 65 años.

Dentro de los indicadores de morbi-mortalidad, destacan: la esperanza de vida al nacer al año 2009 es de 79 años, la tasa de mortalidad infantil es de 7 por mil nacidos vivos.

El 73,5% de la población está afiliada a Fonasa que corresponde al sistema público y el 16,3% está en isapres, es decir pertenece a seguros privados. El PIB Per Cápita es cercano a los 10.000 dólares. Mientras, que el gasto en salud, el año 2009, era de un 8,2%.

Si nos comparamos con Latinoamérica y El Caribe y con los países de la OCDE estamos en una etapa intermedia. La población adulta mayor es de un 9% mayor que en LA y El Caribe y en las otras variables, como porcentaje de la población menor 15 años, PIB per cápita, gasto en salud como porcentaje del PIB, gasto en salud per cápita, gasto en salud del sector público, tasa de mortalidad infantil (c/1000 nacidos vivos), se conserva la tendencia de estar en un área intermedia.

Si comparamos el gasto per cápita por los años de expectativas de vida, Chile es uno de los países que más gasta en salud y obtiene resultados bastante razonables, al observar el incremento en las expectativas de vida.

Pero, si nos comparamos con los países de la OCDE a pesar que tenemos un gasto bastante más bajo, logramos posicionarnos en un nivel medio bajo a la par de otros países como Alemania, Estados Unidos, Noruega y Dinamarca.

Los cambios epidemiológicos están variando la pirámide poblacional en Chile. Desde el año 1950 en que se mantenía la tendencia de esta figura, ahora prácticamente se llegará a un rectángulo con el

acelerado crecimiento de la población adulta mayor, con los problemas que ello implica. Hay países que se mantienen bastante alejados de esta preocupación como Bolivia y Honduras, pero para nuestro país, éste es uno de los problemas a resolver, ya que al igual que los países de la OCDE, se observa que la población mayor es mucho más que la menor de 15 años.

Modelos de Financiamiento de la Salud

La OMS define la salud como la “Función de un sistema de salud relacionada con la movilización, acumulación y asignación de recursos para cubrir las necesidades de salud de las personas, individual o colectivamente, en el sistema de salud”.

En Chile, las diversas fuentes de financiamiento se traspasan a los seguros de salud y éstos a su vez a la red de prestadores. Los mecanismos de financiamiento para la salud provienen de impuestos generales; contribuciones a la seguridad social (cotizaciones); seguros privados (primas de prepago) y gasto de bolsillo (copagos).

Dentro de los sistemas de pago se contempla: presupuestos por ítem, histórico, per cápita y pagos por prestaciones, por diagnóstico (PAD,GRD) y por estado de salud de la población asignada per cápita.

¿Cómo Influye el Modelo de Financiamiento en la Población?

El modelo influye en el ACCESO, es decir, cómo se otorga la cobertura de salud a la población; en la EQUIDAD, cómo se entrega el mismo servicio y con la misma calidad a todas las personas y en la EFICIENCIA, cómo se combina la calidad, la contención de costos y el buen servicio.

El Estado como fuente de financiamiento contribuye con un aporte fiscal proveniente de los impuestos generales de la nación a las FFAA y al Fondo Nacional de Salud, FONASA, que es el seguro público.

Las personas están obligadas a cotizar un 7% para gastos de salud y que pueden decidir voluntariamente si cotizan en un seguro público o en un seguro privado. Las empresas colaboran con un 0,9% de la renta a las Mutuales de Seguridad, que son las entidades responsables de la seguridad laboral, accidentes del trabajo y salud ocupacional.

Todos estos seguros trabajan a su vez con distintos prestadores. Las Fuerzas Armadas, por lo general tienen sus hospitales institucionales, el Fonasa tiene la red del sistema público y además convenios con centros privados.

Las isapres, que son los seguros privados, trabajan con redes privadas, pero en algunas regiones mantienen convenios con prestadores públicos y las Mutuales tienen sus propias redes y también convenios con privados.

El seguro público, FONASA, es financiado por aportes del Estado y con el 7% que imponen los ciudadanos de bajos ingresos, este seguro entrega sus servicios a través de prestadores públicos y privados.

Las personas de mayores ingresos, entregan aproximadamente un 10% de su salario a costos de salud. Principalmente, pagan seguros privados que son las isapres, los que pagan a su vez a prestadores privados y públicos.

Hay además un área de seguros complementarios que ofrecen compañías de seguros que cubren adicionalmente a todo este sistema. Las personas compran estos seguros y algunas empresas lo entregan además como un aporte complementario a los gastos en salud que debe hacer su personal.

¿Qué es lo que ofrecen los sistemas de seguros?

FONASA: SEGURO PÚBLICO

El seguro público tiene un plan general que está compuesto por el Plan AUGE, la Modalidad de Atención Institucional o MAI, que involucra solamente a los prestadores del sistema público, y la Modalidad de Libre Elección, que lo utiliza el segmento más alto de los afiliados a Fonasa. Esta modalidad les permite a las personas atenderse en el sector privado a través de bonos de atención cuyos copagos son alrededor de un 50%.

Los copagos están definidos conforme al grupo al que pertenece cada persona. De este modo se definen el grupo A, integrado por personas carentes de recursos o indigentes, y el grupo B, cotizantes con ingresos inferiores al mínimo o pensionados no tienen copago. El grupo C, son cotizantes con ingresos entre \$172.000 y \$251.120, que tienen un 10% de copago. El grupo D, cotizantes con ingresos superiores a \$251.120 (US\$ 540), tienen un 20% de copago. Ambos en la modalidad MAI.

Por lo tanto, los grupos C y D son los que tienen más acceso a la Modalidad de Libre Elección en el sector privado.

ISAPRES: SEGUROS PRIVADOS

El plan de salud privado también se compone por el PLAN AUGE que es común para todos los chilenos y que tiene un precio por isapre, independiente del riesgo individual. Un Plan Complementario de Salud que lo define cada isapre y cuyo precio se estima combinando el valor base y el riesgo individual de cada individuo. Finalmente, algunas instituciones ofrecen beneficios adicionales como seguros de viaje, seguros de cesantía que son independientes de cada una de las instituciones de salud previsionales y cuyo precio depende del beneficio ofrecido.

Respecto del Plan AUGE o GES, que es de acceso universal, porque beneficia a toda la población afiliada al Fonasa y a las isapres, consiste en un modelo garantizado de salud que tiene cuatro garantías: acceso, oportunidad, protección financiera y calidad, las que están escritas y son exigibles por todos los afiliados con diagnósticos garantizados.

GARANTIA DE ACCESO: obliga al Fonasa y a las isapres a asegurar la entrega de las prestaciones garantizadas a todos sus beneficiarios que están contenidas en este plan.

OPORTUNIDAD: Es el plazo máximo para la entrega de las prestaciones de salud garantizadas. Plazo fijado en horas, días o meses, según la prestación.

CALIDAD: Las prestaciones garantizadas deben ser entregadas por un prestador de salud registrado y acreditado en la Superintendencia de Salud.

PROTECCIÓN FINANCIERA: El pago que debe efectuar el afiliado por las prestaciones garantizadas está indexado a un arancel fijado por Decreto Supremo (0% a 20%).

Para el diseño e implementación del Plan AUGE, se aplicó un sistema de priorización que identifica los problemas que son los más frecuentes, como también lo más grave, de mayor costo y que además daña la calidad de vida de las personas.

Las intervenciones garantizadas fueron aquellas consideradas como las más efectivas y que contemplan Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación. Con todos estos elementos, se definió la factibilidad del plan considerando la capacidad de oferta del país y los recursos disponibles.

La implementación del AUGE ha sido gradual: El año 2005, se establecieron 25 problemas de salud garantizados, el 2006 se ampliaron a 40, el 2007 a 56 y el 2010 a 69.

¿Cómo funciona? Se paga a través de un Fondo de Asignación por Riesgo en el cual se determina el valor que este plan debe tener en forma universal y ese valor único se cobra a cada una de los afiliados de las isapres.

Los aportes se determinan según el valor de la prima comunitaria y el número de beneficiarios, los que se concentran en un Fondo General, el cual sobre la base de una redistribución por riesgo, distingue las poblaciones más y menos riesgosas. El Fondo reasigna recursos manteniendo el equilibrio entre ingresos y gastos, y compensa a cada isapre el riesgo basado en el sexo y edad de los beneficiarios.

INGRESOS EN SALUD

Los ingresos en salud en Chile se distribuye de la siguiente forma: según datos del 2009, el 82% de la población está en Fonasa y el 18% en isapres. Este 18% contribuye con un 55%, mientras que la población del Fonasa lo hace con un 45%, sólo en cotizaciones. Por lo tanto, explica el Superintendente Romero, tiene que existir este aporte estatal para nivelar de alguna manera ambos subsistemas.

Con el aporte del Estado, el sector público se lleva un 69% de los ingresos y el sector privado un 31% a isapres. O sea un 18% de la población tiene un 31% de los recursos y un 82% de la población accede al 69% de los recursos.

El sistema chileno cubre tanto el gasto de prestaciones directas de salud como los gastos de subsidios por incapacidad laboral, es decir paga el sueldo de aquellas personas que están inhabilitadas por alguna enfermedad.

Considerando el gasto total en prestaciones y en SIL, Subsidio de Incapacidad Laboral, el gasto total de las personas asignadas al sistema público es de un 73%, mientras que los afiliados de isapres gastan un 27%.

DESAFÍOS PARA EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

En los últimos años, en Chile, se produce una gran presión social por establecer un sistema de financiamiento más equitativo en el sistema privado de salud, que se ha manifestado con mayor evidencia en un incremento sostenido de la judicialización de las adecuaciones de precios notificadas por las isapres.

De esta manera, cada vez es mayor el número de personas que recurren a tribunales para detener el alza de precios de su contrato.

En agosto de 2010, el Tribunal Constitucional determinó que debe existir mayor solidaridad etaria y de género en el financiamiento de los planes de salud privados y declaró inconstitucional la aplicación de las tablas de factores de riesgo para la determinación de los precios de los planes de las isapres.

Al respecto, ha habido una Comisión Asesora Presidencial y últimamente, una Comisión de Expertos que ha hecho un planteamiento generalizado de un Plan de Salud Garantizado y se está trabajando en como complementar ese Plan de Salud por parte de las isapres.

¿CUÁLES SON LOS TEMAS PENDIENTES?

- a) Existe un problema en el acceso porque el derecho a la libertad de elección entre subsistemas sólo se restringe al sector de la población que puede financiar los planes de salud del subsistema privado. Es decir, solamente las personas de mayores ingresos pueden acceder al sistema privado, lo cual resulta inequitativo.
- b) Hay problemas con los seguros complementarios ya que se ha producido una proliferación de ellos, los cuales requieren regulación y fiscalización porque muchas veces se atenta contra los intereses de los beneficiarios.
- c) Por otra parte, los precios según riesgo en el subsistema privado generan segmentación y se perciben como discriminatorios para grupos más vulnerables como mujeres en edad fértil y tercera edad.
- d) Las GES constituyen hasta ahora una proporción muy baja de los ingresos operacionales de las isapres y por ende, el efecto del Fondo de Compensación es limitado para generar los cambios deseados.
- e) Aún el AUGE dista de ser un Plan de Salud Universal porque la proporción de afiliados de isapres que se atiende por AUGE, es muy baja.
- f) De igual modo, se han generado costos crecientes por renovación tecnológica, cambios en el perfil epidemiológico por envejecimiento de la población y cambios de hábitos.
- g) Si bien el incremento de recursos y el mejoramiento de sistemas tuvo muy buenos resultados en los indicadores de salud de la población, no ha ocurrido lo mismo en sus hábitos saludables. Actualmente, está en operatividad el plan de salud 2011-2020 para atacar frontalmente estos problemas y reducir el incremento alcanzado por la obesidad y el tabaquismo.
- h) También hay una deuda con los usuarios del sector público, ya que subsisten tiempos de espera prolongados por falta de recursos e inadecuada gestión de las redes públicas.

