



# Financiamiento de Enfermedades Transmisibles y no Transmisibles en el contexto de la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud

1er Congreso de Comisiones de Salud de Parlamentos de las Américas  
3-5 de Junio, Paracas, ICA, Perú

**Cristian Morales**

Asesor de Financiamiento y Economía de la Salud  
Unidad de Servicios de Salud y Acceso, Departamento de Sistemas



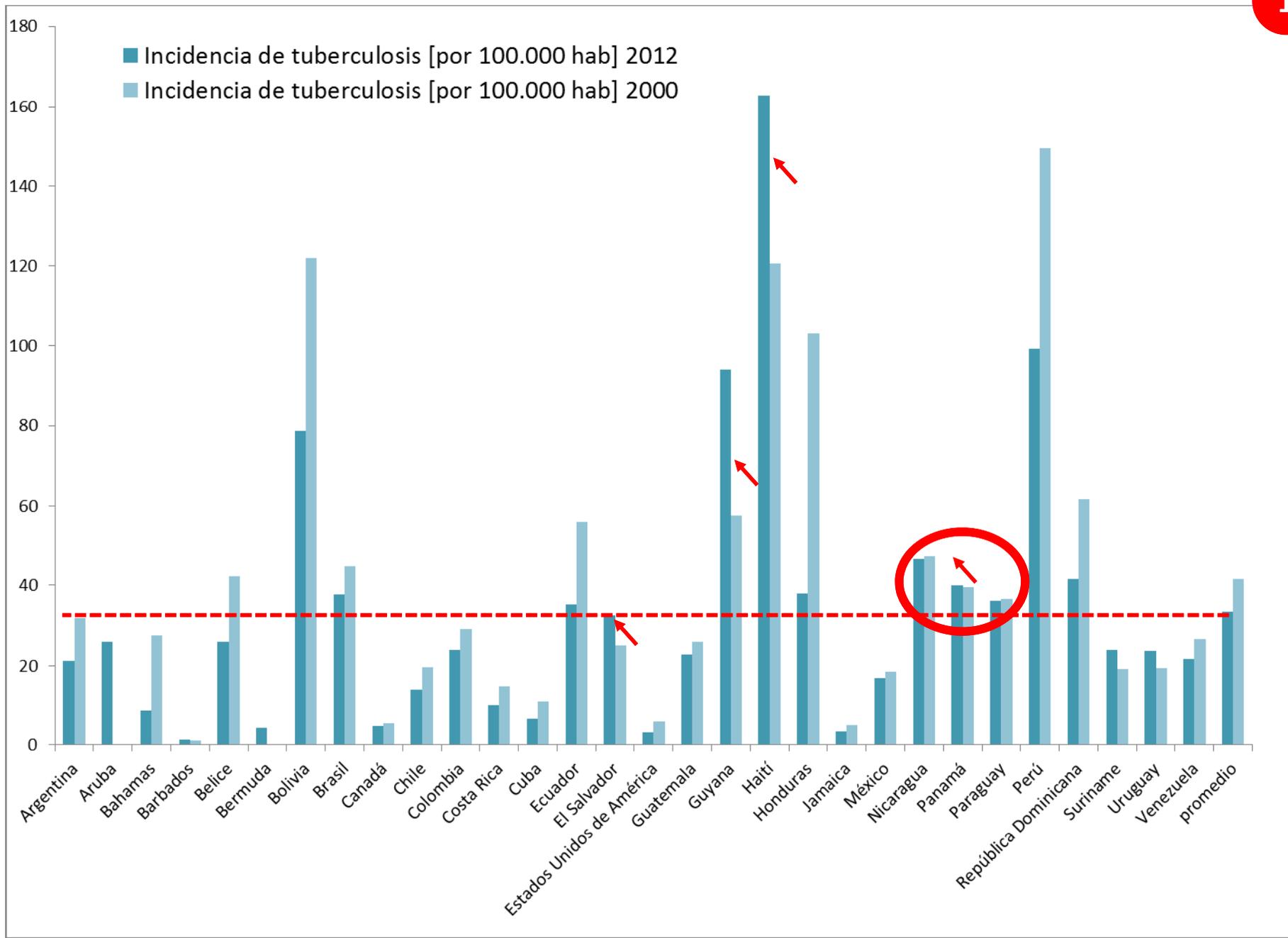
# CONTENIDO

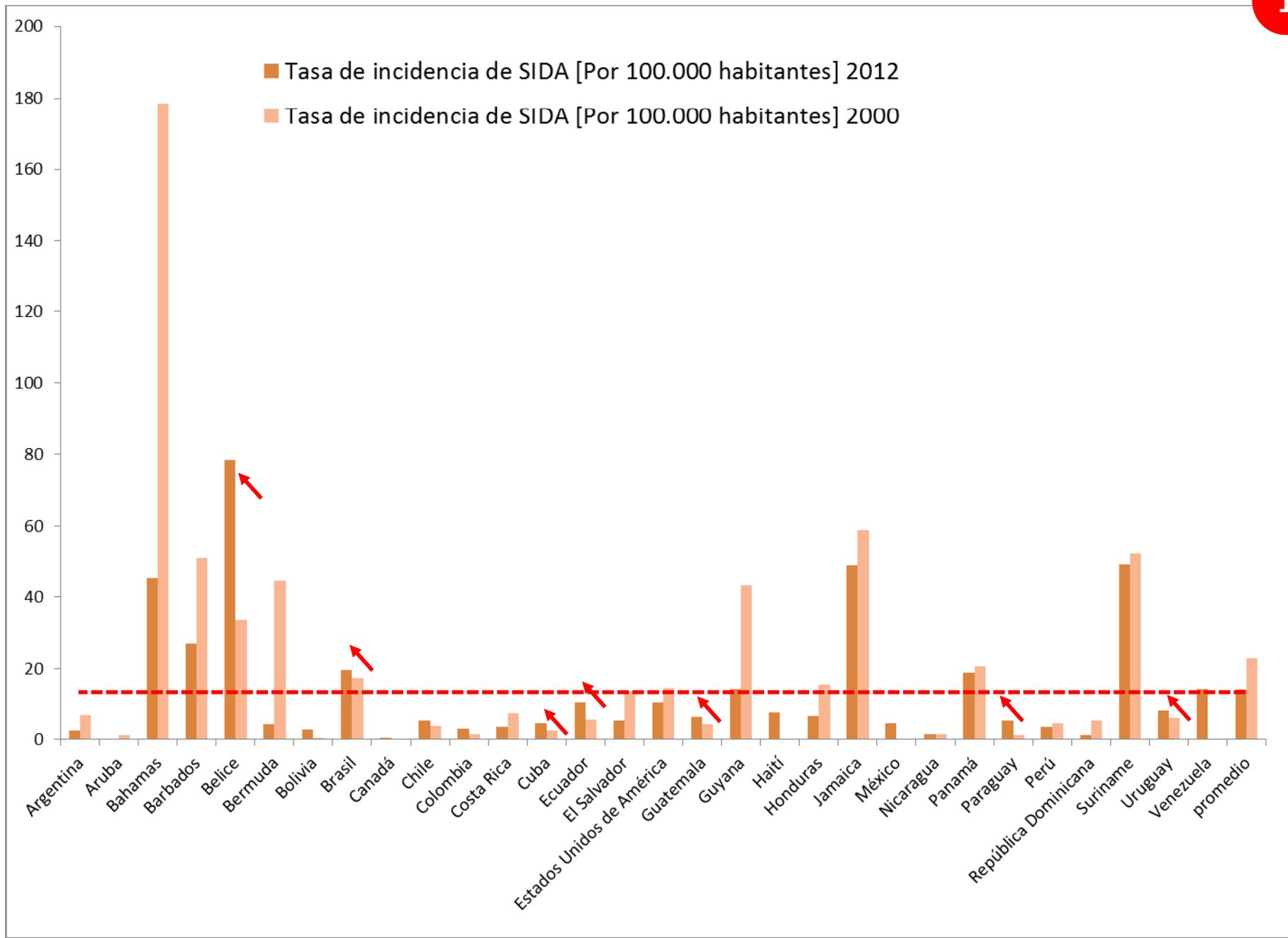
1. Contexto de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y de los sistemas de salud

