
financiamiento del desarrollo

Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México

Ursula Giedion
Giota Panopoulou
Sandra Gómez-Fraga



NACIONES UNIDAS



Santiago de Chile, noviembre de 2009



Este documento fue preparado por Ursula Giedion, Consultora de la Sección de Estudios del Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Giota Panopoulou y Sandra Gómez-Fraga, ambas de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud de México-, en el marco de las actividades del proyecto “Enhancing Economic and Social Conditions and Opportunities of Vulnerable Groups in Latin America. Component 4: The role of the financial sector to favour equity, poverty reduction and growth” (SWE/07/004), ejecutado por CEPAL con el apoyo financiero de la Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA).

Las autoras agradecen a todas las personas que en forma desinteresada y generosa han contestado una infinidad de preguntas sobre los procesos de priorización en Colombia y México, en especial a Heidi Amaya, Guillermo Córdoba, Johanna Castrillón, Catalina Latorre, Adriana Pulido, Ana Cecilia Santos y Mariana Barraza Lloréns. Además este estudio se benefició de los comentarios y discusiones que se dieron con Olga Lucía Acosta, Asesora Regional de la Oficina de la CEPAL en Bogotá.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la Organización y de la Secretaría de Salud de México.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 1564-4197 ISSN versión electrónica 1680-819

ISBN: 978-92-1-323353-5

LC/L.3131-P

N° de venta: S.09.II.G.106

Copyright © Naciones Unidas, noviembre de 2009. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	9
I. Sistemas de salud en Colombia y México desde la perspectiva de los planes de beneficios en salud	13
1. Planes de beneficios en el contexto colombiano	13
2. Planes de beneficios en el contexto mexicano	19
3. Comparación	28
II. Descripción general de los planes explícitos en México y Colombia	29
1. Colombia	29
2. México.....	35
3. Comparación Colombia-México	47
III. Cobertura en “3D”	49
1. Colombia	50
2. México.....	60
3. Comparación Colombia-México	70
IV. El tortuoso camino de los procesos de priorización	73
1. Colombia	74
2. México.....	86
3. Comparación Colombia-México	96
V. Factores decisivos para que los planes explícitos se traduzcan en acceso efectivo a los servicios incluidos en el plan	99
1. El caso de Colombia.....	100

2.	México	105
3.	Comparación Colombia-México	115
VI.	Conclusiones	117
	Bibliografía	119
	Anexos	125
	Anexo 1: Acrónimos	126
	Anexo 2: Cuadros	128
	Anexo 3: Formato de queja para afiliados al seguro popular servicios de salud del Estado de Veracruz top of form 1	138
	Serie Financiamiento del desarrollo: números publicados	139

Índice de cuadros

CUADRO 1	CUOTA FAMILIAR SEGÚN DECIL DE INGRESO	24
CUADRO 2	GRUPOS DE ACCIONES DEL PAQUETE DEL PAC/OPORTUNIDADES	26
CUADRO 3	EVOLUCIÓN DE LAS TUTELAS TOTAL Y DE SALUD	30
CUADRO 4	LOS PLANES DE BENEFICIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	33
CUADRO 5	LOS PAQUETES DE BENEFICIOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO	44
CUADRO 6	AUMENTO DE COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN COLOMBIA, 1993-2007	50
CUADRO 7	MECANISMOS PARA EVITAR GASTOS CATASTRÓFICOS Y BARRERAS DE ACCESO EN LA ESTRUCTURA DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS	59
CUADRO 8	COBERTURA DEL SP 2004-2008	61
CUADRO 9	ENFERMEDADES QUE CUBRE EL FPCGC, 2008	65
CUADRO 10	EVOLUCIÓN DEL CAUSES 2004-2008	66
CUADRO 11	MONTO VALIDADO 2007 Y PAGADO EN 2008 DEL FPCGCA	70
CUADRO 12	CRITERIOS DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DEL PROCESO DE PRIORIZACIÓN ...	93
CUADRO 13	UNIDADES MÉDICAS POR NIVEL DE ATENCIÓN	108
CUADRO 14	RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD	109
CUADRO 15	CONOCIMIENTO SOBRE BENEFICIOS DEL SEGURO POPULAR	110

Índice de recuadros

RECUADRO 1	FALTA DE CLARIDAD EN EL LENGUAJE DEL PLAN DE BENEFICIOS COLOMBIANO	36
RECUADRO 2	SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN (SMNG)	42
RECUADRO 3	EXCLUSIONES DEL POS-C Y POS-S	53
RECUADRO 4	EJEMPLO DE FALTA DE CONTINUIDAD EN EL POS-S	57
RECUADRO 5	HETEROGENEIDAD EN LOS CRITERIOS INVOCADOS PARA JUSTIFICAR INCLUSIONES	84
RECUADRO 6	MENSAJES CENTRALES DE LA ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN DEL SPSS 2005/2006	113

Índice de gráficos

GRÁFICO 1	EVOLUCIÓN DE LA UPC-C Y UPC-S, PESOS CORRIENTES, COLOMBIA, 1994-2009	55
GRÁFICO 2	NÚMERO DE INTERVENCIONES DEL CAUSES POR CONGLOMERADO	67

GRÁFICO 3	LA IMPORTANCIA DE DELIMITAR. EVOLUCIÓN DE RECOBROS AL FOSYGA POR SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL POS, COLOMBIA 1997-2009	83
GRÁFICO 4	CONOCIMIENTO SOBRE EL PLAN DE BENEFICIOS EXPLÍCITO, COLOMBIA, 2009	104
GRÁFICO 5	RELACIÓN ENTRE AFILIACIÓN AL SP Y PERSONAL MÉDICO CONTRATADO POR HONORARIOS CON RECURSOS DEL SP, 2007.....	109

Índice de láminas

LÁMINA 1	EL SISTEMA COLOMBIANO DE SALUD DESPUÉS DE 1993	15
LÁMINA 2	FLUJO DE RECURSOS EN EL SISTEMA DE SALUD.....	16
LÁMINA 3	RUTA INSTITUCIONAL PARA INCLUIR NUEVOS SERVICIOS AL POS, COLOMBIA, 2009.....	37
LÁMINA 4	TRES DIMENSIONES DE COBERTURA.....	50
LÁMINA 5	LO PROFUNDO DE LA COBERTURA DEL POS-S Y DEL POS-C	51
LÁMINA 6	INCLUSIONES AL POS-S Y POS-C, COLOMBIA, 1994-2010	56
LÁMINA 7	COBERTURAS VERTICAL Y HORIZONTAL EN EL SISTEMA MEXICANO	63
LÁMINA 8	PROCESO: DEL DISEÑO GENERAL DEL POS	78
LÁMINA 9	PROCESO: DE LOS LINEAMIENTOS GENERALES A LOS LISTADOS DETALLADOS	81
LÁMINA 10	DECISIONES DE PRIORIZACIÓN EN LA FASE DE AJUSTE DEL POS-S Y POS-C ...	86
LÁMINA 11	PROCESO DE PRIORIZACIÓN DE ENFERMEDADES E INTERVENCIONES QUE OCASIONAN GASTOS CATASTRÓFICOS EN MÉXICO.....	97
LÁMINA 12	FACTORES DE ENTORNO QUE DETERMINAN EL IMPACTO REAL DE UN PLAN DE BENEFICIOS SOBRE EL DESEMPEÑO DE UN SISTEMA DE SALUD	100
LÁMINA 13	COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN EXTERNA DEL SPSS 2005-2006	112

Resumen

Objetivos. Esta investigación analiza y compara como México y Colombia han diseñado y ajustado sus planes de beneficios explícitos financiados con recursos públicos. Ello con el fin de sacar lecciones sobre los desafíos principales y los elementos clave para llevar a cabo un proceso exitoso de priorización.

Métodos. Los casos del Plan Obligatorio de Salud (POS) colombiano y del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) del Seguro Popular de Salud (SP) en México, se analizan siguiendo un marco conceptual común en los dos países comparando:

- i) Las características de los planes de salud (contenido del plan, cobertura poblacional, mecanismos institucionales de priorización, mecanismos para su ajuste entre otros);
- ii) los procesos y criterios que se han utilizado para la priorización, participación de actores claves y factores contextuales involucrados en el diseño y procesos de actualización y;
- iii) los factores de entorno (empoderamiento, incentivos, equilibrios financieros, entre otros) que determinan si los servicios priorizados en un plan explícito de beneficios conllevan a una priorización de los servicios de salud en la práctica. Las fuentes de información están constituidas por una revisión detallada de los procesos de priorización a partir de la documentación existente (actas de reuniones, normas, literatura gris) y a partir de los resultados de una serie de entrevistas estructuradas y de discusiones con actores claves.

Resultados. Los resultados indican que, a pesar de que ambos países en el momento del diseño de los planes de beneficios recurrieron a criterios explícitos y, en especial a costo efectividad, para priorizar en la realidad, la ausencia de liderazgo en materia de priorización, de instituciones fuertes, de metodologías explícitas y consensuadas, así como de información, hacen que en la práctica y especialmente durante las fases de ajuste de los planes de beneficios, frecuentemente hayan pesado más otras consideraciones de orden más coyuntural y político. Ello debiera invitar a académicos a igual que tomadores de decisiones, a poner mayor énfasis en el tema de la implementación y vigencia de los planes de beneficios en lugar de concentrarse únicamente en su diseño inicial. Igualmente, la experiencia de México y Colombia parece indicar que la priorización contenida en un plan de beneficios no lleva necesariamente a la reorientación de la prestación de los servicios de salud hacia aquellos priorizados en los planes de beneficios o las metas de salud plasmadas en éstos.

Priorización. Para que ello ocurra tienen que darse una serie de factores. En este contexto resulta especialmente importante la exigibilidad de los beneficios consignados en el plan, así como el equilibrio financiero del sistema y entre el plan de beneficios y la prima, como lo ilustra el caso colombiano y la estructura de incentivos como lo muestra el caso mexicano.

Introducción

Son pocas las personas que no coincidirían en sostener que garantizar el derecho a la salud en igualdad de condiciones para todos es una meta hacia la cual todos queremos avanzar, máxime en sociedades tan desiguales como las que caracterizan América Latina. A la vez, las posibilidades médicas que existen hoy no tienen precedente en el pasado y los recursos públicos disponibles para financiarlos no han crecido a la par. Además, en vez de reducirse, está aumentando cada día más la presión sobre el gasto en salud. El origen de estas presiones crecientes sobre el gasto son múltiples e incluyen el desarrollo rápido de la tecnología médica (Thorpe, Florence y Joski, 2004), los cambios epidemiológicos tales como la importancia creciente de las enfermedades no transmisibles junto con el envejecimiento de la población, y, finalmente y como resultado del mejoramiento de las condiciones de vida y de un mejor acceso a la información médica, unas expectativas cada vez mayores de la población frente a lo que debiera ofrecer un sistema de salud (Savedoff, 2009). En razón a esta brecha creciente entre lo “posible y lo factible” ninguna sociedad está hoy en día en capacidad de cubrir “a todos con todo”. Por lo mismo, todas las sociedades han tomado decisiones de priorización, algunas veces implícitas y otras explícitas, para asignar recursos entre diferentes servicios, problemas de salud o grupos poblacionales. Así por ejemplo, durante muchos años se proclamaba el acceso universal a servicios de salud, financiados con recursos públicos dentro de un esquema de financiación directa de una red pública de servicios de salud. Siendo los recursos limitados, no siempre fueron los grupos poblacionales más vulnerables o los temas de salud más apremiantes los que terminaron siendo privilegiados (Gottret y Schieber, 2006). Otros países consideraron poco equitativos y eficientes estas formas de priorización implícita y prefirieron embarcarse en un proceso de priorización explícita.

Es así, como frente a la necesidad ineludible de establecer prioridades, el tema de los planes explícitos de beneficios o paquetes de salud está hoy en el centro de las agendas de los tomadores de decisiones.

Adicionalmente, están surgiendo nuevos paradigmas de política social en torno a los desarrollos del derecho humano internacional que, en el caso del derecho a la salud, ha empezado a consolidar un marco conceptual que permite entender mejor los alcances del derecho a la salud, concediéndole una gran importancia a los planes de beneficios explícitos y exigibles de salud¹. Así por ejemplo, dentro de la corriente de pensamiento regional de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), los derechos explícitos, garantizados y exigibles deberían ser parte de un nuevo pacto social para universalizar la protección social en la región. Este acuerdo social debería contener “un umbral mínimo de protección social al cual todo miembro de la sociedad, por el solo hecho de ser ciudadano, debe tener acceso, pero que debe ser realista en función del nivel de desarrollo de la sociedad y el margen viable de redistribución y transferencias entre distintos sectores”. Dentro de este contexto, la definición de planes explícitos y exigibles de salud es visto como un instrumento para promover la exigibilidad de estos derechos, a la vez de enfrentar los problemas de financiamiento e inequidad de la cobertura (CEPAL, 2006). Similarmente, el concepto de universalismo básico como principio rector de la política social en la región, promovido por algunos dentro del Banco Interamericano del Desarrollo y otros organismos internacionales, retoma una vez más la noción de derechos humanos universales al promover la “cobertura universal de prestaciones y riesgos esenciales para un conjunto de prestaciones básicas que incluye las prestaciones esenciales de derecho universal, conjunto que variará con las posibilidades y definiciones propias de cada país” (Filgueira y otros, 2006). Este renovado interés en la definición e implementación de planes de beneficios mínimos o esenciales dentro de un enfoque de derechos, ayuda a explicar porque este tema ocupa hoy un lugar central en los debates sectoriales.

¿Cómo han diseñado e implementado los países de la región estos planes mínimos o esenciales dentro de esta brecha creciente entre lo posible y lo factible? Aunque muchos países de la región han experimentado con paquetes básicos a lo largo de las última dos décadas (Sojo, 2006), sólo unos pocos han concebido estos planes como una parte de estrategia sectorial dirigida a toda su población y financiada con recursos públicos de origen fiscal o parafiscal. Colombia y México han sido (y, más recientemente Chile), los pioneros en este ámbito². En México, el concepto de definir un paquete universal de servicios de salud con base en la carga de enfermedad y tomando en cuenta consideraciones de costo-efectividad, apareció por primera vez en 1994 cuando la Secretaría de Salud de México, con base en una propuesta de la Fundación Mexicana para la Salud, definió como uno de sus objetivos, la ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de servicios de salud para la población vulnerable dentro de su Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). Luego, en el año 2001, adoptó un primer plan explícito de beneficios dentro de su política del Seguro Popular de Salud (SP) dirigida a toda la población no afiliada a los esquemas tradicionales de seguridad social relacionados con el empleo formal. Colombia por su lado, adoptó en 1993, un plan explícito de beneficios en salud dentro de su esquema de seguridad social universal en salud en el cual “todos los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) recibirían un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud” (Congreso de la República, 1993). Así, estos dos países, además de haber estado a la vanguardia en la temática, también ya cuentan con varios años de experiencia tanto en el diseño inicial de un plan de beneficios como en su implementación y ajuste posterior. Dado que en ambos países coexisten varios planes explícitos de beneficios que abarcan diferentes contingencias y grupos poblacionales, hemos optado por centrarnos en el análisis de los que sean más importantes en términos de su cobertura poblacional y de los recursos públicos involucrados. Es así como centraremos el análisis en el Plan

¹ En este contexto, el desarrollo más importante fue con el comentario general 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (2000) que empezó a definir más claramente el alcance del derecho a la salud.

² Este estudio no pretende abarcar el tema de los planes de beneficios en salud en general. Así, por ejemplo, no hace referencia al diseño de planes de beneficios para los seguros privados de salud sino que se refiere a los planes definidos para amplios grupos poblacionales y financiados con recursos públicos.

Obligatorio de Salud (POS) en su modalidad subsidiada, POS-S y en su modalidad contributiva, POS-C. En México analizaremos el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y el paquete del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Este informe está compuesto por seis capítulos; El primer capítulo presenta brevemente los sistemas de salud de Colombia y México bajo el ángulo de los planes explícitos de beneficios. El segundo capítulo hace referencia a las características más sobresalientes de estos planes en términos de su exigibilidad, a los objetivos que los dos países esperan cumplir con los planes vigentes, al lenguaje por el cual optaron para describir las coberturas de servicios y, finalmente, a la coexistencia del POS, CAUSES y del paquete del FPGC con otros planes explícitos de beneficios vigentes. El tercer capítulo describe la cobertura de los planes en términos de sus tres dimensiones; la cobertura poblacional, la cobertura de beneficios y la cobertura del costo de los servicios. El cuarto capítulo describe los procesos que se han seguido tanto para el diseño inicial de los planes como para su posterior ajuste, ello porque se quiere ilustrar la importancia que tienen los procesos e instituciones para la formulación y ajuste de planes y mostrar lo difícil que puede resultar involucrar criterios técnicos a la hora de la toma de decisiones. El quinto capítulo hace referencia a los principales factores del entorno que se requieren para que un plan de beneficios no sea únicamente una lista de deseos, sino que se utilice como una herramienta estratégica para la reorientación de los recursos hacía los temas de salud priorizados y para que se convierta en un mecanismo que vuelva tangible y exigible el derecho a la salud. El sexto y último capítulo provee una serie de lecciones. Todos los capítulos están estructurados de la misma manera; primero se presenta el caso de Colombia, luego el caso de México y en una tercera sección se hace la comparación de los dos países. Cabe notar que para permitir una mejor comparación de las dos experiencias, los investigadores acordaron una serie de preguntas comunes que se abordan en cada capítulo.

I. Sistemas de salud en Colombia y México desde la perspectiva de los planes de beneficios en salud

En Colombia y México, los planes explícitos de beneficios ocupan un lugar distinto en los sistemas de salud y se ubican dentro de un contexto histórico, político y legal diferente. Es importante entender estas diferencias no sólo porque están al origen de muchas de las características actuales de los planes de beneficios que se analizarán aquí, sino también porque permiten entender algunos de los desafíos más importantes que se han venido enfrentando en cada país. En vista de lo anterior, este capítulo describe los principales antecedentes de los planes de beneficios actuales así como el rol que éstos juegan dentro de cada uno de los dos sistemas que nos ocupan en este informe.

1. Planes de beneficios en el contexto colombiano

1.1 El sistema general de seguridad social en salud de Colombia

Antes de la reforma de salud de 1993, coexistía un sistema de seguridad social para los trabajadores del sector formal y una red pública de prestadores para el resto de la población. En el sector de la seguridad social, existía un Instituto de Seguros Sociales (ISS) para los trabajadores del sector privado formal, Caja Nacional de Previsión (CAJANAL), para los trabajadores del sector público central y un gran número de cajas para funcionarios públicos de los niveles

subnacionales; estos aseguradores se caracterizaban por tener poblaciones cautivas ya que los empleados no tenían opción de escoger entre diferentes aseguradores. La red pública de prestadores proporcionaba servicios para la población no asegurada especialmente para la población pobre. Es así como el sistema de salud colombiano se asemejaba a los de muchos otros países de la región que se han denominado como modelos segmentado de salud (Londoño y Frenk, 1997) donde coexiste un régimen de seguridad social para los trabajadores formales, asistencia pública para los no asegurados sin capacidad de pago y un sector privado dirigido a proveer servicios a la población con capacidad de pago. Cabe notar que la distribución de recursos entre el sector de la seguridad social (ISS y CAJANAL) y el sector público era muy desigual: dos veces mayor en términos de las asignaciones per cápita en el primero comparado con el segundo³.

En 1993, Colombia aprobó una reforma radical (Ley 100) mediante la cual se adoptó un esquema de aseguramiento universal de salud llamado Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), donde actores privados y públicos se encargan de asegurar y proveer servicios de salud a la población. Bajo el nuevo sistema, toda la población tiene derecho a un paquete único de beneficios y puede escoger libremente entre distintas aseguradoras para afiliarse. Las personas empleadas, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, se deben afiliar al Régimen Contributivo (RC), a cualquiera de las 22⁴ llamadas “Entidades Promotoras de Salud,” (EPS) y deben hacer una contribución mensual equivalente a un 12,5% de sus ingresos. La población pobre se afilia al Régimen Subsidiado (RS), a cualquiera de las 47⁵ EPS que operan en la actualidad. Mientras que el Estado se encarga de girar a éstas, los montos correspondientes al costo del paquete de beneficios. Las EPS de ambos regímenes reciben, un monto fijo por afiliado, la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que excluye la competencia por precio, pero que se considera, estimulará la competencia por calidad en la prestación de los servicios ofrecidos; la competencia por diferenciación de producto también se evita, mediante el establecimiento de un Plan de Beneficios estándar, llamado Plan Obligatorio de Salud (POS).

Dentro del actual esquema de aseguramiento universal, EPS públicas y privadas compiten por los afiliados y garantizan las prestaciones contenidas en el POS, ya sea a través de la prestación de los servicios dentro de su propia red de proveedores o de la contratación de los servicios con terceros, a cambio del pago de la UPC. A partir de lo anterior, con la reforma de 1993, Colombia optó por separar las funciones de financiamiento, regulación, articulación y prestación de los servicios. En particular, al delegar la función de compra de los servicios en aseguradoras privadas o públicas independientes, fue necesario establecer claramente el paquete de beneficios que éstas estarían encargadas de garantizar a cambio de la UPC. Es así como en el contexto colombiano la adopción de un plan explícito de beneficios fue una consecuencia natural del sistema de aseguramiento por el cual se optó.

El esquema de aseguramiento introducido en 1993 unifica el sistema de salud al reunir las funciones de regulación en una sola estructura institucional, al plantear la meta de un solo plan de beneficios para todos los colombianos, y, al entregarle la función de compra a aseguradores públicos y privados que contratan servicios de salud para sus afiliados tanto en la red pública como en la red privada. Sin embargo, aun no se ha logrado la mancomunidad de los recursos del régimen subsidiado con los mayores niveles de recursos del régimen contributivo. Es por ello que el plan del régimen subsidiado es menor que el del régimen contributivo y es así como el régimen contributivo cubre hoy un plan integral de salud, el POS-C. Este plan cubre todos los niveles de atención y prácticamente todos los servicios que estaban disponibles en el país en el momento de aprobar la reforma en 1993. Mientras tanto, el plan vigente en el régimen subsidiado, el POS-S cubre todos los servicios del primer nivel de atención⁶ y cobertura integral para algunas enfermedades de alto costo (por ejemplo VIH-SIDA), y para algunos grupos poblacionales priorizados (niños menores de 1 año y atención a embarazadas y parto) pero ofrece una cobertura limitada para la mayoría de los servicios de mediana complejidad tales como

³ Basado en cálculos propios e información sobre gasto total y poblaciones asignadas por sector provistos en Molina y Giedion (1994) (cuadro 4.8).

⁴ Dato para el año 2008 según cifras del Ministerio de la Protección Social.

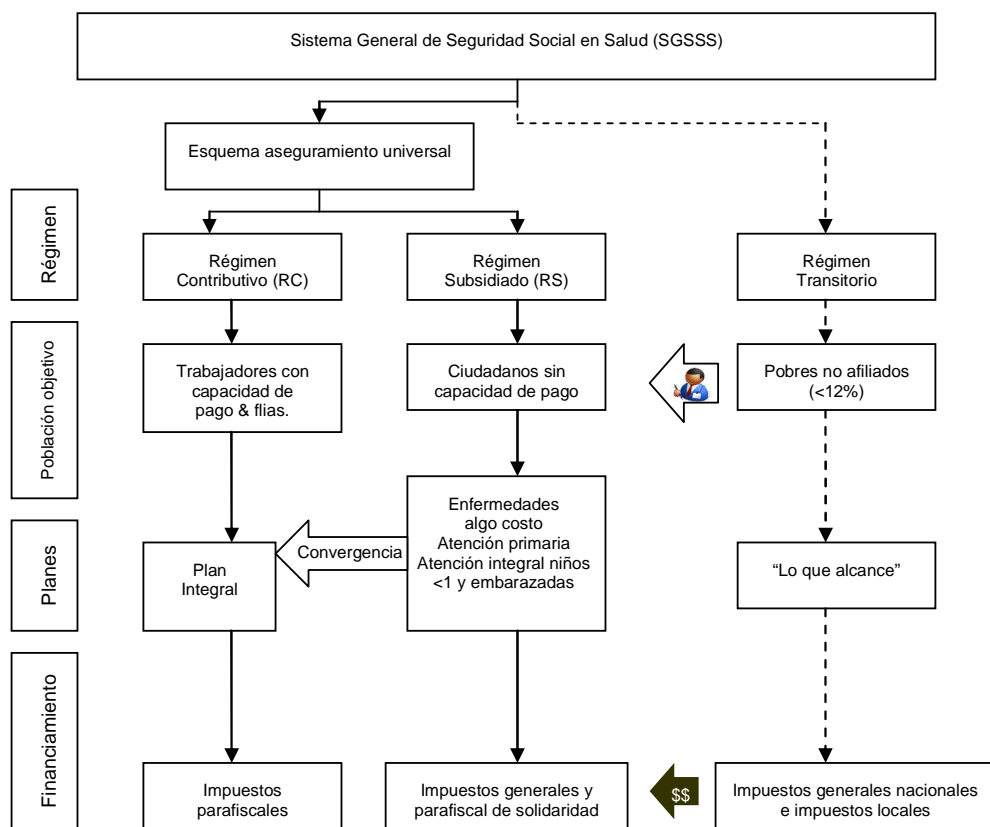
⁵ Ídem.

⁶ El primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.

consultas de especialista o gran parte de las hospitalizaciones⁷. Es así como la prima que es pagada a los aseguradores por cada persona afiliada, la UPC, es hoy aproximadamente dos veces mayor en el régimen contributivo que en el régimen subsidiado. A manera de ejemplo, la UPC del régimen contributivo es de 467 mil pesos colombianos (aproximadamente 182 dólares de Estados Unidos) mientras que la del régimen subsidiado es de 268 mil pesos (aproximadamente 105 dólares) en este año 2009⁸. Cabe notar que desde la misma adopción del sistema de aseguramiento universal se trazó una senda de convergencia entre los dos planes, POS-C y POS-S sujeta a la consecución de nuevos recursos y estableciendo que los dos planes fueran idénticos a partir del año 2001 (Artículo 162 de la Ley 100/93⁹). Sin embargo, esta convergencia no se ha dado en la práctica y sólo con una orden de la Corte Constitucional de 2008 se estableció que los planes fueran iguales para todos los niños a partir de octubre del año 2009 y se obliga al Ministerio de la Protección Social de tomar medidas concretas para la unificación de los planes para el resto de la población (Corte Constitucional de Colombia, 2008a).

Para terminar, la lámina 1 presenta en forma esquemática el actual sistema de aseguramiento universal descrito anteriormente.

**LÁMINA 1
EL SISTEMA COLOMBIANO DE SALUD DESPUÉS DE 1993**



⁷ Los contenidos específicos de cada uno de estos planes son presentados en el capítulo III de este informe.

⁸ Tipo de cambio: 2561,2 pesos/1 dólar a 31 de marzo de 2009. Fuente: Banco de la República. Las tasas de cambio utilizadas a lo largo de este documento, tanto para el caso mexicano como para el colombiano, corresponden, con excepción del 2009, a la tasa de cambio del 31 de diciembre del año respectivo. Véase Acuerdo 403 del Consejo Nacional de Seguridad Social (2008).

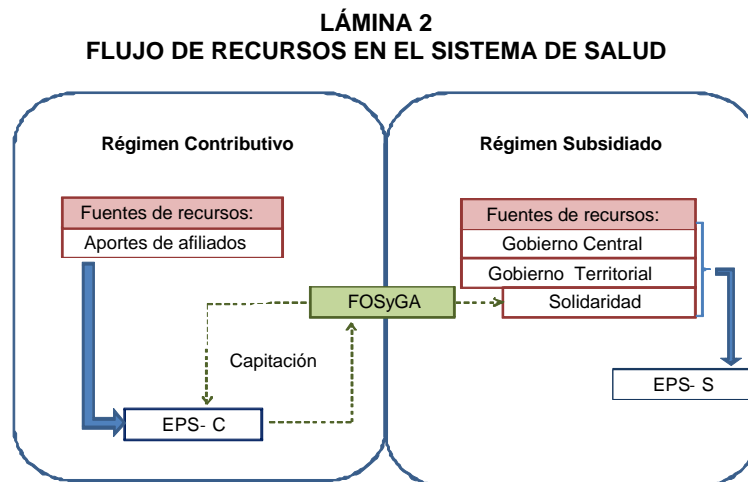
⁹ El artículo 162 reza "Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el consejo nacional de seguridad social en salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el plan obligatorio del sistema contributivo, en forma progresiva antes del año 2001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables".

Fuente: Giedion (2008), Ampliación de cobertura y sostenibilidad financiera: El caso de Colombia. Seminario sobre Financiamiento de la Salud del Banco Interamericano para el Desarrollo. Costa Rica, diciembre 2008.

1.2 Financiamiento

Cada uno de los regímenes tiene fuentes diferentes de recursos; el RC se sostiene a partir del aporte de sus afiliados, y es en el RS en donde se encuentra todo el esfuerzo del gobierno tanto a nivel central como territorial para el financiamiento del aseguramiento de la población más pobre.

En la lámina 2 se muestra en forma esquemática cómo fluyen estos recursos en estos dos regímenes y proceso que será descrito a continuación.



Fuente: Giedion, U. y otros (2009), El diseño del sistema colombiano de salud y su relación con la protección financiera. Bogotá, CEDE-Universidad de los Andes.

1.2.2 Financiación del régimen contributivo

La fuente de recursos del RC es la cotización mensual que debe pagar cada uno de los afiliados y las cotizaciones se definen en función de la capacidad de pago de los contribuyentes y no en función del riesgo asegurado o del plan de beneficios recibido. Cada persona debe realizar un aporte parafiscal correspondiente al 12,5% de sus ingresos base de cotización. En el caso de un empleado asalariado, del 12,5% del salario mensual, el 8,5% le corresponde pagarlo al patrón y 4% al empleado; el trabajador independiente, por su parte, paga mensualmente 12,5% de sus ingresos como valor de la cotización y, el pensionado, paga 12,5% de su ingreso mensual. Los beneficios a los que tienen derecho los afiliados al régimen son iguales para todos independientemente del valor de su aporte mensual. Esta desconexión entre aporte y beneficio recibido es uno de los elementos claves para lograr una adecuada protección financiera (Carrin y otros, 2001).

El tope de la base de cotización está definido en un ingreso mensual de 20 salarios mínimos legales (aproximadamente 4.114 dólares¹⁰) lo que significa que nadie aporta más de 514 dólares mensuales al sistema, para financiar su salud y la de sus familiares dependientes. Este tope se justifica por el hecho de crear incentivos para reducir la evasión. Sin embargo, para quienes tienen ingresos mayores al tope mencionado, se pierde el principio de aporte según la capacidad de pago, y estarían contribuyendo relativamente menos que el resto de la población, situación que impacta en la equidad del financiamiento. De otro lado, nadie puede

¹⁰ Dato para el año 2008 en el cual el salario mínimo mensual era de 461.500 pesos.

afiliarse al régimen contributivo si no devenga por lo menos un salario mínimo legal (aproximadamente 206 dólares) lo que equivale a una cotización mensual mínima por familia de 26 dólares¹¹.

Los aportes de los cotizantes son recaudados por una EPS; que posteriormente, comparan los aportes hechos por cada trabajador cotizante con el valor de la prima para éste y para su grupo de familiares dependientes (hijos económicamente dependientes y esposas/os). Esta prima varía de acuerdo a la edad, el género y la zona de residencia del beneficiario. La comparación entre el aporte y el valor de las primas del trabajador cotizante y de su grupo familiar determina si la EPS tiene que devolverle recursos al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o si, por el contrario, este fondo le tiene que hacer un giro por la diferencia entre los ingresos y el costo de las UPC. Así por ejemplo, una EPS puede recibir el aporte mensual de un trabajador por valor de 80 mil pesos; este trabajador tiene como beneficiarios a su esposa y su hijo, los tres sumados (o el valor de las 3 UPC sumadas) son 106 mil pesos al mes, por lo que la EPS pide al FOSYGA un reembolso de 26 mil pesos. Con ello se logra la redistribución de los recursos a las EPS de acuerdo al perfil de riesgo asegurado por cada una de éstas.

1.2.2 Financiación del régimen subsidiado

Las fuentes de financiación del régimen Subsidiado son básicamente tres; los recursos del gobierno central, los recursos del gobierno de cada territorio y los recursos de solidaridad siendo los primeros los más importantes. Los gobiernos central y territorial, efectúan sus recaudos mediante impuestos y rendimientos de recursos públicos. Los recursos de solidaridad provienen de la contribución que pagan los afiliados al régimen Contributivo; de los 12,5% del ingreso que deben aportar, se deduce el 1,5% para el financiamiento del régimen Subsidiado, estos recursos de solidaridad son transferidos de uno a otro régimen vía FOSYGA, quien es el encargado de recaudarlos y distribuirlos a los territorios para la afiliación de las personas sin capacidad de pago.

1.3 Importancia del plan obligatorio de salud en el sistema actual: el plan de beneficios como principal rector del gasto en Colombia

En el año 2007, más del 80%¹² de los colombianos estaban afiliados al esquema de seguridad social universal y se encontraban cobijados por las contingencias cubiertas en el POS, el 52% de los cuales bajo su modalidad contributiva que se dirige a la población con capacidad de pago y el resto bajo su modalidad subsidiada dirigido a la población sin capacidad de pago. Ya en el año 2003¹³, dos tercios del gasto público se asignaban en función del POS (POS-C o POS-S¹⁴). Por lo tanto, no cabe duda, de que el POS-C y el POS-S se han convertido en el principal orientador del gasto público en salud en Colombia. Estos planes de beneficios determinan hoy en día en gran medida los servicios de salud a los cuales está accediendo la población colombiana. La relevancia del POS dentro del sistema colombiano resulta evidente a la luz de lo dicho anteriormente y no sorprende que la misma ley que fundamenta el actual SGSSS, establezca, que “la garantía de un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales,” sea una de las características esenciales del sistema de salud. En efecto, el POS es, junto con otros elementos tales como la solidaridad en el financiamiento, la introducción del aseguramiento para la población pobre, la separación de funciones de financiamiento y provisión, uno de los pilares fundamentales del sistema de salud colombiano.

¹¹ Ibid.

¹² Cifras de cobertura tomadas de la Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Protección Social, Cendex y Colciencias (2009).

¹³ En el año 2003 faltaban aún 26% de la población para afiliarse al sistema universal de aseguramiento.

¹⁴ Cifra calculada con base en distribución del gasto público total entre subsidios a la demanda (seguridad social contributiva y subsidiada) y subsidios a la oferta y otros gastos públicos directos. Cifras de gasto tomadas de Barón (2007), p.102.

1.4 Antecedentes de los actuales planes de beneficios: el peso de la historia¹⁵

Los debates sobre la reforma de salud que culminó con la adopción de la Ley 100 de 1993 incluyeron algunas discusiones y debates sobre cuáles servicios se debían garantizar dentro del nuevo SGSSS. Para ello fue muy importante el análisis de los beneficios y esquemas de prestación de servicios que ya estaban funcionando. Dentro de ello tuvo especial importancia la situación en el ISS, dirigido a los trabajadores formales del sector privado. Era en este momento la mayor entidad aseguradora al cubrir cerca de un 20% de la población colombiano. Esta entidad no contaba con un plan detallado y explícito de beneficios en salud; la normatividad vigente (Decreto 1650/1977 art. 75) formulaba las coberturas ofrecidas en términos muy generales (Decreto 1650 de 1977¹⁶). Sin embargo, el universo de los servicios ofrecidos por el ISS quedó de alguna manera plasmado en su manual tarifario que establecía las tarifas a pagar cuando se contrataban los servicios de salud por fuera de la red propia del ISS y que fue oficializado en 1981 (Abraham y otros, 2006). Cuando el Congreso de la República discutió en 1993 el posible alcance de los planes de beneficios dentro del SGSSS, se impuso la visión de aquellos que querían que, en nombre de los derechos adquiridos, el plan de salud fuera por lo menos tan grande como el que había estado vigente en el ISS. Por ello el artículo 162 de la Ley 100 indica que los afiliados del régimen contributivo tendrían un plan igual al que había estado vigente en el ISS y que había sido esbozado en términos muy generales en el Decreto 1650 de 1977 mencionado anteriormente¹⁷. Ahora, debido a que este decreto sólo mencionaba categorías muy generales de coberturas de contingencias, el equipo técnico de la propuesta de la reforma, liderado por Juan Luis Londoño, Ministro de Salud entre 1993 y 1994, creía que más adelante se pudiera adoptar una reglamentación con un plan de beneficios mucho más limitado y basado en criterios de costo efectividad (Plaza, 1996). Sin embargo, estos esfuerzos fracasaron¹⁸ como se mostrará más adelante (ver el capítulo IV, sección 1). En consecuencia la reglamentación que estableció el contenido específico del POS del régimen contributivo se construyó en gran medida sobre el antiguo manual tarifario del ISS. Ello en parte por la presión política ejercida por aquellos que defendían los derechos adquiridos de los afiliados del ISS y en parte porque el único referente real al portafolio de los servicios prestados a los colombianos provenía de esta entidad¹⁹.

En el régimen subsidiado, los dos antecedentes más importantes fueron los servicios que ya se venían prestando en la red pública como parte de los programas de atención preventiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) tales como los programas de atención materno-infantil y atención específica a enfermedades prevalentes en la infancia (infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y otras) y los trabajos que se venían adelantando en el Ministerio de Salud desde 1992 en el marco de un programa llamado Empresas Solidarias de Salud (ESS). La idea del programa de las ESS era de proveer un paquete básico de salud a las comunidades más pobres y con este fin se diseñó un paquete básico de servicios que incluía servicios de promoción, de prevención y protección específica, servicios de atención médica y hospitalaria y servicios de apoyo como medicamentos esenciales, laboratorio clínico y rayos X por un costo anual estimado de 20 mil pesos per cápita (aproximadamente 24 dólares de este año²⁰). En el momento de aprobarse la reforma, este programa estaba aún en fase de piloto y se decidió incorporarlo al régimen subsidiado considerando que las ESS podían constituir junto con otros operadores públicos y privados, las EPS del régimen subsidiado y que el paquete básico con el que

¹⁵ Varias partes de esta sección están basadas en Ariza y Giedion (2007).

¹⁶ El artículo 75 del decreto 1650 de 1977 del ISS se limitaba a indicar que el seguro cubriría “la asistencia médica, quirúrgica, odontológica, farmacéutica y de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento de los beneficiarios; La ejecución de programas de rehabilitación física y readaptación psicosocial, y; la ejecución de programas de promoción y protección de la salud; ISS (1977).

¹⁷ Art. 162.

¹⁸ Una propuesta del Ministerio de Salud de construir un plan más pequeño tomando en cuenta consideraciones explícitas de costo efectividad fue discutida pero rechazada por la entidad encargada de definir el POS, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

¹⁹ Este recuento histórico está basado en numerosas entrevistas adelantadas con actores que participaron activamente en la definición inicial del POS-C entre los cuales María Luisa Escobar, Nelcy Paredes, Luis Gonzalo Morales, Eduardo Alvarado. Estas entrevistas fueron adelantadas en el contexto de un estudio anterior no publicado sobre planes de beneficios en Colombia (Giedion y otros (2007b).

²⁰ Pesos del año 1993. Fuente: Documento CONPES 001/1993.

empezara a operar este régimen fuera construido sobre las propuestas del paquete básico hechas por el equipo técnico del Ministerio de Salud encargado del programa de las ESS. Más aún, gran parte del equipo humano que había sido encargado del programa de las ESS en el Ministerio de Salud antes de la Ley 100 participó también en el diseño inicial del POS-S²¹.

Como se desprende de lo anterior, los planes iniciales fueron construidos sobre antecedentes muy distintos en el RC y en el RS; predominaba la experiencia del ISS en el caso del POS-C y la propuesta de un paquete básico que había surgido al interior de un programa de protección en salud, para comunidades vulnerables.

1.5 Factores de entorno en el momento de la definición del plan obligatorio de salud en Colombia

La anterior sección mostró como los planes explícitos de beneficios con los que comenzó a operar el SGSSS no surgieron de la nada sino, por el contrario, fueron construidos en forma incremental sobre las experiencias previas. Ahora, los antecedentes del POS no sólo se encuentran al interior del sector de la salud. En efecto, como se mostrará en esta sección, varios hechos históricos extra sectoriales contribuyeron a moldear la reforma de salud y el POS; *Primero*, la adopción de la Ley 100 ocurrió pocos años después de que Colombia hubiera adoptado una nueva Constitución (1991) que redefinió el papel del Estado señalando que el deber de éste no debía limitarse al reconocimiento de los derechos de los ciudadanos sino que tenía la responsabilidad de garantizarlos-entre ellos el de la salud; además se creó la acción de tutela como un mecanismo legal que permite a los ciudadanos exigir la protección de los derechos fundamentales plasmados en la Constitución de 1991 mediante un proceso ágil y de fácil acceso. Tanto la aprobación de la Constitución como la puesta en marcha del mecanismo de tutela han sido importantes en el contexto del tema de los planes de beneficios en Colombia al volver exigible el derecho a la salud y al promover la concreción del derecho de salud en un plan explícito de beneficios. *Segundo*, era también el momento de la apertura económica y de la adopción de reformas del Estado que buscaban eliminar los monopolios a cargo del Estado (en el caso de la salud de aseguramiento y de prestación) lo que explica el énfasis en la eficiencia en la reforma de 1993 y la incorporación del sector privado en las funciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud. *Tercero* y, finalmente, la reforma de salud se adoptó dentro de un contexto de descentralización profunda de los sectores sociales que culminó en la aprobación de la Ley 60/93, sólo unos pocos meses antes de aprobarse la reforma de salud, y que prevé la descentralización de funciones y recursos a nivel territorial (departamentos y municipios). En el marco de la implementación del POS-S, ello significó el choque entre el principio de un plan único e igual para todos los habitantes que emane de la reforma de la salud y las grandes heterogeneidades de hecho en términos de los recursos financieros, humanos, físicos e institucionales disponibles para implementarlo y de las necesidades específicas de salud entre regiones y departamentos (Giedion y López, 1996).

2. Planes de beneficios en el contexto mexicano

2.1 La creación del Seguro Popular como una continuación de las reformas institucionales en el sector salud

El sistema mexicano de salud ha evolucionado a lo largo de tres generaciones de reformas (Secretaría de Salud, 2004). La primera corresponde a la creación de la Secretaría de Salud (SS, entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia) y el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) (1943). En la segunda generación, las reformas giraron en torno a la descentralización, la cobertura con atención primaria a la salud y el reconocimiento al derecho constitucional a la protección de la salud (1983), dando origen a varios programas focalizados en poblaciones rurales con poco acceso a los servicios de salud y poblaciones urbanas pobres; como parte de la ampliación de la atención básica, a principios de los

²¹ Esto fue confirmado por varias de las personas que participaron en las entrevistas, incluyendo a Heidi Amaya y María Luisa Escobar.

noventa se creó el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). Finalmente la tercera generación de reformas surgió a finales de los noventa atendiendo a las evidencias internacionales que sugerían una reorganización de los sistemas de salud mediante la integración horizontal de sus funciones básicas: rectoría, financiamiento y prestación. Como parte de estas reformas está el fortalecimiento financiero del IMSS y su reforma legislativa (1997); la creación de un programa de bienestar social integral basado en incentivos, Programa de Educación, Salud y Nutrición (PROGRESA), cuyo nombre cambió por el de Oportunidades en 2001, que incluye un paquete básico de salud y un componente de educación; también se extendió la descentralización de la prestación y el financiamiento de los servicios de salud para la población no asegurada a todos los estados; finalmente la segmentación y la inequidad financiera del modelo original, se enfrentan puntualmente en el 2003 con la reforma a la Ley General de Salud (LGS), que tiene como uno de sus retos principales alcanzar un financiamiento más justo y brindar protección financiera en salud a la población no derechohabiente de las instituciones de seguridad social ofreciendo un paquete de servicios esenciales de salud y un paquete de gastos mayores (catastróficos) a sus afiliados. La oferta de los paquetes del Seguro Popular de Salud (SP) inicia desde el 2001 como proyecto piloto en cinco estados y se extiende paulatinamente al resto del país, haciendo explícitos los derechos de sus beneficiarios en complemento a la reforma de 1983 sobre el derecho constitucional a la protección de la salud. Por otro lado, la reforma define un conjunto de intervenciones médicas mucho más integral que el de los paquetes de PAC y de Oportunidades durante los noventa. Es así como la formulación de los paquetes explícitos e integrales representa la última etapa dentro de un proceso largo de reforma de salud.

2.2 El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y la importancia de los planes explícitos en el gasto de salud en México

Como se expuso en la sección anterior, a principios de 2000, México se embarcó en una reforma profunda de su sistema de salud enfocada principalmente a la población no asegurada por la seguridad social. Así, al igual que en Colombia, uno de los objetivos centrales de la reforma fue proveer aseguramiento universal. El proceso de reforma inició con la introducción del SP como un programa piloto (2001) que ofreció por primera vez un esquema de aseguramiento público *voluntario* para la población sin acceso a los sistemas de seguridad social ya existentes. En 2004 y a través de una reforma de la Ley General de Salud (que tuvo lugar en 2003), se crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). El SP se transforma en el brazo operativo del SPSS y es coordinado por la federación (nivel nacional) y operado por los estados²². Dentro del marco del SPSS se establece un periodo de siete años de transición con la meta de lograr la cobertura universal de aseguramiento en el año 2010. Así mismo, se introducen nuevas reglas de financiamiento tanto para intervenciones de salud pública, como para la atención de salud a las personas, esta última financiada a través del SP²³.

El SPSS definió tres tipos de paquetes de atención médica: (i) el Catálogo de Servicios de Salud a la Comunidad (CASSCO), un paquete básico de servicios a la comunidad que aplica para toda la población y se otorga en forma separada al SP, (ii) el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), un paquete de servicios esenciales y (iii) el paquete de Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), un paquete de atención de alta complejidad y de alto costo. Los dos últimos paquetes, que son el principal objetivo del análisis del caso de México (que para efectos de este documento, de aquí en adelante se denominarán como paquetes de SP), tienen como población objetivo los afiliados al SP. El financiamiento del CAUSES y del paquete del FPGC se realiza fundamentalmente a través de recursos públicos de la federación y de los gobiernos de los estados, mientras que se espera que los afiliados contribuyan en una escala móvil de acuerdo con el ingreso familiar siendo exentos de

²² Los Estados Unidos Mexicanos es una federación de 31 estados y el Distrito Federal. Para efectos de este documento y el caso de México, el término 'estatal' se refiere a los estados y el término 'federal' a la nación.