¿QUÉ ES LO QUE SE ESTÁ HACIENDO PARA PERFECCIONAR EL SISTEMA?

Se está trabajando en un Plan de Salud Universal que fije el nivel de salud deseado. Este Plan de Salud Garantizado para las isapres considera un financiamiento más solidario que trabaje sobre la base de modelos de ajustes por riesgos.

Sin embargo, se está analizando si éste provendrá de la persona y su empleador o con algunas contribuciones realizadas directamente desde el Estado. Y si es suficiente la cotización que tenemos actualmente del 7% ya que en los países de la OCDE es suficientemente más alto para lograr los beneficios que tienen.

La Comisión de Expertos que trabaja en este Plan garantizado solamente para isapres, estudia además incorporar un componente que cubra el GES-CAEC que existe actualmente y para otras enfermedades priorizadas. En Chile, las isapres poseen la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), un beneficio destinado a cubrir enfermedades que pueden significar una catástrofe financiera para el presupuesto familiar. Ya se ha visto, señala el Superintendente, que para las distintas poblaciones la catástrofe puede ser muy distinta, la que puede abarcar desde un apéndice que se complica, un parto complejo o el nacimiento de un prematuro, etc. Este modelo existe desde el año 2000 con muy buenos resultados.

Otro tema a discutir en el Plan Garantizado, es que éste debería abarcar un modelo de atención con prestadores cerrados y un Fondo de Compensación Solidario Interisapres. Este plan sería financiado por una prima plana para el Plan Garantizado de Salud y Fondo de Compensación de Riesgos, más el precio que corresponde al Plan Complementario de Salud.

Por otra parte, es importante destacar el esfuerzo que están haciendo los prestadores privados para optimizar sus procesos y a un costo bastante más barato. Actualmente, es posible observar que los prestadores más caros y de mejor calidad, son los que están siendo más utilizados, porque todos ellos forman parte de las redes AUGE.

Igualmente, se pretende incorporar mayor eficiencia en la gestión en los prestadores del sistema público donde se estudia aplicar el sistema GRD en 40 hospitales.

La instauración del AUGE por los protocolos de atención y la fijación de redes cerradas, ha permitido un descenso en los costos de las prestaciones del Plan, reduciéndolos incluso hasta un 60% del valor. Por ejemplo, en cataratas los prestadores privados cobraban aproximadamente 2000 dólares, con la implementación del GES la intervención bajó a 1.800 dólares.

En suma lo que se pretende llegar es a la implementación de este Plan Garantizado con los siguientes componentes:

Cobertura: <ul style="list-style-type: none">▪ GES /CAEC▪ Otras enfermedades priorizadas▪ Bonificación > mínimo actual, para listado de prestaciones médicas.	Modelo de Atención: <ul style="list-style-type: none">▪ Red de prestadores cerrada por Isapre Financiamiento: <ul style="list-style-type: none">▪ Fondo de Compensación Solidario Interisapres
---	--





REGULACIÓN Y **FISCALIZACIÓN**

REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN DE SEGUROS DE SALUD



PRESENTACIÓN DEL SUPERINTENDENTE DE SALUD DE COLOMBIA, DR. CONRADO GÓMEZ

El Dr. Conrado Gómez Vélez es médico cirujano de la Universidad de Antioquia. Especialista en Evaluación Económica y Social de Proyectos de Inversión de la Universidad de Los Andes y en Gerencia de Salud Pública, del Convenio Universidades CES y EAFIT. Posee una Maestría en Estudios Políticos, de la Universidad Javeriana y es candidato al doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Con más de veinte años de experiencia en el sector salud, fue investigador del Ministerio de la Protección Social y la OPS y asesoró al Gobierno de República Dominicana en la reforma a la salud de ese país y a la República de Nicaragua en Proyectos de Cooperación Externa en salud. En 1997 recibió el premio Carlos Lleras Restrepo al mejor trabajo de Investigación económica sobre inversión en Colombia.

En Colombia, el sistema de seguridad social es público su existencia está contemplada en la Constitución. Es regulado y financiado por el Estado y tiene una cobertura cercana al 96% de la población.

Sin embargo, hay un grupo de la población integrado por las Fuerzas Militares y la Policía y el Ejército, Magisterio, Universidades Públicas y la Empresa del Petróleo, Ecopetrol, que tiene un régimen especial, cuya cobertura es de un 3%.

Subsiste también un sistema privado de salud, de semejante cobertura que el anterior, mediante el cual las personas que están aseguradas pueden adquirir pólizas de seguros para reembolsos de prestaciones en particular o adquirir planes de medicina prepagada. De esta manera, las personas acceden a mejores servicios de hospitalización y a atención con especialistas, pero es requisito estar en la seguridad social previamente.

El sistema de seguridad social puede ser contributivo o subsidiado. En el régimen contributivo tenemos los aportes de 24 millones de personas, que se autofinancian con descuentos de las nóminas y la cobertura alcanza no sólo al empleado que paga, sino también a su grupo familiar.

El régimen subsidiado es financiado por impuestos y está destinado a las personas que no tienen capacidad de pago.

Los regímenes especiales a su vez son financiados con aportes de la nómina y también del Gobierno. Son vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud, pero tienen distintos organismos rectores como el Ministerio de Defensa, de Educación, Minas y Energía.

El sistema privado, funciona con aportes voluntarios, la medicina prepagada, el programa de ambulancias y pre hospitalarios y las pólizas de seguros. Estas últimas no prestan servicios sino que reembolsan a sus afiliados por determinadas prestaciones.

En todos ellos, el organismo rector es el Ministerio de Protección Social y el ente que fiscaliza en los dos primeros es la Superintendencia Nacional de Salud y en el último caso, la Superintendencia Financiera.

Pese que el sistema colombiano es público tiene la singularidad de ser operado por privados. Las empresas que lo operativizan son particulares como las EPS, pero es el Estado que lo organiza, lo reglamenta y lo define.

Esto ha generado una serie de circunstancias muy peculiares y problemáticas. Las EPS se encargan de todo: recogen el dinero de los aportes, implementan el sistema de las compensaciones de acuerdo a riesgo y edad de las personas. Son además responsables de la afiliación y de autorizar Planes Adicionales de Salud -PAS. Administran las redes de servicios para la atención y de la integración de la red, velando entre otras funciones de: proveer los servicios, garantizar el acceso, calidad y que sus prestadores estén debidamente habilitados.

Los Riesgos

Esto implica una serie de riesgos porque se delega a las aseguradoras el objetivo de mejorar la salud de la población y los indicadores epidemiológicos. En este aspecto tan delicado, la Superintendencia vigila el estado de salud de los afiliados, cómo se controlan las enfermedades y está atenta de los problemas de interés que pueden generarse en salud y de la calidad de la atención. Está alerta permanentemente de lo que está ocurriendo en este ámbito, para impedir que funcionen ciertas prácticas prohibidas de las EPS, como por ejemplo: selección de riesgos (adversa, riesgo moral) o incumplimiento de funciones al ofrecer calidad y una buena atención.

Existen también riesgos financieros. Las aseguradoras pueden caer en insolvencia o deterioro económico. Aquí existe un riesgo muy grande ya que el Estado entrega a un particular cantidades muy grandes de recursos, por lo que es imprescindible una vigilancia permanente de éstos.

Esta supervisión garantiza que esa EPS, sea solvente, realice las reservas técnicas. Es decir, que en la medida que van aumentando los gastos para la atención de sus afiliados, la institución debe ir asignando los recursos y reservándolos contablemente, disponiendo de ellos cuando tiene que responder al momento de asumir responsabilidades frente a sus prestadores.

Por lo tanto, es responsabilidad de la Superintendencia la vigilancia permanente en temas como: costos, operación, apalancamiento, inversiones, compras, rentabilidad.

Las EPS deben realizar inversiones obligatorias y cumplir con una serie de condiciones financieras que nos permita a nosotros con los bancos garantizar que esas empresas son solventes, sostenibles y capaces de responder no sólo por la organización de la red, sino para pagar por los servicios que están prestando.

Existen también otros riesgos operacionales vinculados básicamente con los procedimientos de afiliación, prestación y el manejo de la agenda de las entidades.

En Colombia todas las aseguradoras tienen que cumplir con un proceso de habilitación, que es el que les otorga su licencia, para lo cual tienen que cumplir con una serie de requisitos. Entre ellos, tener un determinado capital, determinado tipo de inversiones y una red de servicios. Y esa condición de ingreso al sistema tiene que ser renovada periódicamente.

Las aseguradoras son examinadas cada año para verificar si mantienen los estándares de habilitación y a su vez, están obligadas a reportar trimestralmente información financiera y semestralmente, información de prestación de servicios a la Superintendencia.

En este monitoreo, la EPS que no cumpla entra inmediatamente en causal de liquidación. Hay otras diez condiciones de revocación que consideran medidas cautelares. Ocho de permanencia y otras diez condiciones que son de operación que no implican una revocatoria.

La Superintendencia en Colombia no sólo vigila las EPS, sino también a las Gobernaciones, a los Alcaldes en el manejo de los recursos, a los prestadores en las condiciones de seguridad social y también por razones históricas, supervisa las rentas derivadas de las ventas de licores y una serie de recaudos de impuestos que financian la salud. Y otro tipo de aseguradoras, como el Seguro de Accidentes de Tránsito y eventos catastróficos.

Todo lo cual refleja un espectro muy amplio de vigilancia, que nos complica mucho y nos quita foco sobre las aseguradoras.

Viabilidad Financiera

Sobre la viabilidad financiera regula y fiscaliza el Ministerio de la Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud, CRES.

El Ministerio de Protección Social vela por las Condiciones financieras de viabilidad, sostenibilidad y solvencia y emite normativa sobre: margen de solvencia, capital mínimo suscrito, reservas técnicas y niveles adecuados de contratación.

En tanto, la CRES, vela por el equilibrio técnico y financiero. Una de sus funciones relevantes es fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación, el eje del sistema que es el cálculo del equilibrio financiero de las aseguradoras y el Plan Obligatorio de Salud. Define además, los contenidos de las prestaciones que se garantizan a todos los colombianos y tiene la responsabilidad de incorporar tecnologías y medicamentos y de actualizar el POS (Plan Obligatorio de Salud).

La Superintendencia Nacional de Salud cumple con las funciones de Habilitar (Autorización de funcionamiento), vigila que estas condiciones se mantengan (renueva), supervisa el papel de la CRES y rinde información y calidad.

En suma, el Ministerio regula y la Superintendencia vigila que se cumplan esas condiciones. Sin embargo, en Colombia los medicamentos no están vigilados por ésta.

PRECIOS DE SEGUROS

En cuanto a los precios de los seguros, la Superintendencia vigila a las EPS y la seguridad social respecto a: La Unidad de Pago por Capitación y regula la Comisión de Regulación en salud CRES, a través de acuerdos. Fiscaliza que éstos se adopten conforme a bases técnicas y que se pague efectivamente a las aseguradoras.

Respecto de los planes adicionales y pólizas prepagadas adicionales, las aseguradoras elaboran una propuesta, trabajan dentro de ciertas condiciones y esto funciona con bastante liberalidad. Existe en buenas cuentas, una autoregulación de acuerdo con la actuario y el mercado. Dicha propuesta se presenta previamente a la SNS y posteriormente se evalúan sus resultados.

Los planes de beneficios son regulados por la Comisión de Regulación en Salud, a través de acuerdos y fiscalizados por la Superintendencia Nacional de Salud, los Directores Departamentales y Distritales de Salud, a fin que se preste el contenido del Plan con calidad.