2. Aporte de la estrategia de AUS/CUS

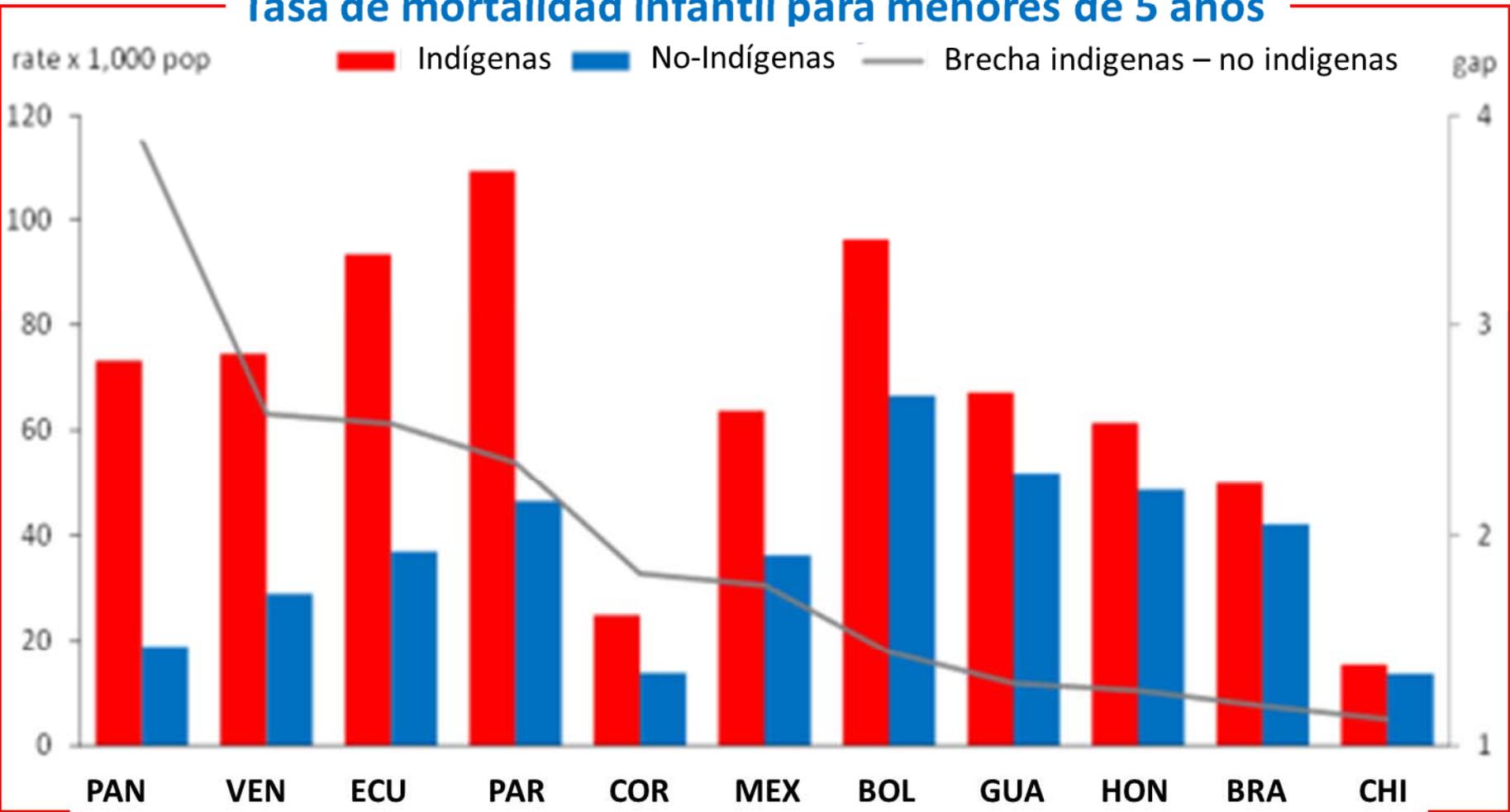
3. Principios para el diseño de sistemas de financiamiento en el contexto AUS/CUS