²³ Estas serán discutidas con mayor detalle en la siguiente sección 2.3.

ello la población que pertenece al 20% más pobre de la población. En 2008, el costo per cápita del CAUSES fue de 1.712 pesos mexicanos (aproximadamente 123 dólares²⁴). En el caso del FPGC, se debe señalar que se cubre exclusivamente el costo marginal de las intervenciones (costos variables), dado que las instituciones que proveen los servicios del paquete del FPGC, principalmente institutos de alta especialidad, reciben su propio presupuesto para cubrir los costos fijos. En 2007, el monto de servicios prestados fue de 3.068 millones de pesos mexicanos, lo cual dividido por el número de afiliados del SP para este año (21.925.654 afiliados) da una aproximación del costo per cápita marginal de 140 pesos mexicanos (aproximadamente 13 dólares²⁵). Adicionalmente el cálculo del costo per cápita del paquete de FPGC se debe tratar con cuidado porque como se va a señalar más adelante (ver el capítulo III, sección 5) su población objetivo no está tan claramente delimitada. Los anteriores elementos indican límites de la comparabilidad de las asignaciones que se hacen a los planes de beneficios en Colombia y México.

Antes de la reforma, el gasto público per cápita en salud por asegurado (principalmente de la seguridad social) era 2,3 veces mayor que el gasto público per cápita en salud por no asegurado (cifra para 2002) algo parecido a lo que ya observamos en la sección anterior sobre Colombia²⁶. La introducción del paquete de SP quiso corregir este desequilibrio y aseguró la asignación de una cantidad específica de dinero público por familia afiliada al SP para el financiamiento de servicios médicos. Para dicho efecto, fue muy importante establecer el contenido y costo de los paquetes de SP, ya que eso permitió evidenciar los requerimientos de recursos por asegurado. Como resultado, en 2007, la diferencia entre el gasto público per cápita en salud entre asegurados y no asegurados había disminuido a 1,7 veces²⁷. Así, la definición y costeo de un plan explícito se convirtió en una herramienta importante para mejorar la equidad financiera del sistema de salud mexicano. Al mismo tiempo se planteó la conveniencia de separar el financiamiento de la provisión de servicios médicos y asignar el gasto público de acuerdo a los servicios del paquete efectivamente provistos, pero a la fecha, esto se ha podido lograr únicamente para el paquete del FPGC donde los proveedores reciben los recursos del fondo catastrófico de acuerdo a la cantidad de intervenciones provistas y no para el CAUSES donde, si bien el nivel central asigna los recursos a los estados de acuerdo al número de familias beneficiarias, esta relación se pierde cuando los estados asignan los recursos a las unidades de salud. Como consecuencia, actualmente, aunque se ha incrementado la cantidad de gasto público total para los afiliados al SP, no se ha logrado una distribución de una buena parte de este gasto entre prestadores de servicios médicos del todo eficiente (este punto se retoma en el capítulo V, sección 2.5).

El SP es el esquema de aseguramiento más reciente en haberse incorporado a una serie de mecanismos públicos de aseguramiento dentro de los cuales se encuentran el IMSS, que ofrece cobertura médica a los trabajadores asalariados privados del sector formal de la economía y a sus familias; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que cubre los trabajadores del sector público y sus familias; así como esquemas que cubren sectores específicos como por ejemplo los trabajadores de la industria petrolera (PEMEX), los miembros del Ejército Mexicano (SEDENA) y la Armada Mexicana (SEMAR²⁸). Según datos administrativos, en 2008, 46% de la población mexicana estaba asegurada por el IMSS y 10% por el ISSSTE. Otros esquemas como PEMEX, SEDENA, SEMAR y esquemas de gobiernos estatales cubrían 2% de la población, mientras otro 2% de la población tenía un seguro privado. Tomando en cuenta que 26% estaba asegurado por el SP, se estima que aproximadamente 14% de la población no pertenecía aún a ningún esquema de aseguramiento y tenía que acudir a los proveedores de la SSSS y los Servicios Estatales de Salud (SESA) para ser atendido como “población abierta” o no asegurada. A finales de 2008, el SP tenía 27,2 millones de afiliados con la meta de lograr una cobertura del 50% de la población a finales de 2010 (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2008). Así, durante 2007, aproximadamente 17% de

²⁴ Tipo de cambio al 31 de diciembre de 2008, 1 dólar = 13,83 pesos mexicanos. Fuente: Banco de México.

²⁵ Tipo de cambio al 31 de diciembre de 2007, 1 dólar = 10,91 pesos mexicanos. Fuente: Banco de México.

²⁶ Estimación realizada por la Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud, México.

²⁷ Estimación realizada por la Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud, México (con base en información preliminar de la Secretaría de Salud).

²⁸ Para una descripción detallada del desarrollo histórico del sistema de salud de México ver OECD (2005a).

los recursos públicos (incluyendo aportes a la nómina) se asignó vía intervenciones cubiertas por el SP²⁹. De ello se desprende que, al igual que en el caso de Colombia, los paquetes explícitos CAUSES y del FPGC ya están moviendo una gran parte de los recursos de salud y pueden convertirse en herramientas estratégicas para mejorar la salud de los mexicanos.

El objetivo a largo plazo de la creación del SPSS y del SP es universalizar el esquema de protección social en salud en México equiparando (homologando) sus tres principales seguros públicos de salud: el IMSS, el ISSSTE y el SP, en términos de financiamiento y servicios de salud ofrecidos (González Pier y otros, 2006). Bajo esta lógica, la reforma buscó crear un tercer seguro para la población no asegurada con reglas explícitas tanto de afiliación y de financiamiento, así como del los servicios médicos incluidos en su paquete de beneficios. Es claro que los tres grupos de aseguramiento público no gozan actualmente de los mismos beneficios; comparado con los afiliados del SP, tanto los afiliados del IMSS como del ISSSTE tienen derecho a un conjunto de servicios de salud muchos más amplio (aunque estos servicios no estén definidos dentro de un paquete propiamente dicho, como se mostrará más adelante). Pero en un futuro se contempla un escenario donde todos los mexicanos estén cubiertos por alguno de los tres esquemas de aseguramiento público y donde la cobertura de servicios de salud de dichos esquemas serán, si no iguales, parecidos o equivalentes. En este sentido, la experiencia de México sobre el diseño y ajuste del paquete de beneficios del SP cobra una nueva importancia tanto en el contexto nacional, como en el contexto regional e internacional donde se presenta una ruta de expansión hacia la cobertura universal alternativa a la opción de una reforma (*big bang*) donde se crea un nuevo sistema de salud con un paquete de beneficios único y con cambios radicales a la estructura organizacional de las instituciones preexistentes. En este sentido, la reforma mexicana ha sido mucho más cautelosa que la reforma colombiana. Finalmente, es importante anotar que por limitaciones presupuestarias, el SP definió un periodo de transición de siete años para la incorporación progresiva de toda la población sin seguridad social, así como para la ampliación paulatina del plan de beneficios.

2.3 Financiamiento del sistema mexicano: alineando viejas y nuevas estructuras de financiamiento

En esta sección revisaremos brevemente la estructura financiera del SP con el fin de facilitar la comprensión del contexto financiero de los paquetes del SP.

2.3.1 Componentes de financiamiento del SP

El financiamiento del SP tiene tres componentes: las aportaciones federales de nivel central, las aportaciones estatales de nivel estatal y, finalmente las cuotas familiares que son pagos que deben hacer las familias afiliadas al SP con excepción de aquellos pertenecientes a los grupos más pobres de la población. Estos componentes se describen a continuación.

Aportaciones Federales

Las aportaciones federales, provenientes de recursos federales, se dividen en dos partes:

- a. La **Cuota Social** por cada familia beneficiaria que equivale a 15% de un salario mínimo general vigente en la capital y que se calculó por única vez a partir del primero de enero de 2004, con actualizaciones periódicas basadas en la inflación. La Cuota Social ascendió en 2008 a 2.906,56 pesos mexicanos (210 dólares³⁰).

²⁹ El monto de recursos públicos en salud para 2007 fue de 296.166 millones de pesos mexicanos (Fuente: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud), mientras el monto de recursos que financió intervenciones del Seguro Popular fue de 50.410.9 millones de pesos mexicanos (Fuente: CNPSS). Del resto de los recursos públicos, 59% se canalizó a través de la Seguridad Social (IMSS e ISSSTE) y 24% a través de subsidios a la oferta para la población no asegurada.

³⁰ Tipo de cambio al 31 de diciembre de 2008, 1 dólar = 13,83 pesos mexicanos. Fuente: Banco de México.

- b. La **Aportación Solidaria Federal** por cada familia afiliada que es en promedio 1,5 veces el monto de la Cuota Social, pero aumenta en los estados más pobres a costa de los más ricos (de conformidad a una fórmula que toma en cuenta factores como el número de familias afiliadas, las necesidades de salud, el desempeño de los servicios de salud, etc.). El promedio de la Aportación Solidaria Federal a nivel nacional en 2008 fue de 4.359,84 pesos mexicanos (315 dólares) por familia. Con la finalidad de evitar duplicidad de recursos en acciones en salud y según lo que define la LGS, se contabilizan como parte de la Aportación Solidaria Federal, los recursos presupuestales asociados a otros programas que tiene acciones contenidas en el CAUSES, como por ejemplo los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), Programas Nacionales de Salud, Infraestructura y el Programa Oportunidades. De tal manera que el Gobierno Federal transfiere como Aportación Solidaria Federal, únicamente la parte complementaria que reste después de considerar los presupuestos de estos otros programas/fuentes. En otras palabras, el SPSS combinó tanto viejos como nuevos recursos para el financiamiento del SP en una acción conocida como *alineación de recursos*.

Aportación Solidaria Estatal

La Aportación Solidaria Estatal, cuya fuente de financiamiento son los recursos estatales, es la misma para todos los estados y se fijó a la mitad de la Cuota Social. En 2008, la Aportación Solidaria Estatal equivalía a 1.453,28 pesos mexicanos (105 dólares) por familia, mientras la Aportación Solidaria Estatal para el ejercicio fiscal 2008, ascendió aproximadamente a 11.536,34 millones de pesos mexicanos (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2008).

Cuota Familiar

La Cuota Familiar proviene de las familias afiliadas, es anual y progresiva según el nivel de ingreso familiar. El pago de esta cuota fue concebido como sustituto al pago de cuotas de recuperación³¹ en el momento de demandar la atención. Se planteó que estas aportaciones sean recabadas directamente por los gobiernos estatales y aplicadas con destino específico para el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos necesarios para poder prestar el CAUSES. Los principales objetivos de las cuotas familiares según la LGS son: a) crear una cultura de corresponsabilidad, b) crear una cultura de pago anticipado y c) fomentar la cultura de medicina preventiva entre las familias afiliadas al SPSS. De esta forma, las cuotas familiares son el vínculo mediante el cual las familias afiliadas se corresponsabilizan del financiamiento del SPSS, pero desde el principio no se contemplan como un recurso importante para el financiamiento de los paquetes; son más bien los recursos federales y estatales que juegan este papel. En 2008, las aportaciones por concepto de Cuota Familiar, como resultado de las evaluaciones socioeconómicas, totalizaron 228,6 millones de pesos mexicanos (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2008). En total, los recursos alineados (nuevos y viejos) del SP en 2008 ascendieron a 69.443 millones de pesos mexicanos³², de los cuales 57.677,7 millones de pesos mexicanos (83%) eran aportaciones federales, 11.536,3 millones (16%) aportaciones estatales y el resto (1%) cuotas familiares. Como es evidente, las cuotas familiares representan un porcentaje muy pequeño del total de los recursos que financian los paquetes de SP.

Dado que la reforma establece que en ningún caso la incapacidad económica para cubrir esta cuota, será impedimento para la incorporación al SP durante el proceso de afiliación las familias son clasificadas en uno de dos regímenes: régimen contributivo o régimen no contributivo. El régimen contributivo lo constituyen las familias afiliadas que aportan una cuota familiar. El régimen no contributivo lo constituyen las familias que por su situación socioeconómica no pueden aportar la cuota familiar.

³¹ Las cuotas de recuperación definen el pago que efectúan las personas que solicitan servicios a las unidades médicas pertenecientes a la Secretaría de Salud, de acuerdo a la LGS, guardan relación con los ingresos de los usuarios (tienen siete niveles) y se exime del cobro cuando el usuario carece de recursos para cubrirlos (nivel cero).

³² Cálculo de los autores basado en cifras de la CNPSS sobre el monto total de las Aportaciones Federales y Estatales para el SP para el año fiscal 2008 y la suma de las cuotas familiares para este mismo año.

En el Artículo 127 del Reglamento de la LGS en material de Protección Social en Salud (R-LGS-PSS), se dispone que podrían considerarse sujetas de incorporación al régimen no contributivo, aquellas familias que cumplieran alguna de las siguientes características:

- i. Tener un ingreso familiar disponible que los ubique en los deciles I y II de la distribución del ingreso a nivel nacional;
- ii. ser beneficiario de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal;
- iii. ser residentes de localidades rurales de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes; y
- iv. otros que determine la CNPSS.

Adicionalmente, conforme a disposiciones más recientes, las familias del decil III que cuenten con al menos un integrante de hasta cinco años de edad cumplidos al momento de su afiliación, también pertenecen al régimen no contributivo. El ingreso familiar se determina a partir de la evaluación socioeconómica llevada a cabo al momento de la afiliación mediante un instrumento estandarizado. Con base en esta información, se ubica a las familias por decil de ingreso. Las cuotas familiares se revisan anualmente tomando como base la variación del Índice Nacional del Precios al Consumidor. Las cuotas vigentes durante 2008, de acuerdo al decil en el que se encontraron las familias, se presentan en el cuadro 1, aunque muy pocas familias de los deciles tres a diez aparecen afiliadas al SP, dado que los estados les ofrecen afiliarse en el régimen no contributivo y no pagar cuotas familiares (ver sección III.2.1 México. Lo “ancho” de la cobertura).

CUADRO 1
CUOTA FAMILIAR SEGÚN DECIL DE INGRESO

Decil de ingreso	Cuota anual por familia (<i>pesos mexicanos</i>)
I	0,00
II	0,00
III	713,96
IV	1 400,04
V	2 074,97
VI	2 833,56
VII	3 647,93
VIII	5 650,38
IX	7 518,97
X	11 378,86

Fuente: CNPSS, Informe de Resultados 2008, Secretaría de Salud.

2.3.2 Aplicación de los recursos

De los recursos del SPSS en salud, 89% son transferencias a estados de acuerdo al número de familias afiliadas para el financiamiento de los servicios contenidos en el CAUSES; 8% se destina al financiamiento del paquete del FPGC y el resto (3%) al financiamiento del Fondo de Previsión Presupuestal. El Fondo de Previsión Presupuestal contempla recursos para el desarrollo de infraestructura médica para atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social; la cobertura de diferencias imprevistas en la demanda de los servicios del CAUSES (sobre-demanda); y el establecimiento de una garantía de pago ante el eventual incumplimiento de pago por la prestación de servicios esenciales entre aquellos estados que suscriban convenios de colaboración interestatal. Desde el inicio de operaciones del Fondo de Previsión Presupuestal, sus recursos se han destinado prioritariamente a las acciones que contempla el Plan Maestro de Infraestructura, que incluye la construcción, reconstrucción, ampliación, mejoramiento y modernización de la infraestructura pública de la salud.

Con base a la descripción anterior se puede apreciar que el mecanismo financiero del SP es complicado. Eso sucede principalmente porque sus creadores quisieron o se vieron obligados a combinar

viejas y nuevas fuentes del financiamiento en una sola bolsavirtual sin tener que cambiar las estructuras financieras preexistentes (ver por ejemplo los fondos que se destinaban históricamente a los estados a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud o los recursos de programas como Oportunidades). Pero se debe reconocer que a través de este mecanismo, se evitó duplicar recursos y se sentaron las bases para que en un futuro, los estados utilicen todos los fondos que reciben para salud para financiar al SPSS.

2.4 Haciéndole frente a la fragmentación del sistema: homologación en vez de unificación

Como ya se sugirió anteriormente, México se caracteriza por un sistema de salud donde coexisten varias instituciones con su propia población objetivo, financiamiento, paquete de servicios de salud, y red de prestadores médicos, y donde cada institución tiene sus propias reglas de regulación, con una supervisión general por parte de la Secretaría de Salud como rector principal del sector. El SP, nace en el 2004 como un esquema de aseguramiento voluntario que vino a cubrir la población no asegurada por la seguridad social —en particular los trabajadores no asalariados, los auto-empleados, los desempleados, incluyendo a sus familiares y dependientes económicos— y a ofrecer por primera vez, un catálogo de servicios médicos definido de manera explícita y vinculado con fuentes de financiamiento específicas. El SP, en términos de número de asegurados, es el segundo esquema de aseguramiento médico más importante del país después del IMSS. En este contexto de multi-institucionalidad, o visto desde otra perspectiva, de fragmentación del sistema de salud mexicano, el SP es el instrumento que busca unificar el esquema de protección social en salud en México a través de una ruta de expansión que equipare los principales seguros públicos en salud en términos de recursos de financiamiento y de servicios médicos ofrecidos, pero que no unifica, a diferencia de Colombia, las instituciones a cargo de la financiación, compra y regulación del sector.

2.5 Haciéndole frente a la descentralización: armonizando el esquema de aseguramiento con la descentralización

Después de un proceso de descentralización que ocurrió en dos etapas durante las décadas de los ochenta y los noventa, la provisión de los servicios se efectúa principalmente a través de prestadores públicos administrados por los gobiernos estatales, los SESA, aunque existen algunas instituciones de tercer nivel que se financian y se coordinan a través del gobierno federal. La descentralización de la prestación de los servicios de salud tuvo como consecuencia que a la hora de crear los paquetes del SP, el paquete básico fuera provisto por parte de los estados dado que los servicios de atención primaria y los hospitales del segundo nivel estaban a cargo de estas mismas entidades. Por el otro lado, el manejo del paquete del FPGC quedó en términos de financiamiento a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), el órgano técnico, administrativo y operativo del SP a nivel nacional, mientras su provisión se da frecuentemente por instituciones que están controladas por la Secretaría de Salud federal. En este sentido, en México el esquema del SP no cuestionó las decisiones que se habían tomado sobre la descentralización del sistema de salud en términos de delegación de competencias y recursos a los niveles sub-nacionales del gobierno. En contraste, en Colombia, los dos procesos fueron en gran medida paralelos, primando en el esquema de aseguramiento la visión de un plan único, igual para todos y manejado por operadores públicos y privados que transcendían la asignación de tareas y recursos por niveles territoriales gubernamentales, como estaba previsto en la normatividad vigente sobre descentralización.

2.6 Antecedentes del paquete del Seguro Popular: construcción sobre la experiencia acumulada

Como se mostrará en los siguientes párrafos y, al igual que en el caso de Colombia, el CAUSES fue el resultado de un proceso incremental de construcción de planes de beneficios en salud sobre la

experiencia previa y no consecuencia de unas consideraciones técnicas hechas por fuera de los antecedentes históricos.

Dentro del contexto mexicano, el concepto de definir un paquete universal de servicios de salud con base en la carga de enfermedad y tomando en cuenta consideraciones de costo-efectividad, apareció por primera vez en 1994 en el informe Economía y Salud, publicado por la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud). Dicho informe estaba influenciado en gran medida por el Informe de Desarrollo Mundial elaborado por el Banco Mundial un año antes. Con base en la propuesta de Funsalud, la SS definió en su Programa de Reforma 1995-2000 como uno de sus objetivos, la ampliación de la cobertura a través de un *paquete básico de servicios de salud*. La provisión de este paquete se realizó dentro del marco del PAC que empezó a operar en 1996. De acuerdo a los lineamientos del PAC, el paquete básico de servicios de salud incluía 13 grupos de acciones dirigidas a familias rurales pobres (ver el cuadro 2) con una suma de 34 intervenciones de atención médica y con un valor per cápita de aproximadamente 34 dólares de 2000. Este paquete fue adoptado y siguió siendo provisto como el componente de salud del programa conocido como Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), creado en 1997, rebautizado con el nombre de Oportunidades unos años más tarde. Este programa tiene actualmente una cobertura de cinco millones de familias (2008). Las familias de Oportunidades, dado que son de bajos recursos, han sido una de las poblaciones prioritarias para incluir en el SP. En efecto, cuando se inició la afiliación al SP en forma intensiva, entre 2003 y 2004, se afilió en forma automática a los beneficiarios de Oportunidades. Es así como al mes de noviembre de 2008, algo más de la mitad de (2,8 millones) de todas las familias de Oportunidades se encontraban cubiertas también por el SP (30,6% de todas las familias del SP) (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2008). Cuando a mediados de los años noventa, se retomó el proceso de descentralización de los servicios de salud a los estados, se crearon incentivos para la implementación del PAC, ya que el pago de los recursos vinculados al sistema, estaban condicionados a la implementación del programa. Al mismo tiempo, se introdujeron incentivos similares a nivel de demanda para el programa Oportunidades, ya que desde entonces se estableció que los afiliados al programa, tienen que cumplir con una serie de acciones dentro del componente de salud, incluyendo asistencia a revisiones médicas periódicas y pláticas de salud, como requisito para recibir los apoyos económicos y en especie que proporciona el programa.

CUADRO 2
GRUPOS DE ACCIONES DEL PAQUETE DEL PAC/OPORTUNIDADES

Saneamiento básico a nivel familiar
Planificación familiar
Atención prenatal, del parto y del puerperio
Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil
Inmunizaciones
Manejo de casos de diarrea en el hogar
Tratamiento antiparasitario a las familias
Manejo de infecciones respiratorias agudas
Prevención y control de la tuberculosis pulmonar
Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus
Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones
Capacitación comunitaria para el auto cuidado de la salud
Prevención y detección del cáncer cérvico-uterino

Fuente: Secretaría de Salud. 2000. El Programa de Ampliación de Cobertura 1996-2000. México, DF: Secretaría de Salud.

Aunque el PAC representó un valioso primer paso para la definición de un paquete de servicios de salud para la población asistida por la SS, rápidamente se hizo evidente que el alcance de las intervenciones cubiertas era demasiado limitado; éstas se enfocaban principalmente en las áreas de

promoción y prevención de la salud (salud pública) e incluían poco en cuanto a servicios de atención médica (servicios personales³³). Así que, para conformar el paquete del SP, además de tomar en cuenta los servicios incluidos en el PAC, se buscó ofrecer un plan más integral (Ávila-Figueroa y otros, 2002). Se utilizó para ello como referencia la información sobre los servicios de atención médica que a principios de año 2000 se proveían a través de los prestadores de la SS y los SESA de manera regular y por los cuales buscaban atención los no asegurados. En muchos casos estas intervenciones ya se venían financiando con el presupuesto de la SS y contaban con normatividad oficial, en la cual se establecen los procedimientos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades como hipertensión y diabetes, así como el manejo de otras atenciones como el parto y la cesárea, entre otras. Así, de manera similar que en el caso del POS-C colombiano, el CAUSES refleja de alguna manera, en este caso, una parte del portafolio de servicios que ya se venían ofreciendo en la red estatal de servicios, en el caso colombiano, en el contexto del régimen contributivo, lo que se venía ofreciendo en el ISS, plasmado en el manual tarifario de 1981, y en el subsidiado, lo que se venía ofreciendo en el SNS.

Con base en la experiencia del PAC, así como el portafolio ofrecido en la red pública, el diseño del paquete de servicios esenciales del SP se centró en su primera fase como programa piloto (2001), cubriendo intervenciones del primer nivel de atención, atención ambulatoria y hospitalaria. Durante el proceso de su selección, todas las intervenciones fueron sujetas a un amplio consenso con diversos grupos de trabajo del Sistema Nacional de Salud (los cuales se detallarán más adelante); así mismo, se incorporaron también sugerencias de los equipos profesionales de aquellos estados que participaron en la prueba piloto de su implementación. Por otro lado, dado que el análisis previo a la introducción del SP, demostró que los hogares no asegurados sufrían de gastos catastróficos y empobrecedores causados por servicios médicos (Secretaría de Salud, 2006), se buscó cubrir algunas intervenciones al otro lado del espectro, intervenciones de alta complejidad y de alto costo, aunque con una menor frecuencia de ocurrencia.

Adicionalmente, hubo un debate sobre la forma de financiamiento de las intervenciones donde prevaleció que las intervenciones esenciales se financiarán a través de un monto per cápita girado a los estados, mientras las intervenciones de alto costo, a través de un pago por servicio prestado, girado directamente a los prestadores. La decisión de financiar las intervenciones de alto costo por pago de servicio prestado probablemente refleja el hecho que sería difícil convencer los prestadores de servicios de salud asumir el riesgo para el tratamiento de enfermedades muy costosas y con poca certeza sobre el tipo de tratamiento requerido. Como consecuencia, se definieron dos tipos de paquetes, uno esencial y otro contra gastos catastróficos, dejando en el medio un conjunto de enfermedades no cubiertas al inicio del SP pero con la visión de que a través de un proceso de priorización, serían incluidos en el futuro.

Cabe notar por último que dado que el paquete de beneficios del SP se definió en forma independiente de los servicios prestados por el IMSS y el ISSSTE, no hubo la necesidad de respetar derechos adquiridos, pero sí de tomar en cuenta la expansión de la población afiliada en combinación con la infraestructura y la capacidad resolutoria de los servicios de salud, así como los recursos para el financiamiento del nuevo esquema de aseguramiento.

En este sentido, la experiencia mexicana de construcción del CAUSES se asemeja al caso del POS del régimen subsidiado pero también difiere en forma fundamental de ésta en la cual una institucionalidad importante y poderosa, el ISS, tuvo que incorporarse al nuevo sistema de salud.

³³ Adicionalmente, en el caso del PAC no se estimó un costo per cápita y el programa contaba con una población beneficiaria que era difícil de estimar y definir dado que pertenecía a la población residual entre la población total de la nación menos la población cubierta por los esquemas de seguridad social. Como consecuencia, existía un presupuesto total para el financiamiento del programa pero el monto total de recursos del programa no necesariamente se modificaba ante cambios en el número de su población beneficiaria.

3. Comparación

Este capítulo presentó el contexto dentro del cual fueron adoptados el POS-S y POS-C en Colombia y el CAUSES y paquete del FPGC en México. De ahí se desprenden los siguientes cuatro mensajes: i) el peso de la historia y de la experiencia, ya que en ambos casos un referente primordial para la construcción de los planes de beneficios fue la experiencia previa acumulada, sea en términos de los portafolios de servicios ofrecidos en la red pública (SSA en México y SNS en Colombia) o de seguridad social tradicional (manual tarifario del ISS en Colombia), sea a través de programas (PAC en México y ESS en Colombia) que se venían diseñando o implementado en años previos a las aprobaciones de las reformas. En este sentido, los planes de beneficios no parecen ser reflejo de importaciones de una propuesta técnica ajena a las realidades nacionales específicas. ii) En ambos países, los planes explícitos de beneficios se están convirtiendo en importantes orientadores del gasto público; en Colombia más de dos tercios del gasto público en salud se está asignando a la financiación del POS (contributivo y subsidiado) mientras que en México, ya el 17% de los recursos se están asignando a la financiación del SP. Ello deja entrever el gran potencial que podrían tener estos planes como herramientas estratégicas para mejorar la salud de la población y para elevar el gasto en salud (especialmente en el caso de México) en estos dos países. iii) Las razones de ser de la adopción de un plan explícito de beneficios no siempre son los mismos y dependen fuertemente del contexto específico dentro del cual se adoptan. En Colombia, la separación de funciones entre financiación y aseguramiento y la integración del sector privado en esta última, obligó a establecer claramente cuáles eran los servicios que tuvieran que garantizar las EPS a cambio de la recepción de una prima. Mientras tanto, en México, la adopción del CAUSES y del paquete del FPGC respondió ante todo a la necesidad de hacer explícitos los requerimientos de recursos para asegurar la población no asegurada y de facilitar de esta manera la movilización de los recursos correspondientes. iv) Finalmente, la adopción de un plan de beneficios explícito e igual para todos, se enfrenta al reto de la multi-institucionalidad ya existente y se presentan diferentes caminos para hacerle frente; Colombia optó por un camino mucho más radical que México ya que decidió introducir un plan *explícito* de beneficios no sólo para la población no asegurada, sino también para aquellos que ya estaban cobijados por los anteriores sistemas de seguridad social (ISS y CAJANAL), con lo que irremediamente tuvieron que hacerse negociaciones y concesiones con este sector para definir el plan explícito de beneficios. México en cambio, prefirió no meterse en la negociación política con las entidades de seguridad social preexistentes (principalmente IMSS e ISSSTE) y optó por lo tanto por una estrategia indirecta de homologación progresiva de los servicios cobijados en el SP, con el alcance de los beneficios ofrecidos en los sistemas de seguridad social tradicional.

II. Descripción general de los planes explícitos en México y Colombia

Este capítulo describe los planes explícitos de beneficios en Colombia y México en términos de la exigibilidad de sus contenidos, los objetivos que se persiguieron con ellos al adoptarlos, su convivencia con otros planes y las sinergias y fricciones que con ello se generan, el lenguaje que se utilizó para formularlos y la institucionalidad que se adoptó para sus ajustes posteriores. Como se mostrará a continuación, existen algunas similitudes pero también grandes diferencias en torno a estas características fundamentales de los planes de beneficios en los dos países que han determinado el rol que éstos han jugado y los retos que se han venido presentando en cada caso.

1. Colombia

1.1 Garantías explícitas y exigibles

Con la adopción del POS, Colombia ha traducido la indefinición del contenido del derecho a la salud consignada en su Constitución de 1991 y suscrita por Colombia en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en beneficios ciertos y determinados. En este sentido, la Corte Constitucional ha señalado que, “respecto del contenido mínimo fijado por los Estados, luego de la realización de profundos y rigurosos estudios en relación con las enfermedades que más afectan a su población, los ciudadanos son titulares del derecho a perseguir su cumplimiento, bien sea por vía administrativa o por vía judicial. Para el caso colombiano, “*ese plan mínimo*

de beneficios en salud define el ámbito de justiciabilidad del derecho y, por ello mismo, se constituye en el contenido mínimo fundamental directamente exigible. El POS-C y el POS-S –adoptados por la Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias– dan cuenta, entonces, de la traducción de una mera titularidad asistencial en un derecho subjetivo fundamental autónomo, cuya protección puede solicitarse, directamente, a través de la acción de tutela³⁴.” Así, con la adopción del POS, Colombia no sólo definió claramente cuáles eran los servicios de salud que se iban a financiar con recursos públicos sino que volvió exigible el derecho a la salud al establecer claramente el ámbito de la justiciabilidad del derecho a la salud. La exigibilidad de este derecho se potencia con el mecanismo de la tutela introducido por la Constitución de 1991 que permite a los colombianos reclamar ante los jueces, mediante un procedimiento ágil y rápido, la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados. Cuando se le niega a una persona un servicio incluido en el POS, ésta puede interponer una “tutela”. De igual forma, existe la posibilidad de realizar acciones de tutela, para demandar no sólo atenciones que están incluidas en el POS pero también para solicitar servicios excluidos del POS cuando quiera que la negación de un servicio amenace alguno de los derechos fundamentales. Si el juez falla a favor del ciudadano, la EPS debe prestar la atención con cargo a los recursos del Estado y en particular el fondo fiscal del SGSSS denominado FOSYGA. El importante número de tutelas de salud que se han hecho en el área de salud da fe de que la exigibilidad del derecho a la salud no es una mera titularidad en el caso colombiano (ver el cuadro 3).

Ahora, sin desconocer lo que ha significado el mecanismo de tutela para garantizar la justiciabilidad del derecho a la salud en Colombia también se ha convertido en un mecanismo que ha permitido que se estén solicitando cada vez más servicios por fuera de los límites del POS. Como veremos más adelante, esta situación no sólo ha desdibujado los límites del POS sino que está poniendo en peligro la sustentabilidad financiera del sistema de salud colombiano. La gravedad de la situación generada por este POS “judicial” o “paralelo” será discutida más adelante (ver el capítulo V, sección 1.4).

CUADRO 3
EVOLUCIÓN DE LAS TUTELAS TOTAL Y DE SALUD. COLOMBIA, 1999-2005

Año	Tutelas		Participación	Tasa de crecimiento anual (En porcentajes)	
	Salud	Total		Salud	Total
1999	21 301	86 313	24,68	-	-
2000	24 843	131 764	18,85	16,63	52,66
2001	34 319	133 272	25,75	38,14	1,14
2002	42 734	143 887	29,70	24,52	7,96
2003	51 944	149 439	34,76	21,55	3,86
2004	72 033	198 125	36,36	38,67	32,58
2005	81 017	224 270	36,12	12,47	13,20
TOTAL	328 191	1 067 070	30,76		

Fuente: Defensoría del Pueblo (2007) La Tutela y el Derecho a la Salud Período 2003-2005, Bogotá, p.29.

1.2 Objetivos

El trazado explícito de los objetivos de un plan de beneficios es importante por varias razones; *primero* porque el esfuerzo de diseño y actualización (futuras inclusiones) a un plan de beneficios debería estar

³⁴ Véase por ejemplo sentencia T-221/04 de la Corte Constitucional. Citado en Cubillos y otros (2008).

subordinado a éstos. En este sentido los objetivos constituyen el “norte” o la dirección hacia la cual deberían apuntar los servicios cubiertos. Es así como la selección de los servicios de un plan de beneficios debería reflejar el esfuerzo de traducir los objetivos en criterios de priorización que permitan ordenar todas las intervenciones y prácticas médicas en función de su contribución a éstos. En *segundo* lugar, porque la implementación de un plan de beneficios debería acompañarse de un esfuerzo permanente de monitoreo del cumplimiento de los objetivos propuestos. Por ejemplo, una meta podría constituir frenar la aparición de enfermedades crónicas y la progresión de éstas. En este caso, valdría la pena evaluar permanentemente si el plan de beneficios realmente está siendo exitoso en lograr estas metas. Cabe notar que según el contexto los planes de beneficios pueden perseguir objetivos diferentes; por ejemplo, mientras que en un contexto, el objetivo central pueda ser el mejoramiento de la salud poblacional, en otro puede ser la provisión de la protección financiera o el cierre de la brecha de equidad en salud. En vista de la importancia de los objetivos como elemento central del diseño de un plan de beneficios, los siguientes párrafos revisan cómo éstos se están explicitando en el caso de Colombia.

Revisando la normatividad existente, curiosamente la ley de la reforma de 1993 (Ley 100) no establece los objetivos explícitos del POS colombiano y se limita a indicar en forma muy general que éste “permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan” (Art. 162). El acuerdo 008 de 1994 que establece los lineamientos generales del POS tampoco establece unos objetivos explícitos. Menciona sin embargo unos principios rectores del POS al establecer “como criterio fundamental para la inclusión de actividades, intervenciones o procedimientos dentro del Plan Obligatorio [de Salud], la mayor efectividad en la utilización de los recursos, mayor eficacia en términos de los resultados deseados y a un costo que sea social y económicamente viable para el país y la economía”(Artículo 5) y se adopta “como principio guía de orientación del Plan Obligatorio de Salud, la inclusión de servicios que conduzcan a la solución de los problemas de mayor relevancia en cuanto a morbi-mortalidad, número de años perdidos por discapacidades o muerte temprana y costo-efectividad”(Artículo 6).

En resumen, la normatividad colombiana no explicita en forma muy clara los objetivos que persigue con el POS aunque los principios rectores contenidos en la normatividad indicarían que este plan es concebido ante todo como una herramienta para mejorar la salud de los colombianos y ello con la mayor eficiencia posible.

1.3 Coexistencia de planes

Muchos países no sólo ofrecen diferentes planes de beneficios para diferentes *grupos* poblacionales como lo es el caso en los dos países incluidos aquí, sino que formulan diferentes planes de beneficios para diferentes *tipos de servicios o de contingencias en salud*. El tema de los linderos de los diferentes planes y la necesidad de buscar la complementariedad entre éstos sin duplicaciones, se vuelve un asunto crucial en estas circunstancias. En esta sección se presentan por lo tanto brevemente los diferentes planes que existen en Colombia y se mostrará que su coexistencia puede generar desafíos importantes en especial cuando varían las fuentes de financiamiento y responsables entre ellos. El cuadro 4 muestra los principales planes de beneficios de Colombia en términos de sus coberturas, población objetivo, fuentes de financiamiento y responsables de su implementación. Como de ahí se desprende, varios de los planes existentes cubren a la misma población pero para contingencias diferentes. Por ejemplo, un trabajador asalariado está cobijado por el POS-C y a la vez por un seguro de enfermedades profesionales (ATEP), por el PIC (Plan de Intervenciones Colectivas), por un seguro de accidentes de tránsito y además, si así lo desea y su capacidad de pago lo permite, por una póliza o un plan de medicina prepagada. De manera similar, una persona sin capacidad de pago afiliada al régimen subsidiado está cobijada por el POS-S, por la red pública (aunque no con un paquete explícito) en lo que hace referencia a los servicios no cubiertos por el POS-S y por el PIC. Nótese que los actores encargados de cubrir estas contingencias y las fuentes de financiamiento varían entre un plan y otro. A manera de ejemplo, el POS-C está a cargo de las EPS mientras que el ATEP está a cargo de las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) y el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

(SOAT) está a cargo de los administradores de este seguro. Esta coexistencia de planes genera incentivos para que cada actor trate de trasladar el riesgo a los otros actores. Por ejemplo, es posible que las EPS quieran demostrar que los accidentes o enfermedades que presenten sus afiliados tengan un origen laboral mientras que la ARP posiblemente quieran demostrar que, por el contrario, los siniestros tengan causas exógenas al ámbito laboral. Similarmente, en el régimen subsidiado, las EPS están a cargo del POS-S y las entidades locales (municipios y departamentos) están a cargo de los no afiliados y de los servicios no incluidos en el POS-S. En este contexto son frecuentes las quejas de que los municipios afilian los más enfermos primero para proteger sus propios recursos y, viceversa, de que las EPS tratan de transferir los pacientes a hospitales de mayor complejidad donde se les practican servicios por fuera del POS-S y, por ende, la responsabilidad financiera es asumida por la entidad local pública y no por las EPS. Los ejemplos de este tipo de conflictos son numerosos³⁵. La consecuencia más grave de esta situación no son tanto los costos que estos conflictos pueden conllevar para las EPS u otros operadores de estos planes, sino las consecuencias para los pacientes ya que su proceso de atención puede verse fragmentado y en instancias interrumpido. Finalmente cabe preguntarse si es necesario y eficiente que diferentes operadores manejen las diferentes contingencias por separado a pesar de que se trate en muchos casos de los mismos grupos poblacionales (por ejemplo ARPs para riesgos profesionales y EPSs para enfermedad general).

No existe un análisis sistemático sobre los problemas causados por la coexistencia de los planes en Colombia. Además, un análisis pormenorizado de éstos trascendería el alcance de este estudio. Sin embargo, la anterior sección mostró que en Colombia, al igual que en muchos otros países, efectivamente coexisten diferentes planes de beneficios y que ello puede generar algunos problemas importantes en la implementación de éstos. Cabe notar por último, que algunos han comenzado a cuestionar las bondades de la fragmentación de los riesgos en el contexto colombiano.

³⁵ Para un ejemplo sobre el particular ver Sentencia T-237/09, disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-237-0>.

**CUADRO 4
LOS PLANES DE BENEFICIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL**

Nombre	Descripción coberturas servicios de salud	Pobl. obj.	Financiamiento	Responsable
Plan de Intervenciones Colectivas ^a	El PIC está constituido por intervenciones que se dirigen a la colectividad y aquellas intervenciones Conjunto de actividades , intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en Salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad	Toda la población	Recursos fiscales	Municipios departamentos.
Plan Obligatorio de Salud Subsidiado	Conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho el afiliado al régimen subsidiado, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado.	Población sin capacidad de pago	Recursos fiscales nacionales y locales y aporte parafiscal de solidaridad	Entidad Promotora de Salud (EPS)
Plan Obligatorio de Salud Contributivo	Conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho el afiliado al régimen contributivo , cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar y el reconocimiento económico de incapacidades y licencias de maternidad.	Población con capacidad de pago	Aporte parafiscal (12,5% del salario; 11% para régimen contributivo y 1,5% para régimen subsidiado).	Entidad Promotora de Salud (EPS)
ATEP	En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional el ATEP cubre la asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica; los servicios de hospitalización; los servicios odontológicos; el suministro de medicamentos; los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; las prótesis y órtesis, su reparación, y su reposición solo en casos de deterioro o desadaptación, cuando a criterio de rehabilitación se recomiende; la rehabilitaciones física y profesional; los gastos de traslado, en condiciones normales, que sean necesarios para la prestación de estos servicios ^b .	Asalariados formales	Aporte parafiscal que depende del riesgo laboral y varía entre 0,52% y 6,96% del salario)	Aseguradora de Riesgos Profesionales (ARP)
Pólizas de salud, planes de medicina prepagada	Planes o pólizas voluntarias con diferentes niveles de cobertura y con primas ajustadas por riesgo.	Población con capacidad de pago	Primas ajustadas por riesgo	Aseguradoras y entidades de medicina prepagada.
Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, SOAT	El SOAT cubre, la atención integral de hospitalización, suministro de medicamentos, pago de procedimientos, servicios diagnósticos y rehabilitación que requiere el paciente víctima de un accidente de.	Toda la población	Con pago anual de todos los propietarios de vehículos.	Aseguradoras SOAT
Atención a población sin capacidad de pago no afiliada o para servicios no incluidos en el POS-S	No existe plan explícito de beneficios pero la red pública está encargada de cubrir a la población pobre sin aseguramiento y de prestar los servicios no incluidos en el POS-S	Población sin capacidad de pago	Recursos fiscales	Municipios, departamentos

Fuente: Elaboración propia.

^a Este plan se llamaba hasta la adopción de la ley 1122/2007 Plan de Atención Básica o PAB.

^b Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Ministerio de Hacienda (1994), Decreto 1295 de 1994, por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.

1.4 Lenguaje del plan de beneficios³⁶

Ningún plan de beneficios podrá ser formulado en un lenguaje lo suficientemente preciso para evitar que se generen discusiones sobre su interpretación³⁷. Estas divergencias surgen especialmente en contextos donde, a través de una relación contractual, el asegurador recibe un pago a cambio de garantizar la prestación de un conjunto de servicios. En el caso de Colombia, las EPS deben garantizar el POS a cambio de un pago sea por parte del Estado a nombre de los afiliados sin capacidad de pago (régimen subsidiado) o de los afiliados (régimen contributivo). En estas circunstancias, la EPS tiene incentivos para hacer una lectura restrictiva del contenido del POS mientras que el usuario le querrá dar una interpretación más amplia. Es por ello que para minimizar el surgimiento de divergencias, es importante formular el contenido de un plan de beneficios de la manera más precisa posible (Eddy, 1996).

Las divergencias no sólo implican mayores costos de transacción para los actores sino, que además, crean inseguridad jurídica entre los actores; los afiliados no tendrán seguridad respecto de los beneficios a los que tienen derecho³⁸ y los aseguradores no tendrán certeza acerca del riesgo que asumen a cambio de la prima pagada a ellos. Así mismo, se crean conflictos entre los actores que además pueden minar la legitimidad de un plan de beneficios y la confianza entre actores. Finalmente, a un nivel más práctico, al no existir claridad en el alcance del plan de beneficios se dificulta el costeo de éste. Ello es de gran relevancia, por ejemplo cuando se trata de ajustar el valor de la prima conforme cambien los costos de los servicios incluidos en un plan de beneficios.

Los siguientes párrafos comienzan por describir el lenguaje con el cual el POS colombiano describe los beneficios cubiertos, para luego analizar algunas de las principales divergencias que han surgido en torno a la interpretación del POS colombiano. Así mismo se mostrarán algunas de las consecuencias que ello ha tenido en la operación del sistema de salud colombiano.

1.4.1 Descripción del lenguaje

El alcance del POS está circunscrito por una combinación de descripciones generales de coberturas que luego son desarrollados en un listado detallado de medicamentos y en un listado de intervenciones y procedimientos específicos cubiertos³⁹. En este sentido el POS-C y POS-S se parecen a lo que se encuentra en muchos países europeos donde unos enunciados generales de coberturas suelen ser acompañadas por listados detallados de servicios cubiertos (Schreyögg y otros, 2005). En Colombia, los listados detallados contienen también unas reglas generales sobre la interpretación de algunos términos⁴⁰ (por ejemplo nivel II de complejidad) y sobre las exclusiones explícitas vigentes⁴¹ (por ejemplo tratamientos experimentales o cirugías con fines estéticos). Así por ejemplo, las descripciones generales del POS-C indican que “se brindan educación, información y fomento de la salud, así como diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales en su presentación genérica, en los diferentes niveles de complejidad”(acuerdo 008/1994, Art. 3) mientras que el listado de intervenciones (el

³⁶ Esta sección se benefició ampliamente de las discusiones llevadas a cabo con el Dr. Guillermo Córdoba de la Dirección de Gestión de Demanda del Ministerio de Protección Social y con la directora jurídica de ACEMI (asociación que agrupa gran parte de las EPS del régimen contributivo), la Dra. Ana Cecilia Santos.

³⁷ Para una ilustración del tema en el contexto de los planes de salud vigentes en Estados Unidos ver Rosenbaum y otros (1999).

³⁸ Esta inseguridad jurídica es especialmente nefasta en un sistema de aseguramiento ya que el seguro busca justamente reducir el riesgo e incertidumbre frente a gastos médicos no previsibles en el futuro.

³⁹ Las categorías generales están descritas en el Acuerdo 008 de 1994 en el caso del régimen contributivo y en el Acuerdo 306 de 2005 en el caso del régimen subsidiado. El listado de actividades, procedimientos e intervenciones específicas cubiertas están consignadas en la Resolución 5261 de 1994 mientras que el listado de medicamentos está contenido en el Acuerdo 282 de 2002.

⁴⁰ La Resolución 5261 (listado de intervenciones) indica por ejemplo: Artículo 11. Internación. Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria. Salvo en los casos de urgencia, para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico.