DEBILIDADES Y FORTALEZAS DEL SISTEMA

1º Problema de la Judicialización. La incorporación de un seguro garantizado ha generado una cultura de exigir derechos. Antes, cuando la gente iba a los hospitales públicos se contentaba con lo que allá encontrara y casi siempre era muy poco. Pero, ahora la gente no quiere un hospital o un centro de salud: lo quiere todo.

Quiere todo el plan, completo y lo quiere ya. A la gente no le gusta esperar citas para dos días, sino que la atiendan inmediatamente y eso es motivo de tutela o de amparo. También de muchas peticiones judiciales. Toda esta coyuntura ha representado una oportunidad para la industria farmacéutica y para toda la red de salud que ha crecido de una manera impresionante. La industria de la salud es enorme en Colombia, pero pese a ello la gente está descontenta e infeliz.

En este momento en Colombia, el 70% de las tutelas son por salud. Tanto es así que se quería crear una rama de salud, tal como existe la rama civil, penal, administrativa. Al final, se tomó la determinación que la Superintendencia desarrolle una función judicial y estamos en pleno proceso. Ya teníamos desde el 2007 una función judicial, pero ahora la vamos a desarrollar ampliamente.

La Superintendencia tiene una Superintendencia delegada que es de conciliación y judicial. Actúa como un juez y su segunda instancia son los tribunales laborales. Y en ese punto estamos. Esa es la realidad.

Formalmente la Superintendencia en el ámbito de la judicialización, regula el traslado de los hallazgos con ocasión del ejercicio de la inspección, vigilancia y control sobre la base de las leyes y normas existentes, a través de oficios.

La función de regulación descansa en el Congreso y fiscalizan las Secretarías Distritales, Departamentales de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República o las territoriales, la Procuraduría General de la Nación, y deciden los jueces.

SATISFACCIÓN USUARIA

La evaluación de satisfacción ha servido para mejorar la calidad en la atención a los usuarios, a través de la elaboración de planes de mejoramiento anuales que deben presentar las aseguradoras, corrigiendo los errores en que han incurrido y mejorando procesos que si bien pasan los indicadores deben ser fortalecidos. Con este sistema de evaluación también se han respaldado acciones políticas, y se han evaluado logros y metas.

Hace 15 años de cien personas de los sectores más vulnerables, setenta iban a consulta médica. Hoy, van tres veces al año y la gente de régimen contributivo, va seis. Pero, pese este avance las personas no están contentas.

Cada vez que una persona va a una consulta médica, el 80% de las veces lleva la fórmula médica. ¿Esto está generando salud? Al mirar los resultados en el sector, se observa que no todos responden a esa operación. Por lo que se requiere un mayor reporte de la información para ir corrigiendo procedimientos que estén en la sintonía de las expectativas de los usuarios.

En este ámbito, se regula la información que las aseguradoras deben enviar y los indicadores que van a medir su gestión, se regulan las herramientas que se usarán para la vigilancia, a través de Decretos, Resoluciones y Circulares. Los organismos responsables de la regulación son el Gobierno Nacional y la Superintendencia Nacional de Salud, la que a su vez fiscaliza los procedimientos.

Sostenibilidad financiera. La gran fortaleza del sistema es que permite desde un comienzo controlar que las empresas que operen como aseguradores, tengan solidez y que ello permita una buena prestación de servicios a los usuarios.

Sin embargo, subsisten algunas debilidades referentes a: selección de riesgo, subsidios cruzados, inversiones no autorizadas, embotellamiento del flujo de fondos y hay casos de desviación de recursos.

Tenemos un debate muy grande con las EPS, porque hemos encontrado en su manejo, en estos últimos años, poco control y vigilancia insuficiente.

Las EPS y los prestadores han crecido en forma impresionante, pero la Superintendencia en cuanto a vigilancia no ha crecido proporcionalmente a este incremento. El desvío de recursos producto de las cotizaciones ha generado muchos escándalos de corrupción en la salud.

Las aseguradoras se dedicaron a construir y ello significa que hay un traslado de la propiedad. Porque cuando se le entrega dinero a una aseguradora es para que atiendan a las personas, no para construir hospitales e instalar operadores logísticos y otro tipo de empresas. Lo que ha pasado es que con este desvío de recursos se han convertido en propietarias de esas obras, que posteriormente, las venden.

Por eso, ahora se está revisando acuciosamente. Durante muchos años han ocurrido una serie de inversiones no autorizadas que han desencadenado un embotellamiento de los recursos, los cuales no fluyen, básicamente, porque el asegurador no paga oportunamente al prestador.

Para prevenir que esto siga ocurriendo, estamos fortaleciendo toda la vigilancia y el control sobre estos temas porque cuando se hizo la reglamentación, no se pensó en que este tipo de cosas podía ocurrir.

¿QUÉ FORTALEZAS O VENTAJAS TIENE EL SISTEMA?

El sistema ha logrado un nivel de operación muy alto, mucha eficiencia en los costos de medicamentos los que no han tenido ninguna inflación en los últimos 20 años.

Sin embargo, acusamos falencia porque no tenemos grupos de investigación de alta calidad para realizar la evaluación de todo el Plan Obligatorio de Salud. Ha habido todo un auge en medicina basada en la evidencia, pero aún es insuficiente para el nivel de investigación que se requiere. Esto incide fundamentalmente en el Plan Obligatorio de Salud que no está actualizado para las necesidades que la población colombiana requiere.

Por otra parte, no hemos sido capaces de controlar la presión judicial por esos servicios. Está ocurriendo que el juez se vuelve la central de autorizaciones y es muy difícil que determine algo que va a estar en contra de lo que diga el médico.

Pero, en la resolución de conflictos con el asegurado, existen los mecanismos para resolverlos son adecuados y normalmente con los llamados de atención, el profesional corrige su conducta. El problema que permanece latente, es que no siempre éstos son tan ágiles como sería lo deseable.

LA EXPERIENCIA ARGENTINA

PRESENTACIÓN DEL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD DE ARGENTINA, DR. RICARDO BELLAGIO.

El Superintendente de Servicios de Salud, es contador público y se ha desempeñado en el ámbito académico como: Titular de la Cátedra de la Asignatura Seguros y Finanzas de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Morón; Profesor Asociado a la Cátedra de Administración Financiera de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Morón y Profesor Postgrado de la Universidad Católica Argentina -Curso "Derecho de Salud".

El Profesor Bellagio es Master en Dirección y Gestión de Servicios de Salud, en Dirección y Gestión de Sistemas de Seguridad Social de la Universidad de Alcalá y Coordinador del MBA en Medicina Prepaga y Obras Sociales de la Universidad de Palermo.

En la República Argentina, habitan actualmente cuarenta millones de personas y todas cuentan con cobertura de salud a través de los diferentes sistemas existentes.

Nuestro país tiene un sistema público, privado y de seguridad social. Desde esa descripción, tenemos aproximadamente 24 millones de habitantes cubiertos por la Seguridad Social, unos 12 millones por los sistemas públicos y los restantes 4 millones a través de los aseguramientos privados.

Tipo de beneficiario	Cantidad Total
Relación de Dependencia	12,596,236
Pasantes	10,965
Jubilados del Sistema Nacional del Seguro de Salud	362,195
Adhrentes Voluntarios	401,011
Pequeños Contribuyentes - Monotributistas (Ley 25.865)	824,737
Servicio Doméstico (Ley 26.068)	172,571
Monotributistas Efectores Sociales	54,173
Beneficiarios de Seguro de Desempleo (Ley 24.013)	232,128
Beneficiarios de Seguro de Desempleo (Ley 25.191) (Renatre)	19,514
Jubilados y Pensionados de PAMI	4,264,934
Jubilados y Pensionados de Otros Sistemas	22,585
Relación de Dependencia sin Aport. y Contrib. de	40,257
Total	19,001,306

La Seguridad Social Nacional procede, una parte, del sector sindical y otra, de las obras sociales de dirección (jerárquicos). Pero al tratarse de un país federal, en donde la salud no ha sido competencia delegada por las Provincias al Estado Central, cada una de ellas conserva la potestad de establecer su propio Sistema y, en tal sentido, hay 24 obras sociales provinciales.

Desde el punto de vista del financiamiento, el sistema público comprende 24 provincias. Cada una es autónoma de regular, aplicar y dictar sus normas sobre la salud, lo que es un primer inconveniente importante.

En el sistema público, tenemos sistemas regulados a nivel nacional, provincial y municipal. Es decir en una jurisdicción puede haber centros de atención primaria nacional, provincial y municipal desarticulados. Con respecto al sistema privado, hace dos meses se promulgó la ley de regulación de Empresas de Medicina Prepaga con una falencia: la ley no regula un sistema privado de salud en la Argentina. Esta norma es la Ley 26.682, que se encuentra actualmente dentro del periodo previsto en la norma para su reglamentación.

El Sistema de Seguridad Social Nacional -llamado Sistema Nacional del Seguro de Salud- que es el que regula y controla la Superintendencia de Salud, posee 300 obras sociales. Además, como ya dijimos, hay obras sociales provinciales (24); obras sociales universitarias (27); Fuerzas Armadas, Policía y Seguridad (4); y otros de carácter particular como son los subsistemas de los Poderes Legislativo y Judicial.

Fuentes de Financiamiento

El sistema público se financia a través de rentas generales, tanto a nivel nacional, provincial o municipal; la Seguridad Social, por aportes y contribuciones: aportes de los trabajadores y contribuciones de los empleadores; y el sistema privado se financia con cuotas.

Actualmente en el sistema de Seguridad Social no estamos trabajando sobre la accesibilidad, sino sobre la inclusión; y la inclusión significa, también, integración de los "sujetos de derecho" a una cobertura de salud universal. Hace 40 años se promulgó la ley 18.610 que estipulaba que el Sistema de Seguridad Social era tan sólo para los asalariados, que constituían casi el 100% de los trabajadores. Esto generó el principal problema que tenía la Argentina: la inclusión de población dentro de los sistemas, por lo cual se ha trabajado bastante en ello.

El derecho a la salud en Argentina está contemplado en la Constitución Nacional. Así, el artículo 41 alude implícitamente a la salud y en el siguiente establece: "Los consumidores y usuarios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud..." En el artículo 75, inc. 2. (reforma 1994), declara: "Equidad, solidaridad, desarrollo, calidad de vida, igualdad de oportunidades para todos los sistemas" y en el artículo 75, inc. 19. manifiesta: "Promover políticas diferenciadas que tiendan a equilibrar el desigual desarrollo relativo de provincias y regiones".

¿Pero, cómo es la cobertura de salud? El sistema público está cubierto con sólo un 21%, el privado con el 11% y las obras sociales ocupan el 47% de la población. O sea, más del 50% de la población en Argentina, si sumamos las obras sociales nacionales y provinciales, está cubierta por la seguridad social y entendemos que, si seguimos con este plan de inclusión de beneficiarios, en menos de 10 años estaría cubierto el 100% de la población.

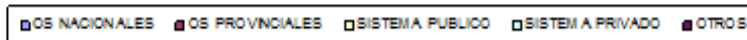
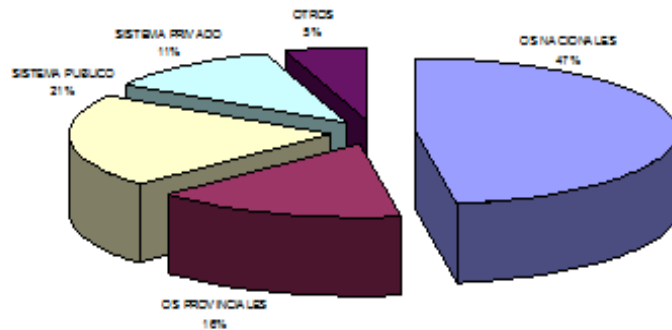
Hace 40 años la relación de dependencia era el único concepto. Hoy esa relación de dependencia es una de las partes. Tenemos cubierto más de 19 millones de argentinos, donde hemos incorporado otro tipo de beneficiarios; como ser: pasantes, jubilados, adherentes, pequeños contribuyentes, servicio domésti-

co, monotributistas efectores sociales (sistema mixto), beneficiarios del seguro de desempleo, jubilados y pensionados de otros subsistemas que se incorporan al sistema nacional y en relación de dependencia sin aportes al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones.