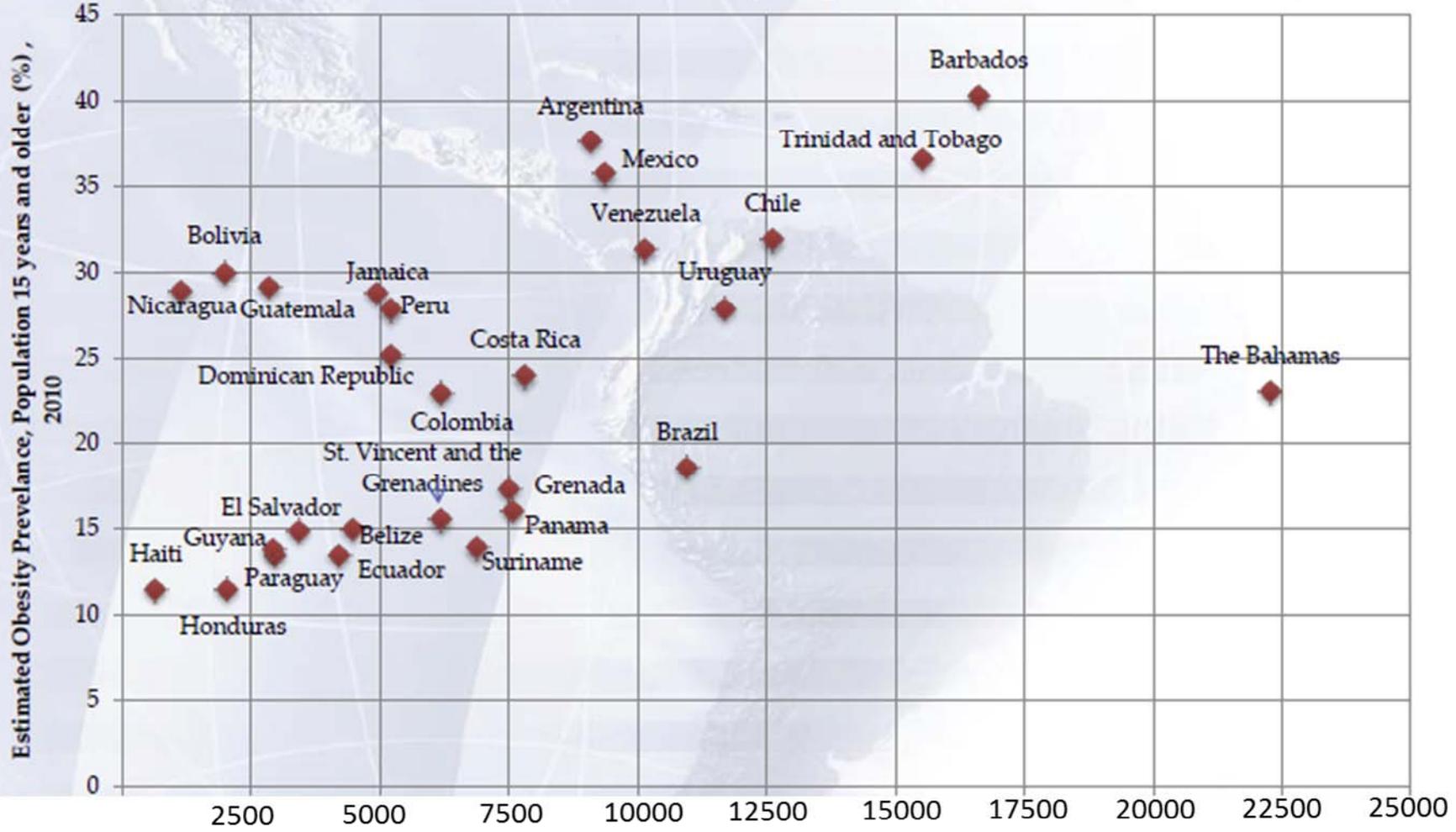




### Tasa de mortalidad infantil para menores de 5 años



LAC: Income and Prevalence of Obesity, Population 15 years and older (%), 2010



**149 millones de fumadores**  
**30-40% de los 25-64 hipertensivos**  
**25% personas >15 años obesos**

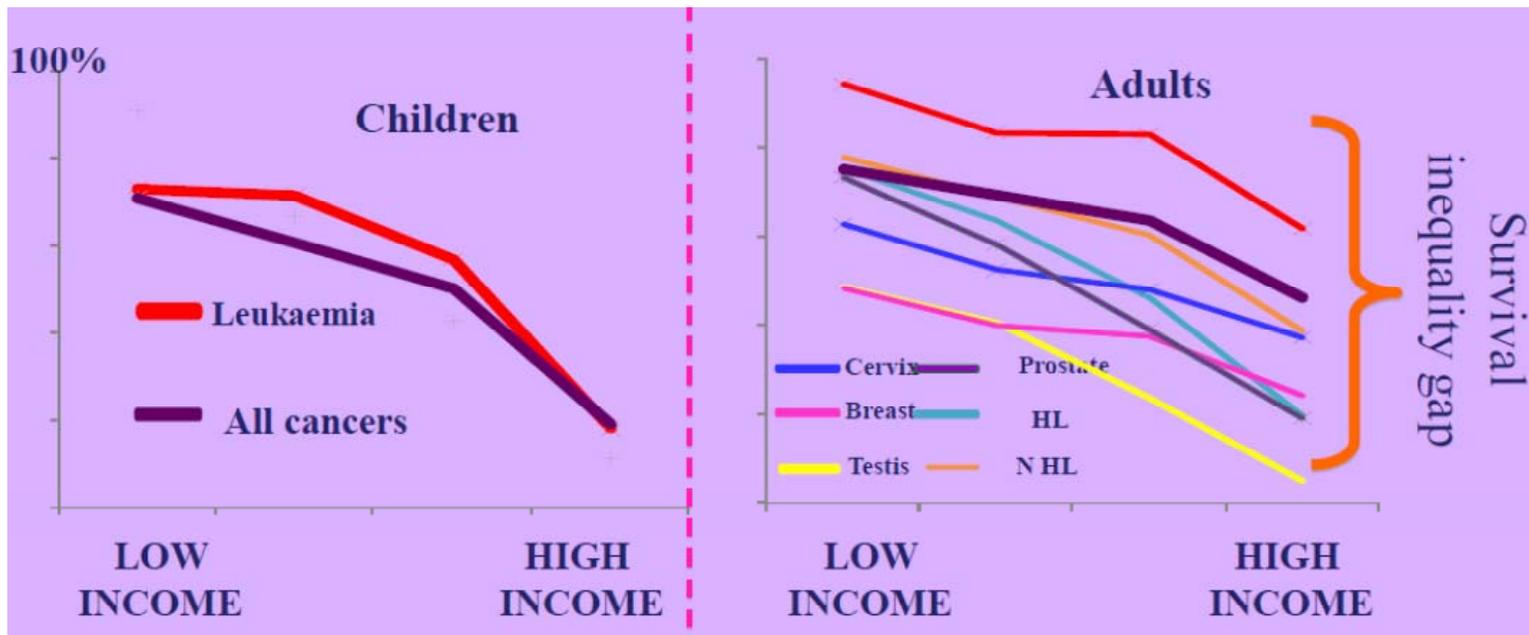


**37% de las muertes es en personas de menos de 70 años**

- Las ENT son la 1a causa de mortalidad
- Hay mas de 250 millones de personas viviendo con ENT
- Las ENT son multifactoriales
- Buenas noticias: con prevención su aparición puede retrasarse
- No tan buenas noticias: los desafíos para implementar medidas de prevención son mayores