⁴¹ El artículo 18 de las Resolución 5261 establece una lista de las exclusiones (por ejemplo cirugías estéticas). Así mismo, el artículo 12 indica que las prótesis, órtesis y demás aditamentos quirúrgicos sólo serán incluidos si están explícitamente incluidos.

así llamado “MAPIPOS⁴²”) define (con algunas excepciones⁴³) para cada uno de los niveles de atención (I, II, III y IV) lo que está cubierto en términos de consultas, exámenes de laboratorio y de diagnóstico y procedimientos. Similarmente, el acuerdo 306⁴⁴, que provee las descripciones generales de coberturas del plan de beneficios del régimen subsidiado, establece coberturas integrales sólo para servicios de bajo nivel de complejidad y para enfermedades catastróficas específicas (ejemplo cánceres) y coberturas limitadas para los demás niveles de complejidad. Así, sólo se cubren los servicios descritos en el listado detallado (MAPIPOS) si éstos forman parte de las coberturas generales descritas en el enunciado general (Acuerdo 306). Por ejemplo los procedimientos quirúrgicos de mano sólo están cubiertos si el caso es de cáncer (que es una de las enfermedades catastróficas cubiertas por el POS-S) pero no en el caso de traumas o tumores benignos.

Finalmente cabe notar que el listado de coberturas específicas recurre a diferentes nomencladores para describir los beneficios; en algunos casos, describe servicios muy específicos (ejemplo: material de osteosíntesis) mientras que en otros menciona coberturas de intervenciones (ejemplo: apendicetomía) o, en forma aún más general, patologías (VIH-SIDA) sin que exista una regla general de ordenamiento. Esta estructura compleja del plan de beneficios está descrita con mayor detalle en el anexo 2. En términos generales, el MAPIPOS establece los servicios cubiertos en cada nivel de complejidad del servicio⁴⁵. La complejidad y falta de precisión en el lenguaje en algunas partes, hace difícil establecer el alcance real de los beneficios contenidos en el POS y contrasta con otros planes de beneficio, en el contexto de este estudio, con el CAUSES y el del FPGC mexicano, que se presentan en forma mucho más organizada como lo veremos más adelante.

1.4.2 Conflictos sobre la interpretación del alcance del plan de beneficios en el contexto colombiano

El alcance del POS ha sido objeto de un gran número de discusiones y conflictos entre los diferentes actores del sistema⁴⁶. Estos desacuerdos se han presentado principalmente, en torno a dos temas: i) cuáles son las “prótesis, aparatos y aditamentos ortopédicos o para alguna función biológica” cubiertas. El conflicto de interpretación surge ya que para algunos⁴⁷ la normatividad pareciera indicar que éstos sólo son cubiertos si son mencionados en forma explícita en el plan de beneficios (MAPIPOS), mientras que para otros, la inclusión de una intervención incluye los insumos requeridos para llevarla a cabo dentro del principio de integralidad estipulado en el POS⁴⁸ (ver el recuadro 1) y, ii) cuál es la tecnología *media* disponible en el país a la que se refiere la Ley 100⁴⁹ y la que habría que cubrir dentro del POS. El conflicto surge ya que para algunos ésta se refiere únicamente a la que estaba vigente en el momento inicial de aprobar el POS (1994) mientras que para otros se refiere a la tecnología media disponible en la actualidad. Cabe notar que nunca se ha adoptado un acuerdo o norma que definiera lo que se entiende por tecnología *media*.

⁴² MAPIPOS equivale a Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Resolución 5261 de 1994).

⁴³ A diferencia de los demás niveles de complejidad, para el nivel IV (más complejo) el listado no especifica coberturas por tipo de servicios sino coberturas de patologías (por ejemplo “manejo del gran quemado”, “diálisis”)

⁴⁴ El Acuerdo 306 reemplazó los anteriores acuerdos 72 y 74.

⁴⁵ El cuadro 16 del Anexo 3 describe los niveles de complejidad dentro del contexto colombiano.

⁴⁶ En especial entre el Ministerio de la Protección Social, las Empresas Promotoras de la Salud y el Ministerio de Hacienda pero también entre los usuarios del sistema y las EPS.

⁴⁷ Esto ha sido la posición de las EPS y del Ministerio de Hacienda.

⁴⁸ Algunos de los problemas de interpretación han sido la consecuencia de haber elaborado el listado de intervenciones y procedimientos cubiertas (resolución 5261/1994) con base en el manual tarifario que existía antes en el Instituto de Seguros Sociales. Este manual tenía varios problemas entre los cuales algunos ortográficos que, al parecer, han sido, en algunas oportunidades, al origen de la negación de algunos servicios. Así por ejemplo, en el artículo 56 del MAPIPOS en vez de hablar de las *punciones* (ventricular, subdural y cisternal) se habla de *funciones*.

⁴⁹ La ley 100 de 1993 indica en su artículo 182 lo siguiente: Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación, UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio *en condiciones medias de calidad*, tecnología y hotelería y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.

Estos conflictos han sido objeto de una infinidad de discusiones y acusaciones mutuas además de generar un número creciente de tutelas que son interpuestas por los asegurados para acceder a los servicios de la llamada “zona gris” (Defensoría del Pueblo, 2007), que les son negados por las EPS por considerarlas no incluidas en el POS. El tema se ha vuelto tan importante, que una reciente sentencia de la Corte Constitucional T760⁵⁰ ordena al Ministerio de la Protección Social el precisar el contenido del POS y aclarar las dudas que han surgido acerca del alcance real del POS.

Para terminar vale la pena aclarar que por preciso que sea el lenguaje de los planes de beneficios, siempre quedará algún espacio para interpretaciones divergentes sobre su alcance. Es por ello que la instauración de mecanismos para aclarar conflictos sobre la interpretación del contenido de un plan debería hacer parte de todos los procesos de implementación de un plan explícito de beneficios en salud. Es dentro de este contexto que el Ministerio de la Protección Social está discutiendo en este momento, la creación de una instancia técnica del nivel nacional o regional, de resolución de conflictos que permita que una entidad de orden nacional, sesione en forma permanente para resolver dudas sobre el alcance del POS colombiano⁵¹.

RECUADRO 1 FALTA DE CLARIDAD EN EL LENGUAJE DEL PLAN DE BENEFICIOS COLOMBIANO

La “manzana de la discordia”: Resolución 5261, MAPIPOS, ARTICULO 12. Utilización de prótesis, ortesis, aparatos y aditamentos ortopédicos o para alguna función biológica: Se definen como elementos de estetipo, aquellos cuya finalidad sea la de mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente. Cuando el paciente requiera de su utilización y se encuentren expresamente autorizados en el plan de beneficios, se darán en calidad de préstamo con el compromiso de devolverlos en buen estado salvo el deterioro normal; en caso contrario deberá restituirlos en dinero por su valor comercial.

Parágrafo: Se suministran prótesis, ortesis y otros : marcapasos, prótesis valvulares y articulares y material de osteosíntesis, siendo excluidas todas las demás. En aparatos ortopédicos se suministrarán: muletas y estructuras de soporte para caminar, siendo excluidos los zapatos ortopédicos, plantillas, sillas de ruedas, medias con gradiente de presión o de descanso, corsés, fajas y todos los que no estén expresamente autorizados.

La interpretación dada por las empresas promotoras de la salud: “(...) existen dos metodologías para diseñar planes de seguros en salud, sean pólizas de seguros comerciales o planes de seguridad social en salud, que determinan el alcance de los servicios cubiertos. || De un lado, aparecen los denominados planes de servicios nombrados o de coberturas explícitas, en los cuales los servicios cubiertos son únicamente aquellos que son incorporados en forma expresa en la cobertura, entendiéndose excluidos todos los demás. De otro lado, existe la metodología denominada de coberturas implícitas, bajo la cual se entienden amparados todos los servicios, excepto aquellos que sean materia de exclusión expresa. (...) El POS fue definido bajo la primera de las metodologías nombradas, es decir, cubre solamente los servicios nombrados o explícitos. (...)”

La interpretación dada por el Ministerio de la Protección Social: “El 4 de enero de 2006 el Ministerio de Protección Social emitió un concepto suscrito por el Director General de Gestión de la Demanda, por solicitud de un ciudadano en el cual señaló: “(...) las actividades, procedimientos e intervenciones a partir de las cuales están definidas las prestaciones en el Plan Obligatorio de Salud, son conjuntos de acciones que entrañan el uso y/o gasto de unos recursos que generalmente son indefectibles para la efectiva o adecuada realización y provisión de tales servicios. Es decir que, la falta de disponibilidad de alguno de estos recursos conlleva a la imposibilidad de la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones lo cual, para efectos del Plan Obligatorio de Salud, implica el desconocimiento de sus derechos a los usuarios según principios del sistema.” Y mas adelante dijo: “(...) las EPS no pueden negarse a cubrir los recursos materiales o tecnológicos ni de otro tipo, en tanto estos sean insustituibles y esenciales para tal tratamiento, cualquiera sea su tipo, marca, o costo, con mayor razón si la descripción del procedimiento contiene la mención explícita de ese recurso material o dispositivo con nombre específico o genérico...” El Ministerio de Protección Social advierte que ha venido adoptando recientemente una interpretación extensiva del POS según la cual se considera incluido en el POS, entre otros “[t]odos los elementos e insumos necesarios aunque no se encuentren siquiera mencionados en el POS”.

La interpretación dada por el Ministerio de Hacienda: el Ministerio de Hacienda y Crédito Público se opone a dicha interpretación y, “(...) estima que una prestación se encuentra contemplada en el POS si se incluyó dentro del cálculo de la UPC (Unidad de Pago por Capitación)”..

Fuente: Elaboración propia con base en la Sentencia T760/2008 de la Corte Constitucional de Colombia

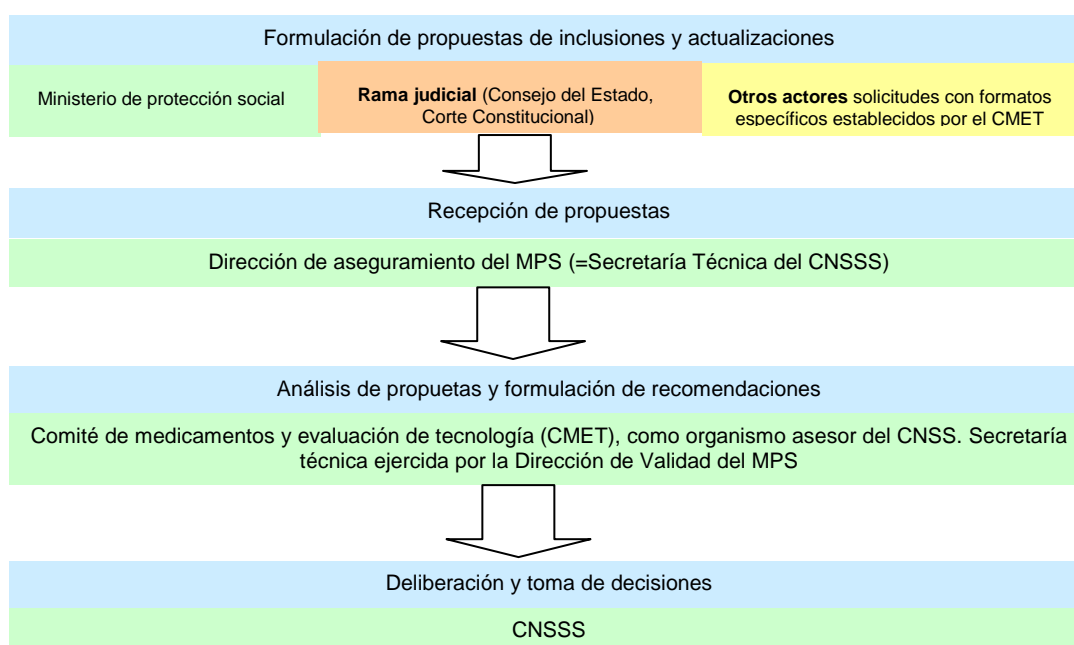
⁵⁰ Entidad judicial máxima encargada de velar por la protección de los derechos fundamentales contenidos en la Constitución de 1991. Corte Constitucional de Colombia (2008b) Sentencia T760.

⁵¹ Basado en conversaciones tenidas con el actual Director de Gestión de Demanda del Ministerio de la Protección Social de Colombia, el Dr. Leonardo Cubillos.

1.5 Criterios y órganos decisivos del POS

El diseño de un plan de beneficios no se reduce al establecimiento de una lista de servicios priorizados. Es más, nos atreveríamos a afirmar que el establecimiento de la lista en sí es la parte más fácil y que lo más difícil consiste en establecer las instituciones, actores y reglas que deben regir no sólo la formulación inicial de un plan explícito sino también su ajuste en el futuro. Es por ello que incluimos en este capítulo acerca de las características generales de los planes de beneficios explícitos una descripción de la ruta institucional de las decisiones de ajuste de los planes así como de los criterios de priorización que han sido establecidos formalmente para la priorización. En el capítulo IV revisaremos como han operado estas instituciones y criterios en la realidad.

LÁMINA 3
RUTA INSTITUCIONAL PARA INCLUIR NUEVOS SERVICIOS AL POS, COLOMBIA, 2009



Fuente: Elaboración propia.

Órganos decisivos del POS

La lámina 3 describe la “ruta institucional” que se ha establecido en Colombia para el ajuste de los planes de beneficios POS-C y POS-S. Según se desprende de ahí existen cuatro momentos en este proceso cada uno de los cuales está a cargo de actores diferentes algunos de los cuáles más técnicos y otros más políticos. En un primer momento se formulan propuestas para inclusiones. Estas pueden provenir tanto del interior del Ministerio de la Protección Social (MPS) por lo general de la Dirección de Aseguramiento o de la Dirección de Salud Pública, de actores de la rama judicial o de cualquier otro actor externo interesado en promover la inclusión de un nuevo beneficio a los planes de beneficios. Estas propuestas tienen que seguir unos formatos preestablecidos enfocados a la justificación de la inclusión. Para ello tienen que contestarse una serie de preguntas y aportando evidencia sobre la relevancia de la propuesta dentro del contexto epidemiológico específico de Colombia y sobre la efectividad clínica y la costo efectividad de la inclusión propuesta en comparación con las tecnologías o medicamentos ya disponibles en el POS⁵². Estas propuestas

⁵² Los formatos específicos pueden consultarse en la página web de IMPS en la dirección <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=14708&IDCompany=3>.

son recibidas por la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), ejercida por la Dirección de Aseguramiento del MPS, quien determina la completitud de las mismas y las canaliza hacia el Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología (CMET). El Comité es un equipo técnico multidisciplinario compuesto por médicos, epidemiólogos, economistas y representantes del MPS nombrados por el CNSSS⁵³. Cabe notar que el CMET sólo sesiona una vez por mes, que no tiene recursos propios para analizar las propuestas, y que cuenta con la participación ad honorem de sus miembros. Es así como en ocasiones solicita el apoyo del MPS en la elaboración de estudios para evaluar las propuestas (Latorre, 2009). A pesar de estas limitaciones, el CMET trata de seguir un proceso estándar considerando criterios de seguridad, efectividad clínica, eficacia, utilidad y eficiencia para la evaluación de las propuestas y formulación de recomendaciones al CNSSS (Valencia, 2004). Las recomendaciones del CMET son finalmente remitidos al CNSSS, entidad máxima de regulación del sistema de salud en Colombia, compuesta por representantes de los principales actores del sistema y política en esencia. El CNSSS delibera con base en las recomendaciones del CMET y sus propias consideraciones para tomar una decisión sobre la inclusión al POS. Como se verá en el capítulo sobre procesos de formulación y ajuste de planes de beneficios, el seguimiento de esta ruta institucional sencilla no siempre se ha respetado pero se ha venido consolidando en el tiempo.

Criterios

La Ley 100 de 1993 (que creó la reforma de salud), establece que será el CNSSS el encargado de definir y ajustar el POS de acuerdo con los siguientes criterios:

- i. Los cambios en la estructura demográfica de la población;
- ii. el perfil epidemiológico nacional;
- iii. la tecnología apropiada disponible en el país las condiciones financieras del sistema;
- iv. el aporte a los años de vida saludables.

Durante la fase de reglamentación de la Ley 100 (1994) estos criterios se retoman y se complementan; En el caso del régimen contributivo, el Acuerdo 8 del CNSSS fija el alcance general del plan de beneficios como un plan integral cuyo contenido específico debe describirse en un manual detallado de actividades y establece como criterios fundamentales para la inclusión de actividades, intervenciones o procedimientos dentro del POS-C los siguientes adicionales a los mencionados en la Ley 100:

- i. La “mayor efectividad en la utilización de los recursos”-una referencia al concepto de costo efectividad;
- ii. la mayor eficacia en términos de los resultados deseados-una referencia a la efectividad clínica;
- iii. un costo que sea social y económicamente viable para el país y la economía-una referencia al impacto financiero de las inclusiones;
- iv. la inclusión de servicios que conduzcan a la solución de los problemas de mayor relevancia en cuanto a morbi-mortalidad, número de años perdidos por discapacidades o muerte temprana y costo-efectividad.

En el caso del régimen subsidiado, el Acuerdo 09 de 1994, establece como criterios de priorización al igual que para el POS-C, el perfil epidemiológico, la costo-efectividad y la coherencia con las disponibilidades financieras pero también recursos físicos humanos del sistema de salud (Paredes, 1994, p. 211).

⁵³ Véase acuerdo 232/2002 del CNSSS para una descripción de la composición y operación del CMET.

2. México

2.1 Plan explícito pero no necesariamente exigible

La introducción de los paquetes de SPCAUSES y paquete de FPGC definió una serie de intervenciones explícitas, mismas que los afiliados del SP tienen derecho de recibir; de esta manera se concretó el derecho a la protección de la salud como se define en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917. Pero ni la propia Constitución ni la Ley General de Salud (LGS) definen con claridad los mecanismos a través de los cuales los afiliados pueden exigir dicho derecho. En particular, la Constitución, en su Artículo 4 señala que "...la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución." En cuanto a la LGS y su Título Tercero Bis que crea el SPSS, establece que los derechos de los afiliados incluyen: "Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas, y ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida".

Por otro lado, en las Reglas de Operación del SPSS, apartado número 11 que corresponde a Quejas y Denuncias, se define que para estos fines, se crean dos instancias: el Sistema Nacional de Atención Ciudadana del Seguro Popular (, compuesto por un Centro de Atención Telefónica donde se reciben preguntas, quejas, sugerencias y comentarios de todo el país referentes al SPSS; y el Buzón Electrónico Contacto, un espacio en donde los ciudadanos y los beneficiarios pueden enviar sus preguntas, quejas, sugerencias y comentarios a través de Internet. Finalmente también se ofrece un Sistema de Atención a la Población para la atención de la demanda ciudadana, operado por los Órganos Estatales de Control y la Secretaría de la Función Pública⁵⁴. En el anexo 3, cuadro 20, se incluye como ejemplo el formato de quejas para afiliados al SP que se maneja en los Servicios de Salud del estado de Veracruz, el cual se puede acceder a través de página de Internet del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) de dicho estado, el cual funge como la contraparte de la CNPSS a nivel estatal.

Al parecer, si bien existe un proceso definido para presentar quejas, el número de quejas presentado es muy bajo en comparación con el número de afiliados al SP. En el informe de resultados del SPSS, correspondiente al año 2008, se reporta que a nivel nacional, se atendieron 29.280 llamadas a través del Centro de Atención Telefónica, de las cuales 5,3% fueron quejas (1.562 llamadas). Dentro de las quejas, el mayor número correspondieron al tema de afiliación (34,6%), 27,9% al tema de la atención médica, el 19,7% a medicamentos, el 14,8% al cobro por atención médica y 3% de otros tópicos. Por su parte, mediante el Buzón Electrónico Contacto, se recibieron 2.467 correos, la distribución porcentual de los temas solicitados fue muy similar al de las llamadas. Dentro de este informe no se hace mención sobre la resolución de las quejas, el porcentaje de quejas resueltas, el tiempo de respuesta o el seguimiento que se les dio. Por esta razón, no se pueden identificar aquellos casos donde algún afiliado pudo haber exigido el otorgamiento de un beneficio descrito en el CAUSES o el FPGC y mucho menos cuál fue la solución que se le dio a esta solicitud. Por otro lado, una breve investigación también demuestra que no hay precedentes judiciales en la Suprema Corte de Justicia sobre la exigibilidad del derecho a los beneficios de los paquetes del SP.

⁵⁴ Dentro del mismo apartado de las Reglas de Operación del SPSS, se especifica que la población podrá presentar sus quejas, denuncias, peticiones y reconocimientos ya sea personalmente o a través de los buzones que se encuentran en los Módulos de Atención; o personalmente, ante las oficinas del Órgano Estatal de Control, de la Comisión, ó de los Regímenes Estatales. Los Regímenes Estatales serán los que canalicen y atiendan las quejas presentadas en las entidades federativas, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables. De igual manera, el Órgano Estatal de Control, en su ámbito de competencia, canalizará los asuntos de orden estatal directamente a la contraloría interna de la Secretaría, así como a los de competencia de otras instituciones y las relativas a los municipios, informando de ello a la Comisión.

De lo anterior, se deduce que los planes del SP son exigibles en teoría, pero no se encontró evidencia que sugiera que efectivamente lo sean en la realidad. Esto puede ser resultado de que exista una relación positiva entre la capacidad de los afiliados al SP de exigir sus derechos y el periodo de implementación del propio SP. En otras palabras, es posible que todavía no exista la suficiente madurez entre los afiliados para conocer y exigir sus derechos. Aunque no exista una manera explícita de colaborar este supuesto, vale la pena señalar que el IMSS (creado en 1943) recibió en el año 2008 7.167 quejas médicas, de las cuales se reporta que se resolvieron un total de 5.010⁵⁵. En términos de quejas médicas, el número de quejas del IMSS por un millón de asegurados (146,6 quejas) es casi tres veces más alto que el número correspondiente del SP (37,7 quejas por un millón de asegurados). Ello podría indicar que el empoderamiento de los afiliados podría ser mucho menor en el SP que en el IMSS (que agrupa, no sólo personas con mayores niveles educativos y de recursos, sino también con más años de experiencia dentro de su esquema de aseguramiento) y que la exigibilidad del derecho plasmado en el CAUSES podría volverse más real a medida que los afiliados aprendan a conocer y a apropiarse de sus derechos.

A la luz de lo anterior queda claro que la exigibilidad del derecho a salud plasmado en un plan explícito de beneficios no sólo depende del alcance de este plan, sino también de los mecanismos disponibles para hacerlo exigible y del empoderamiento de los usuarios frente a sus derechos.

2.2 Objetivos del plan de beneficios

Si bien la creación del SPSS tiene objetivos muy claros, los cuales se resumen en tres puntos fundamentales: a) brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social; b) crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios del SPS; y c) disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud-, los objetivos de los paquetes del SP no quedaron claramente plasmados en la Ley o en algún otro documento similar. Sin embargo, revisando entre los documentos que publica el SP, se encontró que en el CAUSES, versión 2008 (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2008), se planteó el objetivo de la priorización de las intervenciones: “..utilizar los recursos destinados a salud de forma que se generen los mayores beneficios posibles en las condiciones de salud de la población”. Mientras que, en la publicación más reciente del CAUSES (2009), se define brevemente, al parecer por primera vez, un objetivo del catálogo: “..definir la composición y los alcances de cada uno de los servicios o procedimientos que la población afiliada tiene derecho”, así mismo, se establece el objetivo del Listado de Medicamentos que acompaña al CAUSES: “..lograr disponibilidad y acceso a los insumos de medicamentos, garantizando a los afiliados medicamentos de calidad y tratamiento de valor terapéutico científicamente comprobados” (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2009b).

Por otro lado, fue interesante encontrar que en una publicación reciente sobre las innovaciones financieras relacionadas con la expansión de la cobertura de salud en México (Frenk y otros, 2009), en la que participan como autores, dos de los personajes que estuvieron directamente involucrados en el diseño e implementación del SP, se menciona que el desarrollo del paquete de servicios esenciales de salud tuvo al menos tres razones importantes, las cuales de alguna forma, pueden considerarse como sus objetivos. Primero, que dicho paquete sirviera de base para la estimación de los recursos que se requerían para reforzar la provisión de servicios de salud. Segundo, que el paquete fuera usado como una herramienta de aseguramiento de la calidad, diseñado para garantizar que todos los servicios necesarios fueran ofrecidos de acuerdo a protocolos estandarizados. Finalmente, que el paquete fuera usado para el empoderamiento de la población afiliada, haciéndolos conscientes de sus derechos.

En relación al Paquete del FPGC, la LGS define el objetivo del FPGC pero no del paquete del Fondo. De acuerdo al Artículo 77 BIS 29 de la LGS el objetivo del Fondo es “...apoyar el financiamiento en la atención principalmente de beneficiarios del SPSS que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos...”. En conclusión, de acuerdo a la ley mexicana, el CAUSES

⁵⁵ Información consultada el 27 de febrero 2008 de las estadísticas publicadas por el IMSS a través de Internet mediante la herramienta de Cubos dinámicos.

representa el compromiso de ofrecer servicios que mejoren la salud de los mexicanos de la manera más eficiente posible, mientras el paquete de FPGC protege las familias del SPSS del empobrecimiento debido a enfermedades de alto costo.

Como se desprende de lo anterior, de manera similar que en el caso de Colombia, los objetivos perseguidos con el CAUSES y el FPGC, están establecidos en forma muy general y poco específica en la documentación oficial actual que da soporte al SPSS.

2.3 Coexistencia de planes

Como se mencionó, en el sistema de salud mexicano coexisten varias instituciones y cada una de éstas ofrece un conjunto de servicios médicos a su población objetivo. En lo general, cada institución cubre un grupo poblacional distinto, por ejemplo, el IMSS cubre a los empleados privados, el ISSSTE a los empleados públicos y el SP a los auto-empleados y desempleados (ver el cuadro 5). Adicionalmente, existe un Catálogo de Servicios a la Comunidad (CASSCO) que incluye intervenciones de salud pública (servicios no personales) que cubre a toda la población, mientras que a finales de 2006 y principios de 2007 se creó un nuevo programa llamado Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) que cubre niños menores de cinco años nacidos a partir del 1° de diciembre 2006 y funciona operativamente a través del SP: en términos de servicios médicos ofrece una cobertura más amplia que la cobertura de los paquetes del SP (ver el recuadro 2).

Con relación a los paquetes de servicios médicos ofrecidos, vale la pena señalar que entre los tres esquemas principales de seguridad social, solamente el SP tiene un catálogo de intervenciones explícito (tanto para servicios médicos esenciales como para servicios médicos de alta complejidad). La Ley de Seguro Social (IMSS) establece que sus asegurados tienen derechos a un grupo de prestaciones definidas de manera general bajo rubros como “asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica” o “servicios de hospitalización.” En realidad, eso significa que el IMSS ofrece una cobertura amplia, la cual se encuentra limitada en la práctica por la capacidad resolutoria y de respuesta del sistema (infraestructura de recursos físicos, materiales y humanos), así como por razones de presupuesto. Por el otro lado, en el caso del ISSSTE, aunque se define en la ley que rige esta institución, un catálogo de servicios, se trata de un listado genérico que mezcla servicios muy específicos como “detección de hipertensión arterial” con otros rubros muy generales como “atención hospitalaria” o “atención médica especializada.” En la práctica, el ISSSTE ofrece un paquete de servicios médicos muy parecido al IMSS y con limitaciones semejantes.

Como es de esperar, cada uno de los tres esquemas tiene su propia entidad responsable. En el caso de SP, la responsabilidad de la provisión de los dos paquetes queda a cargo también de distintas entidades. Para el CAUSES son responsables los estados, mientras que para el paquete del FPGC es la Comisión de Protección Social en Salud a nivel federal, el órgano técnico, administrativo y operativo del SP. Como resultado de la existencia de múltiples instituciones que cubren distintos grupos poblacionales, se observa un alto grado de competencia entre las diferentes instituciones para una parte de los recursos públicos que entran en el sector salud. Por ejemplo, los esquemas de seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.) recibían en 2000, 68% de todo el gasto público en salud, mientras su porcentaje se disminuyó a 59% a finales de 2007⁵⁶, eso se debe en cierta medida al hecho que se aumentaron los recursos recibidos por el SP que cuenta con una población afiliada definida y un paquete de servicios médicos costado. De igual manera existe cierta competencia entre distintos niveles de gobierno, federal y estatal, para el manejo de los recursos a nivel operativo, especialmente recursos relacionados con temas de salud pública. Esta es una de las áreas donde la responsabilidad para la prestación de servicios está compartida entre el gobierno federal y los gobiernos estatales.

En resumen, a diferencia de Colombia, el principal desafío en México en términos de coexistencia de paquetes, es la competencia para los recursos nuevos entre las diferentes instituciones. En este momento la mayoría del dinero nuevo que entra en el sector salud se canaliza hacia el SP aunque en cuanto al IMSS y al

⁵⁶ Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

ISSSTE, por la misma naturaleza de sus paquetes, no ha habido presiones de modificarlos ni de hacerlos más explícitos, y se mantuvo el status quo de la Seguridad Social.

RECUADRO 2 SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN (SMNG)

Instrucciones para hacer un recuadro con la macro "Recuadro"

El SMNG es un seguro voluntario de gastos médicos para los niños menores de cinco años nacidos a partir del primero de diciembre del 2006 y sus familias, que no estén afiliados a ninguna institución de seguridad social. Durante el periodo que estén cubiertos, los menores afiliados al Programa tienen derecho a:

- a) Un paquete de acciones preventivas y de atención con línea de vida;
- b) estudios de laboratorio y gabinete que permitan diagnósticos tempranos;
- c) atención médica, medicamentos e insumos de salud para los padecimientos que afectan a menores de 5 años de acuerdo a la lista de intervenciones cubiertas por el SMNG (116 intervenciones), las cuales no están incluidas en el CAUSES ni cubiertas por el FPGC.

Adicionalmente, y considerando que los menores afiliados al SMNG también están afiliados al SPSS, tendrán derecho a:

- d) Las intervenciones correspondientes al primero y segundo niveles de atención que se encuentren contenidas en el CAUSES del SPSS (261 intervenciones), así como los medicamentos asociados; y
- e) Las atenciones contempladas para las enfermedades cubiertas por el FPGC del SPSS aplicables a niños (44 intervenciones^a).

De acuerdo a cifras preliminares reportadas por los estados, de enero a diciembre de 2008 se afiliaron 1.033.481 niños al SMNG. Al ser sumados con aquellos reportados al cierre 2007 (819.410 niños), dan un total de 1.852.891 niños afiliados. Entre los principales padecimientos atendidos en 2008 se encuentran asfixia al nacimiento, ictericia neonatal por otras causas y las no especificadas, crecimiento fetal retardado y desnutrición fetal, enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido, enterocolitis necrotizante, entre otras^b.

El SMNG aunque aparece como un programa aparte, usa para sus procesos de afiliación y provisión de servicios los mecanismos del SP. Su creación, la cual coincide con el cambio de administración, parece haber sido influenciada por un componente político. En términos técnicos da prioridad a un grupo poblacional específico y de cierta manera más vulnerable, los niños menores de 5 años, y les provee con una serie de intervenciones adicionales a las que hoy en día se encuentran en los paquetes del SP. La inclusión de 17 patologías del SMNG en el paquete del FPGC también está basada no tanto en los criterios técnicos definidos para el propio fondo pero más bien en el hecho que los recursos incluidos en el Fondo no se tienen que devolver a Tesorería de la nación al fin de cada año y quedan protegidos para uso futuro (ver más sobre ese punto en el capítulo III, sección 2.2 sobre el "profundo" de la cobertura en México).

Al mismo tiempo se genera la pregunta válida de que va a suceder con los servicios adicionales a los paquetes del SP en el momento que los niños afiliados al programa cumplen los cinco años. Aunque todavía no ha llegado este momento, falta aproximadamente un año para tener los primeros niños que cumplan los cinco años, es probable que todas las intervenciones del programa van a ser incluidas en los paquetes del SP, sea CAUSES o el paquete del FPGC, y de esta manera se solucionará el problema ético generado por quitar un beneficio simplemente porque la persona cumpla cierta edad^c.

Fuente: Elaboración propia.

^a ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el Ejercicio Fiscal 2009. Diario Oficial de la Federación del 30 de diciembre de 2008.

^b Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2008.

^c Entrevista con Manuel Aguilar, Director de Administración de Planes Médicos, CNPSS.

2.4 Lenguaje del plan de beneficios

El CAUSES se presenta como un listado de intervenciones concretas que están cubiertas por el SP, además de que se definen en forma explícita y pormenorizada, el conjunto de servicios que se incluyen para cada intervención, el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud y enfermedades descritas en el mismo, en algunos casos, las medidas para su rehabilitación, además se enfatiza en la prevención de enfermedades y accidentes, así como en servicios de consultoría para apoyar a las familias a mejorar su salud. El Catálogo describe también los medicamentos necesarios que son elegibles para cada intervención y se especifican los exámenes de laboratorio y gabinete que a determinación del médico tratante, se pueden prescribir. El objetivo de todo este desglose de cada intervención, ha sido el evitar en el mayor grado posible, interpretaciones divergentes sobre su alcance. Así por ejemplo para la atención del embarazo se especifica que la intervención incluye cinco consultas, las cuales se proveen de la

siguiente forma: la primera en el transcurso de las primeras 12 semanas, la segunda entre la 22-24 semanas de gestación, la tercera entre la 27-29 semanas de gestación, etc. La anterior descripción indica que el alcance del CAUSES es descrito en forma detallada y ordenada ya que provee, no sólo un listado detallado de intervenciones, sino que especifica su alcance a través de los servicios y diagnósticos asociados para cada una de ellas (para más detalle, véase el cuadro 21 del anexo 3).

En el caso del paquete de FPGC aunque existe un catálogo de enfermedades cubiertas, éste no se acompaña por una descripción del conjunto de servicios, exámenes y medicamentos que se incluyen para el tratamiento de cada enfermedad como en el caso de CAUSES. Sin embargo, cada enfermedad del paquete del FPGC cuenta con un Protocolo de Atención Clínica, el cual se usa para estimar su costo promedio. En dicho protocolo se describen tanto los medicamentos necesarios para el tratamiento, así como las pruebas de laboratorio y gabinete⁵⁷. Los protocolos no se usan para determinar el pago a los proveedores dependiendo del tratamiento específico que haya sido necesario proveer en cada caso, ya que el pago está determinado por una tarifa preestablecida que se estima a partir del costo promedio per cápita de cada intervención, por lo que el proveedor asume el riesgo de ofrecer un tratamiento que pudiera ser más costoso que este costo promedio.

2.5 Criterios y órganos decisivos de los paquetes del Seguro Popular

Esta sección revisa brevemente los criterios de priorización que fueron establecidos por el marco normativo para la definición y ajuste del CAUSES y del FPGC, así como las instituciones que están a cargo de este proceso.

2.5.1 Criterios y órganos decisivos del CAUSES

En abril del 2004 se publicó el R-LGS-PSS, en cuyo título segundo referente a las prestaciones del sistema (Artículo 9), se enumeran los siguientes criterios a considerar para la definición del CAUSES:

- i. Incluir las acciones de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, así como las correspondientes a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, vinculadas con necesidades de salud derivadas del perfil epidemiológico del país;
- ii. considerar la sustentabilidad financiera del sistema;
- iii. tomar en cuenta las necesidades de salud recurrentemente solicitadas en los servicios públicos de salud disponibles;
- iv. prever la secuencia y el nivel de atención médica de los servicios, según la capacidad resolutoria de las instalaciones médicas y las necesidades de atención individuales;
- v. establecer las intervenciones médicas, a manera de catálogo;
- vi. contemplar los medicamentos asociados a los tratamientos, los cuales deberán estar incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud, deberán ser prescritos conforme a lo establecido en los protocolos o guías clínico-terapéuticas que se apliquen para cada intervención, y sujetando la dotación de medicamentos a lo señalado en la receta;
- vii. tomar como principios fundamentales la equidad y la justicia distributiva; y,
- viii. promover un trato digno y respetuoso.

De acuerdo a la ley, la entidad responsable para la determinación de la secuencia y el alcance de cada intervención y la actualización periódica del CAUSES, es la CNPSS, el órgano operativo del SP a nivel federal, mientras que esta misma entidad es también responsable del cálculo de los costos de las intervenciones que forman parte del catálogo de los servicios básicos.

⁵⁷ Los Protocolos de Atención Clínica se desarrollan por parte del Consejo de Salubridad General, la instancia que norma la definición de las enfermedades del paquete del FPGC.

**CUADRO 5
LOS PAQUETES DE BENEFICIOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO**

Nombre	Descripción	Población objetivo	Financiamiento	Responsable
Catálogo de Servicios de Salud a la Comunidad, CASSCO	Acciones relacionadas con campañas de auto cuidado y estilo de vida saludable, prevención de riesgos para la población a nivel nacional, vigilancia epidemiológica, atención en caso de desastres o urgencias epidemiológicas y protección contra riesgos sanitarios.	Toda la población	Recursos fiscales federales	CNPSS / Estados
Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud, CAUSES	Conjunto de intervenciones médicas a las que tiene derecho el afiliado al SP, cuya finalidad es la prevención, detección y curación de enfermedades, y el suministro de medicamentos.	Auto-empleados, desempleados y sus familias	Recursos fiscales federales y estatales y aportaciones de los beneficiarios	Estados
Paquete del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCG)	Conjunto de enfermedades de alto costo y de alta complejidad que pueden causar gastos catastróficos para las familias involucradas.	Auto-empleados, desempleados y sus familias	Recursos fiscales federales y estatales, aportaciones de los beneficiarios y aportaciones adicionales de terceras instancias	CNPSS
Seguro Médico para una Nueva Generación, SMNG	Conjunto de 100 intervenciones de primer y segundo nivel incluidas en el CAUSES, 43 atenciones incluidas en el FPGC, 108 padecimientos que afectan a los niños menores de cinco años y complementan los incluidos en el CAUSES y el FPGC, estudios de laboratorio y acciones preventivas (vacuna antineumocócica).	Niños menores de 5 años nacidos a partir del 1º de diciembre 2006, sin seguridad social	Recursos fiscales federales y estatales	CNPSS / Estados
Prestaciones del Instituto Mexicano de Seguridad Social	Prestaciones de asistencia médica, quirúrgica, y farmacéutica, servicio de hospitalización, aparatos de prótesis y ortopedia y rehabilitación (no existe un catálogo de intervenciones o padecimientos). Adicionalmente se ofrecen las prestaciones de (i) invalidez y vida (pensión por viudez, orfandad o muerte), (ii) retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y (iii) guarderías y prestaciones sociales.	Empleados privados y sus familias	Recursos fiscales federales, aportaciones patronales y del empleado	IMSS
Prestaciones del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado	Prestaciones de atención médica preventiva, atención médica curativa, atención médica de maternidad y rehabilitación física y mental (existe un catálogo pero incluye tanto servicios muy específicos como categorías muy genéricas). Adicionalmente se ofrecen prestaciones laborales (sociales) similares a las prestaciones del IMSS.	Empleados públicos y sus familias	Recursos fiscales federales, aportaciones patronales y del empleado	ISSSTE
Seguros médicos privados (gastos mayores e integrales)	Pólizas voluntarias con diferentes niveles de cobertura.	Población con capacidad de pago	Primas ajustadas por riesgo	Aseguradoras privadas
Atención a población no asegurada o para servicios no incluidos en el CAUSES/FPGC	No existe un catálogo explícito de beneficios. Para la prestación de estos servicios se aplica un tabulador de cuotas de recuperación que consta de 6 niveles que se asignan de acuerdo al estatus socioeconómico del paciente.	Población no asegurada /Afiliados al SP	Recursos fiscales/Cuotas de recuperación.	Estados

Fuente: Elaboración propia.

Como se va a comentar de manera más detallada en el capítulo IV, de acuerdo al listado anterior, aunque desde la etapa de diseño del SPSS se definieron en la ley ciertos criterios que se emplearon en el proceso tanto de la elección inicial de las intervenciones del CAUSES como durante su ajuste, tales como el perfil epidemiológico (criterio I), el costo de las intervenciones (criterio II), los patrones de utilización (criterio III), y la capacidad resolutoria del sistema (criterio IV), estos criterios no culminaron en la formulación de una metodología estandarizada para la selección de intervenciones, sino que más bien se utilizaron de acuerdo a la disponibilidad de la información y de su confiabilidad; en general, la información disponible proveniente de los servicios de la SS para aplicar estos criterios ha sido limitada y no del todo confiable, por lo que en ocasiones, se ha tomado de otras instituciones del propio sector salud en México, por ejemplo del IMSS, o incluso de otros países. Por su parte, otros de los criterios que se propusieron para la definición del CAUSES no son del todo claros en cuanto a su significado y alcance, por ejemplo los relacionados con los principios de la equidad y la justicia distributiva, así como el trato digno y respetuoso (criterios VII y VIII) y como consecuencia, no se han considerado de una manera explícita y recurrente en la selección del contenido del paquete.

2.5.2 Criterios y órganos decisivos del FPGC

La LGS y el R-LGS-PSS, en su capítulo II referente al FPGC (Artículo 99) define al *Consejo de Salubridad General (CSG)* como el órgano designado para la definición de las enfermedades, los tratamientos, los medicamentos y los materiales asociados que generan gastos catastróficos. El CSG es una de las cuatro autoridades sanitarias definidas en la LGS (siendo las otras tres: el Presidente, la Secretaría de Salud, y los gobiernos de los estados) el cual se creó en 1917 por mandato Constitucional, rinde cuentas directamente al Presidente y es responsable de planear, regular, coordinar, y organizar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. En el mismo artículo se establece que para definir las enfermedades, tratamientos, medicamentos y materiales consideradas como catastróficas debe usar los siguientes criterios:

- i. **Efectividad y costo.** Las intervenciones y los medicamentos propuestos para gastos catastróficos deben ser costo-efectivos.
- ii. **Peso de la enfermedad.** Este criterio mide las pérdidas de salud debidas tanto a mortalidad prematura como a discapacidad en sus diferentes grados. Para identificar el peso de la enfermedad asociada a los gastos catastróficos serán considerados los siguientes factores: la mortalidad por causas y por grupos de edad, la mortalidad hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, las causas de egreso hospitalario, el número de casos registrados de la enfermedad y la discapacidad producida por enfermedad.
- iii. **Seguridad y eficacia.** Todos los medicamentos e intervenciones propuestos para gastos catastróficos deben ser clínicamente probados. No se propondrán intervenciones o medicamentos en estudio o en proceso de investigación clínica.
- iv. **Aceptabilidad social.** Para los gastos catastróficos se deben considerar el daño a la salud del beneficiario afectado, así como la repercusión social y familiar, especialmente cuando éstas afectan grupos vulnerables. Los grupos vulnerables son los niños menores de cinco años, las mujeres en periodo de gestación y lactancia, los adultos mayores de sesenta y cuatro años y las personas con discapacidad.
- v. **Adherencia a normas éticas profesionales.** Se considerarán los antecedentes éticos-médicos de las intervenciones propuestas para tratar enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos, y no se incluirá ninguna intervención que se aparte de los códigos de ética de los profesionales de salud.
- vi. **Evolución de la enfermedad.** En la definición de los gastos catastróficos, se deberán identificar las fases o etapas en que pueden encontrarse las enfermedades, así como los eventos que pueden producir altos costos en su atención.

Una vez definidos los tipos de padecimientos que se consideren como enfermedades catastróficas por parte del CSG, es la CNPSS, quien propone su inclusión en el catálogo de enfermedades cubiertas por le

FPGC. Después de la incorporación de las enfermedades en el catálogo del Fondo, se definen las tarifas aplicables y se someten a la autorización del Comité Técnico⁵⁸ quien determinará el monto del recurso y el número de casos anuales aprobados por enfermedad (más detalles sobre los criterios, procesos y toma de decisiones para la definición de los paquetes se presentan en la sección 2 del capítulo IV).

Como muestra el listado anterior, extraído de la LGS, se incluyeron criterios de eficacia clínica y de costo-efectividad, así como de aceptabilidad social y normas éticas profesionales, mientras que en la misma LGS (Artículo 77 Bis 29), también se establece lo que se consideran gastos catastróficos: “...los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el CSG, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren”, sin embargo, pese a esta compleja definición, no existe un criterio claro que defina o ponga límites a lo que puede considerarse como una intervención o enfermedad que implique un “alto costo”. En los estudios y análisis económicos que se desarrollaron previo a y durante la reforma, se consideró que un hogar que gasta más de 30% de su ingreso disponible (ingreso total menos el gasto en necesidades básicas aproximado por el gasto en alimentos) en gastos médicos, enfrenta gastos catastróficos en salud (Knaul y otros, 2006), pero esta definición no se ha usado directamente para conducir el proceso de selección de las enfermedades candidatas para ser incluidas en el paquete del FPGC. Más bien, el CSG convoca grupos de expertos médicos sobre una enfermedad y ellos definen si una enfermedad se considera catastrófica tomando en cuenta el periodo que dura la enfermedad, las diferentes etapas de tratamiento y su costo económico. Se puede argumentar que este proceso corresponde al último criterio establecido en la LGS (criterio VI) el cual hace referencia a la evolución de la enfermedad. De los otros criterios, los primeros tres sobre efectividad y costo, peso de la enfermedad, y seguridad y eficacia, son los que más se han empleado en el proceso de priorización pero no de una manera sistemática, ni en todos los casos de las enfermedades incluidas en el paquete del FPGC.

2.5.3 Conclusión

Como se puede observar, tanto las instancias que participan en la priorización, como los criterios estipulados para la selección, son diferentes para el CAUSES y el FPGC; los criterios del CAUSES tienen diferentes componentes, por un lado vinculados con las necesidades más apremiantes de salud de la población, a la prevención y promoción de la salud, así como a aspectos de equidad y justicia, y por otro lado otro los de carácter más operativo, haciendo referencia por ejemplo, a la capacidad resolutoria de las entidades y la forma que deben estar organizadas las intervenciones en un catálogo —lo cual en estricto sentido— no es un criterio. En el caso del FPGC los criterios estipulados se apegan más a criterios genuinos de priorización. Así mismo, mientras que el órgano responsable para la definición del CAUSES es la CNPSS (el órgano rector del SP a nivel federal), en el caso del FPGC el papel de la CNPSS se complementa por la intervención del CSG (entidad interinstitucional) para definir el plan de beneficios. El papel del CSG en la definición de las enfermedades del paquete del FPGC está relacionado con el hecho que tradicionalmente éste es el órgano a cargo del desarrollo de los protocolos de atención (que se centran en enfermedades de alto costo propios del FPGC). Cabe notar en este contexto, que el CSG tiene un carácter interinstitucional con la participación de todas las principales instituciones del sector salud del país⁵⁹. Dado que a largo plazo se prevee que el SPSS abarcará todas las instituciones de seguridad social del país (IMSS, ISSSTE, SP), se consideró que debía ser un órgano interinstitucional el que defina las enfermedades candidatas para ser financiadas a través del FPGC.