La relación de dependencia tiene una participación de un 66,22% del Sistema.

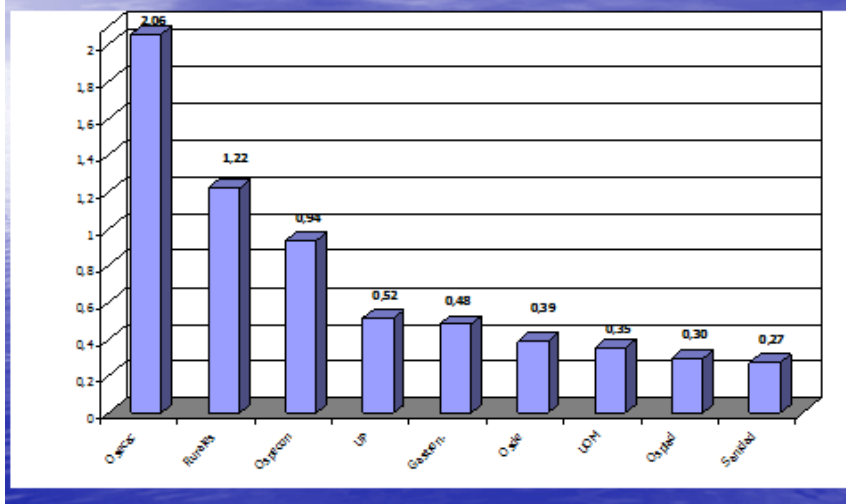
El porcentaje restante ha sido ganado por los otros grupos de beneficiarios.

COBERTURA DE SALUD POBLACIÓN REPÚBLICA ARGENTINA



Nota: Fuentes: SSSALUD – COSSPRA – COSUN – MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

CONCENTRACIÓN DE LA POBLACIÓN DE LAS OBRAS SOCIALES



En el Registro Nacional de Prestadores hay inscritos 242.000 profesionales de todo el país, 1.038 asociaciones profesionales, 1.288 prestadores de discapacidad, 304 en atención domiciliaria y emergencia. Los inscritos como establecimientos, clínicas y sanatorios son 12.290 y 501 en carácter de Redes.

Programa Médico Obligatorio. Judicialización de la Salud. Mediación Previa.

La cobertura mínima obligatoria que debe brindar cualquier prestador y/o financiador de salud en la República Argentina se encuentra determinada en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

Si bien el Programa Médico Obligatorio establece una canasta básica de prestaciones donde tendría que estar todo acotado, en nuestro país se está desencadenando el problema de la judicialización de la salud. Pero, ¿Qué es lo que está pasando? ¿Por qué se está judicializando cada vez más? La judicialización sucede porque no tenemos una metodología de actualización del Programa Médico Obligatorio. Y eso es a lo que tenemos que propender. Tenemos que elaborar una metodología eficiente e incorporarla a través de una normativa especial, a fin que los jueces garanticen su cumplimiento.

Esa falencia que tenemos de no actualizar el PMO constituye uno de los motivos por los cuales los problemas siguen ocurriendo.

Pero, hay otro inconveniente: que es la necesidad de asegurar la continuidad de acciones, a través de las distintas políticas y de los distintos gobiernos, porque la salud es una planificación. Y, muchas veces, la discontinuidad de acciones, incluso dentro del mismo gobierno, conlleva a que no se puedan establecer políticas de estado a largo plazo.

La Superintendencia de Servicios de Salud de la Argentina tuvo un Departamento de Evaluación de Tecnologías, integrado por médicos especialistas, que se creó bajo la administración del Dr. Rubén Torres, pero, después esa gestión, se discontinuó. Por eso, al asumir como Superintendente de Servicios de Salud, propuse rescatar esa unidad y otorgarle financiamiento. En dos años de operación, hemos bajado los indicadores de incidencia judicial en casi un 10%.

Esto es importante, porque trabajando e informando a las obras sociales y a los mismos jueces, a través de los dictámenes emitidos por el Organismo, hemos podido disminuir, aunque sea un 10%, los resultados de las demandas adversas de las acciones judiciales. Y esto tiene mucho sentido, porque la mayoría de las veces las resoluciones médicas pasan por profesionales que no son especialistas. Estos dictámenes, que suman 250 en la actualidad, se pueden observar en el portal WEB de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Argentina (www.sssalud.gov.ar).

Pero esto no es lo único que tenemos que hacer. Otro de los temas que se encuentra bien encaminado es el sistema de mediación previa. Para ello se tomó contacto con el Presidente de la Corte Suprema, Dr. Ricardo Lorenzetti, a quien le planteamos el sistema de mediación previa. No obstante, se debe señalar que el Organismo también posee una mediación administrativa, normada a través de la Resolución 065/98-SSSalud. De esta forma, de 250.000 reclamos que hubo el año pasado, se resolvieron 241.000. O sea, se materializaron sólo 9.000 reclamos por vía administrativa.

Pero el problema latente que se nos presenta para esos 9.000 reclamos, es que si no tenemos una normativa de mediación consensuada con el Poder Judicial, corremos el peligro que se judicialicen directamente.

El Presidente de la Corte Suprema de Justicia, se complació con la iniciativa, pero sucede que la Superintendencia de Servicios de Salud tiene sede en Buenos Aires; por lo que, para atender a las regiones, estamos haciendo un proceso de descentralización absoluta del Organismo. La idea es materializar este proyecto antes del mes de diciembre del próximo año.

En materia de discapacidad, por ley 24.901, toda prestación tiene que ser financiada por el Fondo Solidario de Redistribución, lo cual hace que cada vez exista más oferta prestacional.

El Sistema

¿Cómo es el sistema? Tenemos dos leyes: la 23660 y la 23661 que es el Sistema Nacional de Seguros de Salud. Este Sistema recibe aportes y contribuciones y operativiza un modelo solidario.



De esta forma, los que más ganan en una obra social garantizan solidariamente a los que menos ganan y es una solidaridad intra - obra social. Según la obra social y el aporte del salario del empleado, se deriva a un Fondo Solidario de Redistribución que tiene tres destinos importantes:

- El primero, mantener el funcionamiento de la Superintendencia de Servicios de Salud y la Administración de Programas Especiales.

- El segundo, brindar prestaciones de alto costo y baja incidencia a través de lo que es la Administración de Programas Especiales.
- El tercero, es un ajuste por riesgo. Esto significa que a través de un subsidio automático nominativo por obra social de los dos quintiles de la población de menores ingresos, subsidiamos la diferencia entre el aporte y contribución y una cotización mínima garantizada, según una matriz de ajuste por riesgo, la que a su vez está dividida en cuatro segmentos de edades y sexo.

Esto es un cambio total en la Argentina porque siempre se subsidió por ingreso. A través de esta matriz y del decreto 1901 del 2006, se comenzó a subsidiar el gasto en salud. Hoy estamos tratando de modificar esta matriz, incorporando un factor que es la discapacidad, para que se automatice y libere a la Administración de Programas Especiales de casi un 40% de los subsidios de su presupuesto que tienen que otorgar a este tipo de patologías.

¿QUÉ PASÓ CON EL FINANCIAMIENTO?

Hoy la Seguridad Social se financia con:

- a) Aportes y Contribuciones
- b) Voluntarios o Adherentes - Res.490/90 (cuota)
- c) Recursos de distinta naturaleza
- d) Cápita por jubilados - Dto.292/95
- e) Monotributistas y Monotributistas Sociales -cuota-
- f) Subsidios (APE y distribución automática)
- g) Seguro de Desempleo
- h) Aportes del Reino de España para los ciudadanos españoles

También hay pasantes, servicio doméstico y cualquier otro aporte que la población desee hacer al sistema, lo estamos recibiendo. Sin embargo, se presenta un problema de equidad y es que, en muchos casos, se pierde la solidaridad financiera. Por ejemplo: en el monotributo, el que tiene mayor capacidad contributiva paga lo mismo que aquel que tiene menos capacidad. Este problema se debe solucionar, pero, nuestro principal desafío no es la accesibilidad, sino la inclusión de beneficiarios.

LA EXPERIENCIA BRASILEÑA



PRESENTACION DEL SUPERINTENDENTE DE SALUD DE BRASIL, BRUNO SOBRAL DE CARVALHO.

Formado en Ingeniería Civil en la Universidad de Brasilia, donde cursó también una Maestría en Economía, Bruno Sobral se graduó con honores como Master of Business Administration (MBA) en Georgetown University, en Estados Unidos, en 2009.

Es servidor de la carrera de Gestión y Políticas Públicas del Gobierno del Ministerio de Planificación, Presupuesto y Gestión desde el año 1998. Se incorporó a la Agencia Nacional de Salud Suplementaria en diciembre de 2009, habiéndose desempeñado como Director Adjunto de la Junta de Normas y Habilitación de Operadores hasta julio de 2010 y como secretario general hasta que fue nombrado Director de desarrollo del sector en marzo de 2011.

En su trayectoria, se ha desempeñado como:

- *Director del Sector de Desarrollo de la Caja Nacional de Salud - ANS;*
- *Secretario General - ANS;*
- *Director Adjunto de la Junta de Normas y Habilitación de Operadores;*
- *Asesor del Ministro de Hacienda;*
- *Coordinador General de Economía de la Salud de la Secretaría de Acompañamiento Económico (SEAE) del Ministerio de Hacienda;*
- *Asesor de la competencia y de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Acompañamiento Económico (SEAE) del Ministerio de Hacienda;*
- *Analista Económico en la ANVISA;*
- *Profesor de Micro y Macroeconomía de la Escuela de Brasilia.*

En 2009, el sistema privado de salud en Brasil mostraba las cifras siguientes:

Planes de Salud	Consumidores (millones)	Número de operadores	Facturación (Miles de Millones de reales)	Siniestralidad (%)	Número de consultas (2009, millones)	Número de Internaciones (2009, millones)
Médicos Hospitalarios	44	1.065	67,3	80,60%	n. a.	n. a.
Exclusivamente Odontológicos	13	387	1,5	48,70%	n. a.	n. a.
Total	57	1.452	68,8	n. a.	223	4,7

Según la época de contratación, existían a esa fecha 94,4% de planes nuevos y sólo 5,6% de planes antiguos. Asimismo, el 76% de los planes eran individuales y un 24% de planes colectivos.

Con respecto a la regulación económico financiera de los seguros de salud privados, existe una autorización de funcionamiento por parte de la Agencia Nacional de la Salud Suplementaria (ANS). Asimismo existe una supervisión de las empresas aseguradoras en temas como: margen de solvencia, activos usados en garantía, provisiones por eventos y siniestros a liquidar entre otros. Además, existe

la posibilidad de instaurar regímenes especiales de supervisión. Las operadoras deben cumplir requisitos sobre aspectos económicos y financieros para ingresar y para permanecer en actividad en este mercado regulado.

En lo que dice relación con la regulación de precios de los planes de salud, el reajuste de los planes colectivos no es regulado por la ANS, sin embargo, en una negociación libre entre los contratantes se define un porcentaje de reajuste a ser aplicado anualmente; existe asimismo una prohibición de aplicar más de un reajuste por variación de costos en 12 meses. En cuanto a los reajustes de precios de los planes individuales, que si están regulados por la ANS, se usa la media de los ajustes aplicados a los planes colectivos con patrocinio de las empresas, con 30 o más vidas, con cobertura médica y hospitalaria, con o sin cobertura obstétrica. Para los últimos cuatro períodos anuales, la variación media de los precios se muestra en el cuadro siguiente:

	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12
Índice (%)	5,48	6,76	6,73	7,69

Si bien el reajuste de los planes colectivos no está regulado, es esencial que los seguros comuniquen a la ANS el índice de variación de sus precios, ya que, como se mencionó, se utiliza para el cálculo del reajuste aprobado por la autoridad para los planes individuales.