# ENT reproducen las inequidades

Mortalidad e ingreso por tipo de cáncer y de ingreso país\*

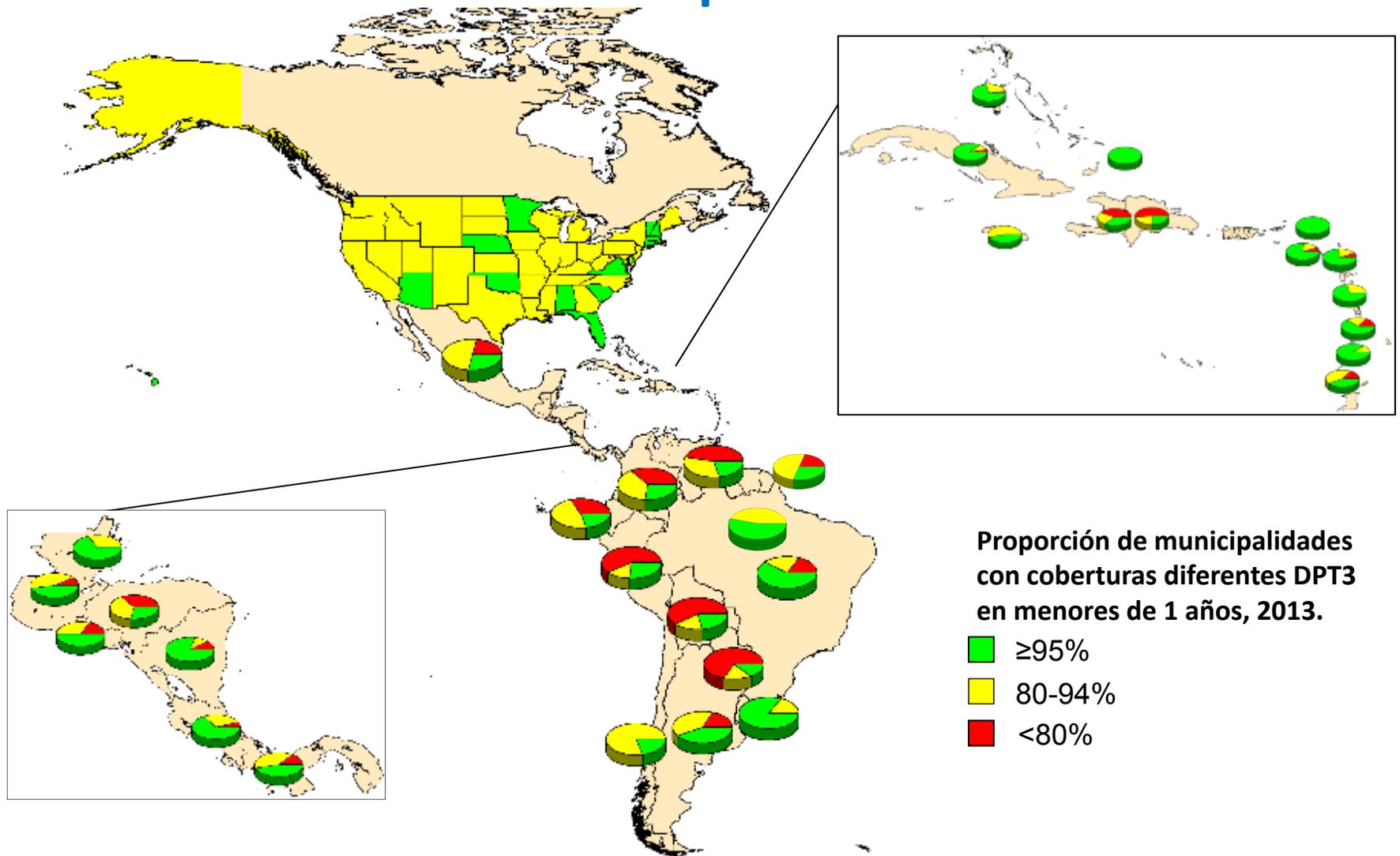


Source: Knail, Arreola, Mendez. estimates based on LARC, Globocan, 2010.

\* Presented at the Global Health Council 38<sup>th</sup> Annual Conference 2011.

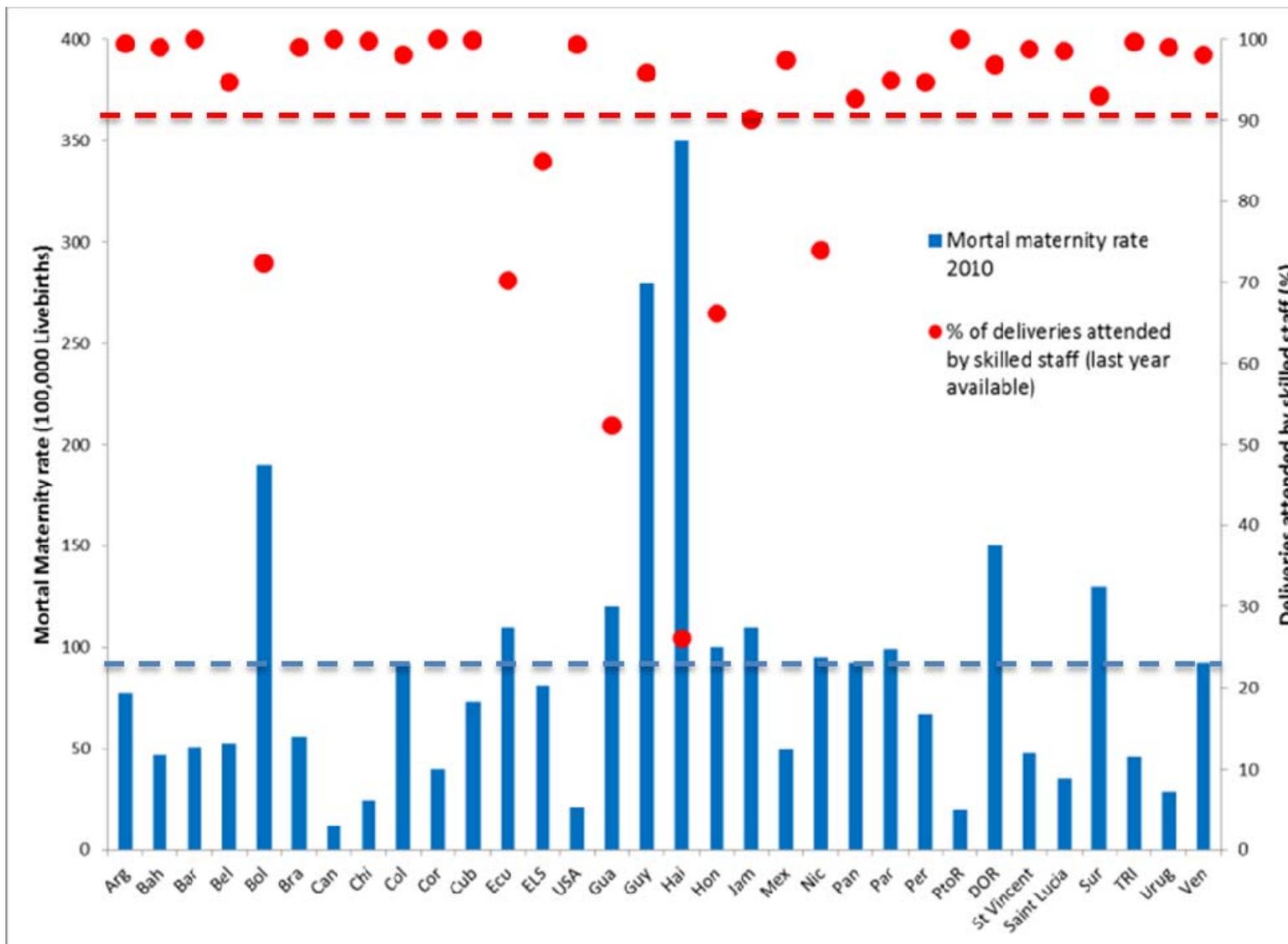
# Inequidades de Acceso a los Servicios de Salud dentro de los países