⁵⁸ El Comité Técnico del Fideicomiso para el tratamiento de enfermedades catastróficas está integrado por: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, el Director General de Financiamiento de la CNPSS, el Director General de Gestión de Servicios de la CNPSS, el Director General de Afiliación y Operación de la CNPSS, el Director General de Programación, Organización y Presupuesto de la SS, el Director General de Planeación y Desarrollo en Salud del la SS, el Coordinador General de Institutos Nacionales en Salud, el Secretario del Consejo de Salubridad General, el Director General de Programación y Presupuesto “A” de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el Titular de la Unidad de Política y Control Presupuestario del la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2008.

⁵⁹ Entrevista con Eduardo González Pier, Titular de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud durante el periodo 2003-2008.

Además, dado que el CSG ya contaba con una legitimidad para definir protocolos de atención en el ámbito de la atención de enfermedades catastróficas, era lógico que se le asignara a esta entidad una responsabilidad en la definición del FPGC. En este sentido, la institucionalidad a cargo de la definición del FPGC tiene un mayor peso que la del CAUSES siendo este último una entidad que no trasciende la institucionalidad del SP.

Adicionalmente, es probable que la mayor importancia que se da a los criterios financieros y a las instancias involucradas en la definición del paquete del FPGC, se deba al impacto económico que puede representar la inclusión de ciertas enfermedades en dicho paquete que pueden amenazar el balance financiero del SPSS e incluso literalmente, hundir económicamente el Fondo.

3. Comparación Colombia-México

Como “antesala” a la descripción detallada sobre las coberturas en cada país que nos ocupará en la siguiente sección, este capítulo presentó algunas características generales de los planes de beneficios explícitos en México y Colombia en términos de, los objetivos que éstos persiguen, la exigibilidad de los derechos plasmados en los planes, el lenguaje usado para describir los beneficios, la coexistencia del CAUSES y el paquete del FPGC, así como del POS-S y POS-C, con otros planes explícitos que existen en estos dos países, así como lo que el marco legal vigente estableció como criterios para la priorización e instituciones encargadas del proceso. A partir de la comparación de los dos casos se desprenden las siguientes *cuatro* lecciones, cada una de las cuales corresponde a uno de los temas que se han abordado en esta sección.

Primero, un plan de beneficios puede convertirse en una herramienta para hacer exigible el derecho fundamental a la salud plasmada en la mayoría de las Constituciones, como lo ilustra el caso colombiano. Este no es el caso en México, donde al parecer no es evidente que existan mecanismos de protección ágiles para que los ciudadanos pueden invocar la protección del derecho a la salud y, dentro de éste, la entrega de los servicios incluidos en el CAUSES o el paquete del FPGC y, por otro lado, los mecanismos de quejas instauradas no son usadas en forma importante por los afiliados.

Segundo, ninguno de los dos países formula en forma muy precisa, el objetivo que se persigue con la adopción de los planes explícitos de beneficios que nos interesan en el contexto del presente estudio. En realidad se presentan más como herramientas que apoyarán, por lo menos en parte, al logro de los objetivos planteados en la reforma del sector salud que dio lugar en cada país. Ambos países se refieren de alguna manera a lograr mejoras en salud con la mayor eficiencia, sin embargo, no se establecen concretamente metas más específicas. En este sentido, como bien lo mencionan Klein y Williams, dos estudiosos del tema de la priorización en salud, en ausencia de un Norte claramente definido, es difícil vislumbrar cómo orientar el proceso de ajuste de un plan de beneficios en el futuro y cómo evaluar si se están logrando las metas propuestas con éste (Klein y Ham, 2000).

Tercero, la precisión del lenguaje de un plan de beneficios es muy importante. Como lo mostró este capítulo, Colombia tiene una larga historia respecto a la divergencia de interpretación del alcance de su plan de beneficios, POS. Ello es en parte resultado de un sistema de salud donde se separaron las funciones de financiación y aseguramiento. Así, diferentes actores están a cargo de cada una de estas funciones y cada uno tendrá el incentivo de interpretar el alcance del plan para su propia ventaja: los afiliados y el Estado querrán darle una interpretación generosa al POS mientras que los aseguradores querrán darle una interpretación restrictiva. Por otra parte, el lenguaje poco preciso y ordenado del POS ha dado lugar a muchas confusiones y contrasta con lo ordenado y específico que es el catálogo CAUSES donde los beneficios se definen no sólo en términos de intervenciones cubiertas sino, para cada una de éstas, los diagnósticos asociados y los servicios incluidos.

Cuarto, la coexistencia de diferentes planes de beneficios puede generar conflictos entre los actores. Como lo ilustra el caso colombiano, cuando éstos cubren diferentes contingencias de salud (ejemplo: enfermedad general o riesgos profesionales) para un mismo grupo poblacional pueden surgir divergencias sobre quién tiene que asumir el riesgo específico. Así mismo en México, el principal desafío relacionado con la coexistencia de los planes está relacionado con la competencia por los recursos. Ello se manifiesta por el hecho que la creación del SP ha disminuido proporcionalmente la partida de recursos públicos destinados a los derechohabientes de la Seguridad Social.

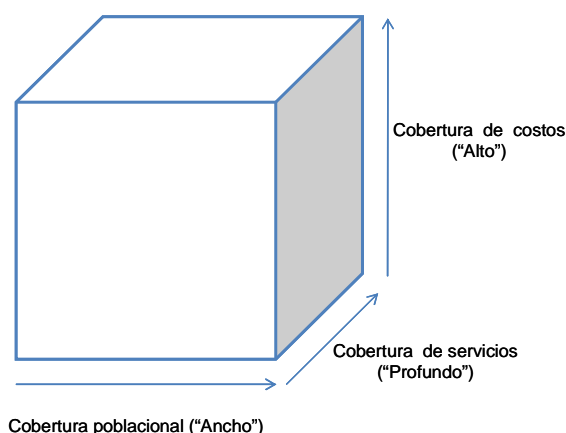
III. Cobertura en “3D”

Luego de haber revisado algunas características generales de los planes explícitos de beneficios en Colombia y México, proporcionaremos en este tercer capítulo, una descripción detallada de las coberturas en Colombia y México y una comparación de las mismas. Como veremos a continuación, la cobertura de un plan explícito de beneficios no está definida únicamente en términos de los servicios cubiertos. En efecto, Schreyögg define la cobertura de los planes de beneficios de salud en términos de tres dimensiones (ver la lámina 4): lo “ancho”, que se refiere a la cobertura de la *población*; lo “profundo”, que se refiere a la cobertura de *servicios* y; finalmente lo “alto⁶⁰”, que indica la cobertura del *costo* de los diferentes servicios contenidos en los planes de beneficios (Schreyögg y otros, 2005). A partir de estas tres dimensiones se puede usar el cubo para describir la cobertura de un sistema de salud tal como se indica en la lámina 4. Todos los sistemas de salud quisieran alcanzar plena cobertura en las tres dimensiones. Esta aspiración se encuentra descrita de manera sintética en los principios fundadores del sistema nacional de salud del Reino Unido: “el sistema ha de ser universal, integral y gratuito en el punto del servicio” (Gottret y Schieber, 2006).

A continuación usaremos esta concepción de “cubo de la cobertura” para describir los planes de beneficios en Colombia y México.

⁶⁰ En los términos de Schreyögg, “lo alto” de la Cobertura específica hasta qué punto los costos de los servicios incluidos son cubiertos por recursos prepagados en oposición a requerimientos de cofinanciación por parte del paciente.

LÁMINA 4 TRES DIMENSIONES DE COBERTURA



Fuente: Schreyögg y otros, 2005.

1. Colombia

1.1 Lo "ancho" de la cobertura

Cuando en 1993 Colombia adoptó un esquema de aseguramiento universal en salud, sólo alrededor del 25% de la población estaba asegurada en alguna de las entidades de seguridad social que existían entonces (ver el cuadro 6). El resto de la población dependía de la red pública dentro de un modelo asistencial con serios problemas de equidad, eficiencia y calidad (Universidad de Harvard, Ministerio de Salud-Programa de Apoyo a la Reforma y BID, 1996). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud del año 2007, a partir de la adopción de la reforma de salud en 1993, la cobertura total de aseguramiento creció gradualmente hasta alcanzar más del 82% de la población⁶¹. Por su lado, el régimen subsidiado, dirigido a la población sin capacidad de pago, cubría según esta misma encuesta, el 39% de la población total. Un porcentaje algo inferior (37%) se encontraba cobijado por el régimen contributivo. Actualmente, la población pobre sin aseguramiento (19%) es atendida en los hospitales públicos bajo el viejo sistema de asistencia pública. Cabe notar que en el año 2008, la cobertura total alcanzó el 86% (Dane, 2009) y el gobierno actual planea llegar a la cobertura universal de aseguramiento antes de terminar su mandato en el año 2010⁶².

CUADRO 6
AUMENTO DE COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN COLOMBIA, 1993-2007

Régimen	1993		2007	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Régimen contributivo			16 153 246	37
Régimen especial			1 501 419	3
Subtotal seguridad social contributiva	9 412 324	26	17 654 665	41
Régimen subsidiado	0	0	16 864 658	39
Ninguno	27 368 936	74	8 418 466	19
Sin especificar			599 515	1
Total	36 781 260	100	43 537 303	100

Fuente: Datos para 2003 tomados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica del año 1993 con base en cálculos de (Giedion y otros, 2007a) Datos para el año 2007 provienen de la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Protección Social y otros, 2009).

⁶¹ Estos datos son tomados de una encuesta de hogares de representatividad a nivel nacional y departamental. Las cifras administrativas son aún más altas ya que el gobierno estima que existen 23 millones de "cupos" financiados en el régimen subsidiado, cifra sustancialmente más alta que los 16,8 millones que arrojó la Encuesta Nacional de Salud para el año 2007.

⁶² Véase las declaraciones del Presidente Uribe en enero del 2009 <http://web.presidencia.gov.co/sp/2009/enero/17/05172009.html>.

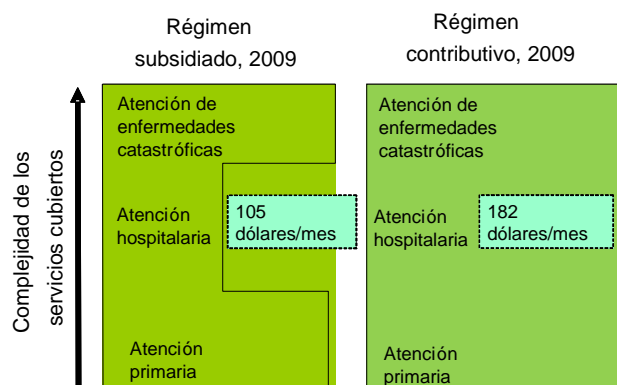
En resumen, Colombia ofrece una cobertura de aseguramiento superior al 80%. Con ello empieza a participar en el pequeño grupo de países medios o bajos que han logrado extender las coberturas de aseguramiento a la mayoría de su población y que se acercan cada vez más a la cobertura universal (Hsiao y Shaw, 2007).

1.2 Lo “profundo” de la cobertura

1.2.1 Contenidos del POS-S y POS-C

La Ley 100 de 1993, que constituye el sustento legal principal del actual sistema de salud colombiano, definió la integralidad en la atención y la progresividad en el aumento de la cobertura del POS-S y su acercamiento gradual al POS-C como los dos principios rectores del POS-C y POS-S. Es así como el POS-C y el POS-S pretenden ofrecer atención integral al abarcar actividades, intervenciones y procedimientos en las contingencias de “maternidad y enfermedad general y en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento, así como rehabilitación para *todas las patologías*”, pero, “según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan” (Art 162/Ley 100). Con base en estos principios rectores se delimitó un conjunto amplio e integral de beneficios POS, que incluye prestaciones de todos los niveles de complejidad y en promoción de salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (medicamentos, procedimientos, intervenciones y actividades).

LÁMINA 5
LO PROFUNDO DE LA COBERTURA DEL POS-S Y DEL POS-C



Fuente: Giedion, 2007 con base en Córdoba G., 2006. Valores en dólares actualizados a marzo 31 de 2009.

Para el régimen subsidiado y con base en el principio de progresividad, se estableció como meta llegar a ofrecer el mismo plan integral en ambos regímenes, pero se comenzó a implementar el sistema con un plan más limitado, el cual, incluye las mismas coberturas para el primer nivel de complejidad y para enfermedades catastróficas, así como atención integral para el embarazo y para los niños menores de un año, pero no incluye la mayoría de las acciones de segundo y tercer nivel de atención⁶³. Por ejemplo, mientras que en el POS del régimen contributivo se contempla la atención por parte de médicos especialistas a nivel ambulatorio y hospitalario, estos mismos servicios no se incluyen en el POS-S. Estos servicios excluidos tienen que ser reclamados en los hospitales públicos según disponibilidad. Contrario a la meta de hacer converger los dos planes antes del año 2001, los dos planes no se han acercado mucho. Reflejo de esta situación es que en el presente año (2009) la UPC es de 182 dólares⁶⁴ mientras que la UPC-S es todavía de 105 dólares, un valor comparable a los 123 dólares que costaba en promedio el CAUSES per cápita en el año 2008. Estas

⁶³ Ello con excepción de la atención para niños menores de un año y de las embarazadas, quienes tienen derecho a las mismas coberturas independientemente del régimen al cual se encuentran afiliados.

⁶⁴ Tasa de cambio a marzo 31 de 2009: 2.561 pesos colombianos/1dólar. Fuente: Banco de la República.

diferencias en la profundidad de cobertura se muestran en forma gráfica en la lámina 5 (el cuadro 17 del anexo 3 describe en mayor detalle las coberturas específicas ofrecidas por los dos planes).

En términos del contenido específico del POS-C y del POS-S, cabe notar por último, que según una sentencia reciente de la Corte Constitucional (Corte Constitucional de Colombia, 2008b), las diferencias entre los dos planes violan el principio de no discriminación consignado en la Constitución y lo relativo a la convergencia de los dos planes antes del año 2001 consignado en la Ley 100. Por ello la Corte Constitucional dio la orden de que los dos planes fueran iguales para todos los niños antes de octubre del año en curso y que para los demás grupos poblacionales converjan dentro de un plazo razonable y siguiendo un estricto cronograma.

1.2.2 Estructura del POS

Existen muchas formas de estructurar un plan de beneficios. Para mencionar sino algunas opciones, se puede organizar un plan de beneficios alrededor de diagnósticos y patologías⁶⁵, alrededor de intervenciones (por ejemplo apendicetomía), entorno a servicios específicos (anestesiología, jeringas, gasas, materiales de osteosíntesis etc.) o se puede organizar un plan de beneficios alrededor de las unidades de pago (por ejemplo Grupos Relacionados de Diagnóstico, GRD) que se acordaron para reembolsar a los proveedores⁶⁶. Además de que existen diferentes opciones respecto a este “nomenclador principal”, también existen diferentes posibilidades acerca de precisar el alcance de las coberturas respecto a cada uno de los ítems que conforman el nomenclador principal. Por ejemplo, cuando se escoge el diagnóstico como nomenclador principal, la descripción de los diagnósticos cubiertos puede venir acompañada de una descripción de los procedimientos e intervenciones y servicios cubiertos al interior de cada una de las patologías y, más aún, de unas indicaciones clínicas sobre cuándo, a quién y cómo otorgar estos beneficios específicos, algo que parece ser cada vez más frecuente en el ámbito internacional (Giedion y Pulido, 2009). Esto es lo que se ha venido denominando la formulación de planes de beneficios con “apellidos y nombres”, haciendo referencia a que la estructura de los planes de beneficios, recurre cada vez más no sólo a los “apellidos” (nomenclador principal) sino también incluye uno o varios “nombres”.

Aunque la estructura del POS es extremadamente compleja (descrita el cuadro 18 y en el texto que lo acompaña), en su esencia se presenta como un listado de actividades, procedimientos, intervenciones (listado “MAPIPOS”) y medicamentos (listado por aparte) acompañado. Es lo que en el sistema colombiano se ha venido llamando “la lista de mercado del POS”. Esta lista de mercado no viene, acompañada de nombres y apellidos, es decir, por lo general no se especifica para qué diagnóstico, tipo de paciente o circunstancia se garantiza la cobertura. Así por ejemplo, la cirugía bariátrica con fines estéticos, tiene que ser cubierta en opinión de algunos, argumentando que el procedimiento de la gastroyeyunostomía está incluido en el POS sin indicar *en qué circunstancias* de obesidad u de otras indicaciones clínicas debe ser cubierta. Cabe notar sin embargo que las últimas inclusiones que se han hecho al POS, han venido acompañadas con indicaciones claras acerca del alcance de la cobertura, dependiendo de la indicación clínica de la misma (este tema se retoma en el siguiente capítulo).

En el caso del POS-S, los niveles de cobertura de este listado se delimitan dependiendo del nivel de complejidad dentro del cual se está ofreciendo cada uno de estos servicios. Por ejemplo, se cubre el Papanicolaou al pertenecer al primer nivel de atención, pero no se cubre la confirmación de diagnóstico para cuello uterino, ya que pertenece al segundo nivel de complejidad (no cubierto por el POS-S). En términos generales, se cubren todos los servicios del listado si se efectúan dentro del primer nivel de atención (excluye por ejemplo atención que involucra al médico especialista) o si se trata de alguna de las enfermedades catastróficas cubiertas (por ejemplo VIH/SIDA) y sólo se cubren unos pocos servicios de mediana complejidad (por ejemplo apendicetomía). Como se mencionó anteriormente, sólo las madres gestantes y los niños menores, tienen derecho al listado completo ofrecido en el POS-C.

⁶⁵ El AUGE chileno optó por este camino para definir su plan de beneficios.

⁶⁶ Este es el caso en el sistema francés donde el plan de beneficios se encuentra expresado en el manual tarifario para el reembolso de los prestadores públicos.

En resumen, el POS se ha organizado esencialmente alrededor de un *listado* detallado de procedimientos, intervenciones y actividad. Como veremos más adelante, ello contrasta con la organización del CAUSES por la cual ha optado México, donde los beneficios se presentan en forma organizada en conglomerados del servicios, dentro de los que se encuentran las intervenciones incluidas, acompañadas de los servicios específicos cubiertos y los diagnósticos relacionados para los cuáles estos se cubren.

1.2.3 Listado positivo y exclusiones

El POS-S y el POS se describen como un listado positivo de servicios cubiertos; con ello, todo lo que no está expresamente incluido, estaría excluido. Además como se describió anteriormente, el POS-S sólo cubre un número pequeño de intervenciones de servicios de mediana complejidad (las más frecuentes). Cabe notar finalmente que el MAPIPOS hace referencia explícita a algunas exclusiones que aplican tanto en el POS-C como en el POS-S, entre las cuales se encuentran las cirugías estéticas, las curas de reposo y los tratamientos experimentales, entre otros (ver el recuadro 3).

RECUADRO 3 EXCLUSIONES DEL POS-C Y POS-S

ARTICULO 18. De las exclusiones y limitaciones del plan obligatorio de salud. En concordancia con lo expuesto en artículos anteriores y para poder dar cumplimiento a los principios de universalidad, equidad y eficiencia enunciados en la Ley 100 de 1993, el plan obligatorio de salud tendrá exclusiones y limitaciones que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, incluyendo los que se describen a continuación:

- a. Cirugía estética con fines de embellecimiento.
- b. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- c. Tratamientos para la infertilidad.
- d. Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.
- e. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
- f. Medias elásticas de soporte, corsés, fajas, plantillas, zapatos ortopédicos, sillas de ruedas, lentes de contacto. Los lentes se suministrarán una vez cada cinco años en los adultos y en los niños una vez cada año, siempre por prescripción médica y para defectos que disminuyan la agudeza visual.
- g. Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizadas en el Manual de Medicamentos y Terapéutica.
- h. Tratamiento con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
- i. Trasplante de órganos. No se excluyen aquellos como el trasplante renal, de médula ósea, de córnea y el de corazón, con estricta sujeción a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías Integrales de Atención.
- j. Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y solo durante la fase inicial; tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta los treinta días de evolución.
- k. Tratamiento para varices con fines estéticos.
- l. Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosas, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la incomodidad y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías Integrales de Atención.
- m. Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.
- n. Prótesis, ortodoncia y tratamiento periodontal en la atención odontológica.
- o. actividades, intervenciones y procedimientos no expresamente considerados en el presente manual.

Fuente: Resolución 5261, MAPIPOS, Artículo 18.

1.2.4 Inclusiones. Principales decisiones de inclusiones al POS e instituciones encargadas de la priorización

La lámina 6 muestra las principales inclusiones hechas al POS-S y POS-C hasta el año 2008. De ahí se desprenden los siguientes ocho comentarios:

- i. Las inclusiones han sido en general, mínimas. Además, no han llevado a la convergencia de los dos planes, sino por el contrario, la brecha parece haber aumentado. Lo anterior se refleja en la evolución de la UPC de los dos regímenes (ver el gráfico 1) (Giedion y otros, 2007b): en general, la UPC no ha aumentado por encima del IPC, lo que refleja por un lado, que no se han hecho muchas inclusiones y que además en muchos casos, las adiciones no parecen haber originado el aumento correspondiente de la UPC⁶⁷. Se observa además que los incrementos de la UPC han sido más importantes en el régimen contributivo que en el subsidiado.
- ii. Durante los primeros tres años de la reforma (1994-1997⁶⁸), el POS-S fue ampliado de manera importante: primero se incluyeron 11 enfermedades catastróficas (gran quemado, cirugía cardíaca, cáncer, insuficiencia renal, manejo de pacientes con VIH/SIDA, quimioterapia y radioterapia para cáncer, entre otros) con lo que el POS-S dejó de ser limitado a los servicios de baja complejidad y con lo que el criterio de protección financiera empezó a jugar un rol importante en las decisiones sobre inclusiones. Luego se incluyeron tratamientos aislados para algunos problemas oftalmológicos, algunas cirugías frecuentes (por ejemplo apendicetomía, histerectomía y colecistectomía), los servicios requeridos para la rehabilitación funcional y para la atención de las herniorrafias. Ello se ve reflejado en el acercamiento de la UPC-C y UPC-S en este período. Sin embargo, en el largo plazo no parecen haber convergido las dos UPC como puede apreciarse en el gráfico 1.
- iii. No hubo inclusiones en ninguno de los dos regímenes durante 1998-99. Ello en gran medida debido a la crisis económica por la que atravesó Colombia en este momento.
- iv. En muchos casos las inclusiones de un nuevo beneficio se hacían simultáneamente en el POS-C y el POS-S69. Lo anterior es sorprendente en la medida en que uno esperaría, en línea con los criterios sobre la ruta de expansión que ordenó la Ley 100 (inclusión en función del aporte a los años de vida saludables), que el POS-S incluyera primero los servicios del POS-C más importantes aún no cubiertos por el POS-S. Sorprende aún más cuando las inclusiones al POS-S de este período incluyen servicios de alta tecnología como la teleterapia con fotones o la colecistectomía por vía laparoscópica, en circunstancias en las cuales el POS-S aún no cubría servicios tan básicos como la atención por médico especialista ni la mayoría de los servicios de mediana complejidad (Ariza y Giedion, 2007).
- v. La mayoría de las inclusiones se han centrado en servicios para enfermedades de alto costo, en particular VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica (Ramírez, 2008b. Diapositiva 35 y 36),
- vi. Las inclusiones han sido puntuales y sin aparente lógica u orden sistemático. Así por ejemplo se han incluido medicamentos de última generación para el tratamiento del cáncer, mientras que el surfactante pulmonar, un medicamento esencial para el tratamiento de los bebés prematuros con inmadurez pulmonar, fue incluido a partir del año 2004⁷⁰.
- vii. Ninguna de las inclusiones hechas en este período responde a una actualización general del POS, tal y como lo ordenó la Ley 100⁷¹. Teniendo en cuenta que el POS que actualmente se aplica fue adoptado en 1994, y que éste lleva 14 años de vigencia, se puede inferir que ha transcurrido un lapso suficientemente grande para hacerse necesaria la adaptación del POS a las nuevas condiciones en salud que se presentan en el país. Cabe notar que la excepción está constituida por el tema de medicamentos, donde sí se han hecho varias actualizaciones durante este período. Lo anterior es interesante ya que en el tema de medicamentos es también, donde la

⁶⁷ Véase por ejemplo el Acuerdo 356 del año 2007 por el cual se incluye la vasectomía al POS-S.

⁶⁸ Las cifras se muestran en pesos corrientes ya que, debido a las fuertes fluctuaciones del dólar en todo el período, el gráfico equivalente en dólares no reflejaría la evolución general de la UPC en los dos regímenes.

⁶⁹ La única excepción la constituye la inclusión del trasplante hepático y las mallas para herniorrafia en el año 2004.

⁷⁰ Este ejemplo fue provisto por el Dr. Mauricio Vélez en el contexto de una entrevista estructurada sobre el diseño y ajuste del POS (Giedion y otros, 2007c).

⁷¹ En efecto, la actualización supone, más allá de ajustes puntuales, una revisión sistemática del POS conforme a (a) los cambios en la estructura demográfica, (b) el perfil epidemiológico nacional, (c) la tecnología apropiada disponible en el país y (d) las condiciones financieras del sistema.

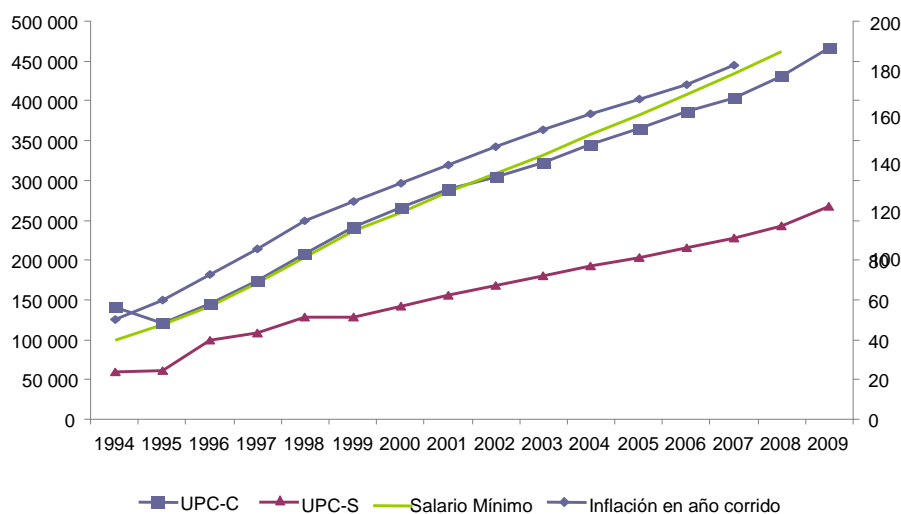
institucionalidad parece haber evolucionado más rápido que en el ámbito de la evaluación de las demás tecnologías.

- viii .Finalmente, hacia el final del período, las guías de práctica clínica (GPC) empiezan a determinar en forma creciente el proceso de priorización. Así, las inclusiones para la atención de VIH/SIDA, hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM), respondieron entre 2006 y 2008 en todos los casos, a la elaboración previa de unas guías de práctica clínica con los cuales se detectaban vacíos en los planes de beneficios para poder ofrecer una atención integral de estas enfermedades⁷².

1.2.5 Principales vacíos de cobertura del POS-S y POS-C

La anterior descripción de los contenidos del POS-C y del POS-S dejó entrever que el régimen contributivo ofrece un plan de beneficios integral y completo, mientras que el régimen subsidiado ofrece coberturas amplias para el primer nivel de atención y enfermedades catastróficas, pero muy limitadas para todas las atenciones de mediana complejidad. Resulta obvio por lo tanto, que el principal vacío de cobertura en el POS-S son este tipo de servicios, lo cual dificulta la atención integral de la enfermedad y la continuidad en la atención de patologías en el régimen subsidiado. El recuadro 4 ilustra esta situación con la ayuda de un ejemplo. Pero, más allá de la ausencia de cobertura para la mediana complejidad, ¿cuáles son los vacíos más apremiantes tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo? Desafortunadamente no existe ningún análisis sistemático sobre la coherencia entre el POS-S y el POS-C con las necesidades en salud de las poblaciones cubiertas. Un estudio de esta índole debería comenzar por analizar los cambios en el perfil epidemiológico colombiano y en la disponibilidad de la tecnología médica desde que se comenzó a implementar el POS en el año 1994. Recientemente se están llevando a cabo estudios que proporcionen cifras actualizadas sobre el perfil epidemiológico en Colombia, pero éstas son aún muy preliminares y poco comparables con las que arrojó el estudio de la carga de enfermedad de Colombia de 1994. En vista de lo anterior, no existe un análisis sistemático de los vacíos actuales del POS en Colombia.

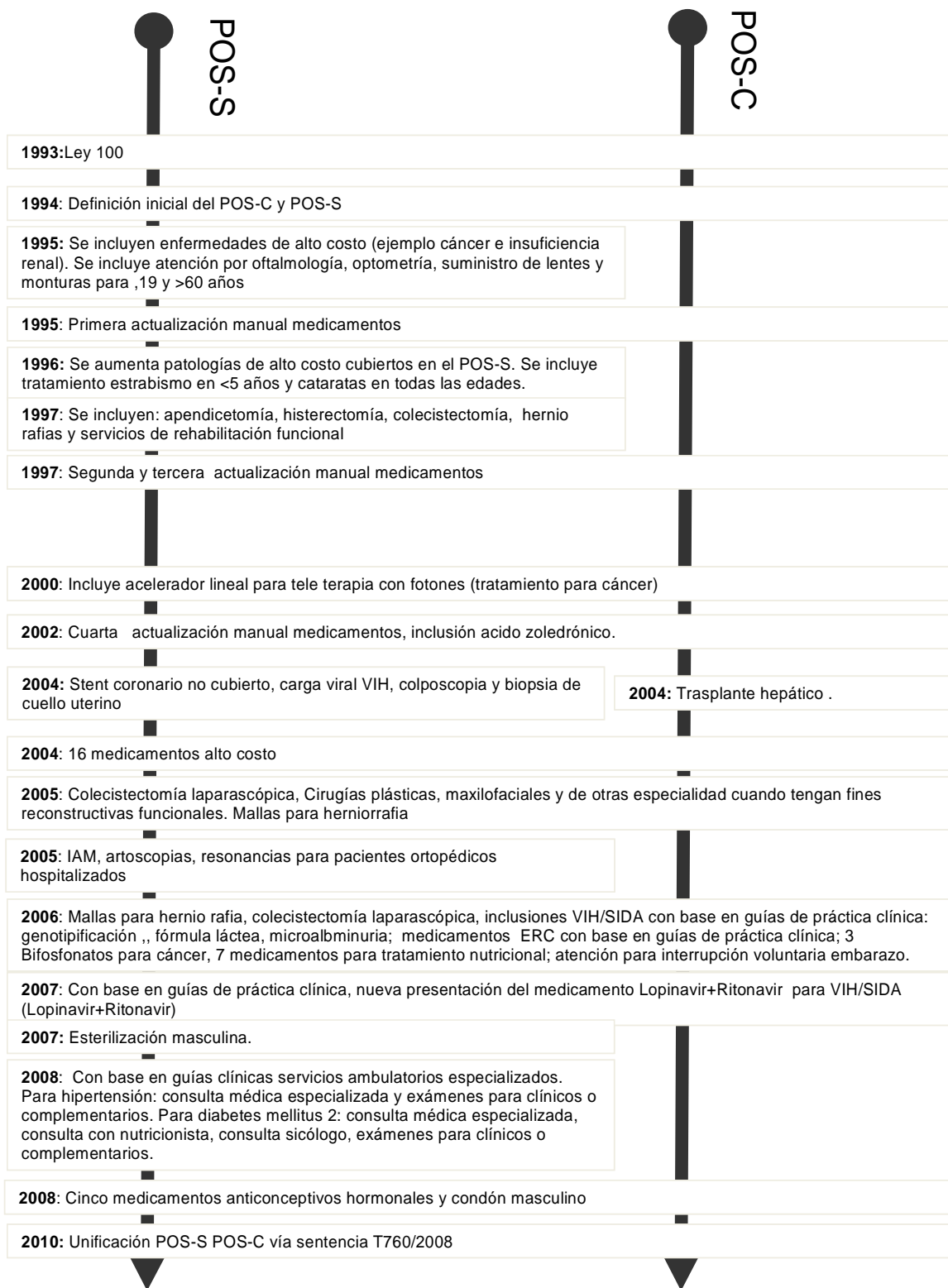
GRÁFICO 1
EVOLUCIÓN DE LA UPC-C Y UPC-S, PESOS CORRIENTES, COLOMBIA, 1994-2009



Fuente: Giedion y otros (2008).

⁷² Véase la justificación para la inclusión de estos medicamentos e intervenciones en los Acuerdos 368/2007 (Lopinavir/Ritonavir) y 395/2008 (inclusiones para el tratamiento de la hipertensión y diabetes).

LÁMINA 6
INCLUSIONES AL POS-S Y POS-C, COLOMBIA, 1994- 2010



Fuente: Elaboración propia con base en Ariza y Giedion, 2007.

RECUADRO 4 EJEMPLO DE FALTA DE CONTINUIDAD EN EL POS-S

Sentencia Corte Constitucional de Colombia T-223/2004. Referencia: expediente T-758905
RE: Acción de tutela instaurada por Carmen Olivia Célis Cleves en contra de ARS Confenalco y REDSALUD-ARMENIA E.S.E.
Hechos:
1. En el mes de agosto de 2002, a Carmen Olivia Célis Cleves le fue practicada una ecografía de seno, después de la cual se recomendó la práctica de una mamografía. La EPS Confenalco (EPS del régimen subsidiado) remitió a la señora Célis Cleves a REDSALUD Quindío [red de hospitales públicos del departamento de Quindío, pues la mamografía se encuentra excluida del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (P.O.S.S.). ^a
En febrero de 2003, el médico tratante de REDSALUD Quindío-El Paraíso-, confirmó la necesidad de realizar la mamografía. Luego, el 4 de marzo de 2003 en REDSALUD, en el hospital La Misericordia de Calarcá, se estudió la necesidad o no de realizarse la mamografía. Con posterioridad, el 2 de abril de 2003, en el mencionado hospital le confirmaron la necesidad del examen.
La semana anterior al 24 de abril de 2003, la señora Célis acudió a REDSALUD con el objeto de que le fuera autorizado el examen, pero le indicaron que carecían de recursos.
2. Debido a que luego de 8 meses de diagnóstico y reconfirmación del mismo, no se ha realizado el examen, la demandante interpone acción de tutela en contra de REDSALUD y ARS Confenalco, por colocar en riesgo su vida, afectándose su derecho fundamental a la vida digna.

Fuente: Sentencia T-223/04. Referencia: expediente T-758905.

^a En la actualidad este servicio ya se encuentra incluido en el POS-S.

1.3 Lo “alto” de la cobertura

1.3.1 Introducción

Qué tanto participa el asegurado con gastos de bolsillo cuando requiere alguno de los servicios incluidos en el plan de beneficios? Analizar esta dimensión de cobertura es importante, primero, porque los copagos, deducibles y todos los demás mecanismos de participación del paciente en el pago de los servicios que utiliza, pueden constituir una parte importante del financiamiento de un plan explícito de beneficios, en especial en contextos donde los recursos son limitados. En efecto, en muchos países están aumentando los niveles de copago y los deducibles⁷³, en parte como consecuencia del crecimiento importante de los costos de salud⁷⁴. Además de constituir mecanismos potenciales de financiamiento, estos copagos y similares, introducen cambios en el comportamiento de los usuarios⁷⁵. Durante mucho tiempo, el sector asegurador aplicaba copagos (y similares) con el fin principal de mermar la demanda por servicios. Se esperaba que el paciente, al participar en el costo de los servicios, fuera a hacer elecciones “inteligentes”, privilegiando los servicios más importantes para su salud y reduciendo aquellos con poco impacto sobre ésta. Sin embargo, la evidencia parece indicar que los copagos pueden reducir tanto la demanda por servicios necesarios como no necesarios y que este efecto es especialmente importante entre los más pobres. Por ejemplo, un estudio muy citado de la corporación RAND (Newhouse, 1996), encontró, que los copagos reducen el uso de servicios de salud y que ello no tuvo un impacto importante en la salud de las personas con ingresos medios y altos, pero sí afectó adversamente el estado de salud de los más pobres. Se encontró además, que la elasticidad precio era mayor para los servicios ambulatorios que para los servicios hospitalarios y que, por ende, se podían aplicar copagos a servicios hospitalarios para recaudar recursos adicionales y sin afectar en forma significativa la demanda. Como consecuencia de esta evidencia, y de un renovado interés en los copagos, como una herramienta

⁷³ Cantidad o porcentaje establecido en la póliza de seguro que corre siempre por cuenta del asegurado, por lo que el asegurador siempre indemnizará en exceso de la cifra o porcentaje acordado.

⁷⁴ Véase por ejemplo la evolución del cost sharing en los países de ingresos altos discutido en Gottret y Schieber (2006), pp.288.

⁷⁵ Un estudio muy citado de la corporación RAND (Newhouse, 1996), encontró por ejemplo, que los copagos reducen el uso de servicios de salud y que ello no tuvo un impacto importante en la salud de las personas con ingresos medios y altos pero sí afectó adversamente el estado de salud de los más pobres. Una revisión reciente de la literatura obtuvo resultados similares Hudman y O'Malley (2003).

potencial de priorización, empezó a surgir un interés por diseñar copagos de tal manera que se aplicaran copagos altos para servicios considerados de bajo valor para la salud y copagos muy bajos o inexistentes para servicios de alto valor para la salud (Fendrick y Chernew, 2006). Es así, como el tema de copagos se encuentra hoy en día íntimamente ligado al tema de los planes explícitos de beneficios (Anonymous, 2008), aunque como veremos en este capítulo, Colombia y México parecen no hacer aún uso extensivo de este potencial que tienen los copagos como mecanismos de priorización. A continuación describiremos lo “alto de la cobertura” en el contexto del POS-C y POS-S colombianos⁷⁶.

1.3.2 Visión general de lo “alto de la cobertura” en el contexto colombiano

Desde la adopción de la reforma de 1993, Colombia introdujo varios mecanismos financieros para movilizar recursos adicionales y, a la vez, para moderar el uso de servicios de salud (y así controlar el gasto). Es así como existen por un lado las llamadas “cuotas moderadoras”, las cuales buscan moderar el uso de servicios, y los “copagos”, que tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema de salud⁷⁷. Sólo los más pobres dentro del régimen subsidiado son eximidos de todo pago. Como se verá a continuación, la estructura específica de los copagos y cuotas moderadores en Colombia buscan: i) evitar que los copagos y cuotas moderadoras crean cargas económicas excesivas en el hogar, y, ii) evitar que los copagos reduzcan la demanda por servicios altamente efectivos en salud. En los siguientes párrafos se describen brevemente algunas de las características más destacadas de la estructura actual de “copagos” y “cuotas moderadoras” en el sistema colombiano.

Cuotas moderadoras. Dentro del régimen contributivo, todos los asegurados pagan Cuotas Moderadoras (CM) cuando usan servicios *ambulatorios* (consulta externa médica, odontológica o paramédica; consulta médica por especialista; medicamentos para tratamientos ambulatorios; exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico y por imagenología y; atención en el servicio de urgencias, cuando esta atención no fuera de carácter vital para el paciente). Las CM son diseñadas para reducir barreras financieras en el acceso y para promover la demanda por servicios necesarios o altamente efectivos. Los mecanismos específicos que se han diseñado para tal fin son descritos en el cuadro 7. Por ejemplo, las CM dependen de la capacidad de pago del asegurado y varían entre 0,87 dólares (1.900 pesos colombianos) para los afiliados de más bajos ingresos en el régimen contributivo hasta 9 dólares (20.100 pesos colombianos) para los afiliados de mayor capacidad de pago. Dentro del mismo espíritu, no se cobran cuotas moderadoras para los afiliados del régimen subsidiado y se establecen tope máximos al pago de CM por evento y por año. Similarmente y con el fin de evitar la creación de barreras en el acceso a servicios considerados necesarios y de mucha efectividad, no existen CM para la primera consulta médica en el año, los servicios de urgencia y los servicios prescritos dentro de un programa de atención integral de una enfermedad crónica. Finalmente no se cobran cuotas moderadoras para servicios hospitalarios, ya que se espera que la demanda por este tipo de servicios sea inelástica (ver al comienzo de esta sección lo “alto de la cobertura”) y que, por lo tanto, no tendría sentido querer moderar el uso de estos servicios.

Los copagos fueron introducidos para generar recursos para financiar la población que no estaba cubierta antes de la introducción de la Ley 100 a saber, la población sin capacidad de pago y los familiares de los cotizantes del régimen contributivo⁷⁸. Es por ello que sólo esta población “nueva” tiene que hacer copagos (CP), mientras que los trabajadores formales que ya venían haciéndolo en el sistema anterior de seguridad social, se eximen de estos copagos⁷⁹. Los CP corresponden a una parte de la tarifa que tenga pactadas la EPS (asegurador) con el prestador y se aplican a tratamientos médicos y quirúrgicos, hospitalizaciones y cirugías, tratamientos odontológicos, exámenes y procedimientos de

⁷⁶ Esta sección está en gran parte basada en Giedion y otros (2009).

⁷⁷ El acuerdo 260 del año 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud define el régimen de copagos y cuotas moderadoras en Colombia.

⁷⁸ El anterior esquema de seguridad social sólo cubría al cotizante y proveía cobertura limitada para las embarazadas y los niños menores de un año.

⁷⁹ Se aplica una herramienta de medios proxy a toda la población y con base el puntaje obtenido la población es clasificada en diferentes niveles de SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios). El nivel SISBEN I no paga copagos.

apoyo, diagnóstico especializado y complementos terapéuticos. Al igual que en el caso de las CM, el diseño de los CP busca evitar la creación de barreras financieras en el acceso y promover el uso de los servicios más necesarios o efectivos. Los mecanismos específicos usados para tal fin son descritos en el cuadro 7. Así por ejemplo, no existen CP para servicios tales como los de control prenatal, atención de parto y, servicios de promoción y prevención, con el fin de inducir la demanda de este tipo de servicios de salud altamente efectivos.

1.3.3 Importancia de copagos y cuotas moderadoras como mecanismo para el financiamiento del POS

No existe a la fecha ningún estudio que analice el impacto de los copagos y las cuotas moderadoras dentro de la estructura de financiamiento del régimen subsidiado o contributivo en Colombia. Sin embargo, desde hace algunos años, MPS (Dirección de Aseguramiento) le solicita a las EPS información detallada sobre sus ingresos y gastos. La información correspondiente al año 2007 pareciera indicar que en promedio, los copagos y las cuotas moderadoras no representan más del 3,8% en el régimen contributivo y no más del 5,6% en el régimen subsidiado⁸⁰.

La sección anterior analizó los mecanismos de participación financiera del paciente asegurado en el pago de los servicios en el punto de atención y en el momento de un evento adverso en salud (por oposición a los pagos periódicos de seguridad social o de impuestos) en Colombia. Se muestra que la estructura de los copagos y cuotas moderadoras busca mitigar el impacto que estos cobros pueden tener en la economía del hogar y en el uso de servicios que se quieren promover, así como que estos mecanismos constituyen una parte muy pequeña del financiamiento del aseguramiento en salud.

CUADRO 7
MECANISMOS PARA EVITAR GASTOS CATASTRÓFICOS Y BARRERAS DE ACCESO EN LA ESTRUCTURA DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

	Evitar pagos catastróficos	Evitar barreras de acceso a servicios costo-efectivos o "life saving"
Cuotas moderadoras		
Régimen contributivo	<ul style="list-style-type: none"> La cuota moderadora aumenta con el nivel de ingreso. No hay cuotas moderadoras para servicios de hospitalización. Existen topes por factura por evento y por año. 	<ul style="list-style-type: none"> No existen cuotas moderadoras para servicios de urgencia médica. No existen cuotas moderadoras para servicios por prescripción suministrados dentro de un programa especial de atención integral para patologías específicas en forma programática, por ejemplo, la atención permanente de la hipertensión arterial de los pacientes con diabetes y de pacientes con VIH-SIDA, entre otros. No existen cuotas moderadoras para la primera consulta externa en el año calendario.
Régimen subsidiado	<ul style="list-style-type: none"> No hay cuotas moderadoras. 	<ul style="list-style-type: none"> No hay cuotas moderadoras
Copagos		
Régimen contributivo	<ul style="list-style-type: none"> El nivel del copago aumenta con el ingreso. Existen topes por factura por evento y por año. No hay copago para servicios que ya pagan cuota moderadora.^a No hay copago para enfermedades catastróficas o de alto costo. 	<ul style="list-style-type: none"> Se exigen de copago los siguientes servicios: servicios de promoción y prevención, programas de control en atención materno infantil, programas de control en atención de las enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, atención inicial de urgencias.

(Continúa)

⁸⁰ Basado en información enviada por el Ministerio de la Protección Social, Dirección de Gestión de Demanda, Alfonso (2009).

Cuadro 7 (Conclusión)

	Evitar pagos catastróficos	Evitar barreras de acceso a servicios costo-efectivos o "life saving"
Régimen subsidiado	<ul style="list-style-type: none"> No hay copagos para personas pertenecientes a los grupos más pobres (según determina una prueba de medios proxy). No hay copagos para los siguientes grupos poblacionales vulnerables: población infantil abandonada mayor de un año; población indigente; población en condiciones de desplazamiento forzado; población indígena; población desmovilizada; personas de la tercera edad en protección de ancianos e instituciones de asistencia social; población rural migratoria; población Gitana. No hay copago para servicios que tienen cuota moderadora. No hay copago para enfermedades catastróficas o de alto costo. Existen topes a los copagos por factura, evento y año. 	<ul style="list-style-type: none"> Son eximidos de copago los siguientes servicios: control prenatal; atención del parto y sus complicaciones; servicios de promoción y prevención; programas de control en atención materno infantil; programas de control en atención de las enfermedades transmisibles; enfermedades catastróficas o de alto costo; atención inicial de urgencias; servicios de consulta médica, odontológica y consulta por otras disciplinas no médicas: exámenes de laboratorio, imagenología, despacho de medicamentos cubiertos en el POS del régimen subsidiado; consulta de urgencias; prescripciones regulares dentro de un programa especial de atención integral para patologías específicas.