Con respecto a las prestaciones cubiertas por los planes de salud privados, la ANS publica una lista de procedimientos mínimos (que no incluye todos los procedimientos existentes, sino que incluye tratamientos para las enfermedades enumeradas en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, de la Organización Mundial de la Salud). La actualización de esta lista es periódica y se realiza cada 2 años; la última fue en agosto de 2011, con efecto a partir del 1 de enero 2012. Actualmente, las prestaciones incluidas alcanzan a 3.082 y se espera que incluyan unas 50 nuevas en enero próximo.

En cuanto a la resolución de conflictos, se mencionan dos temas:

1. NIP - Notificación de la investigación preliminar;
2. Los núcleos de la ANS - 12 núcleos en todo el país, con operaciones en todos los estados de la federación y en el distrito federal, que realizan las siguientes funciones:
 - Asistencia a los beneficiarios: Recepción de consultas y reclamos.
 - Round Up: en la actualidad realiza NIP y macro.
 - Recibir e iniciar los procedimientos administrativos.
 - Principales denuncias: la negativa cobertura y los reajustes (debido a cambio de tramo etario y en planes colectivos).
 - Principales sanciones aplicadas: advertencias y multas. Las multas se impondrán por cada violación, sin embargo, cuando existe la presencia de violaciones que tienen un impacto en una co-

unidad de beneficiarios, se aplica la multa multiplicándola por un factor que puede ir desde 1 y hasta 20 veces, según el número de beneficiarios expuestos.

Respecto a la judicialización, hay que señalar que en Brasil todavía cabe el cuestionamiento de la agencia reguladora por parte del poder judicial, de esta forma las decisiones de la agencia pueden ser cuestionadas por este poder. Algunos de los temas principales que son objetos de judicialización son los siguientes:

- La aplicación de los regímenes especiales, cuestionándose la falta de un debido proceso;
- El reembolso al SUS, se cuestiona la inconstitucionalidad.
- La aplicabilidad inmediata de la nueva cobertura de los contratos existentes.
- La inclusión de nuevos beneficiarios en los contratos colectivos.

En relación a la satisfacción del usuario, el sitio de la ANS (www.ans.gov.br) ofrece la tasa de denuncias presentadas por los beneficiarios de los planes de salud a la agencia:

El número de quejas por cada 10.000 beneficiarios, del universo de beneficiarios analizados, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$IR = (R / B) \times 10.000$$

IR: Índice de Reclamos

R: Número de reclamos

B: Número de beneficiarios

También está el índice de satisfacción de los beneficiarios como uno de los ejes del Programa de Capacitación en Seguros de Salud y el IDSS, Índice de Rendimiento de los seguros suplementarios de salud.

La ANS publica anualmente el IDSS de los operadores de los Planes de Salud de Brasil. Esto se obtiene mediante la lectura de indicadores predefinidos, divididos en 4 ejes cuyas valoraciones componen el índice con los siguientes pesos relativos:

1. Cuidado de la Salud (50%),
2. Estructura y funcionamiento (10%),
3. Económicos y Financieros (30%)
4. Satisfacción de los beneficiarios (10%), que se mide en:
 - Proporción de beneficiarios que se retiran en el primer año
 - Proporción de los beneficiarios que permanecen y
 - Sanción pecuniaria de Primera Instancia

El operador es evaluado en cada eje, determinando qué banda o grupo le corresponde de los 5 que se muestran a continuación, permitiendo a los destinatarios una evaluación cualitativa de los operadores de Planes de Salud.

**Bandas: de 0 - 0,19;
de 0,20 - 0,39;
de 0,40 - 0,59;
de 0,60 - 0,79;
de 0,80 - 1**

Finalmente, en lo que dice relación con la reducción de las asimetrías de información existe el Programa de Monitoreo de la Calidad de los Proveedores de Servicios de Seguro de Salud - Qualiss, el cual evalúa respecto de la eficacia, eficiencia, equidad, seguridad, así como respecto al acceso y a la centralidad del paciente. Además permite a los beneficiarios comparar la calidad de la atención proporcionada por los operadores de redes de Planes de Salud.

La portabilidad de las carencias, se realizó por primera vez en 2009 sólo para los planes individuales regulados. Recientemente, una nueva norma extiende el derecho a los planes colectivos y la evaluación de los proveedores ayuda de forma de estimular la competencia.

En el tema calidad hay que mencionar también la existencia de una acreditación de los operadores.

EXPERIENCIA EN REPÚBLICA DOMINICANA



PRESENTACIÓN DEL SUPERINTENDENTE DE SALUD DE LA REPÚBLICA DOMINICANA, LICENCIADO FERNANDO CAAMAÑO

El licenciado Fernando Caamaño fue designado Superintendente de Salud y Riesgos Laborales por el Presidente de la República, Doctor Leonel Fernández, el 21 de diciembre del 2006 y ratificado en el cargo mediante el Decreto núm. 41-11, de fecha 31 de enero de 2011. Es oriundo de República Dominicana, graduado en Licenciatura en Economía y ha cursado Maestrías en Economía, y Planificación Económica y Social, Post Grado en Financiamiento a la Seguridad Social, Sistemas de Seguridad Social, Programación Financiera y Proyectos de Inversión, Investment Portfolio and Best-Practice Risk Management Systems, Banca Seguros y Seguros Bancarios, Bases Actuariales para Pensiones y Seguros de Vida, Administración de Cartera y Riesgos de Inversión y cursos especiales en Sistemas de Pensiones, en prestigiosas universidades de Estados Unidos y Latinoamérica. Ha ocupado puestos ejecutivos en entidades del ramo del Seguro, con amplia experiencia como consultor y asesor en proyectos de los sectores privado y público en el área del aseguramiento, tanto en organismos nacionales como internacionales.

En República Dominicana existen dos grandes leyes que nos regulan la 42-01 y la 87-01. El principio en que se basa todo, es la separación de roles. Tenemos un Consejo Nacional de Seguridad Social que es el órgano rector de políticas que emite las normas generales en el Sistema de Seguridad Social, tanto para previsión como para el sistema de aseguramiento de la salud. Y el Ministerio de Salud de Asistencia Social que es el órgano rector de la política en salud y la prestación en salud de la nación.

SISALRIL es el órgano técnico del sistema. Es fiscalizador, supervisor, árbitro conciliador y fiscal en primera instancia entre conflictos entre PSS* y Administradoras y Aseguradoras de Riesgos, también en conflictos entre las PSS y los afiliados.

El regulador es el Consejo de la Seguridad Social, entidad en la cual el Ministro de Salud tiene la calidad de Vicepresidente. Esto deja sin excusas al Ministerio en la participación de la política. Más aún, la Comisión Permanente del Consejo la preside el Ministro de Salud. En consecuencia, la 4201 y la 8701 están garantizadas para lograr que los tres regímenes de financiamiento de la población se lleven a cabo.

Hasta la fecha tenemos dos regímenes en rigor: el subsidiado y el contributivo.

El subsidiado se financia con impuesto general de la nación y el contributivo con el 9,58% de los salarios, donde el 70% lo aporta el empleador, sea público o privado y el 30% lo aporta el empleado de su salario. Los salarios se cotizan desde el mínimo hasta 10 salarios mínimos nacionales. La Dirección

* Proveedores de Servicios de Salud.

de Información y Defensa del Afiliado, DIDA y la Tesorería de la Seguridad Social son entidades fundamentales que dependen del Consejo Nacional de Seguridad Social.

Tenemos una facturación y recaudo en el sistema, tanto para el subsidiado como para el contributivo. Los aportes que el Estado hace para financiar la salud pasan por la Tesorería que centraliza toda la información. El Patronato de la Seguridad Social y el Unipago que son dependencias de la Tesorería, a su vez son propiedad de las ARS y de las AFP. O sea, los administradores de riesgos de salud y los administradores de fondos de pensiones son propietarios de la Unipago. Son dirigidos y gerenciados por la Tesorería, pero regulados por la Superintendencia.

La Superintendencia, en cuanto a órgano técnico, supervisa el proceso de afiliación, recaudo y dispersión de lo que la Tesorería hace y regula los fondos de las ARS públicas, las ARS privadas y las ARS autogestionadas, es decir aquellas que tienen regímenes especiales, como las correspondientes a las Fuerzas Armadas y Maestros.

O sea, toda la regulación recae de igual manera para todo el mundo y todo el sistema se rige por lo que podría ser un contrato de adhesión, que es lo que define la ley 8701.

Actualmente estamos enfrentando graves problemas, como el acceso a los servicios que no se realizan en el primer nivel de atención. Estos niveles de atención no están articulados como lo exige la 4201 y la 8701 y esta es una de las grandes falencias.

Tenemos el 46% de la población en dos regímenes debidamente fiscalizados, supervisados en cuanto a financiamiento y aseguramiento. La parte de las prestaciones está exenta de una regulación desde la provisión que se pueda efectuar con el sistema de referencia y contrareferencia, las guías terapéuticas, los protocolos y otras, que deben proceder de las normativas del sector salud.

Paradójicamente, todos los esfuerzos que se han hecho acá no han tenido una contraprestación de esta parte, especialmente en lo que es el régimen contributivo. En nuestras clínicas el ejercicio del médico, del proveedor de servicios de salud no cuenta con el seguimiento y fiscalización de la rectoría del sector. No se someten los proveedores de servicios a un ranking, a una supervisión y a una habilitación rigurosa, lo que se contrapone con el nivel de regulación que hemos alcanzado en lo referente a financiamiento y aseguramiento de la salud.

En el sector salud, el Ministerio, el Consejo y la SISALRIL son tres entidades fundamentales.

Para dar una idea de las resoluciones emitidas, algunos ejemplos: regulamos la acreditación y funcionamiento de los Promotores de Seguros de Salud, los planes voluntarios de salud y los planes especiales de medicina de prepagada, establecemos el proceso de eliminación de la doble cotización, aprobación de la Normativa de los Contratos de Gestión entre ARS y PSS, acceso a las prestaciones de salud del PDSS, ordena a las ARS remitir a la SISALRIL las informaciones sobre la prestación de los servicios de salud otorgados a sus afiliados, entre muchas otras.

El contenido del Plan Básico de salud lo define y propone la Superintendencia al Consejo, pero quien lo decide y aprueba como una decisión de política es el Consejo. Como son beneficios y coberturas preestablecidas, la Superintendencia hace su costeo y el Consejo determina si lo pone en rigor o no.

Regular el procedimiento para la entrega de los subsidios de maternidad y lactancia es la única operación de administración de riesgos que realiza la Superintendencia y que tiene por asignación de la ley.

El Seguro Familiar de Salud tiene tres componentes: el Plan Básico de Salud, los subsidios de maternidad, lactancia y por enfermedad común y las estancias infantiles.

La cotización de la cual hablamos de un 9,78% se destina al Seguro Familiar de Salud del régimen contributivo. En el caso del régimen subsidiado, sólo se aplica para el Plan Básico y estancias infantiles.

En República Dominicana la fiscalización ha crecido con el sistema. El gran empuje lo tuvimos a partir del 2007. Antes de esa fecha, el régimen subsidiado tenía 54.000 personas, hoy tiene 2,2 millones de personas.

En cuando al contributivo sólo tenía 820.000 personas, hoy aumentó a 2,4 millones de personas. La población total es de 9,67 millones de habitantes.

O sea en términos de cobertura poblacional vamos rápido y ojalá lleguemos al año y medio a cubrir el 50% de la población, en el sistema contributivo y subsidiado, sin tocar el mito que es el sector informal.