1



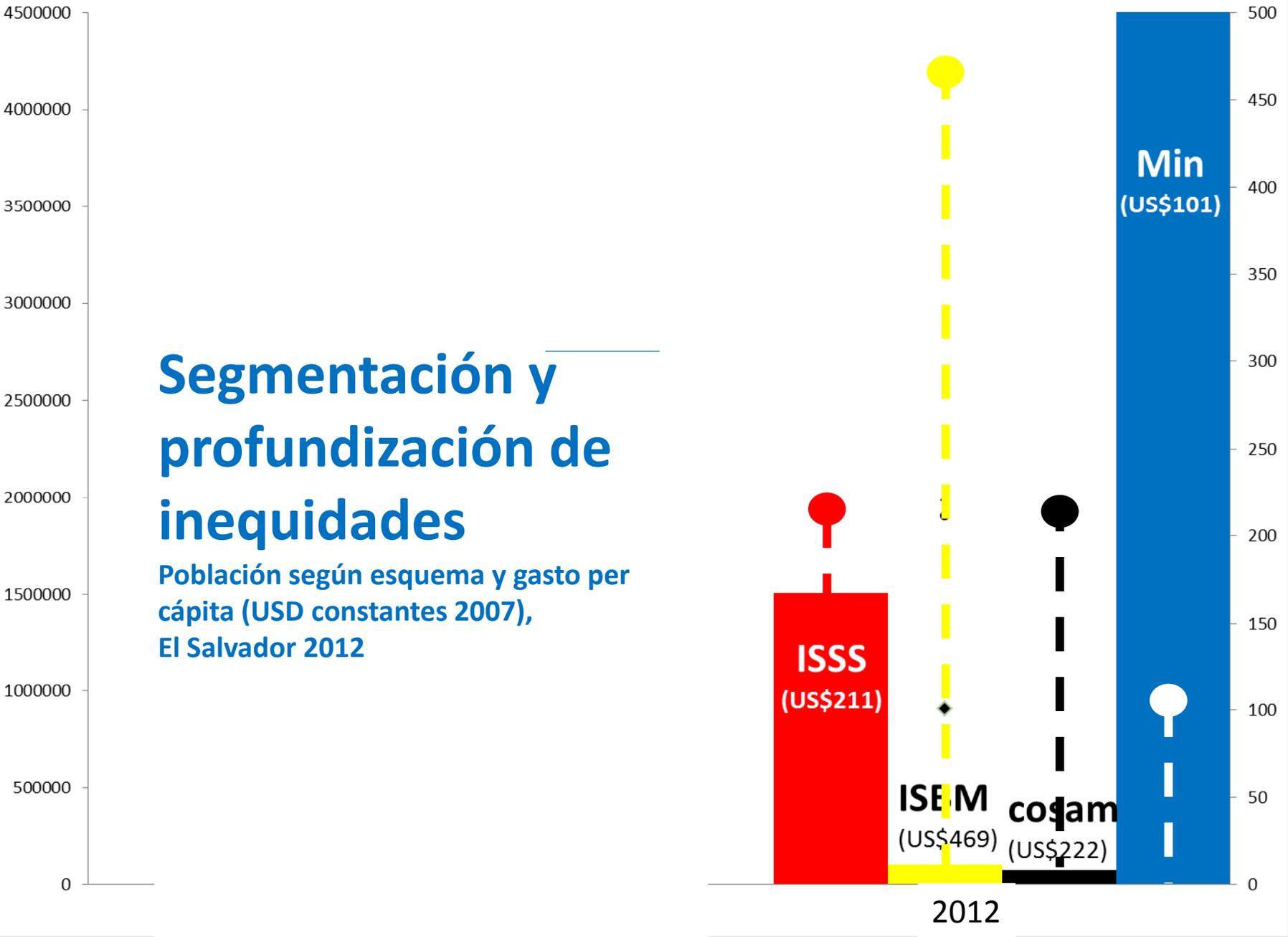
Fuentes: PAHO-WHO/UNICEF Joint Reporting Form (JRF), 2014. \*Guatemala and Panama data in 2012; USA 2012 coverage data by state; disaggregated coverage data not available for Canada.

# Calidad de los servicios...

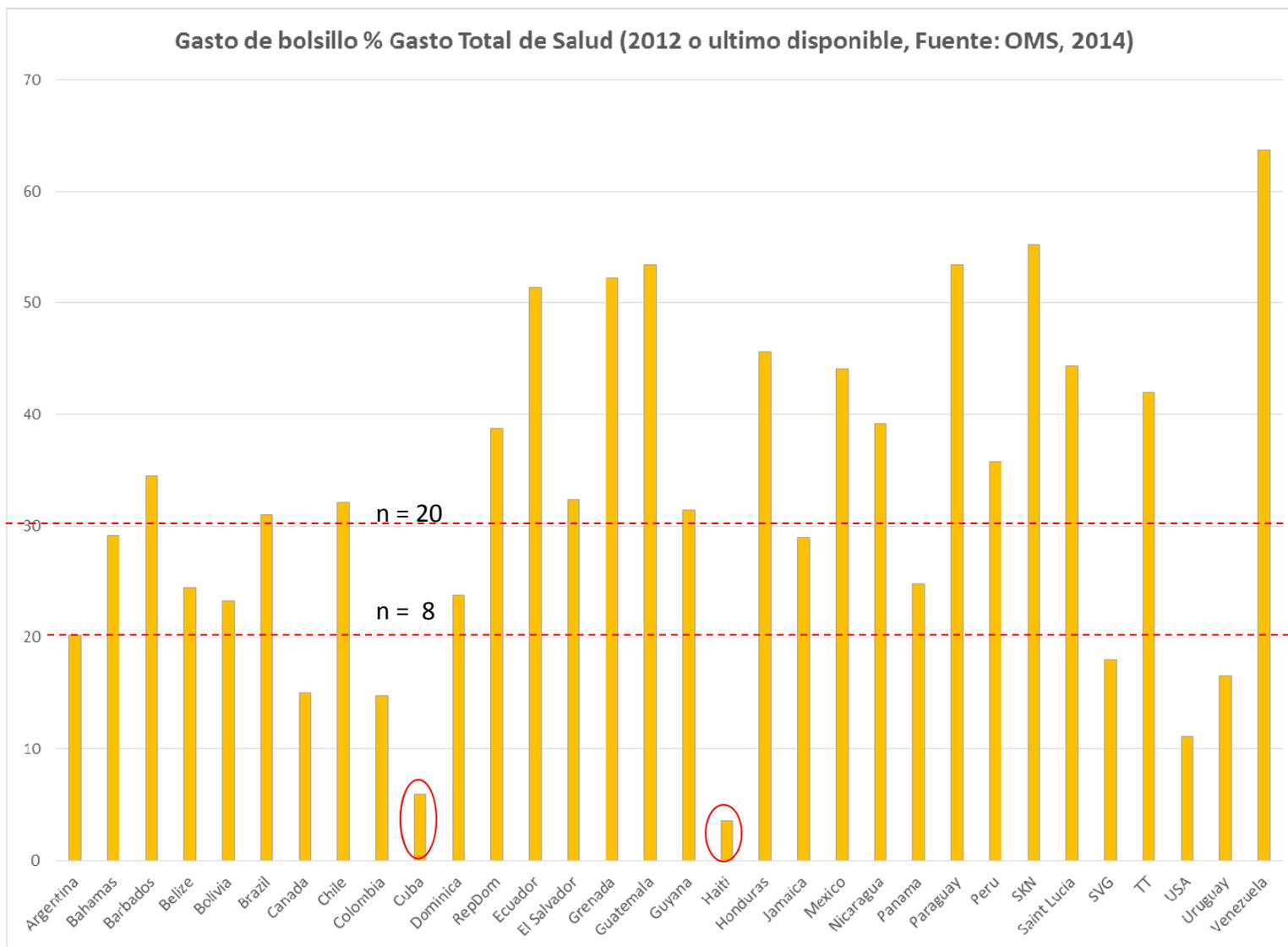


# Segmentación y profundización de inequidades

Población según esquema y gasto per cápita (USD constantes 2007), El Salvador 2012



# Cobertura de costos (protección financiera)





# Fragmentación





## Valores

- ✓ Derecho a la salud
- ✓ Equidad
- ✓ Solidaridad

Implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras.

Requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.





## Acceso Universal

Ausencia de **barreras** de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género que impiden que **todas** las personas utilicen servicios integrales de salud y tengan una vida saludable que permita su desarrollo humano y bienestar.

## Cobertura Universal

Mecanismos de organización y financiamiento suficientes para **cubrir** a toda la población.