Fuente: Elaboración propia.

^a Al acudir a un servicio de salud, primero se establecen las cuotas moderadoras y luego los copagos para los servicios objeto de este tipo de pagos, y siempre y cuando no se haya aplicado ya una cuota moderadora para el mismo servicio.

2. México

2.1 Lo "ancho" de la cobertura

Para el año 2000, cuando se inició la reforma estructural del sistema de salud de México, uno de los retos más importantes de dicha reforma se enfocó en más de 50 millones de mexicanos que no gozaban de cobertura de aseguramiento. Además, la falta de cobertura se concentraba en la población y en los estados más pobres. La población objetivo del SP en su fase inicial fue primordialmente aquella no cubierta por la seguridad social y de bajos ingresos —ubicada dentro de los primeros seis deciles de la distribución del ingreso. Su implementación fue gradual, iniciando su operación en 2001 en cinco estados piloto, Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco, con una cobertura de 59,5 mil familias (Secretaría de Salud, 2006). En este periodo se definió a la familia, como la unidad de afiliación del SP, entendida como el titular y su cónyuge, los hijos menores de 18 años y los ascendientes mayores a 64 años que dependan económicamente del jefe de familia. En el caso de personas mayores de 18, éstas se consideran hasta la fecha, en forma individual y se les denomina como familia unipersonal⁸¹. En 2002, la implementación del SP se extendió a 20 entidades federativas y en 2003, a 24 entidades, cubriendo un total de 614 mil familias.

A partir del 2004, una vez que se crea formalmente el SPSS, se plantea que dicho sistema cubrirá a toda la población sin seguridad social (no sólo la más pobre) mediante un proceso gradual de afiliación con el cual se espera alcanzar la cobertura universal en el año 2010. Adicionalmente, existe un tope anual de afiliación de 14,3% de las familias susceptibles a ser incorporadas a nivel nacional durante el periodo de implementación del SPSS y la ley da preferencia a los dos primeros deciles de ingreso en áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas. La meta estimada inicialmente para cubrir en 2010 fue de 11,9 millones de familias, sin embargo, en noviembre de 2007, la Dirección General de Información en Salud de la SS hizo patente un incremento sensible de hogares sin goce de seguridad social, lo que implicó un aumento en el número de familias susceptibles de incorporación al SPSS. Por lo anterior, la meta de cubrir a 11,9 millones de familias en 2010 se amplió a 13,9 millones de familias, aunque de esta cifra, se considera

⁸¹ Esta definición queda establecida oficialmente en el decreto que reforma la Ley General de Salud en el 2003 (Artículo 77 Bis4).

que sólo la población que estaría interesada en incorporarse voluntariamente, es la que se ubica en los ocho primeros deciles de ingreso, quedando la meta para 2010 en 12,6 millones de familias. Cabe recordar en este contexto que, a diferencia de Colombia, la afiliación al Seguro Popular es voluntaria. Se prevé además que dicha cifra puede cambiar a razón de la revisión que se sigue haciendo de las estimaciones sobre los hogares sin goce de seguridad social (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2008). Dados estos cambios, la CNPSS estima que aunque la meta original de afiliar a 11,9 millones de familias se cumplirá para 2010, probablemente no se logrará una cobertura universal de la población (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2009).

En el cuadro 8 se resume la evolución de la cobertura del SPSS, especificando la proporción de familias afiliadas por decil de ingreso.

CUADRO 8
COBERTURA DEL SP 2004-2008

Año	Número de familias afiliadas	Número de personas afiliadas	Porcentaje de familias afiliadas por decil de ingreso			
			No contributivo		Contributivo	
			I	II	III	IV al X
2004 ^a	1 563 572	5 318 289	67,0	27,2	4,7	1,1
2005 ^b	3 555 997	11 404 861	63,5	31,4	3,8	1,3
2006 ^c	5 100 000	15 672 374	67,1	28,9	3,1	0,8
2007 ^d	7 293 539	21 925 654	70,6	26,3	2,2	1,0
2008 ^e	9 146 013	27 176 914	74,1	22,8	2,0	1,2

Fuente: Elaboración propia.

^a Acumulado al 30 de septiembre de 2004. Fuente: Anexo estadístico del Informe de Resultados del SPSS 2004.

^b Acumulado al 31 de diciembre de 2005. Fuente: Anexo estadístico del Informe de Resultados del SPSS 2005.

^c Acumulado al 31 de diciembre de 2006. Fuente: Anexo estadístico del Informe de Resultados del SPSS 2006.

^d Acumulado al 31 de diciembre de 2007. Fuente: Anexo estadístico del Informe de Resultados del SPSS 2007.

^e Cifras preliminares al mes de diciembre de 2008. Fuente: Informe de Resultados del SPSS 2008.

Cabe destacar que, al cierre del año 2008, las 9,1 millones de familias afiliadas corresponden a 27,2 millones de personas. De estas familias, según los datos administrativos, el 97% pertenece a los primeros dos deciles de ingreso, sumando aproximadamente 25,6 millones de personas. Este número es superior al 21,3 millones de personas que uno esperaría encontrar en los dos primeros deciles de ingresos dado que el país cuenta con una población total aproximada de 106 millones en 2008, esto indica que no necesariamente todas las familias clasificadas en los dos primeros deciles de ingreso pertenecen estrictamente a ellos. Esto se explica en parte, considerando que la ley contempla que quedarán exentas de pago de cuotas familiares, además de las familias que pertenecen a los dos primeros deciles de ingreso, aquellas que son beneficiarias de programas de combate a la pobreza o que residen en localidades de alta marginación. Por otro lado, los estados tienden a ofrecer a las familias el afiliarlas en los primeros dos deciles que no pagan cuota familiar, con tal de hacer más atractiva la afiliación al sistema y ganar más afiliados. Eso sucede porque los estados reciben recursos más cuantiosos a través de las aportaciones federales en comparación con la cuota familiar, y la manera en la que están alineados actualmente los incentivos financieros, favorece la afiliación de un mayor número de familias al SP y no la recaudación de recursos a través de las cuotas familiares. Adicionalmente, cabe señalar, que para las familias que no pagan cuotas familiares, la reafiliación es automática, lo que garantiza que las familias permanezcan afiliadas año con año. Tomando en cuenta esta situación, es interesante observar como progresará la afiliación en los dos últimos años del periodo de transición dado que uno asumiría que la mayoría de las familias por afiliarse deben pertenecer al régimen contributivo, lo cual implica que será un reto más difícil convencerles de ‘comprar’ el SP de manera voluntaria. La aún baja participación de los deciles contributivos puede ser, así mismo, un indicio de las dificultades que existen para movilizar contribuciones por parte de la población con alguna capacidad de pago, pero sin vínculo formal con el mercado laboral.

Adicionalmente, es importante señalar que según el decreto de 2004 que reforma la Ley General de Salud y crea el SPSS, la población objetivo para el paquete de FPGC es “principalmente” los beneficiarios de SPSS, pero no exclusivamente. Esta palabra se añadió al decreto a petición del legislativo y deja abierta la posibilidad de que personas no aseguradas pueden ser atendidas a través del FPGC para las enfermedades incluidas en el Fondo, especialmente para enfermedades que en el periodo previo a la introducción del SPSS se financiaban a través de programas verticales como cáncer cervico-uterino, cánceres infantiles y VIH/SIDA. En realidad, lo que parece que sucede, es que en el momento que los individuos no asegurados piden la prestación de un servicio del paquete del FPGC, se les afilia, y de esta manera se asegura que toda la población que recibe servicios financiados por el FPGC pertenezca al SPSS⁸². Lo anterior indica que en el caso del FPGC, la cobertura poblacional o lo “ancho de la cobertura” no está muy claramente delimitada.

En breve, México, en su ruta hacia la cobertura universal, se caracteriza por una paradoja. Aunque el SP se introdujo como un seguro médico voluntario, al mismo tiempo se definió una meta de cobertura universal con fecha límite finales de 2010. La experiencia internacional ha demostrado que esquemas de aseguramiento voluntario que implican alguna contribución, resultan en un limitado número de asegurados (OECD, 2005b). En 2003 la decisión de crear un sistema voluntario, donde la persona elige, es probable que refleja el cambio que surgió en el país después de las elecciones de 2000, donde por primera vez después de 70 años el pueblo eligiera un nuevo partido político para gobernar. Por el otro lado, es importante recalcar que el hecho de que se fijara una meta específica de afiliación jugó un papel importante para que se apartaran los recursos correspondientes para el financiamiento del nuevo esquema. Como se menciona anteriormente, será de sumo interés, tanto para México como para otros países, conocer en qué medida se cumple la meta original de cubrir a 11,9 millones de familias para finales de 2010, y qué tanto la cobertura que se logre en dicha fecha, se acercará a la cobertura universal, dada la característica de voluntariedad del esquema.

2.2 Lo “profundo” de la cobertura

2.2.1 Introducción

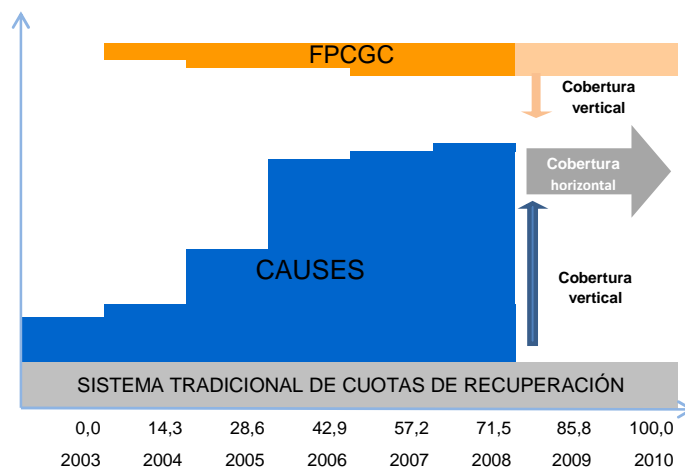
En el libro del “Sistema de Protección Social en Salud, Elementos Conceptuales, Financieros y Operativos” se define como *cobertura vertical* de enfermedades, el alcance de los beneficios ofrecidos por el FPGC y el CAUSES, en contraste con la llamada *cobertura horizontal* poblacional, que se refiere al aumento en la cobertura a partir de la incorporación de grupos poblacionales. La cobertura vertical se estableció puntualmente en una primera fase a través del Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) que fue el primer listado de intervenciones con el que arrancó el SP como programa piloto, pero como se describirá a continuación, posteriormente dicho catálogo fue evolucionando y se renombró a como se conoce actualmente, Catálogo Universal de Servicios Esenciales para la Salud, el número de las intervenciones del CAUSES aumentó de manera sustancial en los primeros años de la implementación de la reforma, causando un aumento también en la cobertura vertical de “abajo hacia arriba” comenzando con los servicios más frecuentes, por su parte, el paquete del FPGC ha ido aumentando su cobertura de “arriba hacia abajo” comenzando por la cobertura de los eventos más catastróficos. De esta forma, la lámina 7 refleja las coberturas antes mencionadas, pero al mismo tiempo señala que existe un vacío o hueco incluso para los afiliados al SP entre los dos paquetes.

Es importante señalar que dado que para el paquete de FPGC se define un número anual de casos estimados y el costo promedio estimado de cada una de las enfermedades cubiertas, existe un techo presupuestal que establece el Comité Técnico del FPGC para cada enfermedad. En este sentido, aunque teóricamente se podría dar el caso en el que el número de casos rebasara el techo presupuestal establecido, a la fecha no se ha dado esta situación y se prevee que difícilmente ocurra, dado que, en primer lugar, las estimaciones de siniestralidad se hacen con bastante holgura, considerando siempre cifras extremas en cuanto al número de casos esperados (el peor caso), las cuales en la práctica no se alcanzan. Por otro lado, el fideicomiso del Fondo maneja recursos de reserva a manera de “colchón”, de tal forma que aun cuando se presentara alguna situación no prevista en la

⁸² Entrevista con Libia Villa, Subdirectora de Desarrollo, Dirección General de Financiamiento de la CNPSS.

que se requiriera cubrir más casos de los esperados, habría la posibilidad de hacer una solicitud extraordinaria de recursos adicionales al Comité, los cuales se podrían cubrir con este componente de reserva⁸³.

LÁMINA 7 COBERTURAS VERTICAL Y HORIZONTAL EN EL SISTEMA MEXICANO



Fuente: Adaptado por los autores con base en Figura 3.5 en Secretaría de Salud (2006).

2.2.2 Contenido y estructura del CAUSES y del paquete de FPGC

El contenido del CAUSES está integrado actualmente por 266 intervenciones o servicios de salud con un costo aproximada per cápita de 123 dólares para el año 2008. El CAUSES incluye, además de un listado de intervenciones, una descripción para cada servicio donde se definen el diagnóstico y el tratamiento de cada intervención, las medidas de rehabilitación, los medicamentos necesarios y los exámenes de laboratorio y gabinete que podrán ser indicados por parte del médico tratante. Las intervenciones o servicios están agrupados en seis conglomerados:

- Salud pública.** Incluye 25 intervenciones de detección y prevención de enfermedades por distintos grupos de edad: recién nacido y menores de cinco años de edad; cinco a nueve años; adolescentes de 10 a 19 años; adultos de 20 a 59 años; y adultos mayores de 60 años o más. Estos servicios incluyen vacunación, detección de diabetes, hipertensión arterial y tuberculosis, diagnóstico y atención especializada a adicciones, detección de conductas anormales higiénico-dietéticas y atención a la violencia familiar y sexual en mujeres.
- Consulta de medicina general o familiar y de especialidad.** Corresponden a 100 intervenciones sobre el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades crónicas e infecciosas presentadas en niños y adultos que pueden ser atendidas en el primero y segundo niveles de atención. De las 100 intervenciones, 61 pertenecen a consulta general o familiar y las restantes a consulta de especialidad.
- Odontología.** Considera ocho servicios de salud bucal como por ejemplo, prevención y eliminación de caries y enfermedad periodontal, eliminación de focos de infección y abscesos, así como extracción de piezas dentarias.
- Urgencias.** Se contemplan 26 servicios de atención médica que ponen en peligro la vida, otorgando estabilización, diagnóstico y manejo terapéutico en la sala de urgencias (por ejemplo, estabilización en urgencias por crisis hipertensiva o por paciente diabético), así como de aquellas situaciones que no son determinantes de poner en riesgo la vida, pero que

⁸³ Entrevista con Emilio Herrera, Director de Administración de Planes Médicos, Dirección General de Gestión en Salud, CNPSS, durante el periodo 2004-2008. Quien manejó el sistema de registro de casos del FPGC.

por ser un evento traumático, requiere la pronta intervención médica (por ejemplo, diagnóstico y tratamiento de esguince de hombro y de rodilla).

- e. **Hospitalización.** Se incluyen 38 intervenciones de patologías que requieren de la estancia hospitalaria y de los insumos médicos necesarios para su control y estabilización. Se consideran padecimientos crónico-degenerativos como son diabetes mellitus, hipertensión arterial, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica; procesos agudos como insuficiencia cardíaca y atención de quemaduras; problemas infecciosos como neumonía, mastoiditis y osteomielitis; atención de patologías neurológicas y complicaciones condicionadas por el embarazo.
- f. **Cirugía general.** Se consideran 69 servicios de salud que atienden tanto problemas agudos como crónicos que requieren de atención quirúrgica, incluyendo los diagnósticos de mayor frecuencia dentro de las que se encuentran patologías digestivas, ginecológicas, obstétricas, genitourinarias, oftalmológicas, dermatológicas y ortopédicas, entre otras.

La organización del CAUSES en estos seis conglomerados, la cual considera los diferentes niveles de atención, parece seguir cierta lógica y como se comenta en el Catálogo de CAUSES 2008 publicado por la CNPSS, tiene la intención de “permitir la continuidad de la atención, facilitando la referencia y contra-referencia del afiliado una vez identificadas las diferencias de complejidad entre cada unidad de salud y la necesidad de atención de todos los usuarios del SPSS.” Así que, un paciente puede empezar por consultar a su médico general sobre un problema de salud, si existe necesidad, el médico general lo refiere a un especialista y en una tercera instancia, la persona se puede hospitalizar o ser sometido a una cirugía si su caso así lo amerita.

Finalmente, el CAUSES incluye el Listado de Medicamentos Esenciales de Protección Social en Salud que incluye 312 claves/códigos de medicamentos. Estos medicamentos están organizados en 22 grupos de especialidades y dentro de cada grupo se distinguen los medicamentos para primer, segundo y tercer nivel de atención⁸⁴. El cuadro 20 de anexo 2 presenta un extracto del CAUSES donde para cada uno de los seis conglomerados se ejemplifica con una intervención, la organización y estructura del plan de beneficios.

Por el otro lado, el paquete del FPGC cubre ocho grupos o enfermedades conformados por 49 intervenciones, mismas que se desglosan en el cuadro 9. Tal como se mencionó anteriormente, en el año 2007 el gasto promedio por afiliado fue de cuatro dólares para atender las enfermedades o servicios cubiertos en el FPGC. Cabe notar sin embargo que este dato corresponde a una estimación aproximada, en razón de que la población cubierta por el FPGC no está muy claramente definida, como se mencionó con anterioridad. A diferencia del CAUSES, el FPGC no describe los procedimientos, intervenciones o medicamentos incluidos por cada uno de los eventos cubiertos por el fondo. Sin embargo, en este caso se han manejado desde el inicio de operación del Fondo protocolos de atención, que básicamente definen los insumos y servicios que representan los costos variables de cada intervención (medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete, etc.), y que se usan primordialmente para estimar el costo per cápita promedio, mas no para definir en detalle los beneficios cubiertos. Entre las enfermedades que se financien por el FPGC se encuentran cáncer cervico-uterino, tratamiento de VIH-SIDA, cuidados intensivos neonatales, cánceres de niños y adolescentes, trasplante de médula ósea, cáncer de mama y 17 patologías que forman parte del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) (Véase el recuadro 2 para una descripción del SMNG). No existe un vínculo claro entre los diferentes grupos o enfermedades cubiertos en el paquete de FPGC que haga pensar en la existencia de un criterio común de priorización; lo que se puede inferir es que se ha dado prioridad a enfermedades de ciertos grupos poblacionales como por ejemplo los niños y las mujeres. Mientras hay también ciertas enfermedades, como por ejemplo cataratas y espina bífida⁸⁵ en las que no resulta muy clara la razón por la cual se han clasificado como enfermedades catastróficas, dado que su costo promedio relativamente bajo no justifica esta clasificación, si bien, el caso de

⁸⁴ Página del Seguro Popular <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/medicamentos.html>, consultada el 23 de marzo de 2009.

⁸⁵ Entrevista con Cristina Gutiérrez Delgado, Directora General Adjunta de Economía y Salud, Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud.

cataratas se pudiera justificar por el lado de su alta incidencia, el de espina bífida no cumple tampoco con este criterio. Cabe mencionar que no existe necesariamente una continuación entre las enfermedades cubiertas por CAUSES y las enfermedades cubiertas por el paquete de FPGC, dado que este último incluye todavía un número muy limitado de enfermedades. El cuadro 9 incluye la fecha en la cual se incorporó cada enfermedad al FPGC, más adelante se discute sobre algunas situaciones que condujeron a la cobertura actual de Fondo.

CUADRO 9
ENFERMEDADES QUE CUBRE EL FPGC, 2008

Grupo	No.	Condición de salud	Inicio de cobertura
Cáncer cérvico-uterino	1	Cáncer cérvico-uterino	Agosto del 2004
VIH-SIDA	2	Tratamiento ambulatorio antirretroviral	Agosto del 2005
Cuidados intensivos neonatales	3	Sépsis	Agosto del 2005
	4	Prematurez	
	5	Síndrome de dificultad respiratoria	
Cataratas	6	Cataratas	Enero del 2006
	7	Catarata Congénita	Noviembre del 2007
Cáncer de niños y adolescentes	8	Astrocitoma	Inicia cobertura en enero del 2006. Se completa cobertura en febrero del 2008
	9	Meduloblastoma	
	10	Neuroblastoma	
	11	Ependinoma	
	12	Otros tumores del Sistema Nervioso Central	
	13	Tumor de Wilmss	
	14	Otros tumores renales	
	15	Leucemia Linfoblástica Aguda	
	16	Leucemia Mieloblástica Aguda	
	17	Leucemias crónicas	
	18	Síndromes Preleucemicos	
	19	Hepatoblastoma	
	20	Hepatocarcinoma	
	21	Osteosarcoma	
22	Sarcoma de Ewing		
23	Gonadales		
24	Extragenadales		
25	Retinoblastoma		
26	Linfoma de Hodking		
27	Linfoma de No Hodking		
28	Sarcoma de Partes Blandes		
29	Carcinomas		
30	Histositosis		
Transplante Médula Ósea	31	Transplante de Médula Ósea	Enero del 2006
Cáncer de Mama	32	Cáncer de Mama	Enero del 2007
Seguro medico para una nueva generación Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos	33	Malformaciones congénitas cardiacas	Niños nacidos a partir del 1 de diciembre del 2006
	34	Atresia de esófago	
	35	Onfalocele	
	36	Gastroquisis	
	37	Atresia/ Estenosis duodenal	
	38	Atresia intestinal	
	39	Atresia anal	
	40	Hipoplasia/ Displacia renal	
	41	Uréter retrocavo	
	42	Meatos ectópicos	
	43	Estenosis ureteral	
	44	Ureterocele	
	45	Extrofia versical	
	46	Hipospadias/ Epispadias	
47	Estenosis uretral		
48	Estenosis de meato uretral		
49	Espina bífida		

Fuente: CNPSS, Informe de Resultados 2008.

2.2.3 Listado positivo y exclusiones

De manera similar al POS-S y el POS-C de Colombia, los dos paquetes del SP se describen como una lista positiva de servicios incluidos. A diferencia del caso colombiano, ninguno de los dos paquetes define de manera explícita exclusiones, lo que se interpreta como que, todo lo que no está expresamente incluido, está excluido.

2.2.4 Entrada y salida de intervenciones al paquete entre 2004-2008

Como ya se mencionó, en la primera fase, en la que la operación del SP se inició en cinco estados piloto, se ofreció una lista de beneficios explícitos denominada CABEME. Dicho catálogo estuvo integrado inicialmente por 78 intervenciones con la posibilidad de que las entidades federativas añadieran otras intervenciones en atención a necesidades de salud locales y perfiles epidemiológicos específicos. La prestación de los servicios del CABEME fue otorgada por los Servicios Estatales de Salud (SESA) mediante una red médica, conformada por un hospital general y por centros de salud que tuvieran la capacidad resolutoria para ofrecer los servicios del catálogo.

El CABEME estuvo vigente de 2001 a 2003; en el 2004 y 2005, este catálogo se amplió y cambió su nombre a Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES); y a partir del 2006 se publicó el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), cómo se conoce hasta la fecha. El cuadro 10 presenta la evolución del paquete de servicios de salud esenciales durante el periodo 2004 a 2008, utilizando las siglas correspondientes de acuerdo al nombre que tuvo en cada periodo, el CABEME no aparece debido a que se utilizó únicamente durante la fase piloto (2001-2003).

**CUADRO 10
EVOLUCIÓN DEL CAUSES 2004-2008**

No. Intervenciones	Subgrupo	2004, CASES		2005, CASES		2006, CAUSES		2007, CAUSES		2008, CAUSES	
		No. Intervenciones	Aumento 2004-2005 (Porcentajes)	No. Intervenciones	Aumento 2005-2006 (Porcentajes)	No. Intervenciones	Aumento 2006-2007 (Porcentajes)	No. Intervenciones	Aumento 2007-2008 (Porcentajes)		
Salud Pública	Detección y prevención	9	12	33,3	20	66,7	17	-15,0	25	47,10	
Consulta de medicina general, familiar y de especialidad	Medicina familiar	25	64	156,0	83	29,7	84	1,2	100	-14,5 ^a	
	Rehabilitación	2	2	0,0	2	0,0	3	50,0			
	Salud reproductiva	6	9	50,0	9	0,0	9	0,0			
	Atención del embarazo, parto y recién nacido	5	7	40,0	20	185,7	21	5,0			
	Odontología	3	4	33,3	8	100,0	8	0,0	8	0,0	
	Urgencias médicas	6	11	83,3	20	81,8	20	0,0	26	30,0	
	Hospitalización	9	10	11,1	22	120,0	24	9,1	38	58,3	
	Servicios quirúrgicos	26	35	34,6	65	85,7	69	6,2	69	0,0	
TOTAL		91	154	69,2	249	61,7	255	2,4	266	4,3	
Financiamiento per cápita ^b (Pesos mexicanos)	Cuota Social	2 517,50	2 626,75		2 692,00		2 801,23		2 906,56		
	ASF	3 776,50	3 940,25		4 038,00		4 201,85		4 359,84		
	ASE	1 259,00	1 313,50		1 346,00		1 400,62		1 453,28		
	TOTAL	7 553,00	7 880,50		8 076,00		8 403,70		8 719,68		

Fuente: Elaboración propia a partir de las publicaciones oficiales del CASES 2004 y CAUSES 2005 a 2008.

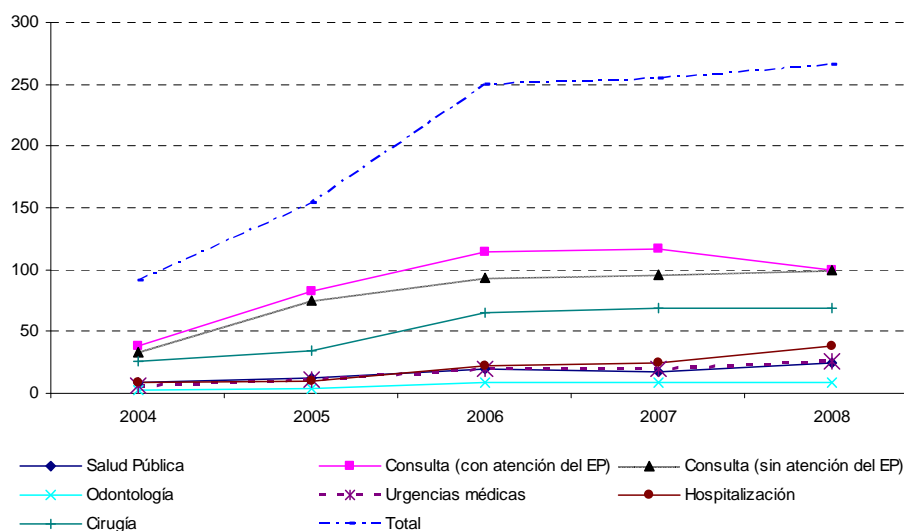
^a El grupo de intervenciones de Atención del embarazo, parto y recién nacido se reclasificaron en 2008, quedando únicamente dos en el grupo de consulta de medicina general, familiar y de especialidad, mientras que el resto se dividió entre otros dos grupos, el de hospitalización (13 de las 20 intervenciones) y el de cirugía (4 de las 20 intervenciones); finalmente una intervención salió del paquete.

^b Ver sección 2.3 Financiamiento sobre la definición de la Cuota Social, la Aportación Solidaria Federal (ASF) y la Aportación Solidaria Estatal (ASE).

A partir del cuadro 10 y el gráfico 2, se pueden hacer las siguientes observaciones:

- i. Entre 2004 y 2008, se observa un aumento importante (192%) en cuanto al número total de intervenciones, de 91 intervenciones a 266 intervenciones, respectivamente. Este aumento, en una primera lectura, demuestra la clara intención del gobierno mexicano de aumentar lo “profundo” de la cobertura del Seguro Popular y mover hacia el punto-meta donde el CAUSES se acerca los paquetes ofrecidos por el IMSS e el ISSSTE. Pero es importante señalar que en muchos casos, el aumento de intervenciones fue el resultado de una desagregación de intervenciones, más que al aumento real en el número de ellas. Específicamente, el aumento entre 2004 y 2005 que representa un 69%, se debe principalmente a la desagregación antes mencionada, mientras que el aumento entre 2005 y 2006 (62%), sí implicó la inclusión de un número importante de intervenciones nuevas⁸⁶.

GRÁFICO 2
NÚMERO DE INTERVENCIONES DEL CAUSES POR CONGLOMERADO (2004-2008)



Fuente: Elaboración propia.

- ii. El aumento en el número de intervenciones que se observa año con año se acompaña de un aumento en el monto de recursos per cápita disponibles para el financiamiento del CAUSES (véase Financiamiento per cápita, cuadro 10), pero la propia ley define que los recursos pueden aumentar exclusivamente con base en la inflación. Según se desprende de entrevistas realizadas a funcionarios y ex-funcionarios de la CNPSS, las nuevas inclusiones se han podido financiar gracias a varios mecanismos entre los cuales destaca la sustitución de medicamentos de patente por genéricos más económicos, así como el ajuste de la siniestralidad basada en información sobre la frecuencia real de utilización, la cual empezó a sustituir la estimación inicial de incidencia para cada una de las intervenciones (que por lo general estaba sobre estimada). Cabe mencionar que además de esta evidencia anecdótica, no se pudo acceder a documentación formal en la que se pudieran consultar los mecanismos o el proceso de ajuste de las estimaciones que de alguna forma den sustento al financiamiento de las inclusiones. Dado que hubo un importante aumento en el número de intervenciones, no queda claro cómo el aumento anual de recursos basado únicamente en la inflación, pueda estar financiando el

⁸⁶ Entrevista con Emilio Herrera, Director de Administración de Planes Médicos de la CNPSS, durante el periodo 2004-2008.

- aumento sustancial que ha tenido el CAUSES en términos de intervenciones. En este sentido, recapitulando en parte lo ya expuesto, es posible que hayan influido varios factores que incidieron en la capacidad del sistema de financiar el paquete: una sobre-estimación de la selección adversa en el sistema; una incidencia en la práctica, menor a la que se consideró para estimar la siniestralidad de los primeros años de operación, la cual, debido a la limitación de la información, se tomó considerando escenarios muy conservadores (que reflejaran el peor caso: que se presentara el límite superior de la incidencia estimada) que fueran menos riesgosos para la estabilidad financiera del sistema; la sustitución de medicamentos patentados por medicamentos genéricos, y por lo tanto, más económicos; así como economías de escala en la provisión de los servicios, creadas por el creciente número de afiliados al SP.
- iii. La clasificación de las intervenciones en conglomerados se ha simplificado substancialmente, pasando de 14 grupos en 2004, a seis grupos en 2008, pero al mismo tiempo hubo también reclasificación de intervenciones de un conglomerado a otro. Por ejemplo, un ejercicio detallado de comparación entre los paquetes de los últimos tres años (2006, 2007 y 2008) demuestra que las intervenciones del conglomerado de Atención del embarazo, parto y recién nacido (que se manejó en el paquete hasta el año 2007 con un total de 20 intervenciones), se reclasificaron en 2008 quedando únicamente dos en el grupo de Consulta de medicina general, familiar y de especialidad, mientras que el resto pasaron a formar parte de otros dos grupos, el de Hospitalización (13 de las 20 intervenciones) y el de Cirugía (tres de las 20 intervenciones). La reclasificación de intervenciones permitió una estructura más sencilla y una clasificación más precisa de cada intervención dentro del nivel de atención al que pertenece.
 - iv. Para los seis conglomerados, se registraron aumentos en cuanto al número de intervenciones (ver el cuadro 10). El aumento porcentual más alto entre 2004 y 2007 se registró para Urgencias (233%), seguido de Consulta médica general y de especialidad (entre 191% y 208%), Hospitalización (167%), Odontología (167%), Cirugía (165%) y Salud pública (89%). Es importante interpretar los aumentos antes mencionados dentro de los distintos grupos de enfermedades con cierta precaución dado que estos aumentos no han sido lineales, es decir, dentro de cada conglomerado hubo intervenciones que se dejaron de cubrir, mientras otras se introdujeron. Por ejemplo, entre 2007 y 2008 en el grupo de Cirugía se dejaron de cubrir las intervenciones de diagnóstico y tratamiento de úlcera péptica perforada, de herida penetrante de abdomen y de insuficiencia venosa periférica, mientras que se introdujeron las intervenciones de legrado uterino terapéutico, la ablación endometrial y la laparoscopia por endometriosis. En lo general y como se comentará en el capítulo sobre procesos de priorización, los cambios que se registran fueron parte de un proceso de toma de decisiones que incluyó, en cuanto a intervenciones que salieron, recomendaciones por parte de los estados relacionadas con una demanda baja por dichos servicios o una efectividad limitada de la intervención, mientras que para las intervenciones que fueron incluidas, se daba el caso contrario. Finalmente, es difícil saber exactamente qué fue lo que promovió cada cambio, dado que no existe un registro oficial donde se encuentre documentado el proceso de ajuste y los criterios o razones que dieron lugar a cada uno de estos movimientos del CAUSES.
 - v. Finalmente, el número de intervenciones de CAUSES aumentó considerablemente durante los años 2005 (69%) y 2006 (62%), mientras se han observado aumentos más moderados durante los años 2007 (2%) y 2008 (4%). Esto puede deberse en parte, al cambio de administración en el 2007, donde la nueva administración optó por proceder en forma conservadora en cuanto a nuevas inclusiones, en tanto se familiarizaba con la operación en general del Sistema y se atendían situaciones más apremiantes como el garantizar la provisión de medicamentos asociados al paquete a nivel nacional.

De esta sección se desprende que el CAUSES se caracteriza por una sencilla y lógica organización que se mejoró a través de la disminución del número de conglomerados. Por el otro lado, el aumento en el número de intervenciones incluidas durante el período 2004-2008, aunque se generó en

cierta parte por la desagregación de intervenciones, demuestra la intención de cubrir más intervenciones relevantes para la salud de la población mexicana sin seguridad social. Lo que es preocupante es que no queda claro como se está financiando este aumento de cobertura de intervenciones, únicamente con el aumento de recursos basado en la inflación.

Por su parte, el FPGC, empezó con el financiamiento de 4 grupos de enfermedades en 2004: cáncer cérvico-uterino, anti-retrovirales para VIH-SIDA, cuidados intensivos neonatales, y leucemia linfoblástica aguda -dentro del grupo de cánceres de niños y adolescentes-. En 2006, se añadieron cataratas y trasplante de médula ósea y se incluyen más cánceres de niños y adolescentes. Finalmente a partir de 2007 se cubre cáncer de mama y empieza el financiamiento de las 17 patologías que se cubren a través del SMNG (ver el cuadro 9).

Una comparación entre los casos validados (aprobados) en 2007 y pagados en 2008 muestra que en 2007 se validaron⁸⁷ un total de 9.202.971 casos, de los cuales únicamente 60.591 correspondieron a enfermedades catastróficas⁸⁸ (ver el cuadro 11); el resto, 9.142.410 casos, correspondieron a vacunas de anti influenza. Como resultado de lo anterior, casi la mitad de los recursos del FPGC fueron asignados en los últimos años al pago de vacunas anti influenza, que en sentido estricto, no tendrían que haberse financiado con recursos del Fondo, dado que además de que claramente no se trata de una intervención para enfermedad catastrófica, corresponde a un servicio de salud pública, y por lo tanto, de acuerdo a la ley (R-LGS-PSS, Artículo 5) debiera estar cubierta por el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad. En este sentido, cabe destacar que el FPGC consta de un fideicomiso sin límite presupuestal, lo cual significa que al final de año los recursos que no hayan sido utilizados no deben ser reintegrados a la Tesorería de la Federación, esto a diferencia de las reglas presupuestarias que operan en la mayoría de las demás entidades públicas. Por estos motivos, es de pensarse que, al incluir los fondos destinados para el financiamiento de la vacuna de anti influenza, que claramente no implica un gasto catastrófico, se garantizó el blindaje de los recursos no ejecutados/ejercidos para que éstos no tuvieran que reintegrarse, y que este mismo criterio, también influyó en la inclusión de las 17 patologías del SMNG. Vale la pena señalar que ya en el pasado, parte de los recursos del FPGC se utilizaron para financiar dos casos más de vacunas: influenza en 2004 y neumococo en 2006 (Lakin y Daniels, 2007).

Para el ejercicio de 2008, el Comité Técnico del FPGC validó 48.929 casos de gastos catastróficos y de estos se habían pagado 36.820 casos, para los cuales se transfirieron 2.081,8 millones de pesos mexicanos. Del total de los casos validados, 22.109 casos corresponden a enfermedades catastróficas (47,3% de Cataratas, 32,9% de Cuidados Intensivos Neonatales y 19,8% de otras enfermedades) y 26.820 a la atención del VIH/SIDA (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2008).

En resumen, aunque desde principio se definieron ciertos criterios que deben regir el proceso de priorización de los dos paquetes del SP, estos criterios no están definidos con la suficiente robustez, dejando cabos sueltos que han dado pie a la inclusión de otros criterios no necesariamente técnicos (algunos más que otros), además de que no se han utilizado de manera sistemática en el proceso de elección de intervenciones. En el caso del FPGC, resalta la aplicación de criterios claramente políticos en vez de técnicos, los que han influenciado la inclusión de ciertas intervenciones como vacunas, utilizando el Fondo como un mecanismo de financiamiento que garantiza la disponibilidad de los recursos a lo largo del tiempo y a través de periodos plurinuales, ya que no tienen que hacerse cortes ni devolución de recursos no ejercidos al final de cada año fiscal.

⁸⁷ La validación se refiere al hecho que un caso se considere que cumpla con las normas para ser financiado a través del FPGC.

⁸⁸ Esta cifra incluye 19.839 casos de VIH/SIDA para de la adquisición de medicamentos antiretrovirales. En varias ocasiones se hace la distinción entre casos de gastos catastróficos y casos VIH/SIDA dado que el programa de VIH/DISA se maneja directamente por el Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/SIDA (CENSIDA) y no la CNPSS o los gobiernos estatales.

CUADRO 11
MONTO VALIDADO 2007 Y PAGADO EN 2008 DEL FPCGC^a

Intervención	Validados 2007		Pagados 2008	
	Casos	Monto ^a	Casos	Monto ^b
Cáncer cérvico-uterino	3 659	157,07	3 481	147,85
Cáncer en niños	1 544	308,32	1 540	307,48
Cuidados intensivos neonatales	10 876	413,46	9 408	357,3
Cáncer de mama	2 813	549,36	2 813	549,36
Cataratas	20 794	85,67	20 336	83,89
Trasplante de médula ósea	20	14,65	20	14,65
Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos	828	45,38	694	38,92
Cataratas congénitas	12	0,12	10	0,1
Insuficiencia renal crónica	176	26,23	171	25,71
a. Subtotal enfermedades catastróficas	40 722	1 600,26	38 473	1 525,26
Vacuna anti influenza	9 142 410	327,05	9 142 410	327,05
VIH-SIDA	19 839	1 140,32	19 839	1 140,32
b. Subtotal vacunas y anti-retrovirales	9 162 249	1 467,37	9 162 249	1 467,37
Total (a + b)	9 202 971	3 067,63	9 200 722	2 992,63

Fuente: CNPSS, Informe de Resultados 2008.

^a Cifras al cierre del 2008, la diferencia entre los casos validados y los pagados se debe a que el prestador no presentó la documentación completa requerida.

^b Montos en millones de pesos mexicanos.

2.3 Lo “alto” de la cobertura

2.3.1 Copagos y cuotas moderadoras

Desde la puesta en marcha del Seguro Popular como programa piloto se vislumbró la pertinencia de la introducción de copagos para ciertos medicamentos, con la finalidad de que funcionara como una cuota moduladora para reducir tanto la demanda trivial como la prescripción innecesaria de medicamentos. Posteriormente en la LGS, Artículo BIS 28, establece que “Con el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud, el Consejo de Salubridad General, podrá establecer... un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios... o para el surtimiento de medicamentos asociados”. Sin embargo, aunque se establece esta posibilidad desde la creación del SPSS, además de que son ampliamente reconocidos los beneficios e incentivos que proveen este tipo de cuotas, a la fecha no se ha establecido ningún tipo de copago ni cuota reguladora para la prestación de algún servicio. Como se presenta más adelante en la sección sobre financiamiento, la única contribución que se hace por parte de las familias afiliadas al SP son las cuotas familiares al momento de afiliación que forman parte de la “prima” del seguro. Así, a diferencia de Colombia, no se han implementado copagos para el SP ni el FPGC y la ley parece indicar que aunque éstas pueden aplicarse en el futuro, su objetivo será el de mitigar la demanda y no tanto de cofinanciar los paquetes.

3. Comparación Colombia-México

La comparación de la cobertura “3D” en México lleva a las siguientes conclusiones:

Primero, ambos países tiene la meta de proveer un paquete explícito de beneficios igual para toda su población bajo un esquema universal de aseguramiento y ambos han logrado coberturas de aseguramiento que superan ya el 85% de la población.

Segundo, aunque los dos países tienen la meta de proveer un plan explícito igual o similar para toda su población, las estrategias para hacerlo han sido muy distintas. En México, los antiguos sistemas de seguridad social (trabajadores formales del sector público y privado) han mantenido separadas sus estructuras de regulación, financiamiento y provisión y la estrategia del SP ha consistido en aumentar gradualmente el alcance de sus planes (FPGC y CAUSES) hasta que estos se asemejen al alcance (no

explícito) de los beneficios ofrecidos en los sistemas de seguridad social. Mientras tanto, en el caso de Colombia se ha diseñado un plan único, el POS. El alcance de éste fue recortado a un 50% en el caso del régimen subsidiado en razón a las limitaciones de los recursos, pero con la meta de convergencia gradual de los dos planes (que aún no se ha logrado). Así mismo –y contrario al caso de México– existe una única estructura institucional para decidir sobre el ajuste de los planes y la fijación de la prima (compuesta principalmente por el CNSSS y el MPS).

Tercero, es difícil comparar el alcance de los planes de beneficios en México y en Colombia en razón a que estos planes usan lenguajes muy diferentes para describir sus beneficios.. Sin embargo, en términos de los recursos per cápita asignados a los planes de beneficios, México está movilizand o aproximadamente 126 dólares per cápita para el CAUSES y el FPGC mientras que Colombia moviliza 103 dólares per cápita para el plan de beneficios subsidiado y 183 dólares para el plan de beneficios del régimen contributivo. Ajustando por diferencias en el costo de vida, por lo tanto, las asignaciones son similares.

Cuarto, en vista de la imposibilidad de movilizar desde el comienzo los recursos necesarios para financiar un plan integral de servicios, ambos países han optado por privilegiar al comienzo los servicios de baja complejidad y las enfermedades catastróficas, dejando por fuera la cobertura de un número importante de enfermedades intermedias en cuanto a costo y nivel de complejidad. En Colombia son ya evidentes las dificultades que esta situación ha generado para la continuidad e integralidad en la atención del paciente (desde la promoción y prevención hasta la rehabilitación completa) mientras que en México no existe aún evidencia sobre lo particular.

Quinto, existen importantes diferencias en la estructura de los planes y en términos generales se observa una estructura mucho más organizada y clara en el contexto del CAUSES comparado con el POS.

Sexto, los copagos no han sido usados como mecanismo de financiamiento en los dos países; en México simplemente no existen, mientras que en Colombia la movilización de recursos por esta vía ha sido mínima e inferior a un 3% del total de los recursos generados en el régimen subsidiado y contributivo. Aunque los copagos podrían operar como un mecanismo de priorización al aplicar copagos más altos a servicios menos costo-efectivos en salud, este tema parece ser un tema políticamente delicado pendiente de abordar explícitamente y de resolver en ambos sistemas.

Por último, algunas de las inclusiones que se han hecho a los planes de beneficios son muy cuestionables en ambos países dado que parecen haberse hecho sin aparente lógica y/o estricto apego a las leyes. El ejemplo más diciente es, en el caso de México, la inclusión de las vacunas anti-influenza al FPGC y, en el caso de Colombia, la inclusión de la teleterapia con fotones en el plan de beneficios subsidiado, en circunstancias donde aún no está cubierta la consulta de médicos especialistas. A raíz de la descripción de las inclusiones de servicios o intervenciones a los paquetes en México y Colombia se generan varias preguntas sobre el proceso a través de los cuales han ocurrido los cambios antes mencionados en el contenido de los paquetes. Este proceso se analiza en el siguiente capítulo.

IV. El tortuoso camino de los procesos de priorización

Para tomar decisiones acerca de cuáles servicios se deben financiar con recursos públicos, pueden utilizarse diferentes criterios de priorización sin que exista consenso sobre la importancia relativa de cada uno de éstos. Así por ejemplo, un país puede querer privilegiar aquellos servicios que tengan el mayor impacto sobre la salud de su población, mientras que otro puede querer enfatizar aquellos servicios que le ayuden a cerrar la brecha de equidad en el acceso o estado de salud de su población. Similarmente, en un contexto pueden quererse financiar ante todo, aquellos servicios cuyo costo sería catastrófico si tuviera que ser asumido por los hogares, mientras que en otro entorno se privilegiarían en forma prominente aquellos servicios que permitan abordar los problemas más severos de salud⁸⁹. Así, diferentes países, personas o actores, pueden tener argumentos igualmente válidos para defender uno u otro criterio de priorización y así llegar a resultados diferentes sobre los servicios que habría que financiar con recursos públicos. La experiencia internacional parece indicar que, en efecto, los criterios para priorizar tienden a variar tanto entre diferentes actores como entre diferentes países e, inclusive, en el tiempo (Ham y Glenn, 2003). Así por ejemplo, muchos sistemas de seguridad social privilegiaban hasta hace poco la necesidad médica o la efectividad clínica, como principal criterio a la hora de decidir lo que se cubriría o no, y sólo hasta hace algunos años han empezado a involucrar otros criterios como el de costo-efectividad de los tratamientos disponibles (Gibis, Koch-Wulkan y Bultman, 2004).

⁸⁹ Existen otros criterios de priorización pero aquí se mencionan algunos de los que más énfasis han recibido en los ejercicios de priorización de diferentes países.