El Plan Básico tiene todo lo que la tecnología y los procedimientos médicos ofrecen. Sin embargo, en este ámbito, tenemos algunos inconvenientes: se crea oferta por lo tanto se empuja demanda. Los costos médicos han crecido enormemente, la resistencia que había con los proveedores sólo duró unos 6 o 7 meses hasta cuando se percataron de que los recursos llegan al proveedor de una manera expedita, como nunca, y las propias ARS reciben el día 10 de cada mes el 95% de la prima.

Hay indicadores muy claros y objetivos a los que hay que monitorear permanentemente, que es la suficiencia de recaudo y la suficiencia de prima ambos son responsabilidades de la Superintendencia, que debe velar por el equilibrio sistémico.

Estos son: en el proceso de recaudo existen 1.195.760 cotizantes con un salario promedio de RD\$15,458.24 y una tasa de cotización de 9,53%.

En el proceso de dispersión, existen 1.155.834 titulares, siendo la tasa de dependientes/titulares directa de 1.02, mientras que la tasa de dependientes/titulares, considerando los dependientes directos más los adicionales, asciende a 1.09, configurándose un monto de la cápita en RD\$721.48.

¿A quiénes controlamos y supervisamos? La Superintendencia es de Salud y de Riesgos Laborales y hay una sola ARL que es pública. Los supervisados son:

Supervisados	Cantidad
Subsidios (RNC) (empresas con empleados subsidiados)	9,202
PSS Institucionales (Farmacias 729)	2,217
PSS Médicos	7,639
Estancias Infantiles	85
ARS	27
TSS/UNIPAGO	2
ARL	1
Empresas o Entidades	45,000

Hay 45.000 empresas cotizantes que reciben de parte de la Superintendencia no sólo fiscalización y supervisión, sino también la administración.

La SISALRIL utiliza diversos mecanismos para llevar a cabo sus procesos de:

- Supervisión y Vigilancia
- Control y Fiscalización

Posee Auditorías Financieras, Auditorías Especiales y Auditorías Operativas de Gestión.

Las Auditorías Financieras, revisan e inspeccionan:

- Departamento Administrativo.
- Sistema Contable (Software).
- Catálogo de Cuentas.
- Formato de los Estados Financieros.
- Nómina de Generación Automática.
- Departamento de Auditoría Interna (Unidad de Control Operacional) o Consultoría Externa (Outsourcing).
- Verifican que los Estados Financieros cumplan con la Ley, las normativas vigentes y con los estándares de las Normas Nacionales e Internacionales de Información Financieras.
- Elaboran los Estados Financieros por FIRMAS O CPA Acreditado por la SISALRIL (Resolución Administrativa 22-2003).
- Vigilan cumplimiento Resolución Administrativa 43-2003. Envío Estados Financieros los días 10 de cada mes y publicación trimestral en un periódico de circulación nacional.

Auditorías Operativas de Gestión:

Se audita el desempeño operativo en cuanto a los Departamentos que la conforman tales como;

- Jurídica
- Administración y Finanzas
- Planificación
- RRHH
- Afiliación de PSS
- Autorización
- Reclamaciones
- Suscripción

- Cobros
- Departamentos Técnicos e Informática

Auditorias Operativas de Gestión Del Sistema:

- El funcionamiento de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) en lo referente al empadronamiento, facturación, recaudo y dispersión de los recursos originados por las cotizaciones al SDSS.
- El funcionamiento de UNIPAGO, en relación al flujo de información de: Afiliación, desafiliación, recaudo, dispersión.

En Auditorias Especiales, pensamos que podríamos hacer unos aportes. Podemos controlar las ARS mediante el esquema 40, que carga la información concerniente mensualmente, actualiza nuestra información de nuestra base de datos respecto a Programación y evaluación periódica de los Programas de Prevención y Promoción de la Salud No Asistenciales contenidos en el PDSS.

En el esquema 35 rescatamos el Conjunto Mínimo de Bases de Datos de los Servicios de Salud prestados y pagados por las ARS. De esta manera, podemos saber respecto de los afiliados y sus dependientes cuales son los servicios que utilizó, a qué costo, cuánto pagó la ARS por eso, en qué fecha y con qué proveedor. Esto nos ha facilitado el costeo permanentemente.

De esta manera la Superintendencia captura y valida la información, analiza la información, la tabla, reporta, la transforma en indicadores y toma decisiones periódicamente. Con esta información nos manejamos diariamente.

Si los plazos, el formato de cada una de estas informaciones no es cumplida, aplicamos reglamento de sanciones. La infracción más común que tienen las ARS es justamente por violación a los procedimientos de carga de información.

Las áreas de intervención por riesgos laborales son las mismas que aplicamos a las ARS.

Los resultados de nuestra fiscalización están en la Oficina de Acceso público a la Información, que está por web y por ley 200-04. La oficina de atención al usuario no es más que el brazo derecho de la dirección de Información y Defensa del Afiliado que es la entidad que aboga por los derechos de los afiliados.

El sistema 311 está formulado para denuncias y reclamaciones. Por este medio la población también se informa de nuestras operaciones y servicios. Tenemos en las provincias establecimientos de atención provistos de call center, canales de información, sugerencias y opiniones.

Todo esto lo hacemos para empoderar a la población de sus derechos e informarle sobre sus quejas y reclamos.

La Superintendencia es la primera y única en el país acreditada con el ISO 9001 y ahora estamos en vísperas de lograr Normas ISO 27.001 por la seguridad de la información que esperamos lograr antes del cierre del año.

LA EXPERIENCIA DE PARAGUAY



PRESENTACIÓN DEL SUPERINTENDENTE DE SALUD DE PARAGUAY, DR. FÉLIX AYALA

En Paraguay hay una legislación bastante desarrollada, pero poco aplicada. Nuestra ley del Sistema Nacional de Salud del año 1996 establece una coordinación entre los subsistemas de servicios estatales, la Seguridad Social y los servicios privados.

Esta coordinación se realiza hace cinco años con muchas dificultades. La Ley del Sistema Nacional de Servicios de Salud, creó el Consejo Nacional de Salud que es la institución de coordinación. Está compuesta por el Ministerio de Salud Pública, el Instituto de Previsión Social, representantes de organizaciones privadas que ofrecen servicios, representantes gremiales y sindicales y que se reúne periódicamente.

El Consejo tiene como organismo ejecutivo al Comité Ejecutivo que a su vez organiza a la Dirección Médica Nacional, al Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud, la Dirección Médica Nacional y el Fondo Nacional de Salud no están constituidos, la Superintendencia de Salud está funcionando desde el año 1996, desde el año 2006 con una legislación propia.

La Superintendencia de Salud como institución dependiente del Consejo Nacional de Salud fiscaliza las instituciones de medicina prepaga, las entidades de seguridad social y todas las que presten servicios médicos pre-pagos con planes abiertos, cerrados o mixtos.

Establece un sistema uniforme de contabilidad. Para ello, las empresas de medicina prepaga deben remitir un informe detallado de sus operaciones. La Superintendencia establece los parámetros de solvencia y vigila el mantenimiento del patrimonio de las empresas de medicina prepaga con el objeto de garantizar las prestaciones a los usuarios.

Además, actúa en la fiscalización de todas las empresas prestadoras de servicios de salud, sean estas públicas, mixtas, o privadas. A partir de este año, estamos activando ciertas intervenciones que han dado vida a la Superintendencia, ante la opinión pública paraguaya, con cierto éxito. Se ha intervenido en actividades de hospitales públicos, hospitales de la seguridad social, también en hospitales y sanatorios de servicios privados.

Tenemos como limitaciones el escaso conocimiento de la población sobre la existencia y definición de la Superintendencia, el Consejo Nacional de Salud y la envergadura de nuestra institución que supervisa alrededor de 2000 empresas prestadoras con solo 32 funcionarios, lo que hace casi imposible el control permanente y obliga a acciones por denuncias específicas.

La actividad de la Superintendencia de Salud se desarrolla en tres áreas fundamentalmente: la Registro de empresas, la Categorización por niveles de complejidad de las prestadoras de servicios y las Auditorías médicas, jurídicas o contables. Las instituciones deben ser habilitadas por el Ministerio

de Salud Pública previamente a su registraci3n en la Superintendencia de Salud para los efectos de su categorizaci3n posterior. Se da el caso que el Ministerio de Salud P3blica debe habilitar a sus propias instituciones hospitalarias, a las instituciones privadas y a las del Servicio de Seguro Social, porque el Ministerio no es s3lo regulador o normativo sino tambi3n prestador de servicios. Estas actividades, de habilitaci3n, registraci3n y categorizaci3n se han concentrado sobre todo en los 3ltimos a3os en las empresas privadas. Las empresas del servicio p3blico y del servicio mixto nunca cumplieron con los procesos, tal vez por ser hospitales o centros de salud preexistentes a la ley. Este a3o estamos comenzando con una campa3a de habilitaci3n para los efectos de dimensionar el tama3o de nuestras empresas prestadoras, la cantidad de servicios que entregan, dotaci3n de funcionarios y la poblaci3n asignada a ellas.

Las categorizaciones se realizan aplicando un manual que fue desarrollado con la asesor3a de la Organizaci3n Panamericana de la Salud y con ellas se definen cuatro niveles de atenci3n: primario, que incluye servicios ambulatorios, nivel uno con servicios de internaci3n b3sico y la atenci3n del parto, nivel dos que permite la internaci3n de mediana complejidad, la atenci3n del parto y cirug3as de mediana complejidad y un nivel tres, de alta complejidad.

La Superintendencia establece auditorias contables, m3dicas, sean 3stas de medicina prepaga o prestadores simples de salud.

En las Auditor3as Jur3dicas, se intenta dar uniformidad a los contratos de servicios que las empresas de medicina prepaga tienen con los usuarios. En Paraguay hay 64 empresas de medicina prepaga que cubren aproximadamente a 500.000 usuarios de los 6 millones de habitantes que tiene el pa3s.

El seguro social obligatorio para asalariados, Instituto de Previsi3n Social cubre un mill3n de habitantes y el resto, lo cubre el Servicio Estatal. Nosotros no tenemos un Plan B3sico de servicios que pueda garantizar prestaciones a la poblaci3n de acuerdo a los pagos que realiza. Se est3 trabajando en eso, pero estamos en los inicios.

Estructura de Servicios

	Seguro Social	Seguros Privados
Empresas	1	64
Hospitales	1	8
Hospitales 2º nivel	10	30
Ambulatorios	71	14
Asegurados	1.000.000	500.000

Los empleados aportan al Seguro Social el 9% del salario como cotizaci3n mensual y los empleadores con un 14%. Con estos aportes se cubren no s3lo la asistencia m3dica, sino tambi3n la jubilaci3n de las personas, lo destinado a servicios m3dicos equivale al 9% de los salarios.

El Seguro Social tiene un hospital de gran complejidad, 10 hospitales de segundo nivel y 71 servicios ambulatorios. Los seguros privados a su vez cuentan con 8 hospitales de alta complejidad, 30 de segundo nivel y 74 consultorios. Destacamos que los datos sobre los consultorios son parciales, sólo 14 de ellos estarían registrados.

En cuanto a precios, los abonados por los usuarios a las empresas de medicina pre-paga, no están regulados por la ley y la fijación de precios de venta de los medicamentos es responsabilidad de la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria que por ley establece los costos máximos de venta de los fármacos en todo el país y la política de precios de los medicamentos. La Superintendencia no tiene incumbencia en este campo.

En lo referente a resolución de conflictos, la Superintendencia de Salud constituye el primer nivel en la solución de los conflictos entre prestadoras y aseguradoras y a su vez, entre éstas y usuarios, los procedimientos se inician por denuncias y posterior apertura de sumario.

Si el problema no se resuelve, entonces pasa a los tribunales de Justicia.

Los principales causales de problemas son: incumplimiento de contrato y problemas relacionados con la praxis médica.