**La cobertura universal no es suficiente... El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo**

# Contexto



# ¿Que necesitamos conocer para el fortalecimiento del sistema de salud hacia su transformación?

2



## Línea Estratégica 1

Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.



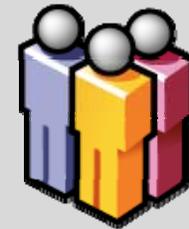
## Línea Estratégica 2

Fortalecer la rectoría y la gobernanza.



## Línea Estratégica 3

Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.



## Línea Estratégica 4

Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de salud.





# Principios para el rediseño del financiamiento para hacer frente a las ET/ENT en el marco AUS/CUS

1. Financiar, pero ¿que servicios?
2. Recaudar y mancomunar para asegurar el acceso a servicios de calidad con protección financiera
3. Asignar recursos con eficiencia



## Enfoque tradicional para decidir que servicios financiar



Financiamiento según disponibilidad presupuestaria histórica y muchas veces en función de acceso a fondos externos



# Enfoque estratégico para decidir que servicios financiar

Servicios de calidad

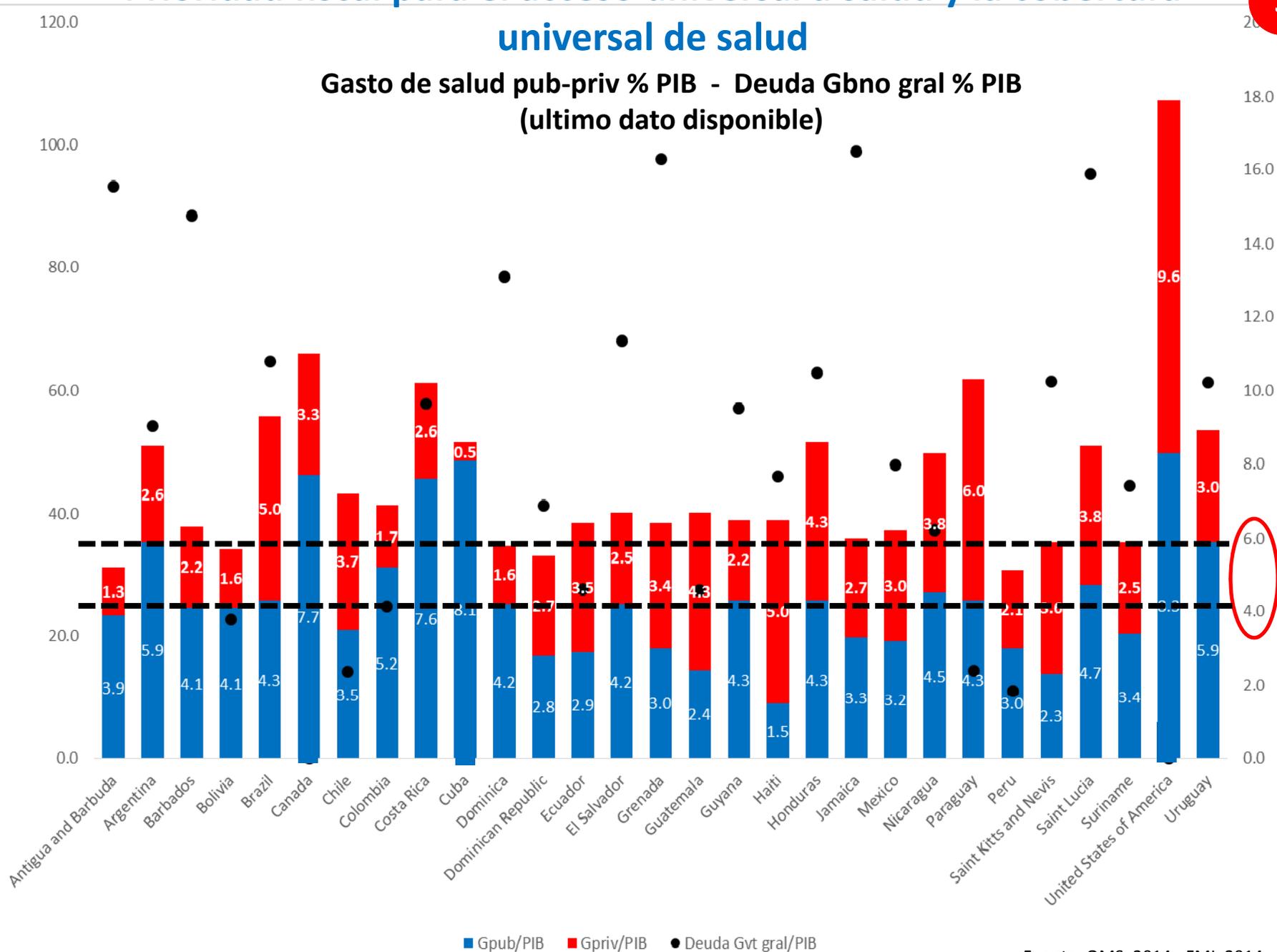
Servicios integrados (PAI, salud reproductiva, Malaria, TB, VIH, Diabetes, Hipertensión, Cáncer, ...) de calidad e integrales (prevención, promoción, curación, rehabilitación, paliación)

Financiamiento según necesidades en la perspectiva de la construcción de DERECHO (garantías)

→ Tiempo

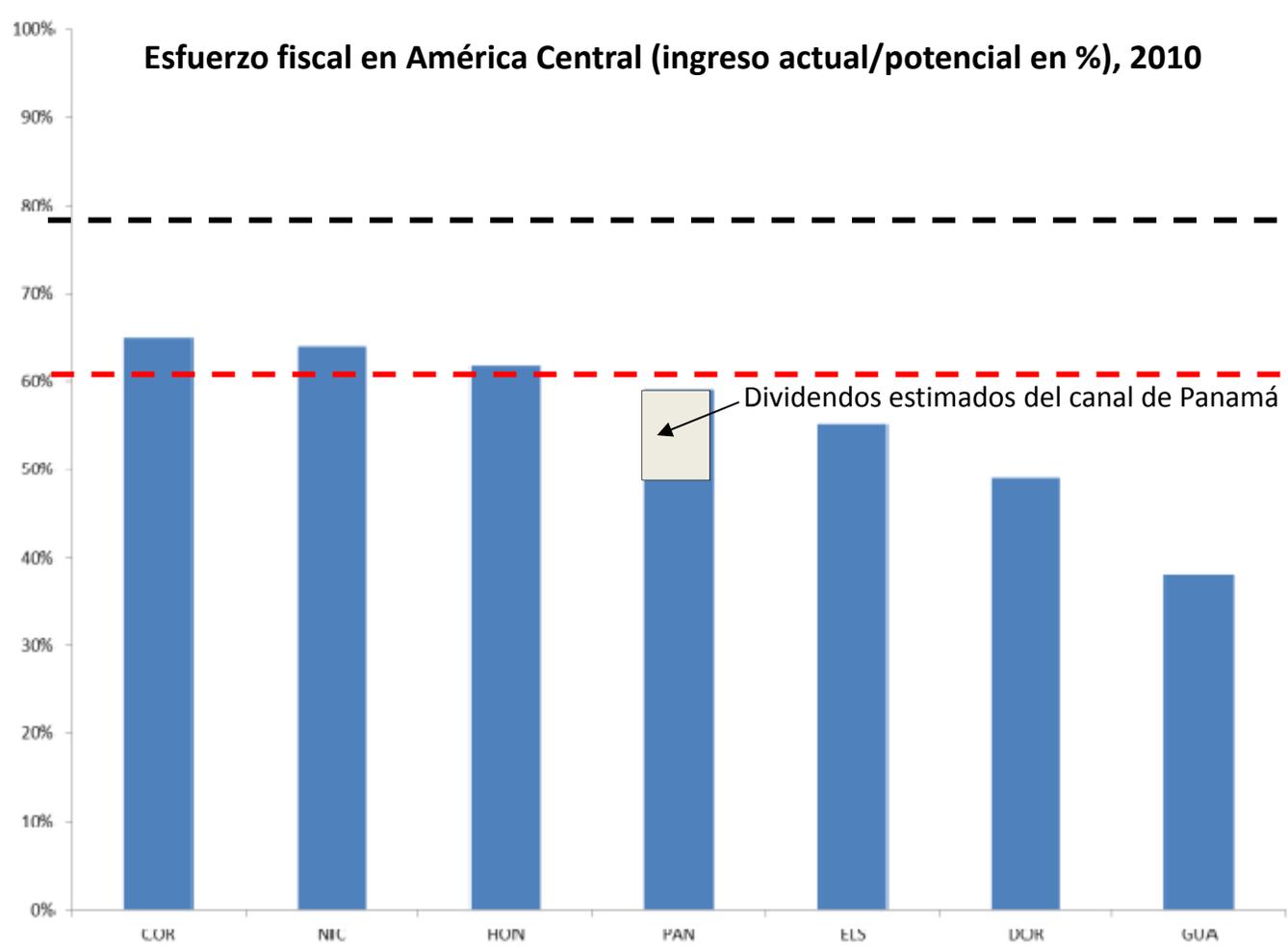
# Prioridad fiscal para el acceso universal a salud y la cobertura universal de salud