Así mismo, mientras que en Noruega, la severidad de una condición médica fue el principal criterio de priorización durante algunos años y fue luego complementado con criterios de efectividad clínica y de costo-efectividad de los tratamientos disponibles, en Holanda, la comisión Dunning estableció a finales de los años noventa, que para poder incluir una nueva tecnología había que i) asegurar que esta fuera necesaria para asegurar el funcionamiento normal y para proteger la vida, ii) que tuviera un nivel de efectividad confirmada, iii) que existiera evidencia acerca de su costo efectividad y que los beneficios derivados de ella fueran razonables en comparación a su costo y, vi) que el costo de la tecnología no pudiera ser asumido por el paciente⁹⁰.

Al no existir consenso sobre cuál sería el mejor “algoritmo” para priorizar y de escoger los servicios incluidos en un plan de beneficios, los países enfatizan cada vez más la necesidad de un proceso justo para tomar las decisiones de priorización. La idea es simple: aunque no exista consenso sobre cuáles debieran ser los principales criterios para priorizar y de cómo aplicarlos, es muy posible que los actores afectados por las decisiones puedan llegar a un consenso sobre cuál sería un proceso justo para tomarlas (Daniels y Sabin, 2002). Es por ello que la literatura sobre priorización, le está concediendo un espacio creciente al análisis del *proceso de priorización* para entender cómo se están tomando las decisiones, independientemente de la mezcla de criterios que finalmente las estén guiando.

El presente capítulo se encuentra dentro de la anterior línea de pensamiento y es por ello que se discuten a continuación tanto los *criterios* que se han utilizado para diseñar y ajustar los planes de beneficios como los *procesos* que han acompañado estas decisiones en Colombia y México.

1. Colombia

Para facilitar la lectura de este capítulo, hemos dividido el proceso de priorización en tres fases⁹¹: i) Fase I: el diseño inicial del POS que va desde la negociación de la reforma de salud (y con ella del plan de beneficios), hasta la aprobación en la ley de la reforma de salud en 1993 (Ley 100) sobre el alcance, los criterios y los actores a cargo del diseño y ajuste del POS, ii) Fase II: la traducción de los lineamientos generales sobre el POS fijados en la Ley 100 en un listado explícito de beneficios en ambos regímenes y, iii) Fase III: los ajustes de los planes de beneficios en los últimos 14 años de implementación. Reconstruir el proceso de definición y ajuste del POS es, de cierta manera, un trabajo de “arqueología histórica”, máxime, dado que los primeros pasos de este proceso se dieron hace ya casi 20 años. Para hacerlo nos remitiremos a la documentación existente (publicada y no publicada) que aborda el tema del POS, al marco normativo existente, a entrevistas que se hicieron a actores claves en el marco de un proyecto del Ministerio de la Protección Social sobre la historia del POS en Colombia (Giedion y otros, 2007c), a las actas del CNSSS, principal entidad encargada de tomar las decisiones sobre diseño y ajuste del plan de beneficios y, finalmente a conversaciones que se han llevado a cabo con diferentes actores del sistema en el marco de este proyecto.

1.1 Diseño inicial

Esta fase del proceso del diseño del plan de beneficios en Colombia abarca todo el período de preparación del diseño de la reforma de salud y culmina en la aprobación de la Ley 100, que estipula una serie de lineamientos generales sobre el alcance del POS, los criterios de priorización y los actores que estarán a cargo de traducir estos lineamientos generales en un plan detallado de beneficios, así como de ajustarlo en el futuro. Después de presentar brevemente estas decisiones consignadas en la Ley 100, analizaremos el proceso que condujo a ellas y nos preguntaremos cuáles fueron sus principales determinantes.

⁹⁰ Al respecto, el comité concluyó por ejemplo que los servicios odontológicos de rutina eran servicios necesarios y costo efectivos pero el individuo podía asumírselos de su bolsillo.

⁹¹ Esta división sigue lo propuesto en Giedion y otros (2008).

Decisiones sobre alcance del plan de beneficios, criterios de priorización y actores encargados de diseñar y ajustar los planes de beneficios

La Ley 100 establece que antes del año 2001, todos los colombianos tendrían acceso a un plan de beneficios integral y explícito. Así mismo indica que el plan de beneficios del régimen subsidiado equivaldrá en un principio a la mitad del vigente en el régimen contributivo y que a éste se le agregarían gradualmente los servicios de segundo y tercer nivel faltantes, hasta que los dos planes fueran iguales. Se estipula además que el POS-C fuera por lo menos tan amplio como el que venía ofreciendo (en forma no explícita) el ISS (seguro que monopolizaba la afiliación de los trabajadores formales del sector privado). En cuanto a actores y criterios de priorización, es cuando se crea el CNSSS y se indica que una de las funciones de este organismo será el de definir el plan de beneficios del POS-S y POS-C, de actualizar los dos planes de beneficios de “acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema”, así como, de incorporar progresivamente los servicios de segundo y tercer nivel faltantes al POS-S “de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables”, una referencia clara a los trabajos de carga de enfermedad y costo efectividad que estaba desarrollando el país en ese momento. El CNSSS es una entidad corporativa compuesta por representantes del gobierno⁹² y de gremios específicos⁹³, con una participación marginal de los usuarios⁹⁴. El CNSSS es presidido por el Ministerio de la Protección Social (Ariza y Giedion, 2007).

Proceso

El proceso dentro del cual se tomaron las decisiones descritas anteriormente está marcado por seis factores decisivos: i) las restricciones financieras e institucionales del sistema, ii) la adopción de un esquema de aseguramiento universal con participación del sector privado en el aseguramiento, que convierte la definición de un plan de beneficios en una condición necesaria del sistema, iii) la aprobación de la Constitución Política de 1991, iv) la reforma del Estado y la búsqueda de la eficiencia, v) un liderazgo fuerte por parte de un equipo técnico de reforma que operaba bajo la dirección del Dr. Juan Luis Londoño, quien fungió primero como Director de Planeación Nacional (DNP) y, a partir de 1993, como ministro de la salud, era altamente reconocido por su capacidad técnica tanto en Colombia como a nivel internacional, y adicionalmente tenía el apoyo del presidente y de otros actores importantes en el gobierno, y, vi) el ISS cuya influencia se basa no sólo en el poder político de esta entidad, sino también en el hecho de que reflejaba los derechos adquiridos en el marco de la seguridad social en salud de los trabajadores y que representaba la experiencia acumulada más antigua en la provisión de éstos servicios en Colombia. A continuación se describen estos factores determinantes de las decisiones sobre el plan de beneficios durante este período.

Restricciones financieras e institucionales

Según se desprende del único recuento escrito sobre el proceso de adopción de la reforma de salud, el tema del alcance (más no del contenido específico) fue discutido ampliamente con anterioridad a la negociación del proyecto de ley en el Congreso⁹⁵. Los diferentes argumentos expuestos iban desde la defensa de un único plan de beneficios integral, hasta la proposición de crear múltiples planes de beneficios parciales y ajustables a la situación financiera. Las restricciones financieras e institucionales⁹⁶ alentaron finalmente la formulación de un plan más pequeño para el régimen subsidiado. Muy pocos vislumbraban la posibilidad de reducir los beneficios ofrecidos por el ISS, que aunque eran teóricamente ilimitados, se redujeran con tal de ofrecer desde el comienzo, igualdad de coberturas para los pobres y para el resto de la población⁹⁷. Es así como se consolidó la decisión de crear un plan de beneficios más pequeño para la población pobre (régimen subsidiado) que fuera

⁹² Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Hacienda, Secretarías Departamentales y Municipales de Salud.

⁹³ Empleadores, trabajadores activos, pensionados, ISS, EPS, profesionales y usuarios del área rural.

⁹⁴ A excepción del representante de los usuarios del área rural.

⁹⁵ Véase en especial la sección sobre los principales acuerdos y puntos de discusión durante el proceso de discusión de la reforma en Paredes (1994).

⁹⁶ La mayoría de los recursos públicos se asignaban en este momento vía subsidios de oferta la red pública. No se podían transformar estos recursos de una vez en su totalidad ya que esto hubiera causado grandes traumatismos en las entidades del sector público.

⁹⁷ Basado en entrevista hecha al Dr. Mauricio Restrepo, en aquel entonces director de servicios médicos del ISS durante la fase de discusión y negociación de la reforma de salud. En Giedion y otros (2007c).

igualándose con el del régimen contributivo en el transcurso de los primeros siete años de la implementación de la reforma (antes del año 2001).

Aseguramiento y separación de las funciones, la creación de un plan explícito de beneficios como consecuencia natural del diseño de la reforma

La reforma de salud previó la participación del sector privado en el aseguramiento. El establecimiento de un listado específico de servicios a proveer a cambio del pago de una prima establecida por el gobierno, se convirtió así en condición sine qua non en la formulación de la relación contractual entre el gobierno y los aseguradores. Es así como el establecimiento de un plan explícito de beneficios es en parte, resultado de una nueva concepción de la organización del sector de salud.

La Constitución de 1991

Con la adopción de la Constitución de 1991 Colombia se convierte en un Estado garantista de los derechos y libertades fundamentales, e instaura además, la acción de tutela como una herramienta explícita, con términos de tiempo establecidos en la ley, para garantizar la justiciabilidad del derecho a la salud, y de los demás derechos fundamentales. Cabe citar aquí lo señalado por Arango a los demás países de Latino América en el Seminario Internacional sobre Derechos Económicos Sociales y Culturales en México: “La recomendación es en el sentido de observar el caso colombiano como un caso excepcional en el cual, gracias a una serie de factores se logró una Constitución sustantiva, con gran contenido en materia de protección y, al mismo tiempo, unos mecanismos de acción y de justicia constitucional efectivas que ayudan a la consecución de estos derechos” (Arango, 2005 y Castaño, 2006). En este sentido, el establecimiento de un plan explícito de beneficios es también consecuencia de una nueva concepción del Estado donde el ciudadano puede exigir sus derechos plasmados en la Constitución dándose vía a la formulación de un plan de beneficios. Tal como ya lo indicamos en la sección sobre la exigibilidad del POS, la formulación del POS es así, en parte, consecuencia de la traducción de una mera titularidad asistencial en un derecho cuya protección puede solicitarse, directamente, a través de la acción de tutela.

La reforma del estado y la búsqueda de la eficiencia

En cuanto a la reforma del estado que se estaba llevando a cabo al tiempo con el proceso de la reforma de salud, uno de sus objetivos fundamentales era el de mejorar la eficiencia del Estado. Cabe notar que justo en este momento el Banco Mundial publicó su informe “Invertir en Salud” que proponía que el gasto público en salud debiera reorientarse hacia programas más eficaces en función de los costos que contribuyan en mayor medida a mejorar la salud (Banco Mundial, 1993). Es dentro de este contexto que el equipo técnico del Ministerio de Salud (hoy Ministerio de la Protección Social) empezó a trabajar en una propuesta de un plan de beneficios basado en criterios de costo-efectividad. Aunque esta propuesta fue abandonada posteriormente (ver sección sobre implementación), algunos de los lineamientos generales sobre priorización contenidos en la Ley 100, dan fe de esta búsqueda de la eficiencia en la formulación del plan de beneficios. Así por ejemplo se indica que la ruta de expansión del POS-S debiera seguir criterios de “aporte de años de vida saludable”, una clara referencia al concepto de la carga de enfermedad.

Liderazgo, y capacidad técnica e ISS

La capacidad técnica del equipo técnico de la reforma y el apoyo con que contaba su líder, el Dr. Juan Luis Londoño en la presidencia y entre varios actores claves del gobierno de aquel entonces (gobierno Gaviria) ayudaba a que se pudiera pasar una reforma de salud de grandes dimensiones. Cabe notar que la principal discusión política del ejecutivo fue la de la reforma del sector de pensiones y no de salud, y fue sólo gracias a la presión del Congreso, que se incluyó a última hora el tema de salud en el proyecto de ley⁹⁸. Finalmente el proyecto de la reforma había sido discutido ampliamente entre todos los “stakeholder”s antes de llegar al

⁹⁸ La ley 100 tiene dos partes: una de pensiones y otra de salud.

Congreso⁹⁹. Esta combinación de factores explica en gran parte, porqué la reforma de salud logró pasarse “a pupitrazo” y sin demasiadas discusiones políticas con excepción del tema del plan de beneficios del régimen contributivo. Es ahí donde el ISS tuvo una influencia fundamental al lograr que el proyecto de reforma sometido a consideración del Congreso ya indicaba que para los afiliados cotizantes –que en su gran mayoría ya habían estado afiliados al ISS con anterioridad a la reforma–, el contenido del plan sería el contemplado en los decretos del ISS y en particular, en el Decreto 1650 y sus reglamentaciones. Sin embargo, en línea con las ideas del equipo técnico de reforma, liderado por el Dr. Londoño, para el articulado aprobado por el Senado indicaba que “para los beneficiarios (dependientes del cotizante) el gobierno reglamentaría la cobertura de servicios de salud, de tal manera que tengan prioridad aquellas actividades de mayor impacto en salud y que sus costos sean financiables. Para este efecto tendrán prioridad aquellas actividades que minimicen costos y maximicen beneficios de salud¹⁰⁰”. Sin embargo, cuando el texto aprobado en el Senado se sometió a la Cámara, el ISS y los derechos adquiridos volvieron a jugar un papel muy importante. El proyecto de la reforma sólo se aprobó una vez se introdujo un artículo que indica que, tanto cotizantes como beneficiarios, tendrían derecho a las coberturas que se habían garantizado en el ISS antes de la reforma y que estaban consignados en el Decreto 1650 de 1966¹⁰¹. El equipo técnico tuvo que ceder ante esta decisión y sólo logró que se aprobaran copagos para los familiares con el fin de garantizar el plan amplio que se iba a implementar tanto para beneficiarios como para cotizantes (ver sección sobre “alto de la cobertura”). Es así como en la negociación política del proyecto de reforma de salud, la premisa de un plan de beneficios basado en criterios técnicos y principalmente de costo efectividad tuvo que ser abandonada en gran medida. Cabe notar sin embargo, que aún así, el equipo técnico del Ministerio consideraba que el articulado era lo suficientemente general para continuar con la construcción de un plan de beneficios basado en criterios de costo efectividad que maximizara el impacto en la salud de los colombianos¹⁰². Por último, vale la pena anotar que el ISS no influyó sólo la decisión acerca del alcance del plan de beneficios, sino también la conformación del CNSSS. En efecto, el mismo Decreto 1650 mencionado anteriormente, había creado al Consejo de los Seguros Sociales, que funcionaba como un escenario de coordinación entre diferentes actores del régimen de los seguros y que contaba, no sólo con una conformación de actores muy parecida a la del CNSSS, sino que tenía entre sus funciones aspectos tales como la ampliación de los seguros a nuevas contingencias de salud con base en estudios técnicos actuariales y la ampliación de cobertura (Ariza y Giedion, 2007).

Conclusión fase de diseño

La descripción anterior del proceso revela cómo las decisiones generales que se tomaron en esta fase inicial de diseño del POS, fueron influenciados más por el peso de la historia y la fuerza de algunos actores políticos que por la visión técnica sobre cómo priorizar beneficios en un plan explícito. Ello a pesar de que se contaba con un equipo técnico altamente capacitado y con grandes influencias en el ejecutivo. Se muestra además que la creación de un plan explícito y delimitado de beneficios fue la consecuencia natural de haber adoptado un esquema de salud donde se establece una relación contractual entre los aseguradores y el Estado o los afiliados, en la cual se tiene que especificar cuáles son los servicios que tendrá que

⁹⁹ Sobre los acuerdos logrados antes de la negociación del proyecto de reforma en el Congreso ver Ramírez (2008a).

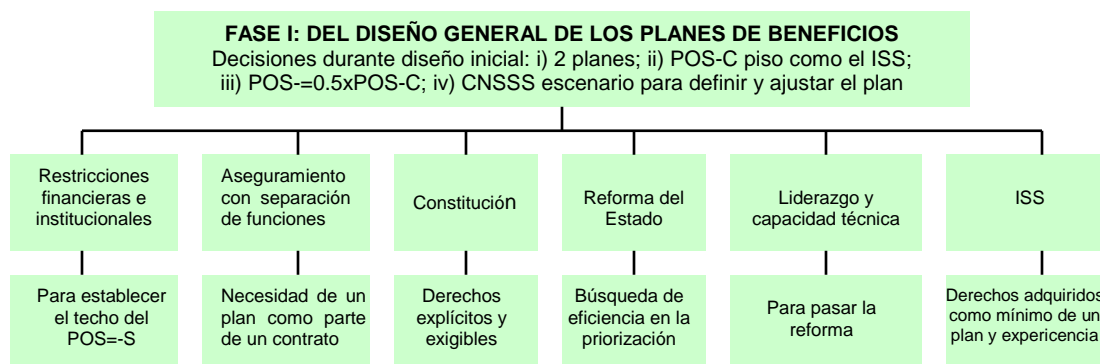
¹⁰⁰ Los cambios introducidos al proyecto original de reforma en el Congreso se describen con gran detalle en Paredes (1994). P.71.

¹⁰¹ En palabras de Nelcy Paredes, asesora clave de Juan Luis Londoño quien lideró el proyecto de la reforma de salud: “Salud iba pasando pegado a pensiones, que era lo que más generaba discusión, mientras que lo de salud en una hora, se aprobaba a pupitrazo. Teníamos [en una primera versión de la Ley] un artículo lo suficientemente general que permitía hacer el ajuste [del plan de beneficios] y como lo teníamos inicialmente [basado en criterios de costo-efectividad], este articulado fue aprobado en el senado, pero la congresista María Cristina Ocampo [representante a la Cámara] armó un escándalo [cuando fue discutido en la Cámara de Representantes], lo de salud pasaba en dos horas, 12 meses en pensión, a pupitrazo, pensiones era lo que estaban discutiendo, le armó a Juan Luis Londoño un tierrero a raíz de la aprobación a pupitrazo de todo el libro de salud, incluyendo el tema del POS que era muy general y que daba las facultades al gobierno para armar un paquete chiquito o grande dependiendo de la plata que hubiera. A raíz de eso se reabrió la discusión y ella fue la que hizo meter que mínimo se debía meter el 1650 [alcance de cobertura en el ISS]; dijimos es suficientemente general, consultas, hospitalizaciones etc. En ese momento quedó la norma del 1650 en general que metió María Cristina Ocampo diciendo que cómo los trabajadores iban a tener menos que lo que tenían en el ISS” (Giedion y otros, 2007c).

¹⁰² Basado en entrevistas con actores claves que participaron en esta fase inicial de diseño. Ibid.

garantizar el asegurador a cambio del pago de una prima. Las principales decisiones, sus determinantes y la relación de éstas con las decisiones se resumen en la lámina 8.

LÁMINA 8 PROCESO: DEL DISEÑO GENERAL DEL POS



Fuente: Elaboración propia.

1.2 De los lineamientos generales a la definición de unos listados explícitos de beneficios en el POS-C y POS-S

Esta fase del proceso del diseño del plan de beneficios en Colombia abarca la fase de traducción de los lineamientos generales contenidos en la Ley 100 en listados detallados de los servicios cubiertos en el POS-C y en el POS-S. Es un período marcado por el afán de consolidar la reglamentación de la reforma en los escasos seis meses que había entre el momento de aprobar la reforma (diciembre del año 1993) y el cambio del gobierno en agosto del 1994 (de Gaviria a Samper). Es la primera vez que se pusieron a prueba las instituciones encargadas de priorizar los planes de beneficios y la información disponible para tomar las decisiones relacionadas¹⁰³.

1.2.1 Decisiones sobre alcance, criterios y actores

En el caso del régimen contributivo el proceso culmina en julio de 1994 con la aprobación por parte del CNSSS de un acuerdo (Acuerdo 8) que, i) fija el alcance general del plan de beneficios como un plan integral cuyo contenido específico está descrito en un manual de actividades llamado MAPIPOS¹⁰⁴, ii) define una lista de exclusiones explícitas, iii) establece como criterios fundamentales para la inclusión de actividades, intervenciones o procedimientos, dentro del POS-C “la mayor efectividad en la utilización de los recursos”-una referencia al concepto de costo efectividad, “la mayor eficacia en términos de los resultados deseados -una referencia a la efectividad clínica, “a un costo que sea social y económicamente viable para el país y la economía” -una referencia al impacto financiero de las inclusiones, “la inclusión de servicios que conduzcan a la solución de los problemas de mayor relevancia en cuanto a morbi-mortalidad, número de años perdidos por discapacidades o muerte temprana y costo-efectividad”-una referencia al perfil epidemiológico y, de nuevo a la costo efectividad e, iv) introduce el concepto de las guías de manejo clínico (comenzando por el tratamiento de enfermedades catastróficas) como herramienta para garantizar tanto la calidad como la eficiencia en el manejo de las enfermedades cubiertas en el POS (un concepto que se retomó en la práctica sólo a partir del año 2003).

En el caso del régimen subsidiado, el proceso culmina en julio y agosto de 1994 con la aprobación de los Acuerdos 09 y el Decreto 1895 por parte del Consejo que i) define un POS-S inicial

¹⁰³ Se hace referencia a estos dos temas a razón de un artículo de Klein y Williams identificando la información y las instituciones adecuadas como los dos ingredientes indispensables para un buen proceso de priorización.

¹⁰⁴ Resolución 5261 de 1994.

que prioriza las atenciones del primer nivel de atención indicando que no sólo, ello permitirá abordar los principales problemas de salud de la población pobre, sino que además éstos servicios son los más costo efectivos para hacerlo¹⁰⁵, ii) indica que el primer paso en la ruta de convergencia del POS-S y POS-C (ver sección anterior) llevará a la inclusión del conjunto de intervenciones de mayor costo en razón a que el plan de beneficios no sólo debe mejorar la salud sino también proveer protección financiera a las familias¹⁰⁶. iii) establece como criterios de priorización al igual que para el POS-C, el perfil epidemiológico, la razón costo-efectividad y la coherencia con las disponibilidades financieras, así como con los recursos físicos y humanos del sistema de salud (Paredes, 1994, p.211).

Finalmente el CNSSS aprueba en este período la conformación de una Comisión Técnica Asesora del CNSSS para Política de Medicamentos, de carácter técnico y quien es encargado de revisar periódicamente lo concerniente a ajuste de la lista de medicamentos cubiertos por el POS-C y POS-S (Acta CNSSS 2, Junio 16/94 y Acta 3 CNSSS, 1 de julio/94). La creación de esta Comisión constituyó el primer paso en la construcción de una institución técnica específicamente encargada de evaluar los listados de medicamentos del POS y de proponer su ajuste a pesar de que no tuvo el tiempo de operar en esta fase de diseño del POS y, además, sólo abordaría temas de medicamentos y no las demás tecnologías del POS.

1.2.2 Proceso

Régimen contributivo. La reforma de salud incluyó un artículo que indicaba que el plan de beneficios del régimen contributivo no podía ser inferior al que se venía ofreciendo en el ISS (Ley 100, Art. 162). Sin embargo y tal como indicamos anteriormente, el equipo técnico del Ministerio siguió adelante en su proyecto de diseño de un plan de beneficios limitado y construido con base en criterios de costo efectividad porque consideraba que la referencia al ISS era lo suficientemente general para dejar abierto el camino a un plan de esta naturaleza¹⁰⁷. Una vez que fueron hechos los cálculos de la carga de enfermedad, se armaron paquetes de opciones terapéuticas para cada una de las enfermedades, se consiguió información sobre el costo de éstas en Colombia y se calculó la efectividad de cada tratamiento en términos de años de vida saludables ganados¹⁰⁸. Este trabajo contó no sólo con un apoyo financiero importante, sino también con la asistencia técnica de algunos de los pioneros de renombre mundial en materia de cálculos de carga de enfermedad y costo efectividad¹⁰⁹. Con base en este trabajo se presentó ante el CNSSS en mayo de 1994 y a escasos cinco meses después de haberse aprobada la reforma de salud, una propuesta técnica de un POS-C que pretendía abarcar todas las patologías pero con un número limitado de intervenciones. Sin embargo, esta propuesta fue rechazada por el CNSSS, en parte porque el plan era mucho más limitado del plan casi ilimitado que —por lo menos teóricamente— venía ofreciendo el ISS, y en parte porque existían dudas sobre la credibilidad de la información utilizada para hacer los cálculos¹¹⁰. Además, en opinión de la Dra. Paredes quien lideraba en este momento la reglamentación de la Ley 100, también faltó tiempo para refinar

¹⁰⁵ "...las poblaciones tienen mayores deficiencias en la atención de patologías que pueden ser resueltas con intervenciones típicas del primer nivel de atención..." y que, además que "...a un resultado similar se llega cuando se evalúan las diferentes intervenciones según su costo-efectividad..." (Paredes, 1994, p. 211).

¹⁰⁶ "...aunque no presentan un gasto muy alto para el sistema en su conjunto, sí ponen en cuestión la estabilidad financiera de las familias..." (ibídem 218)

¹⁰⁷ Basado en entrevistas con Nelcy Paredes, que en ese momento estaba encargada de la reglamentación de la Ley 100 y con María Luisa Escobar, quien lideraba el proyecto de carga de enfermedad y construcción de un plan de beneficios basado en criterios técnicos.

¹⁰⁸ Este trabajo se encuentra descrito con mucho detalle en un estudio de caso elaborado por el Banco Mundial (Plaza, 1995).

¹⁰⁹ El trabajo fue hecho con la participación directa de Chris Murray de la Universidad de Harvard y de José Luis Bobadilla y Julio Frenk de la Fundación Mexicana para la Salud. Así mismo participó el Profesor Bill Hsiao de la Universidad de Harvard en muchas de las discusiones.

¹¹⁰ Según Eduardo Alvarado, "...ese ejercicio no contaba con información real nuestra..., aquí lo único que sabíamos específicamente era que el ISS funcionaba con sus costos y con su plan pero si uno le iba a pedir información al ISS, dígame cuanto le cuesta cada cosa, discrimine, frecuencias no las había, entonces había una información muy complicada en ese sentido, pero se trabajaba en ese proyecto con información de frecuencia de otras partes, un poco de costos de otras partes, y se intentó adoptar un Plan. Este alcanzó a presentarse al Consejo, pero no aguantó media hora de discusión, inmediatamente, de alguna manera cosas que algunos habíamos advertido se hicieron evidentes allí, empezando por la reacción de la Presidenta del ISS, obviamente las implicaciones de eso Juan Luis [Londoño] entendió y dijo que había que replantear el tema y por eso se replanteó hacia el modelo de reconocer el 1650 que estaba en la Ley..." en Giedion y otros (2007c).

los ejercicios presentados ya que no solo se avecinaba un cambio de gobierno, sino que ya quedaba claro que la nueva dirección del Ministerio probablemente no iba a ser muy favorable a la Ley 100. Resultaba así de vital importancia, “amarrar” la reforma con una reglamentación lo más completa posible antes del cambio de gobierno en agosto del 94¹¹¹. Como resultado, el Ministerio de Salud elaboró en menos de dos meses, una nueva propuesta mucho menos técnica pero muy pragmática, en vista de las restricciones políticas y de tiempo. Esta vez recurrió al manual tarifario del ISS para establecer el listado de los servicios que se irían a cubrir y se recurrió a información del ISS además de la de algunas cajas de compensación familiar para costear el plan de beneficios¹¹². Al parecer, los ejercicios de la carga de enfermedad y los cálculos de costo efectividad de las intervenciones médicas sólo sirvieron para excluir algunos servicios del POS-C¹¹³ y para consignar en la normatividad algunas referencias a costo efectividad, carga de enfermedad y efectividad clínica, como criterios para la priorización.

En el caso del régimen subsidiado y el POS-S, el proceso de priorización siguió un camino distinto con otro equipo técnico, una metodología diferente y mucho menos tropiezos¹¹⁴. Un equipo técnico del Ministerio de Salud venía diseñando desde 1993 el programa de las ESS, dentro de este proyecto, el equipo técnico del Ministerio de Salud venía trabajando en la construcción de un plan de beneficios (ver también sección sobre antecedentes en el capítulo I). Inicialmente estaba previsto ofrecer un paquete muy básico de 20 mil pesos (en comparación a los 140 mil pesos con el que arrancó el POS-C) pero cuando en diciembre de 1993 la Ley 100 estipuló que en su punto de partida el POS-S incluiría un plan de servicios de salud de primer nivel de atención por un valor equivalente al 50% de la UPC, el equipo técnico de las ESS ajustó el techo presupuestal para sus cálculos del plan de beneficios de 20 mil a 59 mil pesos (Acuerdo 09/1995). Fue así como el equipo técnico para el diseño y ajuste del POS-S surgió a partir del grupo que había diseñado el programa de ESS. Para el diseño del paquete básico de las ESS y luego del POS-S, sirvió principalmente como referencia, la experiencia y la información de los programas anteriores de prevención y promoción del Ministerio de Salud. El principal criterio de priorización se basó en los problemas de salud prevalentes en los diferentes grupos étnicos de la población analizados a partir de los datos disponibles sobre morbi-mortalidad y, lo que es curioso, *no* a partir del estudio de la carga de enfermedad que otro equipo técnico del Ministerio acababa de finalizar. A partir de ahí, para concluir el diseño del POS-S, se establecieron las intervenciones de primer nivel requeridas para abordar los problemas de salud y se buscaron datos sobre frecuencias y costos para éstos. Este POS-S fue aceptado sin mayor oposición en agosto de 1994 y fueron las mismas ESS que empezaron a ofrecer este nuevo POS-S en la segunda mitad de 1994. Cabe notar que desde el comienzo, el equipo técnico del Ministerio de Salud consideraba que el plan de beneficios del régimen subsidiado no sólo debería solucionar los principales problemas de salud de sus afiliados sino que también debería proveer protección financiera a las familias en caso de enfermedad. Es por ello que el CNSSS aprobó que la primera inclusión al POS-S debía llevar a la inclusión de las enfermedades de alto costo (lo que se llevó a cabo dos años después, en el año 1996) en razón a que ello “permitiría la atención relativamente temprana de las intervenciones costosas que, aunque no representan un gasto muy alto para sistema en su conjunto, sí ponen en cuestión la estabilidad financiera de las familias” (Paredes, 1994).

A la pregunta sobre porqué la construcción del POS-C y del POS-S siguieron caminos tan distintos, los implicados invocan restricciones de tiempo, enfoques distintos, etc, los actores que fueron testigos directos de los hechos, parecen indicar que fue más que todo por razones de pragmatismo, donde un equipo técnico ya venía trabajando en la constitución de un paquete básico mientras que otro equipo comenzó a trabajar en los temas de costo efectividad y carga de enfermedad con miras a construir el POS del régimen contributivo, además de que no se contaba con mucho tiempo para armonizar los dos trabajos.

¹¹¹ Basado en entrevista a Nelcy Paredes (op.cit.).

¹¹² Basado en entrevista al Dr. Luis Gonzalo Morales quien participó en esta fase de diseño del POS-C.

¹¹³ Ibid.

¹¹⁴ Este recuento está basado en conversaciones de la autora con Heidi Amaya, una de las personas que conformaba el equipo técnico de las ESS (Amaya, 2009).

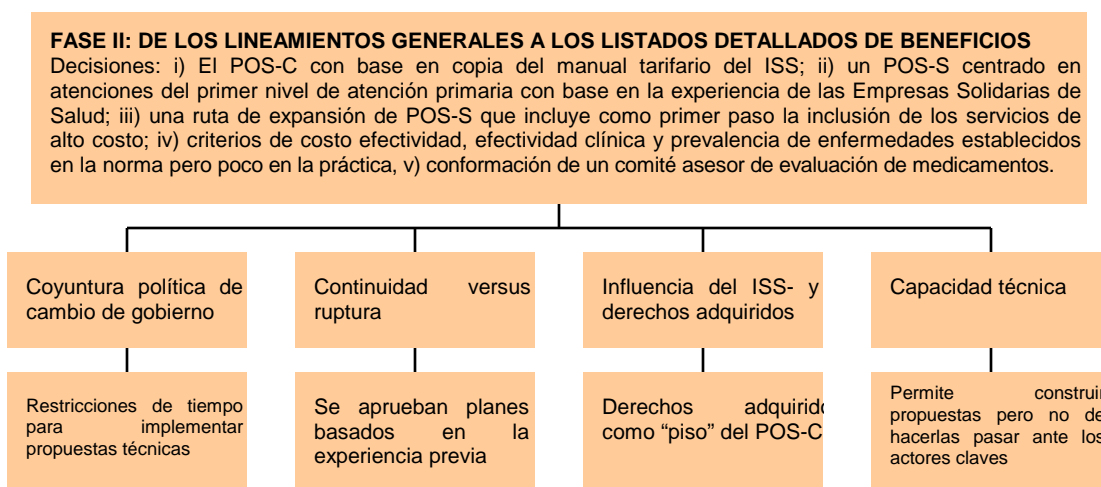
Por último, cabe hacer notar que aunque en esta segunda fase de diseño, el Ministerio de Salud contaba posiblemente con el mejor equipo técnico y con recursos financieros sustanciales para apoyar el proceso técnico, no alcanzó a consolidar ni a aprobar una metodología detallada o un manual de priorización lo suficientemente concreto como para facilitar el proceso de priorización en el futuro.

1.2.3 Conclusión

Como indica la anterior descripción, las decisiones sobre el diseño y criterios, son el resultado de una coyuntura política de cambio de gobierno donde apremiaba la rápida toma de decisiones y donde las propuestas técnicas sobre el diseño del POS tuvieron que sacrificarse ante la necesidad de dejar ‘amarrada’ (reglamentada) la reforma de salud antes del cambio de gobierno. No hubo tiempo para terminar los diseños técnicos, no hubo tiempo para grandes discusiones sobre priorización y finalmente prevaleció lo que ya se venía ofreciendo en el ISS para el régimen contributivo y lo que se había diseñado en el contexto de las ESS en el caso del régimen subsidiado. Aunque el marco normativo que se aprobó hace referencia explícita a la necesidad de aplicar criterios técnicos al proceso de priorización, ello permanece, por el momento una meta a cumplir en el futuro más que una realidad.

Lo descrito en esta sección se sintetiza en la lámina 9.

LÁMINA 9 PROCESO: DE LOS LINEAMIENTOS GENERALES A LOS LISTADOS DETALLADOS



Fuente: Elaboración propia.

1.3 Ajuste y actualización del POS-S y POS-C

Esta tercera etapa del proceso de priorización en Colombia abarca los 14 años de priorización que han transcurrido desde que se aprobaron en 1994 los planes POS-S y POS-C hasta el momento en que la Corte Constitucional emitió en agosto del año 2008, una sentencia ordenando la aclaración, actualización y unificación de los dos planes de salud.

1.3.1 Decisiones sobre inclusiones e instituciones

Las inclusiones que se hicieron en este período se describieron en el capítulo anterior, así que nos limitaremos a describir aquí las principales decisiones que se hicieron sobre instituciones a cargo de la priorización. Al respecto, este período ve la creación y consolidación de un comité técnico asesor del CNSSS de evaluación de tecnologías; en 1997 la anterior Comisión Técnica Asesora del CNSSS para Política de Medicamentos (creada en 1994, ver sección anterior) es institucionalizada mediante la creación del Comité Técnico Asesor de Medicamentos (CTAM, Acuerdo 51/1997) encargado de hacer

recomendaciones al CNSSS sobre la actualización del listado de medicamentos cubiertos en el POS. Las funciones de este comité, son luego ampliados en el año 2002 para abarcar no sólo el tema de medicamentos sino de las tecnologías médicas en general. Con ello nace el Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología, CMET (Acuerdo 232/2002). Se decide que este comité deberá reunirse mensualmente, que trabajará *ad honorem* y que estará compuesto por un equipo multidisciplinario (médicos, epidemiólogos, economistas y representantes del MPS). Además se establece una ruta institucional clara para la inclusión de nuevas tecnologías al POS que fue descrita en el segundo capítulo de este informe. *Procesos para la actualización del POS-S y POS-C.*

1.3.2 Proceso

La revisión de la documentación sobre priorización en Colombia, tomado de las actas del CNSSS, de entrevistas estructuradas con actores que participaron en diferentes momentos y diferentes niveles de la ruta institucional de la priorización descrita anteriormente (capítulo II), así como la revisión de las inclusiones hechas durante el período (ver el capítulo III, sección sobre lo “profundo de la cobertura en Colombia”) permiten identificar como características centrales del proceso, las siguientes: i) Ausencia de metodología rutinaria para la priorización. Las inclusiones que se han hecho al POS en Colombia no han respondido a una visión común sobre los criterios a priorizar a la hora de formular recomendaciones o tomar decisiones y, mucho menos a la aplicación de una metodología estándar que permitiría establecer prioridades respecto a los servicios aún no cubiertos en los planes de beneficios. Es así como los criterios invocados para justificar una nueva conclusión parecen haber cambiado a conveniencia y según la tecnología específica considerada en cada momento. A manera de ejemplo, el recuadro 5 describe la heterogeneidad en los criterios invocados en los acuerdos que acompañaron las inclusiones a lo largo de todo este período. Ello concuerda con los comentarios que hicimos en el capítulo III al analizar la lista de inclusiones. ii) Falta de interés por parte del regulador. El CNSSS no ha ejercido su papel como el principal organismo colectivo de formulación de políticas en torno a los planes de beneficios. Es así como el tema de los planes de beneficios ha ocupado un rol marginal en las discusiones de esta máxima entidad reguladora y formuladora del CNSSS. Así por ejemplo, ninguna de las más de 200 actas de las sesiones del CNSSS, le concede un espacio importante al tema de la priorización. Las discusiones que se dan en el consejo alrededor del POS giran alrededor de inclusiones puntuales y se centran en la negociación del aumento de la UPC y del impacto en el equilibrio financiero del sistema que se deriva de éstas¹¹⁵. De la misma manera, las propuestas anuales de actualización del POS que tiene que someter el CMET al CNSSS reciben poca atención por parte de los consejeros: no son discutidas por el CNSSS o llegan con mucho atraso y sin espacio importante en las discusiones¹¹⁶. Lo anterior es importante en la medida en que indica un interés muy limitado del CNSSS en el tema de los planes de beneficios. En estas circunstancias es difícil pensar que se consolide un marco de referencia claro y coherente para la priorización y el ajuste del POS; mientras que no haya demanda, difícilmente se generarán la información y las estructuras institucionales adecuadas para la priorización en Colombia. iii) Actitud reactiva y no proactiva en la actualización de los planes de beneficios. Así, según un análisis de Cubillos, la mayoría de las propuestas de inclusiones han surgido por fuera del CNSSS, del MPS o del CMET (Cubillos, 2006). Lo anterior es un indicio de la falta de liderazgo

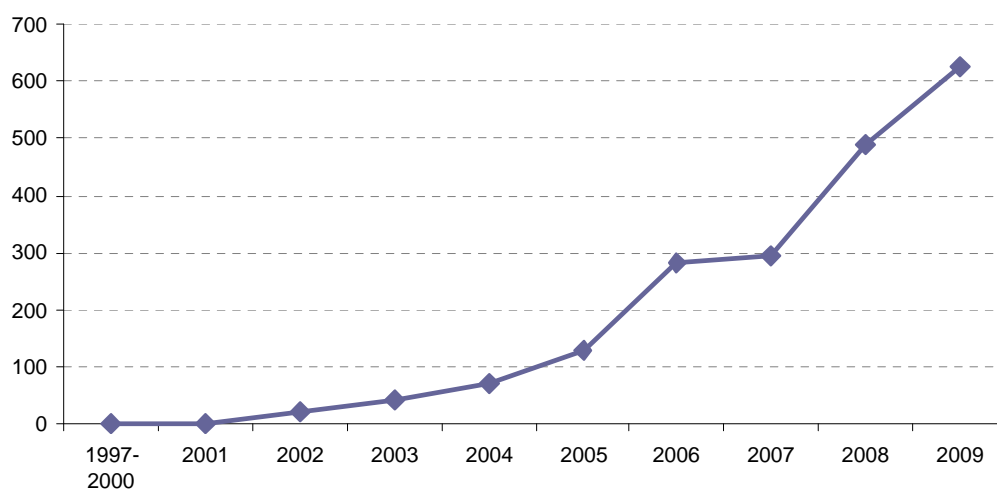
¹¹⁵ Al respecto nos indica Gabriel Carrasquilla quien fue miembro del CNSSS: “La inclusión de la colecistectomía laparoscópica se hizo en parte por un estudio nuestro en donde demostramos que era más costo-efectiva, era más barato hacer colecistectomía laparoscópica que una colecistectomía abierta. Eso lo entendió el Consejo claramente pero no lo aprobó en la sesión donde yo presenté los resultados de la investigación, a pesar de que la evidencia era clarísima de los datos que se estaban presentando, hasta que el Ministerio de Hacienda no volviera a hacer la evaluación de si realmente era más costo-efectivo. Eso por mostrarle de quién marca la pauta de inclusión en el POS; no es en beneficio de la salud de la población sino en beneficio de la estabilidad de la UPC. Nunca interesa la salud de la población, interesa la estabilidad financiera del sistema, eso no le ponen equilibrio; lo importante es eso: cuánto me va afectar la UPC a ver si se mantiene o no se mantiene la estabilidad financiera, la salud de la población...” (Giedion y otros, 2007c).

¹¹⁶ Al respecto nos indica Mauricio Vélez quien fue miembro del CMET: “el problema grande, incluso en el último acuerdo [246/2003] que reglamentó ese comité [CMET], se le decía al comité que cada año debía presentar mínimo una propuesta al año [sobre la revisión del Manual de Medicamentos adoptado por el CNSSS y un estudio sobre la evaluación de tecnología: insumos, dispositivos y procedimientos que se hayan revisado a la fecha, indicando las inclusiones o exclusiones a que haya lugar] entonces si no se presentaba el documento, se mandaba el documento para que se viera que sí lo habían mandado pero no se agendaba debidamente y no se le daba tiempo y las dos o tres veces que se dio siempre era en puntos varios, a lo último en diez minutos, jamás en la historia se ha citado un buen Consejo donde el punto único sea: vamos a discutir la actualización del POS, jamás se ha citado.”

del MPS en esta materia. Además, conviene preguntarse si al depender de propuestas externas en vez de iniciativas propuestas, se está incrementando la vulnerabilidad de la priorización a intereses externos, dado que no existe una metodología consolidada para la priorización en Colombia. iv) Influencia creciente de la rama judicial sobre los servicios a financiar. La rama judicial ha tenido un poder creciente sobre los servicios que tienen que financiarse dentro del sistema de aseguramiento colombiano. Lo anterior se ilustra con los siguientes tres hechos: *Primero*, los colombianos están interponiendo un número creciente de acciones de tutela para solicitar servicios no incluidos en el POS en nombre de la protección de los derechos fundamentales consignados en la Constitución. Dado que hasta el año 2008 el derecho a la salud no era considerado como derecho fundamental, los servicios no incluidos en el POS se solicitaban con base en la conexión del derecho de vida digna con el derecho de la salud. Cuando las tutelas proceden, el SGSSS tiene que entregar y financiar los servicios solicitados, aun cuando éstos estén por fuera de los límites del POS. El crecimiento de los recobros por tutela ha sido muy importante como lo indica el siguiente gráfico. El crecimiento desbordado de las tutelas es, quizás el tema más crítico en el sistema colombiano ya que está amenazando seriamente el equilibrio financiero del sistema. Como se puede apreciar en el gráfico 3, se proyecta que en el presente año (2009), el sector público gastó ya más de 600 millones de dólares en servicios no incluidos en el POS, lo que equivale aproximadamente a un 12% de los recursos que se asignan a la financiación del POS-S y POS-C. La situación es aún más grave debido a que sólo una minoría de estas solicitudes de servicios no incluidos en el POS provienen de la población más vulnerable. Las dimensiones que ha tomado este tema indican que poco a poco se están desdibujando los límites del POS y se está creando un POS paralelo por orden judicial. Este tema es de gran importancia no sólo para Colombia, puesto que en otros países del continente se ha venido presentando una situación similar (Brasil, Argentina y Costa Rica para nombrar sino algunos). *Segundo*, varias inclusiones al POS se hicieron por ordenes judiciales en algunos casos en contra de la evidencia sometida por el CMET y de las deliberaciones del CNSSS¹¹⁷.

GRÁFICO 3
LA IMPORTANCIA DE DELIMITAR. EVOLUCIÓN DE RECOBROS AL FOSYGA POR SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL POS, COLOMBIA 1997-2009^a

(En millones de dólares)



Fuente: Ministerio de la Protección Social, 2008.

^a Los datos para 2008 son preliminares y los del año 2009 son proyecciones. Tasa de cambio (TC) del 31 de diciembre del año respectivo con excepción del 2009 que tiene la TC del 31 de marzo

¹¹⁷ Este fue el caso de la inclusión del ácido zoledrónico mediante el Acuerdo 263 del 2004 en cuya sección se establece que se adopta este medicamento por orden del Consejo de Estado en ausencia de evidencia sobre su eficacia y en contra de las recomendaciones del CMET.

Tercero y último, la Corte Constitucional (y no el CNSSS) ordenó en agosto del año 2008 la aclaración, actualización y unificación de los dos planes de beneficios y estipuló además, que a partir de este momento, el derecho a la salud es un derecho fundamental y por ende, tutelable sin necesidad de demostrar la conexión con algún otro derecho fundamental, siempre y cuando los servicios de salud que se soliciten, estén avalados por el médico tratante (Corte Constitucional de Colombia, 2008a). Con lo anterior parecería que la Corte Constitucional está tomando decisiones que se esperaba debieran ser tomadas por los actores sectoriales (MPS) y no por las instancias judiciales. Recientemente se han visto emerger algunos hechos positivos entre los cuales podemos mencionar los siguientes: *primero*, hoy en día la mayoría de las solicitudes de inclusiones siguen en forma rigurosa la ruta institucional establecida; *segundo*, las inclusiones al POS se hacen con base en las Guías de Práctica Clínica (GPC) y con base en una visión integral de atención de patologías, en vez de un análisis aislado de algunas tecnologías puntuales; *tercero*, el CMET se ha consolidado como actor evaluador de las propuestas de inclusiones, lo que se refleja por ejemplo, en el hecho de que los últimos acuerdos de inclusiones se refieren en forma rutinaria a las recomendaciones del CMET, mientras que sólo unos pocos años atrás, el CMET tenía muy poca capacidad para incidir en las decisiones del CNSSS¹¹⁸. Así mismo, el CMET ha avanzado en la estandarización y refinamiento de la documentación solicitada a los proponentes de nuevas inclusiones y, finalmente; *cuarto*, el MPS, y en especial su Dirección de Aseguramiento, ha retomado un papel más protagónico en el tema de los planes de beneficios, lo que se desprende, por ejemplo, del hecho de que las propuestas de las últimas inclusiones (VIH/SIDA, HTA y DM) provinieron del MPS y no de actores externos, y que desde comienzos del año 2007, el MPS ha empezado a compartir su visión sobre el POS en Colombia en varios de los foros nacionales sobre el sector de la salud que se han organizado desde entonces (Ministerio de la Protección Social, Dirección de Aseguramiento y Cubillos, 2007).