CALIDAD Y DERECHOS EN **SALUD**

En el tema de Calidad y Derechos en Salud, México y Ecuador participaron con sendas presentaciones referidas a los principales aspectos de sus sistemas, relevando especialmente los énfasis y políticas que han implementado sus naciones para resguardar los estándares de seguridad especialmente en los prestadores públicos y privados, que tienen la responsabilidad de otorgar tratamientos a los pacientes.

Actuó como moderador el Dr. Julio Suárez, Consultor Internacional en Desarrollo de Sistemas y Servicios

LA EXPERIENCIA MEXICANA



PRESENTACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD E INFORMÁTICA DE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO, CONAMED, DR. FRANCISCO HERNÁNDEZ.

Francisco Hernández Torres, es médico de base y funcionario en áreas administrativas de la Secretaría de Salud (México). Después de haber ganado el concurso público y abierto del Servicio Profesional de Carrera de la Secretaría de la Función Pública, ocupa la Dirección General de Calidad e Informática en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Nació en Chilpancingo, Guerrero, México. Egresado de la Universidad Autónoma del Estado de México como Médico cirujano; además es Maestro en Administración de Hospitales por la Escuela de Salud Pública de México, con especialización en Planificación de Sistemas de Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública de Brasil. Adicionalmente, realizó estudios de Alta Dirección en el IPADE de la Universidad Panamericana y ha cursado estudios de doctorado en ciencias de la salud con énfasis en gerencia hospitalaria y la Maestría en Administración Pública en el Instituto Nacional de Administración Pública de México. Es académico de número de la Academia Mexicana de Cirugía, miembro fundador de la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud y desde hace más de una década de la Sociedad Mexicana de Salud Pública y de la Asociación Mexicana de Hospitales.

En México, CONAMED lleva 15 años cumpliendo su misión de ser una institución pública que ofrece medios alternos para la solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos. Promueve la prestación de servicios de calidad y contribuye con la seguridad de los pacientes. En este sentido, la CONAMED se convierte en un agente fundamental para impulsar la calidad en la atención y seguridad de los pacientes. Su carácter de árbitro experto, imparcial, respetuoso y confidencial, la colocan en una situación de privilegio en la protección de derechos y obligaciones en materia de salud de las personas e instituciones en conflicto.

Las razones que motivaron a este organismo a trabajar a favor de la calidad, se resumen en:

- I. Alta variabilidad en la práctica profesional.
- II. Organizaciones que no proporcionan voz a los pacientes y familias.
- III. Débil compromiso con la seguridad de los pacientes: daño y desconfianza.
- IV. Escasa preocupación directiva por la calidad: ausencia de un Plan de Mejora.

La CONAMED impulsa el arbitraje médico hacia la protección del usuario y en ese sentido fortalecerá la armonización de su trabajo con el de las Comisiones Estatales para desconcentrar la operación del modelo único de arbitraje, avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Arbitraje Médico y fortalecer el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).

La idea es que al año 2030, México cuente además con un Sistema Nacional de Salud integrado con participación pública y privada, que responda a las necesidades y expectativas de la población, enfocado con calidad a la atención médica, la prevención, la investigación y la formación de los profesionales de la salud.

Existe un Sistema Integral de la Calidad que permea la cultura por establecer una calidad en los servicios obligándolos a acreditarse, porque de otro modo no reciben fondos públicos. La acreditación entonces, es el instrumento válido mediante el cual se garantiza la calidad de los prestadores y por ello es posible percatarse que existe una fuerte demanda para lograrla. Del 2007 al 2011 se habían acreditado 8.554 causas y sólo en el 2011 al momento de realizarse la presentación, éstas alcanzaban las 1.922. Sin embargo, durante estos quince años el trienio 2007-2010 es el que concentró el mayor número de acreditaciones llegando a las 6.637.

Esta institucionalidad de la calidad, a través de SICALIDAD persigue obviamente una mayor seguridad para el paciente, pero además permite a los prestadores acceder a difusión, beneficios y estímulos que redundan en un mejor posicionamiento y prestigio. Consecuentemente con esta política de calidad opera un Sistema de Protección Social en Salud. Los campos de acción son: protección financiera, protección contra daños y protección al usuario.

En México, el ejercicio profesional está regulado y es responsabilidad del Estado atender y dar curso a las demandas sociales. La queja médica es una de ellas y es la expresión de los pacientes sobre expectativas no cumplidas y las características del modelo de atención que desearían tener. A juicio de los expertos, la queja es un signo inequívoco de mala calidad y refleja problemas de comunicación entre médicos y receptores.

“La mayoría de los especialistas que tienen quejas no están certificados. Las quejas, resultan del proceso de atención de la salud que de suyo es complejo para el ser humano”.

Los eventos adversos más frecuentes se producen en el siguiente orden:

1. Infección hospitalaria: 37.14%
2. Intervención quirúrgica: 28.69%
3. Incidentes en los cuidados: 13.27% (úlceras por presión)
4. Errores de medicación: 8.23%

Esto significa que en un 62,9% de los casos, los efectos adversos aumentaron el período de hospitalización a 16.1 días. Y en un 18,2% de los casos, los efectos adversos obligaron a un reingreso del paciente a tratamiento. Lo increíble de todo, es que más del 60% a 65% de estos efectos adversos se pueden prevenir o son evitables.

Estamos conmemorando 15 años de un órgano destinado a atender controversias en salud, el cual está siendo ya rebasado. En los estudios que nosotros tenemos está demostrado que la probabilidad de ocurrencia de un efecto adverso es del 10% y con este nivel de información que tiene ahora la población, que cada vez accede más a la información, se ha incrementado la queja médica de un 0,1% a un 1%. Y eso habla de más de 200.000 casos que se han atendido últimamente.

Creo que el problema de la judicialización de la salud requiere de una atención altamente especializada porque lo peor que le puede suceder a un usuario de servicios de salud es caer en manos de un juez, porque el juez no tiene la tecnología para evaluar, lo que representa un problema gravísimo.

Este es un problema que compartimos todos. Junto con otros problemas como el acceso a los servicios que tiene que ver con las controversias vinculadas a la equidad y eficiencia en la prestación de servicios.

El desarrollo de política pública sobre calidad en salud requiere como insumo la evaluación de la atención médica, que CONAMED revisa y analiza.

El arbitraje médico en México tiene un carácter sectorial dentro del SNS. Sus funciones de rectoría, resolución de controversias y peritajes contribuyen a las instituciones del sector salud, tribunales, órganos de procuración de justicia y contralorías.

A la luz de lo expuesto, la queja médica favorece una mejoría en la calidad de atención del SNS a través de:

- Mejorar la calidad en los componentes de estructura, procesos, resultados, calidad técnica e interpersonal.
- Fomentar la cultura organizacional a partir del error.
- Fortalecer la relación entre usuarios y prestadores de servicios.
- Prevenir la medicina defensiva (judicialización).
- Contribuir a reducir costos de la atención médica.
- Identificar factores de riesgo que atentan contra la salud pública.
- Favorecer la eficiencia de las organizaciones.

En el período comprendido entre 1996-2010 se recibieron 221.239 denuncias, concluyéndose 220.158. Mientras que entre el 2007 y 2010 se recibieron 56.201 concluyéndose 56.045, es decir la casi totalidad de ellos. De éstos, un 2.4% corresponde a Gestión Pericial, un 11% a Conciliación, un 85,4% a Atención Inmediata y un 1.2% a Arbitraje.

En este último periodo 2007-2010 se proporcionaron 27,910 orientaciones y 17,690 asesorías especializadas; adicionalmente se realizaron 2,289 gestiones inmediatas y se concluyeron 6,820 quejas y 1,336 asuntos de dictamen.

Las causas más frecuentes de las quejas médicas son:

- Falta de oportunidad, acceso o negativa de atención.
- Deficiencia en la calidad profesional.
- Falta de seguridad (eventos adversos).
- Desapego a los preceptos éticos de la medicina.
- Incumplimiento del marco legal vigente.
- Resultados inesperados

En el 63% de los casos se comprobó que no existe evidencian de mala práctica, mientras que en el restante 37% se detectaron errores y anomalías en la práctica médica.

En México existe el Sistema Nacional de Registro de Información de la Queja Médica (SINAREQ), cuya primera y segunda etapa está concluida en un 60%. Además, dada la vasta trayectoria en este ámbito

la Directora General de la OMS designó a CONAMED en Centro Colaborador de la Atención y Seguridad de Paciente por un período de cuatro años (2011-2015). Lo que brinda la oportunidad de iniciar una nueva etapa de cooperación técnica de alto nivel en nuestro país y en las Regiones de la OMS.

Sin embargo, hay que enfrentar tres desafíos que son indispensables para fortalecer el sistema: Uno, establecer un avance jurídico específicamente una ley que fortalezca la rectoría a fin que se cumplan las recomendaciones, ya que si queremos que los sistemas de salud cumplan con los requisitos de calidad básicos, se debe hacer un ajuste a la política de la calidad.

Dos, recursos para asesorías y tercero, lograr mayor difusión para que la población tenga una visibilidad de los servicios que existen para proteger sus derechos.

Respecto del Proyecto interinstitucional que mide la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, los resultados revelan situaciones que pueden ayudar a fortalecer la estrategia de "SICALIDAD", tales como:

- Revisión y ajuste de la política nacional de calidad
- Homologación sectorial de estándares de calidad
- Mayor participación social en evaluación de calidad
- Mayor apoyo a los estados para desarrollar capacidades
- Mayor difusión y uso de resultados en la toma de decisiones

CONSIDERACIONES

- La innovación y aportaciones del arbitraje médico han sido y son trascendentes.
- La participación de la CONAMED en calidad y seguridad del paciente se ha incrementado, al igual que los aportes en evaluación integral de la práctica médica en casos como influenza, dengue o muerte materna, sin embargo, debe haber mayor participación en rubros de prevención.
- Se debe evaluar y decidir jurídicamente cual debe ser el mejor camino a seguir para la CONAMED en los próximos años.
- Presencia Nacional.
- Mayor participación en evaluación de los servicios, calidad y seguridad del paciente, énfasis de prevención.
- Fortalecimiento Comisiones Estatales.
- Cambios jurídicos para:
 - Sustento legal (decreto-ley)
 - Obligatoriedad de etapa conciliatoria para prestadores y usuarios.
 - Aceptación del arbitraje sin distinción por prestador de servicios de salud.

LA EXPERIENCIA DE ECUADOR



PRESENTACIÓN DE LA SUBSECRETARIA DE PLANIFICACIÓN, CARINA VANCE MAFLA

A partir de la Constitución de 2008, Ecuador está apuntando su política de salud a un cambio en el paradigma que, esencialmente, se basa en el desarrollo del Buen Vivir.

La Carta Fundamental consagra la Salud como un derecho humano y por lo tanto es deber del Estado garantizar la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, así como la participación y el control social.

Para lograr estos objetivos es imprescindible la existencia de una Articulación entre los diversos niveles de atención; reconocimiento de la medicina ancestral y alternativa; una red pública integral de salud y acceso universal progresivo a servicios de salud gratuitos en todos los niveles resolutivos.

La salud en el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir (2009 - 2013) contempla políticas para:

- Promover prácticas de vida saludable en la población.
- Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.
- Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.
- Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.
- Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos.

La reforma democrática busca generar un Estado más eficiente y transparente. Para ello, se han impulsado diversas iniciativas, entre ellas, la distribución territorial del Ejecutivo para impulsar el desarrollo local más allá de las grandes urbes.

La desconcentración del poder especialmente de la Autoridad Sanitaria Nacional permitirá precisamente acercar los servicios a la ciudadanía. Conjuntamente, se fortalecerá la articulación intersectorial para lograr intervenciones integrales que consideren los determinantes sociales de la salud.

En el ámbito de la calidad y garantizar el derecho a la salud, se están implementando diversas estrategias destinadas a:

- Fortalecer la Rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional y contar con procesos más eficientes mediante la reestructuración institucional.