Gasto de salud pub-priv % PIB - Deuda Gbno gral % PIB  
(ultimo dato disponible)



Fuente: OMS, 2014 - FMI, 2014

## A priori ... espacio hay



Fuente: adaptado del FMI, 2013

# Protección financiera: Mancomunar solidariamente eliminando el pago de bolsillo

## Objetivos

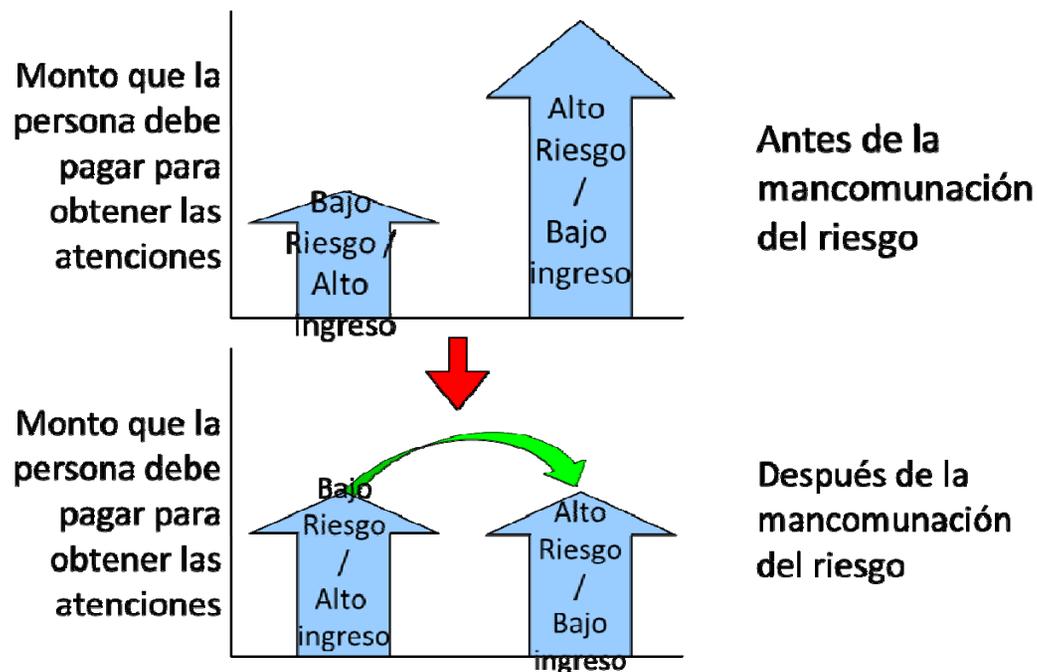
- Maximizar la eficiencia de asignación (pool crítico de recursos financieros con inclusión de poblaciones con condiciones de riesgo diversas)
- Mejorar la Equidad: 1) Restrictiva – contributiva 2) Redistributiva – construcción de derecho y de ciudadanía

## Características

- Esquemas obligatorios
- # de recursos suficientes con poblaciones con riesgos diversos para garantizar eficiencia

## Formas

- Incipiente (compras conjuntas, criterios comunes introducc. tecn.)
- Parcial (compartir recursos humanos e infraestructuras)
- Total (integración de esquemas)





# Aumentando la eficiencia del gasto

## Eficiencia técnica

### Eficiencia en el financiamiento

1. Compras transparentes y consolidadas (escala) de medicamentos y otras tecnologías de salud

2. Integración de esquemas de mancomunación de recursos en los esquemas de cobertura

3. Aumento de eficiencia de pagos cruzados Inter-esquema (evitando subsidios de pobres a ricos)

4. Eliminación de Incentivo para que los esquemas discriminen por sexo, edad y otras variables

### Eficiencia en la organización de servicios

14. Fraude corrupción y derroche

5. Infrautilización de medicamentos genéricos o medicamentos de mayor precio

6. Uso de medicamentos de baja calidad y falsificados

7. Uso inadecuado e ineficaz de medicamento y otras tecnologías de salud

8. Pseudo-utilización de investigaciones biomédicas, suministros, etc.

9. RHS insuficientes, mal distribuidos y desmotivados

10. Hospitalizaciones innecesaria y estancia demasiado larga

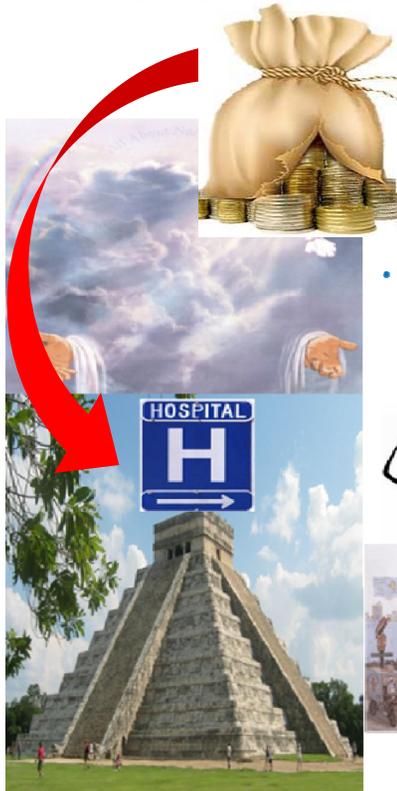
11. Tamaño inadecuado de las instituciones de salud (infrautilización de la capacidad instalada)