RECUADRO 5 HETEROGENEIDAD EN LOS CRITERIOS INVOCADOS PARA JUSTIFICAR INCLUSIONES

Protección financiera (Acuerdo 313/2005: colecistectomía laparoscópica en el POS-C y POS-S; Acuerdo 267/2004: definición de beneficios para subsidios parciales dentro del RS: atención integral al menor de un año, embarazada y cuarto nivel correspondiente a la atención para alto costo).

Costo-efectividad (Acuerdo 83/1997: actualización del manual de medicamentos; Acuerdo 226/2002: Acelerador Lineal para Teleterapia; Acuerdo 228/2002 de 2002: actualización de manual de medicamentos; Acuerdo 267/2004: ya referenciado; Acuerdo 282/2004: colposcopia con biopsia y stent coronario en el POS-S; Acuerdo 282/2004: inclusión del trasplante hepático en el POS-C, Acuerdo 336/2006: inclusiones para el tratamiento de VIH y enfermedad renal crónica a partir de recomendaciones de las guías de práctica clínica en el POS-C y POS-S).

Necesidades en salud (Acuerdo 72/1997: Tratamientos de Ortopedia y Traumatología, Tratamiento estrabismo niños <5 años, cataratas cualquier edad. Cirugías de aorta, cava, vasos pulmonares, insuficiencia renal, gran quemado en el POS-S); Acuerdo 117/1998, prevención para enfermedades de interés en salud pública para el POS-S y el POS-C; Acuerdos 302/2005, mallas para herniorrafia, 282/2004, 267/2004: mencionado arriba; Acuerdo 313/2005: mencionado arriba, Acuerdo 336/2006: mencionado arriba, Acuerdo 350/2006: Interrupción Voluntaria del Embarazo en el POS-C y el POS-S; Acuerdo 356/2007: esterilización masculina en el POS-S).

Impacto generado en el sistema por los recobros de prestaciones no incluidas en el POS (Acuerdo 254 de Acuerdo 282 de 2004: trasplante hepático en el POS-C; Acuerdo 302/2005: mencionado arriba).

Criterios que no se consideran de orden técnico; inclusión por cumplimiento de una sentencia judicial ((Acuerdo 263 de 2004: Zolendronato, 350/2006: Interrupción Voluntaria del Embarazo); inclusión para mejorar la situación financiera de los hospitales públicos (Acta 46 del CNSSS; Acuerdo 72/1997: Tratamientos de Ortopedia y Traumatología, Tratamiento estrabismo niños <5 años, cataratas cualquier edad, Cirugías de aorta, cava, vasos pulmonares, insuficiencia renal, gran quemado (Alto Costo); inclusión por coyuntura política (escándalo sobre crecimiento de embarazos en adolescentes (Acuerdo 350/2006: Interrupción Voluntaria del Embarazo en el POS-C y el POS-S).

Fuente: Ariza y Giedion, 2007.

¹¹⁸ Una consultoría realizada por Cubillos (Cubillos, 2006) para el MPS encontró que el CNSSS hizo caso omiso de 50% de las

1.3.4 Conclusiones

La anterior descripción deja entrever un proceso errático de priorización, poco transparente y sin orientación clara. Ello a pesar de que empiezan a emerger algunas tendencias positivas hacia el final del período. Pareciera que la priorización del plan de beneficios y su rol, como herramienta estratégica para orientar el gasto de salud hacia aquellas intervenciones de mayor relevancia para la población, no se ha aprovechado, ya que ni el principal organismo de concertación del sistemas de salud colombiano, el CNSSS, ni el MPS, como entidad encargada de proveer el liderazgo en materia de políticas de salud, le han dado mucha importancia al tema. Otros actores parecen haber llenado el vacío dejado por estos dos actores: la rama judicial y los actores externos solicitando inclusiones. Todo lo anterior a pesar de haberse consolidado una ruta institucional más clara para la inclusión de nuevas tecnologías en el POS, de haberse creado un comité técnico encargado de evaluar las propuestas y de haberse explicitado desde el comienzo de la reforma, los criterios que deberían orientar el proceso de priorización. Qué es entonces lo que ha fallado? Williams y Klein argumentan que un proceso de priorización debiera contar con objetivos claros e información adecuada sobre costos y resultados (Williams) y con instituciones fuertes (Klein) (Klein y Ham, 2000). Aunque Klein y Williams no llegan a un acuerdo sobre la importancia relativa de estos dos aspectos, parece claro que en el caso de Colombia han hecho falta ambos; los objetivos no han sido muy claros ni explícitos, tal como se describió en una sección anterior, y no sorprende por lo tanto, el uso errático de diferentes criterios de priorización a lo largo del período. Así mismo, no se ha contado con información epidemiológica básica de los colombianos, de costos, frecuencia, resultados, disponibilidad de recursos humanos y oferta de las intervenciones en el contexto colombiano. Al respecto, una revisión de la documentación existente que apoyaba las decisiones de ajuste del POS y de la UPC concluye: “Existen limitaciones en la disponibilidad de la información y los datos necesarios para realizar los estudios, lo cual se menciona en algunos de los documentos [que apoyaron las decisiones del CNSSS] de manera explícita y se puede concluir con base en las fuentes citadas en dichos documentos. Existen varias facetas de este problema, que la información disponible no sea la *adecuada* para realizar las evaluaciones que pretende realizar el sistema acerca de la UPC y el POS; que simplemente *no haya acceso* a ningún tipo de información de manera sistemática; que los problemas de *calidad de la información* no permitan la utilización de la información disponible. Esto conlleva a una alta incertidumbre al tomar las decisiones del sistema y en especial a que éstas, sean tomadas con base en información parcial” (Camacho, 2003). Esta apreciación concuerda con las percepciones de los actores que han participado en los procesos de priorización (Giedion y otros, 2007c) y con las repetidas alusiones a la carencia de información que aparecen en las actas del CNSSS¹¹⁹. La ausencia de evidencia sólida para tomar decisiones viene acompañada de la ausencia de una metodología estándar y rutinaria para estudiar las inclusiones. Cubillos concluye al respecto: “La ausencia de una metodología explícita en la formulación de los conceptos emitidos por el Comité, dificulta su reproducibilidad en otro escenario o en otro momento de tiempo” (Cubillos, 2006). Ahora, la falta de una ruta clara en la priorización en Colombia no sólo se explica por deficiencias técnicas de información y de metodologías, también radica en la debilidad en sus instituciones encargadas de este proceso. Conscientes de que las discusiones sobre inclusiones no deberían darse sólo en la arena política del organismo de concertación (el CNSSS), sino que deberían apoyarse en las recomendaciones de una entidad técnica e independiente, el CNSSS decidió crear el comité asesor de medicamentos (y más tarde el de tecnología). Sin embargo, este comité funciona *ad honorem*, sesiona sólo una vez al mes y no cuenta con recursos propios para adelantar los estudios necesarios para evaluar las propuestas de inclusiones sometidas por otros actores, o de hacer propuestas de actualizaciones del POS. Dentro de estas restricciones, el comité ha recurrido con frecuencia al MPS y principalmente a la Dirección de Aseguramiento y de Salud Pública para solicitar los estudios técnicos requeridos. Sin embargo, estas direcciones tampoco cuentan con el recurso técnico y financiero suficiente para asumir plenamente esta tarea.

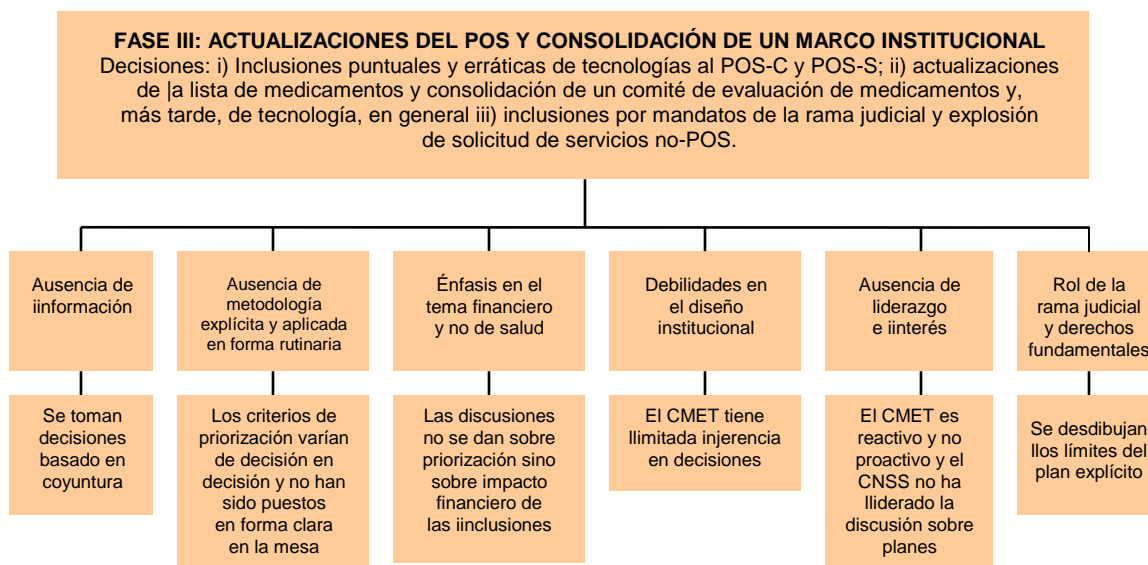
recomendaciones de inclusión del CMET aunque aceptó la totalidad de las recomendaciones de no inclusión al POS.

¹¹⁹ Véase por ejemplo Acta 37 de enero de 1997 del CNSSS donde el Director de Gestión de Demanda y Secretario Técnico del CNSSS, el Dr. Alvarado, concluye: “No hay suficiente información que permita evaluar el equilibrio del sistema entre POS y UPC dado que aunque se ha logrado avanzar en establecer algunos costos de los servicios de salud para efectos de la definición del manual tarifario no contamos con un reporte actualizado, metódico y periódico de la utilización de los servicios, que permita establecer frecuencias y cruzarlas con los costos para establecer un valor estimado del POS comparable con los valores actuales de UPC”.

El análisis anterior indicaría que el mejoramiento del proceso de priorización en Colombia depende del fortalecimiento de las instituciones, de la mejoría de la calidad y disponibilidad de información, del establecimiento claro de los objetivos y de la adopción de unas metodologías estándar para orientar las decisiones de ajuste de los planes. Sin embargo, aún si se hicieran mejoras importantes en todos estos aspectos, ello no sería suficiente para lograr introducir cambios significativos en el proceso de la toma de decisiones. Para ello se requerirá un elemento adicional, fundamental a nuestra manera de ver, para reorientar el proceso de priorización: la *demand*a por ello por parte de los reguladores y orientadores de la política de salud en Colombia, es decir el CNSSS y el MPS. Ahora, el interés en el tema de los planes de beneficios surge en la medida en que exista la necesidad para ello. Dos hechos —relacionados entre sí— explican por qué Colombia está en este momento entrando en una nueva fase de priorización, donde el tema de los planes de beneficios está en el centro de la mayoría de los debates que se están dando hoy en el sector de salud colombiano: la explosión de la solicitud de servicios por fuera del POS y su amenaza para la sustentabilidad financiera del sistema y la reciente sentencia de la Corte Constitucional que transforma el derecho de salud en un derecho fundamental y que obliga al MPS a aclarar, actualizar y unificar el plan de beneficios.

La lámina 10 cierra esta sección con un resumen de las principales decisiones de priorización hechas en este período y de los determinantes y consecuencias de éstos.

LÁMINA 10 DECISIONES DE PRIORIZACIÓN EN LA FASE DE AJUSTE DEL POS-S Y POS-C



Fuente: Elaboración propia.

2. México

De manera similar al caso colombiano, el proceso de priorización de México se divide en tres partes. En la primera parte, se presentan tres factores que aunque no fueron exclusivos, jugaron un papel decisivo en el proceso de toma de decisiones relacionadas a los paquetes del SP a saber: (i) los límites presupuestales, (ii) la capacidad resolutoria existente del sistema de salud y (iii) la capacidad técnica. En la segunda parte se presenta, tanto la fase de diseño original, así como del ajuste de CAUSES. Finalmente en la tercera parte, se discute la fase de diseño original y del ajuste del paquete del FPGC.

2.1 Factores decisivos en el proceso de priorización de México

2.1.1 Límites presupuestales

Para la definición de las intervenciones/enfermedades incluidas en los paquetes del Seguro Popular se desarrollaron dos tipos de costeo que se aplicó a un conjunto de intervenciones que formaron una especie de catálogo provisional de donde se seleccionaron las que formarían parte de los paquetes con los que se daría inicio a la operación del nuevo sistema. El primer tipo de costeo fue de abajo hacia arriba (micro-costeo), para lo cual se elaboró la función de producción para cada una de estas intervenciones, tomando en cuenta todos los insumos necesarios para ofrecerlas (infraestructura, recursos humanos y equipamiento), para ello, se llevó a cabo una detallada descripción de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios en cada una de ellas, incluyendo la elaboración de árboles de decisiones en aquellos padecimientos donde había diversas opciones clínicas; adicionalmente; se definieron funciones básicas como consulta externa, día de estancia hospitalaria, día de terapia intensiva, hora-quirófano, medicamentos, insumos, estudios, etc.; se asignó un costo promedio a cada uno de estos rubros y se cuantificó para cada intervención; finalmente, se obtuvo el costo total de cada intervención, clasificando y separando los costos, en costos fijos y costos variables (Ávila-Figueroa y otros, 2002). El segundo tipo de costeo, fue de arriba hacia abajo (macro-costeo) a partir de un techo presupuestal, con el acuerdo implícito de que la financiación de los paquetes del SP no podría exceder dicho techo¹²⁰. Tomando en cuenta la población sin seguridad social, que era la población objetivo del Seguro Popular, así como, la demanda estimada que tendría cada intervención (incidencia), se estimó un costo per cápita por intervención. La suma de los costos anuales de todas las intervenciones que formarían el paquete no podía exceder el costo total per cápita que se estableció como techo presupuestal.

En el caso de paquete del FPGC, se llevó a cabo el mismo ejercicio de costeo de abajo hacia arriba, aunque sólo se consideraron los costos variables (costo marginal de las intervenciones), tomando en cuenta que las instituciones que proveen este tipo de servicios, principalmente hospitales de alta especialidad, ya recibían recursos para el financiamiento de los costos fijos (salarios, costos de capital y servicios generales) y que estos recursos eran suficientes, por lo cual, lo que se tenía que asegurar para la provisión de estas intervenciones, era la suficiencia para financiar los costos variables correspondientes de insumos de alta especialidad que con frecuencia es lo que eleva el costo de este tipo de intervenciones, (medicamentos especializados, estudios de laboratorio y gabinete que involucran el uso de equipo de alto costo, prótesis y materiales diversos, etc.).

2.1.2 La capacidad resolutive del sistema de salud

El sistema de salud mexicano a principios de 2000 contaba con cierta capacidad resolutive en cuanto a infraestructura, recursos humanos y equipamiento, la cual se tomó en cuenta en el momento de diseñar los paquetes del SP. La creación de SP significaba que los servicios de salud incluidos en sus paquetes deberían ser ofrecidos a la población beneficiaria cuando ella los necesitara. La obligación que se desprendía del nuevo esquema de aseguramiento debería a su vez estar respaldada por una red de prestadores con capacidad de ofrecer dichos servicios eventualmente a la mitad de la población mexicana. Por esta razón hubo servicios (por ejemplo de rehabilitación), que aunque no requieren de una gran inversión en cuanto a capacidad resolutive (instalaciones o equipamiento costoso), no se incluyeron en la etapa inicial de operación debido a que el sistema no disponía de la infraestructura, los recursos humanos y el equipamiento necesarios a nivel nacional para ofrecerlos de manera consistente a la población potencial del Seguro Popular. En este tema, tanto en la LGS (Artículos 77 bis 10 y 30), como en su Reglamento (R-LGS-PSS, Artículo 30) se hace hincapié en el fortalecimiento de la infraestructura en salud en apego al Plan Maestro de Infraestructura, el cual, en los últimos años, se ha integrado al Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud (Programa Nacional de Salud 2007-2012) y en el cual se le da una visión mucho más amplia al tema de los recursos para la salud, dándole importancia no solo a la

¹²⁰ Entrevista con Marianna Barraza Loréns, Directora General Adjunta de Políticas de Financiamiento, Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud.

infraestructura como tal (edificios e instalaciones) sino también a los recursos humanos y al equipamiento médico, reconociendo que estos tres componentes deben ser acordes unos con otros y crecer armónicamente como los engranes de una maquinaria, para garantizar su uso más eficiente y elevar en mayor medida, la capacidad resolutoria de las redes de prestadores de servicios del SP.

2.1.3 La capacidad técnica

Otro factor que cobró mucha importancia en llevar a cabo la reforma de 2003 fue la capacidad técnica y operativa del equipo del entonces Secretario de Salud Julio Frenk, así como la capacidad de cabildeo del propio Secretario que le permitió encontrar importantes aliados en el Ejecutivo y el Legislativo para llevar a cabo esta reforma. Entender y mostrar los problemas asociados con la justicia en el financiamiento y la falta de cobertura universal de aseguramiento en salud durante el periodo previo a la reforma de 2003, permitió a Frenk y a su equipo, establecer una base técnica sólida sobre la cual montaron su propuesta de reforma (ver por ejemplo el análisis relacionado con las familias que enfrentaban gastos catastróficos y/o empobrecedores a causa de gastos de bolsillo para servicios médicos). Al mismo tiempo, introducir el SP como un programa piloto en ciertos estados, también permitió al equipo de Frenk tener respuestas de la vida real a una serie de preguntas operativas cuando presentaron su iniciativa de reforma frente al Legislativo (Ortiz, 2006). En este sentido, se contempla también, tanto en la LGS (Artículos 77 bis 9 y 30) como en el R-LGS-PSS (Artículos 23 a 30), la garantía de carácter integral de los servicios a través de las redes de servicios, que garanticen entre otras cosas, la continuidad de los cuidados, el máximo nivel de resolución en atención primaria, la provisión de medicamentos y la especialización de los profesionales de la salud; para este fin se requiere la acreditación de las unidades médicas en materia de capacidad, seguridad y calidad, tanto para la provisión del CAUSES, como para las intervenciones cubiertas por el FPGC.

2.2 El proceso de priorización del CAUSES

2.2.1 Estudio Economía y Salud de FUNSALUD como antecedentes del CABEME (Frenk y otros, 1994)

Como ya se había mencionado en el capítulo I, sección 2.4 un antecedente muy importante en el que se sentaron las bases doctrinales de la Reforma en Salud en México, fue el estudio “Economía y Salud en México” realizado por FUNSALUD bajo la conducción del doctor Julio Frenk (quién en ese entonces, dirigía la Fundación y quien posteriormente ocuparía el cargo de Secretario de Salud 2001-2006). En el informe final del estudio, publicado en 1994, los autores expresan que el objetivo del estudio fue “definir y evaluar opciones para el financiamiento y la prestación de los servicios de salud con el fin de lograr que el sistema de salud mexicano respondiera mejor a las necesidades de la población, mediante estrategias que promovieran la equidad, la calidad y la eficiencia de los servicios”. En dicho informe se presentan tres ejercicios de análisis: un diagnóstico de los problemas de salud en México con base en el peso de la enfermedad; el análisis sobre el costo y la efectividad de las intervenciones en salud; y un análisis de los recursos financieros a través del diseño de un Sistema de Cuentas Nacionales en Salud. A partir de estos estudios se emitieron una serie de recomendaciones de donde se extraen varios mensajes centrales que fueron el punto de partida de la reforma del sistema de salud mexicano.

En uno de estos mensajes se expresa que “resulta indispensable alcanzar la cobertura universal”, para lo cual, “debe definirse un paquete de servicios esenciales de salud que sea accesible a toda la población”. Éste da contenido concreto al principio de universalidad que se plantea mediante la definición de un conjunto de servicios efectivos en relación a su costo, que se definen como prioritarios, asegurando que toda la población tenga acceso a ellos con niveles adecuados de calidad. De esta forma, tal como se indica en dicho informe: “...el paquete o canasta universal de servicios esenciales de salud, es un instrumento para promover tanto la equidad como la eficiencia. Siendo este tipo de inversión una de las medidas más eficaces que están al alcance de la sociedad para combatir la pobreza”. Tras un detallado análisis de costo-efectividad, se calcularon tres paquetes que incluían intervenciones de salud pública y de extensión comunitaria, junto con servicios clínicos de prevención, tratamiento y rehabilitación. Cada uno de los paquetes añadían un número progresivamente

mayor de intervenciones que permitían reducir proporciones crecientes del peso de la enfermedad a un costo cada vez mayor.

Es importante señalar que en el estudio de FUNSALUD se presenta por primera vez en México, la propuesta de un paquete nacional de servicios esenciales de salud, diseñado sobre datos nacionales del indicador AVISA (Años de Vida Saludable) y estimaciones de costo-efectividad de las intervenciones. El informe presenta un listado de 120 intervenciones que se seleccionaron al cumplir una o más de las siguientes condiciones: a) que hubieran sido informadas como altamente costo-efectivas por estudios previos, b) que fueran capaces de controlar enfermedades de significancia epidemiológica (según el número de AVISA perdidos), y c) que se estuvieran prestando con cierta frecuencia en los servicios de salud del país. Se cubrió toda la gama de intervenciones posibles, desde programas de salud pública, hasta operaciones quirúrgicas de sub-especialidades médicas. En algunos casos se estudiaron conglomerados de intervenciones que se ofrecen a la misma persona y en el mismo lugar (estrategia de entrega), o de intervenciones cuya efectividad dependía de la existencia de otras. El programa ampliado de inmunizaciones es un ejemplo de conglomerado eficiente. El coeficiente de costo-efectividad se obtuvo como la división del costo anual por beneficiario y por intervención, entre los AVISA ganados anualmente por beneficiario y por intervención y ajustados según efectividad. Esta medida fue la base para la selección de las intervenciones que formaron los tres paquetes propuestos en este estudio: en el paquete más restringido se incluyeron 69 intervenciones de menos de 2.000 pesos por AVISA ganado por beneficiario y por año; en el intermedio se incluyeron 83 intervenciones de menos de 3.000 pesos; mientras que en el paquete más amplio se incluyeron un total de 101 intervenciones cuyo costo era menor de 10.000 pesos.

2.2.2 Diseño del CABEME

Como ya se mencionó, este paquete se presentó como el compromiso de oferta de servicios médicos del SP en su fase inicial de piloto, la selección de sus intervenciones se basó en aquellas que ya tenían una efectividad reconocida y un sustento en los programas federales, que estaban normados -es decir, para los cuales se contaba con norma oficial mexicana-, y en muchos casos, que ya contaban con financiamiento. Se diseñaron dos planes de beneficios divididos en conglomerados de servicios; un primer paquete de 78 intervenciones, que de acuerdo a las reglas de operación del SP, constituían el “Paquete familiar”, y un segundo paquete de 105 intervenciones que formaban el “Paquete integral”. Adicionalmente, aunque durante la fase piloto no estaba en operación el FPGC, se planteó la incorporación de 15 intervenciones de gastos médicos mayores con la visión de integrar a futuro un “Paquete universal de servicios”, con 120 intervenciones.

La selección de intervenciones se basó en la revisión de las siguientes fuentes: (1) el paquete básico de intervenciones que se ofertaba bajo el PAC; (2) el paquete esencial que se ofrecía a través del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES) tanto en el área rural, como urbana; (3) aquellas intervenciones incluidas en los programas de nivel federal (Salud del Adulto y Anciano, Salud Reproductiva, Enfermedades Transmitidas por Vector, Micobacteriosis, Salud de la Infancia y la Adolescencia, VIH/SIDA e Enfermedades de Transmisión Sexual, Salud Bucal, Accidentes, Cólera y Rabia; y (4) el paquete elaborado por FUNSALUD en 1994, al cual se le sumaron 18 intervenciones derivadas principalmente de los puntos 1 y 2. Además de estos componentes, se analizó la demanda a partir de los egresos hospitalarios y consulta de primer nivel. Para tal efecto se analizaron factores como el perfil epidemiológico de algunas enfermedades de acuerdo al Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológico (SUIVE), así como las principales causas de morbilidad hospitalaria del año 2000. A partir de estas fuentes, se logró que las intervenciones seleccionadas en el CABEME cubrieran el 95% de los motivos por los que la población acudía a solicitar atención ambulatoria y el 66% de las causas de egreso hospitalario registradas en los servicios de la Secretaría de Salud a nivel nacional.

El ejercicio de selección de intervenciones se complementó con la consulta y asesoría de las autoridades de salud de los estados donde se inició el piloto —Jalisco, Colima, Tabasco, Campeche y Aguascalientes— y otras áreas de la Secretaría de Salud tales como la Subsecretaría de Prevención y Protección a la salud, de donde se obtuvieron para cada programa federal, las intervenciones y acciones que realizaban cada uno de ellos, así como los manuales y la normatividad asociada a cada uno de ellos.

Como puede apreciarse, el diseño del paquete implicó no solamente la selección de las intervenciones que se incluirían con base en los criterios descritos, adicionalmente, la tarea implicó diseñar un paquete que cumpliera con otros requisitos: que fuera financieramente viable, lo cual implicaba que la combinación del su costo per cápita por la cobertura esperada, no rebasara el techo presupuestal asignado para su implementación; que se contara con la capacidad técnica resolutive para su provisión con criterios mínimos de calidad, lo cual dependía de la capacidad instalada de equipo, infraestructura y recursos humanos; y finalmente, que estuviera asociado a un formulario de medicamentos para el cual se pudiera garantizar el abasto para cubrir la población esperada de derechohabientes.

El arranque del programa se hizo con el paquete familiar y aunque los otros dos paquetes nunca se implementaron como tales, la estimación de sus costos sirvió de base para actualizaciones futuras del catálogo —ya como CAUSES— y para desarrollar diversos escenarios de cobertura y operación del FPGC.

2.2.3 Ajuste de CAUSES

El ejercicio de la selección y diseño del CABEME que quedó plasmado en el libro de ‘Estimación de costos de producción de servicios clínicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento médico’ (Ávila-Figueroa y otros, 2002) —el cual representa la única fuente escrita sobre la manera en la que se formó el paquete de servicios esenciales—, no se repitió en años posteriores a la introducción del SPSS. Para los siguientes años, entre 2004-2008, el ajuste del CAUSES se ha basado en un ejercicio dirigido por la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud en la CNPSS a partir de varias fuentes que incluyen: las intervenciones costeadas para el diseño del primer paquete (CABEME), pero que habían quedado fuera; así como a partir de la opinión y la experiencia de los estados conforme se fueron incorporando, los cuales hacen propuestas de intervenciones a incluir en el paquete de acuerdo a la demanda que observan en los servicios estatales; de esta forma se desarrolla anualmente una lista de intervenciones candidatas¹²¹. De esta lista se escoge un cierto número de intervenciones para añadir en el CAUSES, basado en un consenso de diferentes áreas de la CNPSS y tomando en cuenta criterios tanto clínicos como económicos, similares a los que se consideraron para el diseño del primer paquete: suficiencia presupuestal, capacidad resolutive y capacidad técnica, entre otros. Sin embargo este proceso no ha sido sistematizado, institucionalizado ni tampoco documentado. Adicionalmente, parece ser que este ejercicio no se hizo para el 2009, posiblemente porque no se ha previsto ninguna modificación entre el CAUSES 2008 y el CAUSES 2009, en primer lugar por la restricción presupuestal que impone un techo al costo per cápita del paquete a causa de la crisis financiera, además de que actualmente, la prioridad es alcanzar la mayor cobertura posible de la población sin seguridad social, más que incrementar la cobertura de intervenciones.

Es importante destacar que, con la finalidad de fortalecer los procesos de costeo, evaluación y priorización de las intervenciones del paquete del SP, a partir del segundo semestre del 2007 se ha iniciado el desarrollo de Guías de Práctica Clínica (GPC). Con este trabajo se pretende además, establecer una metodología para su desarrollo y validación, un formato editorial homogéneo, así como un proceso estándar para evaluar las GPC por parte de las varias instituciones del sector, de tal forma que sean aceptadas y usadas por el sector salud de México en su conjunto. La coordinación de la elaboración de las GPC la está llevando a cabo el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), quien tiene esta atribución; este Centro es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, cuya misión es “Generar información sistemática y objetiva de la evaluación, gestión y uso apropiado de las tecnologías para la salud, que brinde datos fiables sobre la efectividad, seguridad, aplicaciones y normatividad en materia de tecnologías para la salud que apoyen la toma de decisiones y el uso óptimo de los recursos¹²²”. Dentro de este proceso, en el presente año, la CNPSS ha pedido que se desarrollen GPC primordialmente para las intervenciones del CAUSES, mientras que del FPGC se han solicitado solo unas cuantas y del paquete del SMNG no se hizo ninguna solicitud. Actualmente de las 178 guías que están en proceso de validación, desarrolladas en 2008, 90 están relacionadas con 177 intervenciones del CAUSES, 16 son del FPGC y 4 más son de diabetes¹²³. Al

¹²¹ Entrevista con Emilio Herrera, Director de Administración de Planes Médicos de la CNPSS durante el periodo 2004-2008.

¹²² Página Web del CENETEC, <http://www.cenetec.salud.gob.mx>, consultada el 15 de mayo, 2009.

¹²³ Entrevista con Esteban Hernández San Román, Director de Evaluación de Tecnologías para la Salud, CENETEC.

mismo tiempo la CNPSS ha solicitado el desarrollo de 133 protocolos al Hospital General de México, todos ellos relacionados con intervenciones del CAUSES pertenecientes a los conglomerados de Hospitalización y de Cirugía¹²⁴. Mientras, la Sub-Secretaría de Promoción y Prevención de la SS está elaborando un proyecto de estandarización del costeo de las intervenciones del CAUSES basado en el uso de datos provenientes de los expedientes electrónicos de los pacientes¹²⁵. Todas estas iniciativas tienen el interés de retroalimentar la actualización de los costos de las intervenciones del CAUSES y eventualmente pueden contribuir con elementos valiosos para la priorización de las intervenciones del paquete.

2.3 El proceso de priorización del paquete del FPGC

2.3.1 El diseño del paquete del FPGC

Según la Ley, las enfermedades que se financien con recursos del FPGC se seleccionan en dos etapas. En la primera etapa, el CSG define las enfermedades catastróficas que pueden ser candidatas para ser financiadas por el FPGC (Artículo 7 BIS 29 del Decreto de Reforma a la LGS del 15 de Mayo 2003). En la segunda etapa y según el R-LGS-PSS del 5 de Abril de 2004, la SS incluye los gastos catastróficos definidos por el CSG en la cobertura del FPGC en forma gradual (Artículo 100). De esta forma, se cuenta con una especie de catálogo de intervenciones que ya fueron aprobadas por el CSG, la decisión final sobre las que se van integrando al paquete del FPGC se toma por parte de la SS y eventualmente por el propio Secretario de Salud. Aunque este punto no queda en manifiesto de manera explícita en ningún documento oficial.

En el capítulo III, sección 2.2, que aborda “lo profundo” de la cobertura del paquete del SP, se comentó que las primeras cuatro enfermedades que se incluyeron en el paquete del FPGC, fueron: cáncer cérvico-uterino, anti-retrovirales para VIH/SIDA, cuidados intensivos neonatales y leucemia linfoblástica aguda para niños y adolescentes (menores de 19 años). Anteriormente a su inclusión, el CSG había desarrollado una lista de 60 enfermedades candidatas¹²⁶ las cuales estaban organizadas en nueve grupos definidos en la LGS (Artículo 14 transitorio del Decreto de Reforma de la LGS): el diagnóstico y tratamiento de cáncer; problemas cardiovasculares; enfermedades cerebro-vasculares; lesiones graves; rehabilitación de largo plazo; VIH/SIDA; cuidados intensivos neonatales, transplantes y diálisis.

Lakin¹²⁷ y Daniels, -el segundo ha sido consultor de la SS sobre el proceso de priorización de servicios de salud- ofrecen una detallada descripción de cómo se llegaron a definir tanto las nueve categorías generales y sus 60 enfermedades candidatas, así como las primeras cuatro enfermedades del paquete del FPGC. En cuanto a las nueve categorías generales, comentan que fueron elegidas con base en criterios técnicos así como políticos. Este hecho se reconoce posteriormente en una publicación preparada para la Conferencia Internacional sobre Evidencias para la Reforma de los Sistemas de Salud (González-Pier E. y otros, 2006), en la que se destaca que “La asignación eficiente de recursos resultante del análisis de costo-efectividad, es sólo una de las consideraciones críticas en el proceso de definición de prioridades..” y que “..otra categoría de consideraciones incluye una gama de preocupaciones no técnicas, como las presiones políticas que deben ser atendidas en cualquier esfuerzo por implementar una reforma en una sociedad democrática”. En términos técnicos, las categorías se definieron con base en criterios de costo-efectividad, años de vida ajustados por discapacidad y consideraciones de costo total. En términos políticos, se tomó en consideración la existencia de programas ya definidos como el de anti-retrovirales para pacientes con VIH/SIDA, así como consideraciones del Congreso sobre equidad y los derechos de las mujeres y los niños. Vale la pena señalar que en la terminología que se usó para la definición de las categorías, existen discrepancias, dado que en algunos casos se definió como nombre de cada categoría, el tratamiento sugerido, por ejemplo *diálisis* y *cuidados intensivos*

¹²⁴ Entrevista con Manuel Aguilar, Director de Administración de Planes Médicos de la CNPSS.

¹²⁵ Entrevista con Cristina Gutiérrez Delgado, Directora General Adjunta de Economía y Salud, Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud.

¹²⁶ A Febrero 2009, la lista de las enfermedades candidatas incluía 67. Fuente: Consejo de Salubridad General. Manual para la Priorización de Enfermedades e Intervenciones que Ocasianan Gastos Catastróficos. Versión 19 de febrero 2009.

¹²⁷ Lakin, un profesor de la Universidad de Harvard y experto en temas de priorización de servicios médicos fue invitado en marzo de 2006 como consultor del gobierno sobre el tema de priorización. Basado en su experiencia durante este proceso escribió un estudio de caso sobre la evolución del paquete del FPGC desde su comienzo y hasta inicios de 2007.

neonatales, mientras en otros casos se tomó el nombre de la enfermedad, por ejemplo, *cáncer cérvico-uterino*, *enfermedades cerebro-vasculares*, etc.¹²⁸.

En cuanto a las 60 enfermedades candidatas, éstas fueron definidas por nueve grupos de expertos médicos convocados por el CSG, quienes además de seleccionarlas y clasificarlas, definieron los protocolos médicos para su atención, mismos que sirvieron para estimar el costo promedio anual de atención de un grupo de ellas que se consideró, estarían encabezando el listado de candidatas para entrar al FPGC en su primer año de operación. Cabe mencionar que como parte del ejercicio de costeo, y a diferencia del costeo que se hizo para las enfermedades del CABEME, para estas enfermedades se hicieron no solo estimaciones y proyecciones de su costo de atención para el primer año, sino también para los años subsecuentes (escenarios a cinco años), considerando que se trataba de enfermedades que requieren atención por varios años o incluso de por vida, como sucede con la provisión de anti-retrovirales. Este ejercicio fue necesario para garantizar la suficiencia del FPGC, así que se llevó a cabo la estimación del costo de operación del Fondo para un período de al menos cinco años posteriores a su arranque, considerando no solo los nuevos casos que se fueran añadiendo año con año, sino también el costo de atención de los pacientes ya inscritos que iban a requerir la continuidad de su tratamiento por varios años (p.ej. enfermedades neoplásicas). Debido a que la exactitud de estas estimaciones estaba limitada por la falta de información detallada sobre incidencia, prevalencia, mortalidad y remisión de las enfermedades en cuestión, se tomaron consideraciones y supuestos muy conservadores que no pusieran en riesgo el balance financiero del Fondo. Por lo tanto, de acuerdo a este recuento, aunque los criterios más importantes considerados para el diseño del primer paquete del FPGC fueron el alto costo y prevalencia de las enfermedades, también se tomaron en cuenta criterios de efectividad clínica y de factibilidad financiera que garantizaran la suficiencia de los recursos. Adicionalmente, otro criterio que influyó fuertemente en la selección de las enfermedades del Fondo, fue el de equidad, buscando que las enfermedades seleccionadas tuvieran una cobertura balanceada en cuanto a grupos poblacionales (hombres, mujeres, niños y adolescentes).

Con relación a las cuatro enfermedades que fueron las primeras en incluirse al paquete del FPGC, Lakin y Daniels mencionan lo siguiente. Los anti-retrovirales para los pacientes con HIV/SIDA se fueron seleccionados por varias razones. Primero, los pacientes de esta enfermedad constituyen un grupo de presión bastante fuerte, mientras en 2003 apoyaron de manera muy insistente la reforma. Segundo, el tratamiento anti-retroviral ya estaba financiado a través de un programa vertical administrado por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y de esta manera su inclusión en el FPGC no presentaba retos con respecto a los recursos financieros. Hasta hoy en día, los fondos para anti-retrovirales se manejan por parte de CENSIDA de manera separada de los otros recursos del Fondo. De manera similar, algunos tratamientos neonatales estaban provistos a la población sin seguridad social a través del programa “Arranque Parejo en la Vida” creado durante la administración del Presidente Fox para reducir mortalidad materna e infantil. Estos consultores, de alguna manera señalan que la inclusión de los tratamientos neonatales como el de la leucemia linfoblástica aguda (LLA) para niños y adolescentes estuvo influenciada en gran medida por su gran significado político y con la intención de balancear los beneficios del Fondo en este caso hacia la población infantil, además de que fueron iniciativas empujadas personalmente por el Presidente Fox. Finalmente, la inclusión de cáncer cérvico-uterino, permitía beneficiar a la población femenina, dando atención al problema de salud que encabezaba desde entonces la lista de causas de mortalidad en mujeres, además de que el sector público tenía la capacidad de identificar de una manera relativamente confiable los casos nuevos, sin contar con fondos necesarios para financiar su tratamiento.

Lakin y Daniels comentan que en el sector salud existió cierta inconformidad sobre la manera que fueron elegidas las primeras cuatro enfermedades del paquete del FPGC. Principalmente porque el proceso de selección pareció ser un tanto arbitrario y definido en gran medida por el propio Secretario de Salud de esta época, Julio Frenk. En entrevistas realizadas para este estudio con varios actores del sector, se ha confirmado el importante papel que jugó el Dr. Frenk en la toma de decisiones sobre las enfermedades cubiertas por el FPGC, pero al mismo tiempo se ha señalado, que dadas las condiciones y presiones políticas y de tiempo,

¹²⁸ Entrevista con Eduardo González Pier. Titular de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud durante el periodo 2003-2008.

las enfermedades que se cubrieron fueron acertadas y aunque existen argumentos sobre el hecho de que otro tipo de enfermedades se podían haber incluido, no necesariamente existen argumentos en contra de la selección de las enfermedades que finalmente fueron elegidas. Por ejemplo, en el caso concreto de la inclusión de la LLA, adicionalmente a los resultados positivos del análisis de costo-efectividad de su tratamiento, se han señalado suficientes argumentos para su inclusión, entre los que destacan: se situaba como segunda causa de muerte en niños de entre 5 y 14 años de edad (6,3% del total de muertes para ese grupo en 2004); el tratamiento aumenta la tasa de supervivencia por arriba del 75%, si el padecimiento se detecta oportunamente y se trata en forma adecuada; se estimó que en promedio 711 niños de familias pobres no aseguradas se diagnosticaban cada año y dada la insuficiencia de recursos en los hospitales públicos especializados, se les pedía a las familias pagar de su bolsillo, parte de las facturas. Como resultado, en el 2003 alrededor de 26% de los casos, abandonaba el tratamiento (González-Pier E. y otros, 2006).

2.3.2 Ajuste del paquete del FPGC

La inclusión de las primeras cuatro enfermedades del paquete del FPGC las siguieron la inclusión de cataratas, trasplante de médula ósea, otros cánceres de niños y adolescentes, cáncer de mama y las 17 enfermedades del SMNG (ver el recuadro 2). Vale la pena comentar de manera separada el caso de cataratas, dado que a primera vista, no parece ser una intervención que genere gastos catastróficos. Distintos actores/investigadores de sector salud mencionan varias razones por la selección de cataratas como una enfermedad financiada por el FPGC. Lakin y Daniels se refieren a este como un caso relacionado con presiones por parte de organizaciones no gubernamentales. En particular mencionan que la Fundación Gonzalo Río Arronte quería donar un monto de 50 millones de pesos mexicanos para incrementar el número de cirugías de cataratas en el país, pero dado que los donativos de la Fundación cubren principalmente equipo, pidieron a la SS poner otros 50 millones de pesos mexicanos para cubrir la prestación de servicios (gastos de personal). El acuerdo entre la SS y la Fundación se facilitó por el hecho que el programa de salud de la Fundación estaba encabezado en por el ex Secretario de Salud, Jesús Kumate. Otros actores mencionan que existía un rezago en el sector salud relacionado a las cirugías de cataratas que se habían dejado de hacer en el país por parte del sector público por un periodo de más de 15 años¹²⁹. Como consecuencia, aunque no representaba un gasto catastrófico a nivel individual, podría representar un gasto catastrófico para el sector público dada la alta demanda por parte de la población sin seguridad social. Es probable que la elección de cataratas se basara en una combinación de distintos factores, pero lo que queda claro es que el FPGC se ha usado en varias ocasiones para financiar intervenciones que no generan necesariamente gastos catastróficos, por lo menos no en la misma dimensión. Por ejemplo no es comparable el costo de la intervención para catarata con el gasto en el que se incurre para dar un tratamiento de cáncer o llevar a cabo un trasplante de médula ósea, aunque por otro lado es cierto que para una familia cuyo ingreso total es del orden de un salario mínimo, financiar una cirugía de catarata, es sin duda, un gasto catastrófico. Eso aplica también hasta cierto punto para el caso de las 17 intervenciones del SMNG; este seguro se desarrolló en un periodo corto y no existe mucha evidencia de los procesos de priorización que llevaron a la inclusión de sus enfermedades en el paquete del FPGC.

Por su parte, el caso de la inclusión de otros cánceres de niños y adultos parece ser que fue uno de los más ordenados en el proceso de priorización, donde se tomaron en cuenta elementos tanto de eficacia como de costo-efectividad¹³⁰, mientras los casos de medula ósea y de cáncer de mama también cumplen con el requisito de ser enfermedades que generan altos costos. Los investigadores del citado estudio trataron de localizar minutas del CSG donde se hubiera documentado bajo qué criterios y procesos fueron incluidas las distintas enfermedades en el paquete del FPGC, pero encontraron que muchas de las decisiones y discusiones de selección fueron tomadas en reuniones de trabajo que no quedaron documentadas.

Como indica la descripción anterior, el proceso de priorización del paquete del FPGC, tanto a su inicio como durante el periodo de ajuste, fue un proceso en el que, aunque se tomaron en cuenta factores y criterios técnicos, esto no sucedió de manera ordenada ni institucionalizada, además de que estuvo fuertemente

¹²⁹ Entrevista con Emilio Herrera, Director de Administración de Planes Médicos de la CNPSS durante el periodo 2004-2008.

¹³⁰ Entrevista con Cristina Gutiérrez Delgado, Directora General Adjunta de Economía y Salud, Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud.

influenciado por factores políticos, por la pre-existencia de ciertos programas y por presiones de grupos no gubernamentales. Pese a esto, es importante anotar que varios de los actores del sector salud estaban conscientes de la necesidad de desarrollar un proceso de priorización formal. Con este propósito, en el verano de 2006, el CSG empezó a desarrollar un manual para el proceso de priorización y se crearon cuatro grupos de trabajo: el Grupo de Trabajo de Evaluación Clínico-Epidemiológico, el Grupo de Trabajo Económico, el Grupo de Trabajo de Valoración Ética y el Grupo de Trabajo de Aceptabilidad Social. Con base en el primer manual para la priorización se definió que los cuatro grupos de trabajo tendrían un estatus/peso similar, donde cada grupo usaría un conjunto de indicadores relevantes al tema del grupo para evaluar enfermedades (Lakin y Daniels, 2007). Posteriormente, las evaluaciones de cada grupo se traducirían a un índice compuesto que permitiría el ordenamiento de distintas enfermedades y definiría su inclusión en el paquete del FPGC. Hubo varias críticas sobre este proceso principalmente por parte de los miembros del grupo de Valoración Ética. La crítica se concentraba en el hecho que el proceso ético no se podría considerar un factor más entre los cuatro, sino más bien debería ser usado como un paraguas para todo el proceso donde hubiera habido un debate público sobre los distintos casos del proceso de priorización. Este primer borrador de manual lo siguieron otros borradores más, pero el cambio de administración, finales de 2006 principios de 2007, provocó cambios en las personas que participaban en la búsqueda de un proceso de priorización y llevó a dicha búsqueda a un estancamiento donde permaneció hasta principios de 2009.

2.3.3 Interés renovado sobre el proceso de priorización del paquete del FPGC

En el 2009, la solicitud del Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de incluir dentro de las enfermedades del paquete del FPGC la artritis reumatoide juvenil, fue el detonador para reiniciar la búsqueda de un proceso formal para la priorización de intervenciones. Dicha solicitud tuvo como efecto el desarrollo de una versión revisada de manual de priorización en febrero de 2009 (Consejo de Salubridad General, 2009). El proceso de priorización propuesto en esta versión se presenta en la lámina 11.