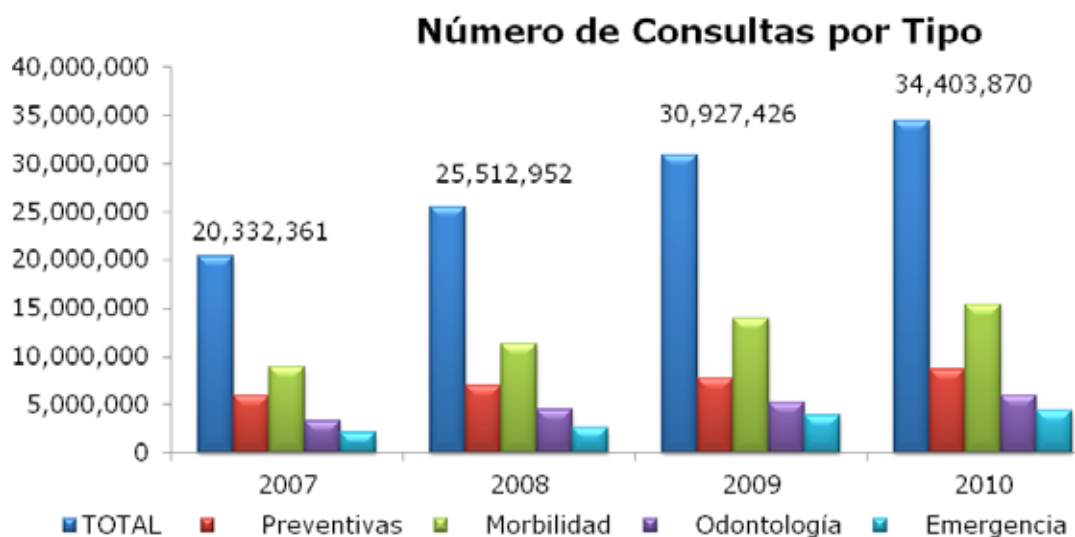
- Nueva Ley Orgánica de Salud (hasta el 2012).
- Fortalecer la gestión de la información y contar con sistemas de información modernos que permitan la toma de decisiones oportuna y el control de la gestión.
- Desarrollar e implementar normas, estándares y protocolos de atención.
- Disminuir la brecha entre la oferta y demanda de servicios y distribuir recursos aplicando principios de equidad, transparencia y eficiencia.

Para cumplir con estos objetivos el Ministerio de Salud Pública (MSP) realizó una nueva reestructuración organizacional con un nuevo modelo de gestión, el que implica:

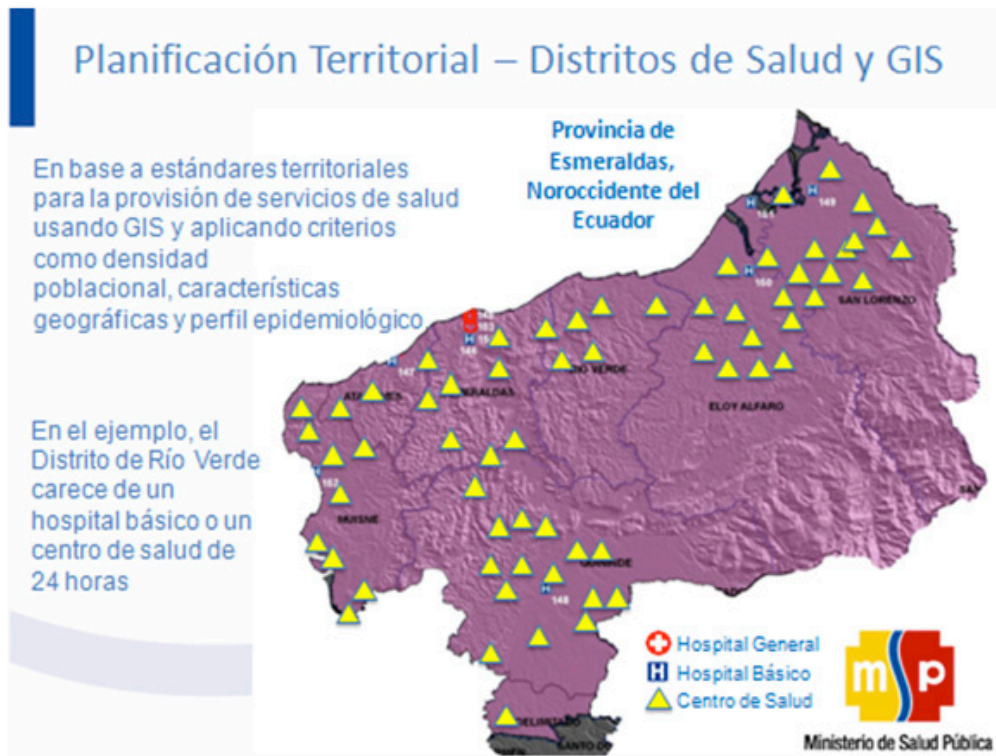
- Fortalecimiento de la rectoría del MSP, organizando y racionalizando la distribución de funciones institucionales.
- 9 Coordinaciones Zonales que realizarán, en todo el territorio nacional el control del cumplimiento de las políticas y normativas del sector salud.
- Atención a la ciudadanía en Direcciones Distritales (permisos de funcionamiento, registro de títulos, autenticación de certificados médicos) fortalecimiento de la planificación y desconcentración de procesos.

Por otra parte, el presupuesto nacional de salud que por décadas no fue prioridad, ahora por la Constitución del 2008 deberá reajustarse en un 0,5% hasta alcanzar el 6% del PIB. Otra medida importante ha sido la creación de la Dirección Nacional de Economía de la Salud destinada a analizar la calidad del gasto.

Las últimas medidas aplicadas han registrado como resultado una duplicación en el número de atenciones pasando de un total de 16.223.600 en el año 2006 a 34.403.870 en el 2010.



Para el Ministerio de Salud es absolutamente fundamental para la planificación de acciones, el levantamiento de información, por ello se ha implementado un análisis de indicadores de gestión hospitalaria con sistemas de información geográfica. De esta manera, ha sido posible averiguar que existen provincias en las que el índice de ocupación de camas supera el estándar internacional (85%) y en las que el índice del IESS está por debajo del estándar (80%).



Por otra parte, el fortalecimiento de la Red Pública Integral está solucionando la redistribución de camas compensando aquellas regiones con déficit por una ampliación de la oferta de servicios de salud.

Avances en la implementación de la Red Pública Integral de Salud

- Conjunto de prestaciones a garantizar en el segundo nivel de atención tarifario único para implementar en el sector público y privado.
- Elaboración de estándares para homologación de la tipología de establecimientos del SNS.
- Protocolos y guías de manejo clínico, por ciclos de vida y niveles de atención.
- Acuerdo de Licenciamiento para los establecimientos del sector público y privado.
- Levantamiento de la información sobre la oferta del sector público para los tres niveles de atención.
- Sistema de farmacovigilancia forma parte del sistema de control de la garantía de calidad.
- Capacitación en auditoría en salud para mejorar estándares de calidad de los servicios del sector salud.
- Marco jurídico sólido para el inicio de la articulación y funcionamiento de la Red Pública.
- Software de cruce de cuentas.





ACUERDOS



IV Congreso de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud

IV CONGRESO IBEROAMERICANO DE ÓRGANOS REGULADORES Y DE CONTROL DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Santiago de Chile, 1 de agosto de 2011

ACTA DE SANTIAGO

En Santiago de Chile, el día 1 de agosto de 2011, se ha realizado el "IV Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud", con autoridades provenientes de República Dominicana, Ecuador, México, Brasil, Colombia, Paraguay, Argentina y Chile, organizado y auspiciado entre la Superintendencia de Salud de Chile y la Organización Panamericana de la Salud (OPS-Chile).

Las conclusiones y acuerdos del presente congreso son las siguientes:

1.- Principales logros del congreso

- Se han congregado altas autoridades del área de regulación y fiscalización de los sistemas de salud, de diversos países de América Latina, los que han compartido diversas experiencias en las áreas en cuestión.
- Se ha desarrollado una discusión técnica de gran nivel en el ámbito de los modelos y mecanismos de financiamiento en los sistemas de salud, obteniéndose recomendaciones de política pública para el diseño e implementación de dichos modelos y mecanismos en cada uno de nuestros países.
- Se han intercambiado valiosas experiencias de regulación y fiscalización de sistemas de salud, logrando consensos en cuanto a sus objetivos, características, desafíos y claves de éxito, en los ámbitos de seguros y prestadores tanto públicos como privados.

2.- Reconocemos que la regulación y la fiscalización tienen el objetivo fundamental de proteger la salud como un derecho fundamental de los ciudadanos.

3.- Al mismo tiempo, es importante destacar, que este intercambio, pierde valor sino se genera continuidad de la cooperación técnica entre los organismos reguladores y fiscalizadores de nuestros países.



IV Congreso de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud

4.- Acordamos realizar el "V Congreso" con el objetivo de profundizar el análisis en las materias desarrolladas en este evento, aceptando la propuesta de Colombia como país anfitrión, representada por la Superintendencia Nacional de Salud y aceptando también la suplencia de México, representada por Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

5.- Les solicitamos a la Organización Panamericana de la Salud apoyarnos en:

- La elaboración de estudios y propuestas para disminuir la judicialización en salud.
- La elaboración de estudios y propuestas para elaborar planes universales de salud con la participación de prestigiosas entidades académicas.
- El desarrollo de propuestas para mejorar los niveles de calidad de los prestadores de salud, elaborando indicadores, instrumentos e incentivos que permitan aumentar la equidad en el acceso a las atenciones de salud.
- El desarrollo de una propuesta de un modelo de atención primaria.

6.- Le solicitamos a la Superintendencia de Salud de Chile, que se comprometa a:

- Enviarnos todo el material de este congreso por vía electrónica.
- La elaboración y publicación de un libro digital en el que se sistematicen los conceptos, información, presentaciones y resultados de los trabajos de las mesas.
- En coordinación con la Organización Panamericana de la Salud, hacer una propuesta técnica para formalizar la constitución de una Asociación de Organismos Reguladores en Salud con el fin de ser presentada y sancionada en el "V Congreso".

7.- Finalmente reconocemos el compromiso de las autoridades de todos nuestros países, en su interés y dedicación para avanzar en el área de protección social en salud de nuestros ciudadanos y ratificamos la importancia de seguir fortaleciendo el rol de los organismos reguladores de nuestros sistemas de salud.

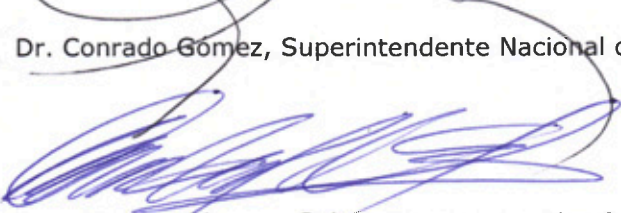


FIRMADO EN SANTIAGO DE CHILE EL 1 DE AGOSTO DE 2011

- Dr. Ricardo Bellagio - Superintendente de Servicios de Salud, Argentina.

- 
Dr. Bruno Sobral, Director de Desarrollo Sectorial, Agencia Nacional de Salud (ANS), Brasil.

- 
Dr. Conrado Gómez, Superintendente Nacional de Salud, Colombia.

- 
Dra. Carina Vance, Subsecretaria de Planificación, Ministerio de Salud Pública, Ecuador.

- 
Dr. Francisco Hernández, Director General de Calidad e Informática, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México.

- 
Dr. Félix Ayala, Superintendente de Salud, Paraguay.

- 
Dr. Fernando Caamaño, Superintendente de Salud y Riesgos Laborales, República Dominicana.

- 
Dr. Luis Romero Strooy, Superintendente de Salud, Chile.



IV CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE ÓRGANOS REGULADORES
Y DE CONTROL DE
LOS SISTEMAS DE SALUD