12. Errores médicos y déficit de calidad

13. Fragmentación y uso inadecuado de niveles

# Un ejemplo: del financiamiento histórico al prospectivo

**PRESUPUESTO HISTORICO**



**Roles confundidos**  
**Esfuerzos duplicados,**  
**sin posibilidad de alianzas y economías de escala**

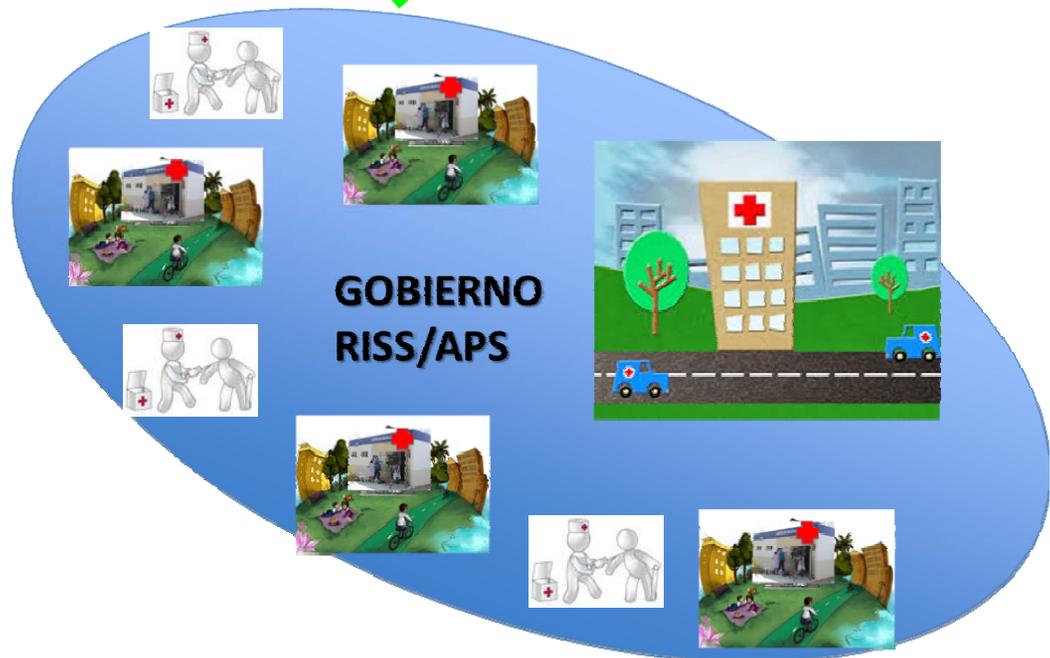
- Hospitales "colapsados", solitarios, en la cima pero sin financiamiento adecuado



**Atributos esenciales de las RISS**

Ambitos de Abordaje	Descripción	Número
Modelo asistencial	Definición y clarificación de responsabilidades y roles en el modelo de atención, y definición de los niveles de atención.	1
	Una red de atención que permita el flujo de pacientes y servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, que integre los programas focalizados en enfermedades, riesgos y condiciones especiales de los usuarios de salud y promueva su autonomía.	2
	Un primer nivel de atención multiespecialista que cubra a toda la población y que, como puerta de entrada al sistema, integre y coordine la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.	3
	Puntos de servicios especializados en el lugar más apropiado que se ofrezcan de conformidad con estándares establecidos.	4
	Existencia de mecanismos de coordinación horizontal a lo largo de todo el continuum de los servicios de salud.	5
	Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.	6
Gobernanza y estrategia	Un sistema de gobernanza claro para toda la red.	7
	Participación social amplia.	8
	Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.	9
Organización y gestión	Centro integrado de los sistemas de servicios, administrativo y logístico.	10
	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.	11
	Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con análisis de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables demográficas.	12
	Gestión basada en resultados.	13
Asignación de incentivos	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con los metas de la red.	14

- Calidad
- Continuidad de la atención
- Coordinación, cooperación
- Unificación
- Eficiencia
- Transparencia
- Imputabilidad
- ...

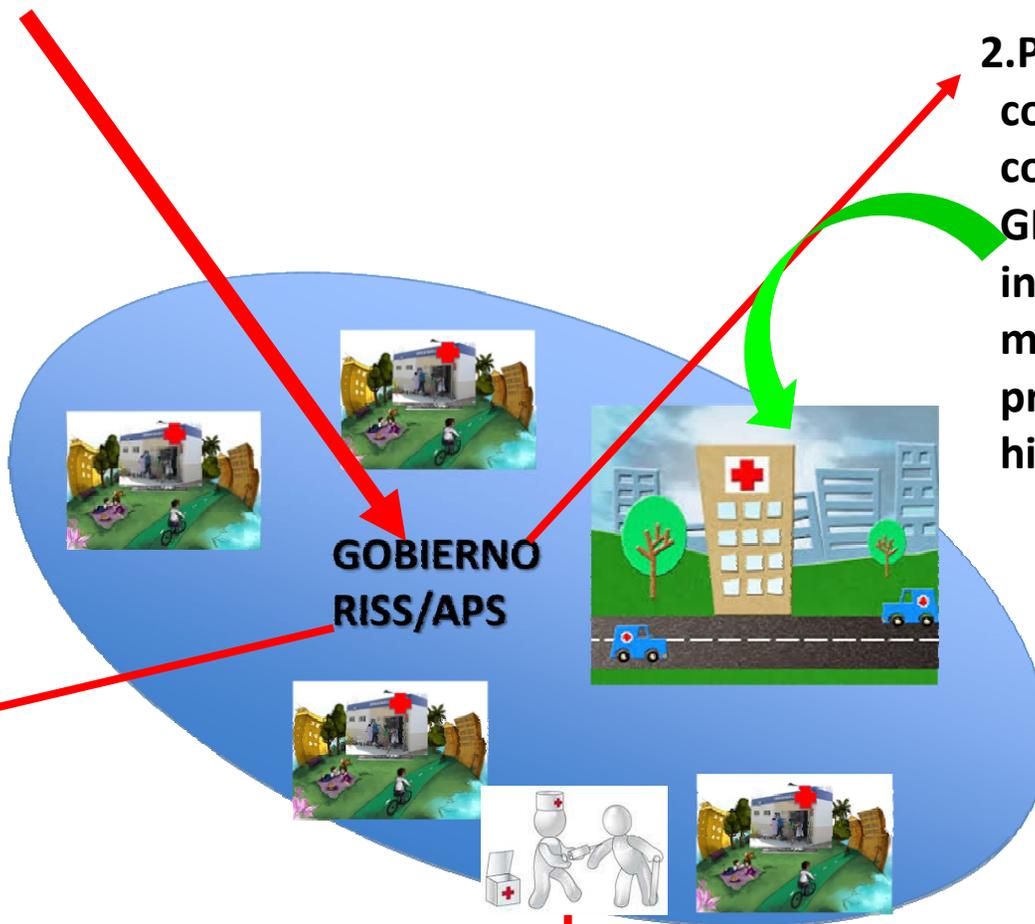


1. Asignación poblacional con per-cápita ajustado por riesgos (techo presupuestario) para la RISS-APS

2. Pagos a hospitales: competencia comparada por GRDs (o normas intencionadas) mezclado con presupuesto históricos

3. Pagos al 1er nivel mediante per-cápita ajustado por riesgos usando morbilidad (ACG, CRG, DCG... )

4. Pago a prestadores: por acto/caso (servicio), por salario (tiempo), por capitación (responsabilidad)





¡Gracias!