De acuerdo a la lámina 11, el proceso da inicio con una propuesta que puede provenir de instituciones de salud, organizaciones no gubernamentales, grupos de interés, personas físicas o de la sociedad en general a través de planteamientos escritos a la CNPSS, la cual somete las propuestas a consideración del CSG, el cual analiza y solicita a la Dirección General de Información en Salud de la SS, una propuesta de pre-priorización que incluye peso de la enfermedad y mortalidad de la(s) enfermedad(es) en cuestión. El CSG presenta a la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos asociados a Enfermedades que ocasionan Gastos Catastróficos, la propuesta de solicitud acompañada de la información proporcionada por la DGIS. La Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos asociados a Enfermedades que ocasionan Gastos Catastróficos es una comisión que preside el Secretario de Salud con la participación de las principales instituciones del sector salud de México y tiene como objetivo apoyar al CSG en el estudio, análisis y definición de los tratamientos, medicamentos y otros insumos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos para su aprobación y priorización. La Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos asociados a Enfermedades que ocasionan Gastos Catastróficos revisa y discute la solicitud así como la información de pre-priorización, y en caso de aceptación, envía para evaluación, análisis y ponderación a los Grupos Clínico-Epidemiológico, Económico y de Valoración Ética de manera secuencial. Cada grupo de trabajo debe tomar en cuenta la opinión del grupo de trabajo anterior, teniendo como último grupo el de Aceptabilidad Social que pondera la información y además realiza una consulta pública. La Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos asociados a Enfermedades que ocasionan Gastos Catastróficos recibe las cuatro opiniones de los grupos y finalmente emite una opinión al CSG. El CSG a su vez, analiza las opiniones y emite una recomendación a la CNPSS. Finalmente la CNPSS dará una respuesta por escrito al interesado.

Un aspecto que ha causado cierta preocupación es que en esta versión del manual, vuelve a quedar sin una definición explícita, quién toma la decisión final, por lo que aparentemente, este punto queda abierto, aunque en realidad se acepta de manera implícita que la SS a través del Secretario, será la instancia que tomará la decisión final. La innovación del proceso propuesto, en realidad no cambia el actor decisivo sobre quien recae la decisión, sin embargo implica que, a través de los cuatro grupos de trabajo involucrados, se genera información detallada y completa, sobre una serie de factores relevantes sobre los que se deberá apoyar para tomar la decisión. O de manera alternativa, el actor decisivo tiene menos flexibilidad de decidir de una manera

arbitraria sobre qué enfermedades serán financiadas a través del FPGC. Uno se imaginaría también una situación donde el actor decisivo debe presentar una justificación bien sustentada en caso que quiera tomar una decisión que va en contra de la recomendación del CSG.

El manual ofrece una descripción minuciosa de los criterios, indicadores y reglas de decisión que cada uno de los grupos de trabajo debe utilizar para la priorización (ver el cuadro 12). Un primer análisis de estos criterios demuestra que como sucedió en versiones anteriores, los grupos más difíciles de definir en cuanto al proceso y alcance que tendrá su participación, son el Grupo Ético y de Aceptabilidad Social. En el caso del Grupo Ético se toman en cuenta factores éticos-sociales relacionados con el sexo, la edad, la condición epidemiológica, socio-demográfica y económica de los pacientes, características de acceso y/o utilización de los servicios de salud, así como el nivel de responsabilidad del paciente, para mencionar algunos, tratando de cubrir un abanico amplio de factores. Por el otro lado, en el caso del Grupo de Aceptabilidad Social, se habla de la organización de una consulta a representantes de la sociedad civil mediante audiencias y que podrá tomar en cuenta otras formas de consulta como propuestas y quejas enviadas vía correo postal o electrónico, así como consultas mediante encuestas. Otro aspecto que ha generado cierta preocupación, es que no se ha definido cómo se conformarán los Grupos Ético y de Aceptabilidad Social. ¿Serán expertos en la enfermedad bajo análisis, expertos en temas éticos o sociales? ¿Se conformarán diferentes grupos dependiendo del tipo de enfermedades que se trate? Probablemente, algunos de estos cuestionamientos, que son más bien de carácter operativo, serán respondidos en la práctica una vez que se implemente el proceso de priorización propuesto en un caso concreto, como por el ejemplo el caso de artritis reumatoide juvenil, que se encuentra actualmente en la lista de espera de propuestas¹³¹. Finalmente, tanto el proceso completo, como el manual definitivo para la priorización de enfermedades del FPGC, aún están en revisión, por lo que habrá que esperar su publicación definitiva para conocer el planteamiento completo, incluyendo todos estos detalles.

2.4 Conclusión

Las fases de diseño inicial y ajuste del CAUSES y del paquete del FPGC representan distintas características. Como indica la descripción anterior, el diseño inicial de CAUSES fue basado en un proceso técnico bastante riguroso donde se usaron criterios relacionados con efectividad, eficiencia, viabilidad financiera y capacidad resolutoria, los cuales a su vez fueron documentados en parte, en la publicación denominada '*Estimación de costos de producción de servicios clínicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento médico*'. Sin embargo, este proceso no se siguió de la misma forma en la fase de ajuste del paquete, la cual ha ocurrido de una manera poco sistemática e institucional. Por el otro lado, la selección de las primeras enfermedades del paquete del FPGC, si bien se basó en criterios similares a los que se aplicaron inicialmente para la selección del CAUSES -añadiendo otros como incidencia, prevalencia y equidad-, tampoco se llevó a cabo mediante un proceso formal ni institucionalizado, y las inclusiones posteriores han estado permeadas por otro tipo de criterios y factores de corte político y práctico.

Actualmente se busca desarrollar un proceso formal de priorización de intervenciones que conduzca a la formalización e institucionalización de este proceso. Por el momento, el mayor interés parece estar enfocado al proceso de priorización de la intervenciones del paquete del FPGC, en comparación con el CAUSES, debido muy probablemente a la naturaleza del Fondo, que carece de un techo presupuestal, así como al impacto financiero que puede tener la inclusión de una enfermedad de alto costo en el Fondo y quizás también en razón a que el CAUSES recibió mucha atención durante la fase de diseño inicial, ya está muy trabajado y no se prevé que tenga un crecimiento importante a corto plazo, principalmente por la restricción presupuestal. Pero independientemente de lo anterior, se contempla una situación donde México quisiera tener procesos de priorización de intervenciones tanto para el CAUSES como para el paquete del FPGC. Hay que tomar en cuenta, además, que la cobertura universal promovida por la reforma de 2003 se enfoca en forma diferente dependiendo del paquete del que estemos hablando, en el caso del CAUSES, se refiere principalmente a lo ancho de la cobertura, es decir a la cobertura poblacional, más que a lo profundo de la cobertura, alias la cobertura de todas la

¹³¹ Entrevista con Alejandra Prieto de la Rosa, Jefe de Departamento de Impacto Social y Difusión, CENETEC.

intervenciones. Esto es, dando por hecho que se trata de un paquete que cubre un grupo de intervenciones efectivas cuidadosamente seleccionadas, tal como se planteó desde sus inicios; mientras que para el Fondo, se pretende incluir cada vez un mayor número de enfermedades efectivas de alto costo que impactan fuertemente tanto en términos de salud y bienestar para la población, como del gasto de bolsillo y, desde luego, dirigidas a hacer un uso eficiente de los recursos del sistema de salud mexicano.

3. Comparación Colombia-México

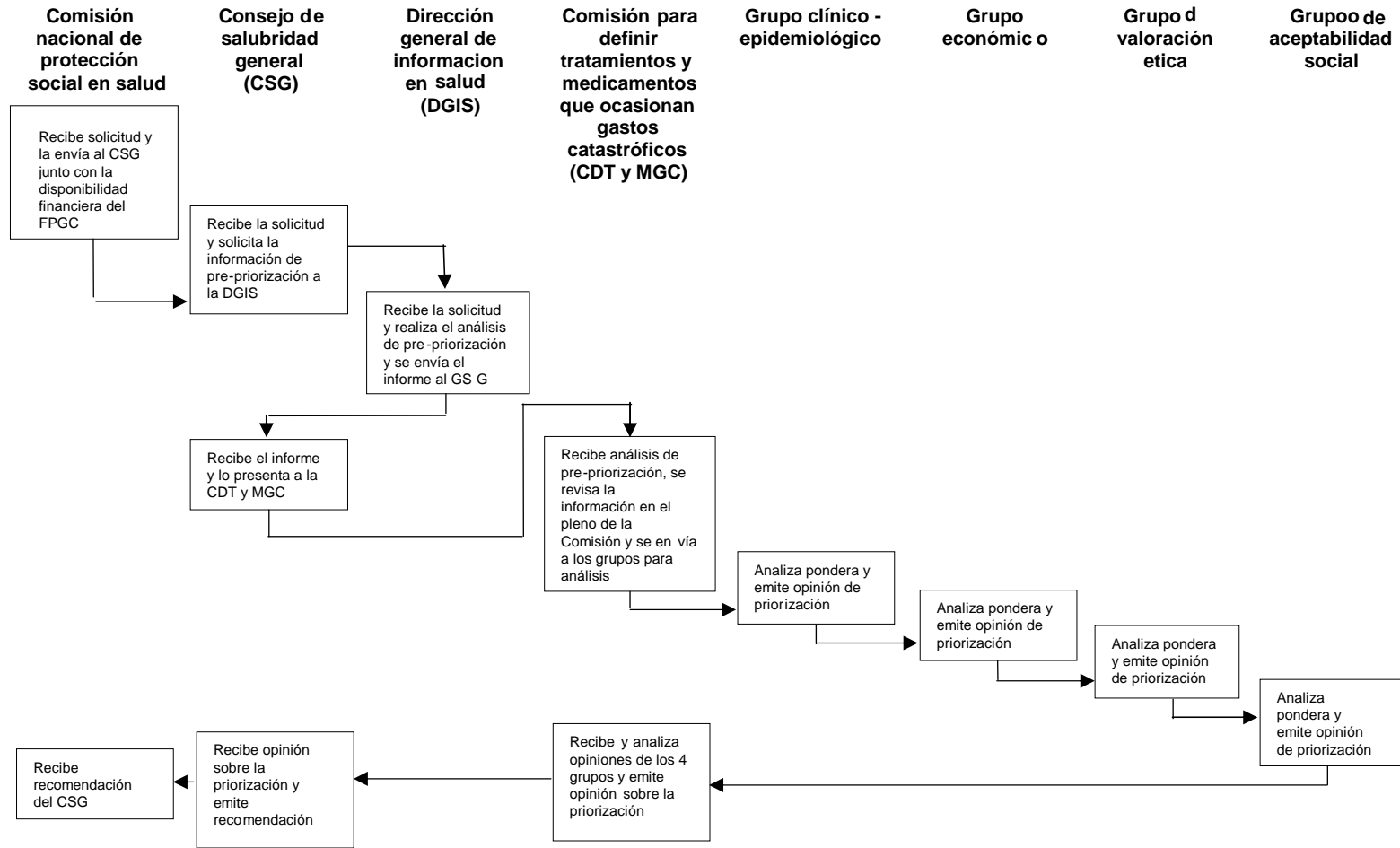
La comparación de los procesos en Colombia y México permite llegar las siguientes conclusiones:

Primero, aunque los dos países desde el principio intentaron definir sus criterios técnicos de inclusión de intervenciones en sus marcos legales, el uso de estos criterios en la realidad ha sido poco sistemático. A lo mejor esto refleja el hecho de que el proceso de priorización de intervenciones, es un proceso que en teoría debe ser técnico, pero que en realidad tiene un elemento político muy fuerte. En el caso de Colombia, la descripción del proceso de priorización deja entrever un esfuerzo inicial de priorización con base en criterios técnicos durante la fase de diseño del paquete de beneficios que es luego muy rápidamente sustituido por un proceso errático, poco transparente y sin orientación clara. Ni el principal organismo de concertación del sistema de salud colombiano, el CNSSS, ni el Ministerio de la Protección social como entidad encargada de proveer el liderazgo en materia de políticas de salud le han dado mucha importancia al tema. En este proceso, han aparecido otros actores y en especial la rama judicial ha llenado el vacío existente. Recientemente hacia el final del período, han emergido algunas tendencias positivas que se han visto potenciadas por una reciente decisión de la Corte Constitucional que ordena la aclaración y unificación del POS-C y POS-S. Similarmente, en el caso de México, los esfuerzos iniciales de diseño del CAUSES parecen haber sido bastante técnicos, sin embargo, los ajustes posteriores y muy especialmente las decisiones acerca de las inclusiones al FPGC fueron, al parecer orientadas más por consideraciones políticas que técnicas. Ambos países están en este momento encaminados a fortalecer sus procesos de priorización. En el caso de Colombia, el principal motivo de este renovado interés se encuentra en la explosión de las solicitudes de servicios por fuera del POS, así como en una sentencia de la Corte Constitucional que obliga a los tomadores de decisiones de priorizar el tema de los planes de beneficios dentro de sus agendas políticas. En el caso de México, la motivación viene como consecuencia de varias solicitudes para la inclusión de nuevas enfermedades en el paquete del FPGC que dado su costo catastrófico tienen el poder de desequilibrar financieramente al Fondo, el cual aunque no tiene límite (ya que puede tener diferentes fuentes de financiamiento), está sujeto a determinado techo presupuestal anual, además que la cobertura de ciertas enfermedades (como cáncer y antirretrovirales para VIH), implican una acumulación de casos cuya atención se prolonga por varios años, o incluso de por vida.

Segundo, la experiencia de Colombia muestra la importancia de apegarse a los límites establecidos en un plan explícito y limitado de beneficios; mientras que exista un mecanismo jurídico que permite acceder en forma fácil a servicios no incluidos en el POS, y sin el contrapeso de una entidad técnica, capaz de emitir conceptos independientes sobre la indicación clínica de lo solicitado y la capacidad del sistema de salud de financiarlo, los límites establecidos en un plan explícito perderán gradualmente su significado y el sistema terminará por volver a un sistema donde todo se financia sin priorización y hasta donde los recursos alcancen. Las implicaciones para la eficiencia y la equidad del sistema de salud son claros y ya se dejan entrever en el sistema colombiano.

Tercero y último, no basta con tener instituciones a cargo del ajuste de los planes de beneficios. Éstas tienen que tener los recursos humanos y técnicos con la capacidad y suficiencia para encargarse de tan importante tarea. Así mismo resulta fundamental contar con información relevante y de calidad para llevar a cabo un proceso de priorización.

LÁMINA 11
PROCESO DE PRIORIZACIÓN DE ENFERMEDADES E INTERVENCIONES QUE OCASIONAN GASTOS CATASTRÓFICOS EN MÉXICO



Fuente: Consejo de Salubridad General. Febrero 2009.

CUADRO 12
CRITERIOS DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DEL PROCESO DE PRIORIZACIÓN

Criterio	Indicador	Decisión	Criterio	Indicador	Decisión	Criterio	Indicador	Decisión
Peso de enfermedad	1. Tasa de incidencia por 100 000 habitantes	Mayor tasa mayor valor	Efectividad y costos	1. Costo promedio por tratamiento integral y completo de un caso	Mayor costo menor valor	Adherencia a normas éticas		
	2. Tasa de Mortalidad por 100 000 habitantes	Mayor tasa mayor valor		2. Porcentaje de la efectividad del tratamiento	A mayor efectividad mayor valor			
	3. Tasa de Prevalencia por 100 000 habitantes	Mayor tasa mayor valor		3. Cociente de costo efectividad del tratamiento	A mayor cociente menor valor			
	4. Porcentaje del Grupo de Edad más afectado	Grupos de edad extremos mayor valor						
Seguridad y eficacia	1. Porcentaje de Seguridad Terapéutica, cuantitativo	Mayor porcentaje mayor valor	Suficiencia financiera	1. Cociente entre monto necesario contra monto disponible	A mayor cociente mayor valor	Circunstancias de los grupos afectados		El análisis desde el punto de vista de la ética se basa en una reflexión informada, razonada y prudente de los valores que entran en conflicto en una situación de elección, ponderando el peso de cada uno de ellos en la decisión tomada y reconociendo sus implicaciones en el nivel individual y social
	2. Porcentaje de Eficacia de Intervención Cuantitativo	Mayor porcentaje mayor valor		2. Proporción del no. de unidades a nivel nacional disponibles para brindar el servicio respecto del número de unidades necesarias	A mayor proporción mayor valor		Desagregación de la información	
	3. Porcentaje de Cobertura Potencial (oferta/demanda), Cuantitativo	Mayor porcentaje mayor valor		3. Proporción del no. recursos humanos a nivel nacional disponibles para brindar el servicio respecto del no. de recursos humanos necesarios	A mayor proporción mayor valor			
Evolución de la enfermedad	1. Meses de duración promedio o típica del tratamiento de la enfermedad, Cuantitativo	A mayor tiempo mayor valor	Capacidad de respuesta			Impactos de la enfermedad sobre los grupos afectados y responsabilidad del paciente		
	2. Enfermedad fundamentalmente prevenible, Cualitativo	Si es prevenible menor valor		3. Disponibilidad geográfica por red de las unidades y recursos humanos para brindar el servicio	A mayor dispersión menor valor			

Fuente: Consejo de Salubridad General. Febrero 2009.

V. Factores decisivos para que los planes explícitos se traduzcan en acceso efectivo a los servicios incluidos en el plan

Los capítulos anteriores describieron el diseño y la implementación de planes explícitos de beneficios financiados con recursos públicos en Colombia y México. Se ha indicado que la definición de un plan de beneficios explícito puede cumplir con varios objetivos, entre los cuales el de convertirse en una herramienta para garantizar la exigibilidad del derecho a la salud y el de servir como una herramienta para la compra estratégica de servicios de salud con el fin de mejorar el desempeño de un sistema de salud en términos de equidad, eficiencia y protección financiera (Busses y otros, 2007; Baeza y Packard, 2006; Soderlund, 1998). Sin embargo, para que la priorización consignada en un plan de beneficios se convierta en una reorientación hacia aquellos servicios que han sido priorizados y, con ello, en el cumplimiento de los objetivos de éste, deben darse una serie de condiciones o factores de entorno. Entre éstos, una estructura de incentivos que lleve a los proveedores a entregar los servicios incluidos en el plan de beneficios, una institucionalidad capaz de monitorear, verificar y hacer cumplir, la entrega de los servicios incluidos en el plan (Baeza y Packard, 2006) así como, el conocimiento pleno de éstos. En este capítulo nos enfocaremos a algunos de estos factores de entorno.

Con el fin de facilitar la lectura de este capítulo, hemos agrupado estos factores en seis categorías: i) la relación entre el costo del plan de beneficios y los recursos asignados a la entidad encargada de garantizarlo, así como el equilibrio financiero global del sistema, ii) la existencia de los recursos físicos y humanos necesarios para prestar los servicios consignados en el plan de beneficios, iii) el empoderamiento de los usuarios respecto a los beneficios consignados en el plan, iv) los mecanismos legales disponibles para exigir los beneficios consignados en el plan, v) la existencia de un sistema de incentivos que promueva el cumplimiento de los objetivos propuestos con el plan, y vi) la existencia de un sistema de monitoreo y evaluación que determine si se están prestando los servicios incluidos en el plan y, si con ello, se está logrando cumplir con los objetivos para los que se adoptó el plan de beneficios. Estos seis factores están resumidos en la lámina 12. A continuación se ilustra cómo éstos pueden estar influenciando la implementación del plan de beneficios en Colombia y México en la práctica.

LÁMINA 12
FACTORES DE ENTORNO QUE DETERMINAN EL IMPACTO REAL DE UN PLAN DE BENEFICIOS
SOBRE EL DESEMPEÑO DE UN SISTEMA DE SALUD



Fuente: Elaboración propia. Una versión anterior de esta lámina se encuentra en Giedion y otros (2007b).

1. El caso de Colombia

1.1 La importancia del equilibrio financiero macro y micro para la implementación de un plan de beneficios

La existencia de un equilibrio entre ingresos y egresos constituye el “piso” sobre el cual debe construirse cualquier proceso de diseño e implementación de un plan de beneficios. Este equilibrio debe darse tanto entre

ingresos y egresos del sistema (en el caso de Colombia, entre ingresos y egresos tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado), como entre lo que cuesta proveer el plan de beneficios y la prima asignada para hacerlo. Cuando se crean déficits, no sólo se amenaza la sustentabilidad financiera de los actores y del sistema, sino que además, se generan presiones para restringir el gasto, amenazando el acceso oportuno a servicios de calidad. En este capítulo se plantea la importancia de este equilibrio financiero, así como los principales problemas identificados al respecto en el contexto del diseño y ajuste del plan de beneficios en Colombia (POS). En la primera parte de esta sección, analizamos la relación entre el costo del POS y la UPC —lo que llamaremos equilibrio micro—, y en la segunda parte revisaremos los principales temas que influyen en el equilibrio financiero del régimen contributivo y subsidiado —lo que llamaremos equilibrio macro—.

1.1.1 La importancia del costeo de un plan explícito de beneficios y su ajuste en el tiempo

La Ley 100 define que la UPC “se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería¹³²”. Como veremos a continuación, la UPC del régimen contributivo y subsidiado fueron calculados inicialmente (durante la fase inicial de implementación del sistema) con la mejor información disponible en aquel momento, pero su ajuste posterior ha sido marcado por criterios de equilibrio financiero, de negociación política y por una evaluación concienzuda del cambio en el costo de prestación del POS. En el caso del régimen contributivo, se ignoraron los cálculos detallados que se habían realizado inicialmente sobre el costo del POS en los que se tomó información proveniente del ISS y de algunos otros ejercicios de costeo. Es así como se decidió que con la que el sistema, comenzaría a operar no con una cápita de 140 mil pesos colombianos, que fue el estimativo que había proporcionado el equipo técnico de Juan Luis Londoño, sino con 120 mil pesos, y sin que por ello se hiciera ajuste alguno en el alcance del plan de beneficios. Al respecto, un acta del CNSSS indica lo siguiente “...los estudios iniciales realizados por Juan Luís Londoño no fueron tenidos en cuenta cuando se aprobó posteriormente la UPC con la que empezó la operación del Sistema. Comenta [Nelcy Paredes] que aunque en el primer estudio se presentan frecuencias de uso, perfil epidemiológico y otras variables que daban un costo para una UPC de 140.000 pesos, la UPC que empezó a regir fue solo de 121.000 pesos, la cual se ajustó teniendo como único factor definitivo la disponibilidad de recursos y no se revisó el contenido del POS con la información disponible...” (Acta CNSSS, No. 142 del 22 de diciembre de 2003). Lo que ello significaba para los operadores del sistema, es decir las aseguradoras, se ve reflejado en el siguiente comentario de Mauricio Vélez quien trabajaba en este momento en una de las EPS del régimen contributivo: “... a los tres meses de estar, ya no era de 140 mil sino de 121 mil pesos, punto y no hay más, y así nos lo dijo el ministro de Hacienda, [operando en el régimen subsidiado como asegurador] sin ningún ajuste de contenido. Las decisiones de política han ido por vías opuestas y el mercado se ha encargado de unirlos. Por ejemplo, ajustamos tarifas a la red de prestadores. El mercado ha hecho que la UPC y la POS se unan a costa de tecnología. La decisión de “o me quedo o me salgo” y en el “me quedo” —en cierta forma— que el ejercicio económico esperado, había que buscar disminución de tarifas a pagar, ajuste de frecuencias” (Giedion y otros, 2007c). Posteriormente, criterios de equilibrio financiero, de crecimiento del salario mínimo y de la inflación, en lugar de análisis sobre cambios en el costo de prestar el POS, parecen haber marcado el ajuste de la UPC. Esta situación se ve reflejada no sólo en las discusiones consignadas en las actas del CNSSS, sino también en la evolución de la UPC a lo largo del tiempo (ver el gráfico 1), donde se indica que ésta, se ha movido muy a la par con el comportamiento del Índice de Precios al Consumidor. Cabe notar que en años recientes, el MPS ha hecho un esfuerzo por recolectar información detallada de las EPS sobre frecuencias y costos de los servicios prestados, para así poder determinar si la UPC es suficiente para poder prestar el POS.

Al respecto, cabe hacer dos observaciones: i) Aunque la calidad de la información parece estar mejorando, ésta es aún muy deficiente, generándose mucha incertidumbre sobre la verdadera relación entre la prima y el costo de proveer los servicios incluidos en el POS. Así por ejemplo, para el ajuste de la UPC del 2008 al 2009, sólo se tuvieron en cuenta cinco de 20 EPS del régimen subsidiado que mandaron la información sobre servicios prestados y sus costos (de dos EPS autorizadas) en el régimen

¹³² Ley 100 de 1993, Artículo 182.

contributivo, y sólo nueve de 39 EPS del régimen contributivo que mandaron información. El análisis sistemático hecho por el MPS indica que la información de las demás EPS no cumplía con criterios básicos de calidad de la información (Ministerio de la Protección Social y Dirección de Aseguramiento, 2008). ii) La metodología actual del MPS pretende evaluar si la UPC es suficiente para garantizar el equilibrio financiero de las EPS. Ello sin tener en cuenta que la UPC bien puede ser suficiente para no generar desequilibrios financieros en el operador pero no así para prestar el POS en condiciones adecuadas de acceso y calidad. La observación de Mauricio Vélez mencionada anteriormente da cuenta de que las EPS pueden enfrentar el desequilibrio entre el costo del POS y de la UPC ajustando frecuencias y costos para hacer “converger el POS y la UPC” y ello, bien podría darse a expensas del usuario. Sin embargo, unas exploraciones preliminares con actores que han tenido acceso a la información que reportan anualmente las EPS, parecerían indicar que ésta no permite este tipo de análisis por existir un gran sub-registro en las intervenciones reportadas y diferencias en la codificación y agrupación de las intervenciones. Es así como en este momento, no se conocen con certeza las frecuencias e intervenciones asociadas al tratamiento de la hipertensión arterial en la población afiliada¹³³. Finalmente, cabe hacer notar que actualmente, el costo del POS puede variar mucho en el país sin que se le hagan a la UPC todos los ajustes que parecen estar requiriéndose. En resumen, si el costo real del POS no está reflejado en un valor de UPC que permita la supervivencia de la cadena de producción, cada actor presionará a su siguiente o se saldrá del sistema y, finalmente, el principal afectado será el paciente

1.1.2 El equilibrio financiero del sistema

Es claro que el desequilibrio financiero entre egresos e ingresos totales de cada uno de los dos regímenes, genera una amenaza para la sustentabilidad del sistema y, con ello, para la implementación plena de un plan de beneficios. Aunque no es el objetivo de este estudio revisar todas las fuentes de amenazas para la sustentabilidad financiera del sistema, hay un tema que es fundamental en el contexto colombiano y que está íntimamente relacionado con el POS: la solicitud de servicios no incluidos en el POS por vía de tutelas o recobros¹³⁴ que invocan la protección de derechos fundamentales con cargo a los recursos públicos de salud. Anteriormente ya hemos hecho referencia al número creciente de estas solicitudes, pero no al impacto que éstas están comenzando a tener en el equilibrio financiero del sistema. El pago de estos servicios no POS representó en el año 2007 un monto de recursos equivalente a un 7% de los recursos del régimen contributivo y un 12% de los recursos del régimen subsidiado. Según informaciones preliminares para el año 2008, los recursos ejecutados por concepto de tutelas y recobros ya eran de 1,1 billones y representaban alrededor de un 15% de los recursos del régimen contributivo¹³⁵. Las dimensiones de esta problemática habían sido anticipados por varios actores desde finales de los años noventa. Así por ejemplo, un acta del CNSSS de finales de los años noventa advierte “..los costos no previstos en la UPC, por los fallos judiciales, producto de tutelas que obligan a la prestación de servicios onerosos, muchas veces en el exterior, amenazan con desequilibrar el sistema¹³⁶”. Lo que muestran las cifras anteriores es que urge solucionar el tema de servicios de salud no incluidos en los planes de beneficios so pena de estallar el sistema de salud colombiano. La creación de reglas claras sobre cómo y en qué circunstancias se puede acceder a servicios de salud que no han sido priorizados en el plan de beneficios, se convierte así en un determinante crucial del éxito de la implementación de un plan de beneficios. Es importante anotar que este tema está cobrando una importancia cada vez mayor no sólo en Colombia (ver capítulo sobre procesos, fase

¹³³ Basado en conversaciones con Eduardo Alfonso, funcionario de la Dirección de Gestión de Demanda del MPS y con Juan Diego Misas participando en el diseño de una metodología para la evaluación económica de la guías de práctica clínica y su impacto en la UPC.

¹³⁴ Para acceder a *medicamentos* no incluidos en el POS existen dos vías: hacer una tutela indicando que la negación de un medicamento no POS está poniendo en peligro alguno de los derechos fundamentales (vida, dignidad humana, salud, entre otros) o someter la solicitud a un comité técnico científico de la EPS la cual decide si el medicamento es indicado en el caso específico. Para la solicitud de los demás servicios existió hasta hace muy poco únicamente la vía de la tutela.

¹³⁵ Como valor de referencia se toma un gasto total aproximado de 8 billones de pesos en el régimen contributivo y de 5 billones de pesos en el régimen subsidiado.

¹³⁶ La citación proviene de Rodríguez (2002) quien ofrece un resumen de estas advertencias así como un análisis del impacto económico de las tutelas durante los inicios del SGSS.

III del proceso de priorización en Colombia sino también en otros países de la región como Argentina, Brasil y Costa Rica, como se ha indicado con anterioridad.

1.2 Disponibilidad de recursos humanos y físicos y heterogeneidad

Los servicios de salud incluidos en el POS son disponibles en la mayoría de las ciudades grandes y medianas. Sin embargo, dada la gran heterogeneidad del país en términos de disponibilidad de recurso humano y físico en salud¹³⁷, cabe la duda sobre si los servicios que se ofrecen al interior del POS realmente pueden ser prestados en todo lo largo del país. No existe un estudio sistemático sobre este tema.

De la misma forma, existen grandes diferencias en el perfil epidemiológico entre departamentos, los cuales no han sido tenidos en cuenta en el diseño del POS. Aunque no existe un estudio que evalúe en forma integral estas diferencias en el perfil epidemiológico, sí existen algunos datos que indican que mientras en algunas partes del país, los perfiles epidemiológicos empiezan a parecerse mucho a los que prevalecen en países desarrollados donde prevalecen las enfermedades no transmisibles, otros se encuentran aún en una situación donde prevalecen las enfermedades transmisibles y contagiosas. Así por ejemplo, mientras que la mortalidad infantil promedio nacional (menores de 5 años) era, en el año 2005, de 19 por 1000 nacidos vivos, se situaba de 17,32 en Bogotá y superaba 43 en el Chocó y Guainía, dos departamentos de mucha pobreza (Profamilia, 2005). Cabe notar que la Ley 100 previó la creación de CNSSS regionales, que tendrían la potestad de ajustar los planes de beneficios a sus necesidades particulares. Sin embargo, estos consejos regionales no parecen haberse implementado y, por lo tanto no parece haberse hecho aún el uso de la facultad de ajustar los planes a los perfiles epidemiológicos territoriales.

1.3 Conocimiento sobre beneficios: empoderamiento de los usuarios

Para que los beneficiarios accedan plenamente a los beneficios consignados en el POS, deberían tener conocimiento sobre el alcance de los beneficios consignados en el paquete de servicios cubiertos. La información disponible sobre sus beneficios y los mecanismos legales existentes para exigirlos son condicionantes del impacto que pueda tener un plan de beneficios. La importancia de este tema queda ilustrada con el caso de Chile que provee una serie de garantías explícitas de oportunidad, cobertura y calidad, para un conjunto de enfermedades priorizadas; una encuesta sobre el conocimiento del AUGE¹³⁸, indica que el principal problema mencionado por los entrevistados es la falta de información, y que, aunque la gente tiene un conocimiento general del AUGE, no sabe si la enfermedad que lo afecta está cubierta por el plan AUGE (81%). Así mismo, las razones que esgrimen aquellos que deciden no atenderse por el plan AUGE, es principalmente porque desconocían que podían atenderse por éste (64%) (Superintendencia de Salud, 2006). Aunque Colombia no cuenta con un estudio que analice específicamente el conocimiento de la ciudadanía sobre el POS, sí existen varios indicios de que el conocimiento sobre éste es escaso. Así, una encuesta reciente indica que los colombianos tienen un escaso conocimiento sobre el SGSSS y el POS, y que el conocimiento sobre éste es aún menor en los estratos bajos, comparados con los estratos altos (ver el gráfico 4). Un estudio anterior llega a conclusiones similares de desconocimiento de los ciudadanos sobre el actual sistema de salud (Varela y otros, 2006). Finalmente, el propio MPS presentó recientemente un diagnóstico sobre el conocimiento del POS entre la población y los principales actores y concluye: “No ha habido, desde el Ministerio, una política clara de entrega de información a la ciudadanía sobre el POS, ni de exigencia al sector sobre el tema. La información del POS a la que accede la ciudadanía es limitada, confusa y proveniente de las EPS y de algunas entidades territoriales. La información que entregan las EPS es básica, limitada y parcial” (Bonilla, Dirección de Aseguramiento-Ministerio de la Protección Social, 2009). Finalmente, un

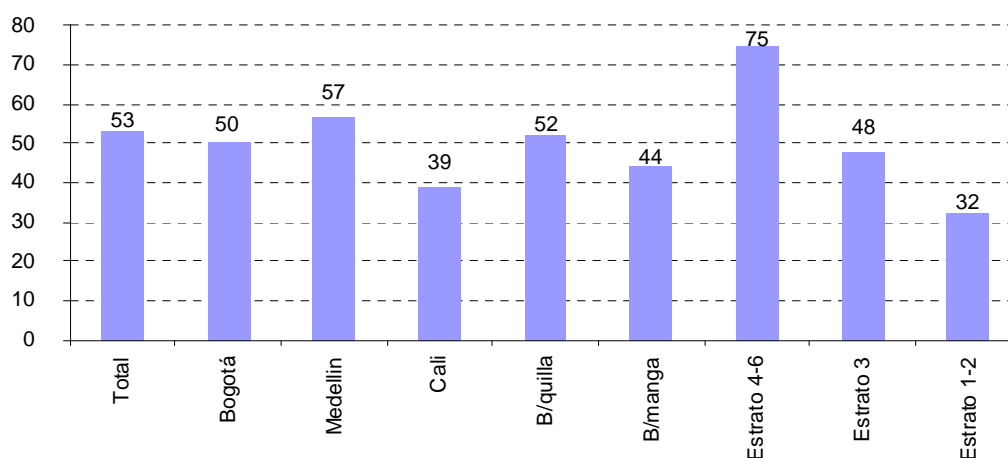
¹³⁷ Véase por ejemplo Atlas de Salud, Colombia al respecto.

¹³⁸ AUGE: Acceso Universal para prestaciones integrales y Garantías Explícitas asociadas a la atención de prioridades.

estudio que ha evaluado las actividades de promoción y prevención que llevan a cabo las EPS en una parte del país, encontró que muchos usuarios no conocían sus derechos al respecto (Realpe y otros, 2002).

Aunque los datos anteriores son apenas algunos indicios sobre el desconocimiento del POS, sería necesario profundizar este análisis (preguntando especificidades a los usuarios tales como si comprenden en qué consiste el POS, si saben cuáles son las coberturas que se ofrecen para diferentes enfermedades, o si conocen las opciones existen cuando hay negación de servicios garantizados en el POS), sí permiten establecer la necesidad de una política de información sobre el POS a todos los actores, incluyéndose no sólo los usuarios y pacientes sino también los aseguradores, prestadores y entidades territoriales a cargo del régimen subsidiado.

GRÁFICO 4
CONOCIMIENTO SOBRE EL PLAN DE BENEFICIOS EXPLÍCITO, COLOMBIA, 2009
(En porcentajes)



Fuente: Gestarsalud y Centro Nacional de Consultoría, 2009.

Nota: Se indican el porcentaje de personas que contestaron afirmativamente a la pregunta: Ud. conoce lo que es el Plan Obligatorio de Salud o POS?

La exigibilidad del derecho va más allá de su aspecto jurídico, es un proceso social y político a la vez, que debe tratar de abarcar la participación directamente de las personas.

En Colombia se ha avanzado bastante en el tema, prueba de ello es la explosión de tutelas (un arma de doble filo). Cuando el paciente no conoce los beneficios consignados en el plan de beneficios a los que tiene derecho, existen incentivos para negar injustificadamente sus derechos. La gran cantidad de tutelas en el sistema de salud colombiano, por servicios que le son negados a los afiliados a pesar de ser garantizados por el POS, refleja sólo aquellos ciudadanos que conocen más, aunque su conocimiento se limita con frecuencia únicamente a la punta del iceberg.

1.4 Mecanismos legales para la exigibilidad

Como se indica en el primer capítulo de este informe, Colombia tiene mecanismos únicos para hacer exigible los beneficios plasmados en el POS. Además, como lo muestra el número creciente de pago de servicios por fuera de los límites del POS (ver el gráfico 3 en el capítulo IV), la población parece conocer cada vez más los recursos legales existentes para exigir que se le presten los servicios incluidos en el POS y, en forma creciente, también aquellos que están fuera de éste.

1.5 Incentivos

Como lo hemos mencionado anteriormente, un plan de beneficios explícito puede convertirse en una herramienta estratégica para mejorar la salud poblacional. Sin embargo, para que un plan de beneficios realmente logre éste propósito, el encargado de gestionar el riesgo y organizar los servicios (las EPS en el caso colombiano), tiene que tener los incentivos para orientar el gasto hacía aquellas actividades con mayor impacto en salud, entre las cuales tendrían que estar, las relacionadas con la promoción y prevención de la salud. Estos incentivos dependen en gran parte de *cómo* se asignan los recursos al operador. En el caso colombiano, el pago a las EPS se hace vía una cápita, sin que se tenga en cuenta los resultados obtenidos en salud, ni el número de actividades de promoción y prevención provistas. Cabe notar que el MPS ha venido experimentando con diferentes mecanismos para alinear mejor el pago de la UPC con el desempeño de las EPS en términos de salud. Primero solicita información de las EPS del régimen contributivo sobre sus actividades de promoción y prevención, que podría ser utilizada eventualmente para premiar aquellas EPS con mejor desempeño en esta área. Segundo y más recientemente, la Dirección de Aseguramiento del MPS está en el proceso de diseñar un sistema de incentivos para distribuir algunos recursos a las EPS en función de sus logros en materia de control de pacientes hipertensos y diabéticos.

Como se indica en el anterior párrafo, en Colombia se paga la UPC sin evaluar los resultados que se obtienen en términos de salud o protección financiera de los afiliados.

1.6 Monitoreo y evaluación

Al comienzo de este documento, indicamos que nunca se formularon muy claramente los objetivos del POS, lo que dificulta cualquier labor de monitoreo y evaluación del cumplimiento de las metas propuestas con el POS. Cabe notar que la normatividad vigente enuncia como uno de los principios rectores del POS, el de incluir servicios que mejoren la salud de los colombianos. Sin embargo, no existe en Colombia ninguna institución que haya evaluado en forma sistemática la pertinencia del POS para abordar el perfil de morbi-mortalidad de los colombianos y, mucho menos que haya evaluado el impacto de los servicios prestados en el POS en aquellos problemas de salud que podrían ser solucionadas con éste. La falta de un sistema de seguimiento y evaluación del POS se ha hecho muy evidente en el contexto actual donde se quiere construir un nuevo POS que responda a las necesidades de salud de los colombianos.

2. México

2.1 La importancia del equilibrio financiero macro y micro para la implementación de un plan de beneficios

En México, de acuerdo a la ley, se debe realizar anualmente ‘una evaluación financiera y actuarial del SPSS, la cual debe ser avalada mediante una auditoría externa’ (Artículo 75, Fracción I del R-LGS-PSS del 5 de abril de 2004). Esta legislación se ha traducido en evaluaciones financieras y actuariales de la suficiencia o insuficiencia de las aportaciones al SP del CAUSES y del FPGC¹³⁹. Esta sección presenta en primer lugar, los resultados de las valuaciones financieras y actuariales en 2008 para el ejercicio de 2007 realizadas por una empresa privada¹⁴⁰, tanto para el CAUSES¹⁴¹ como para el FPGC¹⁴², la cuales se enfocan al equilibrio financiero macro del sistema; posteriormente, se aborda el tema del equilibrio micro.

¹³⁹ El único fondo sobre el cual hasta la fecha no se realizan valuaciones financieras y actuariales, es el Fondo de Previsión Presupuestal.

¹⁴⁰ Lockton Consultores Actuariales, Agentes de Seguros.

¹⁴¹ Lockton. 2007. Valuación Financiera y Actuarial 2007 de la Suficiencia o Insuficiencia de las Aportaciones al Seguro Popular considerando el Paquete de Beneficios CAUSES, vigente a partir de año 2007 y sus proyecciones para el periodo 2008-2020. Reporte Normativo.

La valuación financiera y actuarial del CAUSES del 2007 contempla tres escenarios:

- i. Un escenario normativo denominado Escenario CAUSES que se realizó considerando como supuesto que los costos asociados a las intervenciones cubiertas por el CAUSES son los costos que corresponden a la realidad y anualmente se ajustan conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC). Cabe notar que con esta forma de ajuste no se tiene en cuenta ni el cambio en las frecuencias ni en el costo de los servicios.
- ii. Escenario CAUSES + Inflación Médica, el cual considera que los costos y los servicios médicos incluidos en el CAUSES deben actualizarse a través de la inflación médica observada en cada ejercicio presupuestal a diferencia del escenario anterior que supone la actualización de costos a través del INPC, cuyo valor es menor a la inflación médica señalada.
- iii. Escenario Lockton, el cual considera los costos variables de los servicios médicos del mercado proporcionados por la empresa evaluadora. Se debe señalar que la valuación no especifica si los costos de mercado utilizados incluyen únicamente servicios públicos, o también privados, debido a lo cual podrían estar sobreestimados.

Los resultados de la valuación financiera y actuarial para el año 2007 difieren dependiendo del escenario. Bajo el primer escenario existe suficiencia presupuestal de 14,2%, mientras bajo los otros dos escenarios existe insuficiencia presupuestal: la insuficiencia aumenta considerablemente en el escenario Lockton (-34%) comparado con el escenario CAUSES + Inflación Médica (-5,61%). A nivel estatal, en el primer escenario existen 7 estados que presentan insuficiencia, mientras que el número aumenta a 22 estados con insuficiencia presupuestal en el segundo escenario¹⁴³. Finalmente en el tercer escenario, existe nada más un estado, Baja California, que cuenta con suficiencia presupuestal. El número de estados con insuficiencia presupuestal disminuye para los dos primeros escenarios en el momento de considerar el periodo 2008-2020: bajo el escenario CAUSES, existen nada más dos estados con insuficiencia presupuestal, mientras bajo el escenario CAUSES + Inflación Médica, tres.

Adicionalmente, la valuación señala que los costos variables del CAUSES presentan una desviación que varía entre el 25% y 65% por debajo de los costos de mercado de los servicios de salud del país, mientras que también se observa una desviación entre las tasas de incidencia de las intervenciones médicas usadas para el cálculo del costo per cápita del CAUSES y lo que se ha observado a nivel estatal. Dadas estas desviaciones, la valuación recomienda que se debe recolectar cierta información (que en este momento no necesariamente está disponible o no es del todo confiable), para poder realizar un seguimiento adecuado de las variables de mayor sensibilidad del modelo. Estas variables incluyen, además de los costos y las tasas de incidencia, el número de integrantes por familia, el cual, de acuerdo al registro del padrón del SP, fue de 3,15 para el año 2007, mientras que el Consejo Nacional de Población lo estimó en 4,00.

Lo que se desprende de la valuación financiera y actuarial de 2007 del CAUSES es que, sin información actualizada y confiable sobre el costo de las intervenciones, el ejercicio de valuación actuarial se vuelve en un ejercicio *teórico* donde se asume que los proveedores a nivel estatal ofrecen los servicios del CAUSES al costo estimado durante el diseño del paquete y actualizado por el INPC (véase abajo sobre este punto), así como, que para poder llegar a cualquier conclusión relacionada con la suficiencia presupuestal del sistema, se necesita información adicional, confiable y actualizada sobre los costos, tasas de incidencia y el número de integrantes por familia.

En cuanto a la evaluación del FPGC, ésta se lleva a cabo con dos objetivos fundamentales, el primero es determinar la suficiencia o insuficiencia de los recursos previstos en la LGS para la operación del FPGC; y el segundo, prever el comportamiento actual y futuro del Fondo bajo diferentes supuestos en el comportamiento demográfico, financiero y de siniestralidad. Para hacer esta evaluación se consideran: los

¹⁴² Resultados de la Valuación Financiera y Actuarial 2007 del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC), presentados durante la segunda sesión ordinaria del Consejo Interno de la CNPSS el 9 de octubre de 2008. Anexo del acta que se levantó en dicha sesión, en formato de presentación de Power Point.

¹⁴³ El cálculo actuarial fue hecho a nivel de cada estado.

ingresos correspondientes al 8% de la aportación por cada familia (ver capítulo I sección 1.2); los egresos de acuerdo a los costos médicos y la siniestralidad propia del fondo; los intereses y gastos generados por la operación del Fideicomiso del SPSS; y el flujo de efectivo considerando los rubros anteriores.

Para la evaluación de 2007 se establecen dos escenarios:

- i. el Normativo, que considera las familias afiliadas al SP, de acuerdo a lo establecido en la LGS; y
- ii. el de Prima por beneficiario, que considera el cambio a la prima por beneficiario de 2.207,51 pesos mexicanos, en vez de por familia, como opera en la actualidad, con lo que será posible alcanzar la cobertura universal de población potencial sin seguridad social.

Se considera adicionalmente una **variación del escenario Normativo**, considerando que las familias están integradas por 4,3 miembros.

Los resultados del escenario *Normativo* fueron que, el FPGC es suficiente en el caso de desviaciones, soportando un incremento del 30% en los costos, o un incremento del 30% en las incidencias, o bien un 15% en ambas variables. Para el escenario de 4,3 integrantes por familia, se considera igual número de familias que el Normativo, pero con mayor población expuesta. El saldo al año 2020 se estima en un monto de 20.422,12 millones de pesos mexicanos y resulta suficiente, con reducción respecto al escenario anterior del 55,1%. Los resultados del escenario *Prima por beneficiario* indican que soporta una desviación en los costos o en las incidencias equivalente al 15% y de 8% si se incrementan ambas variables. Se presenta una reducción en el saldo de 49% con respecto al escenario *Normativo*. Las grandes diferencias en los resultados según el escenario escogido, indican de alguna manera que mientras no existan datos duros sobre costos, incidencias y número de integrantes por familia, subsistirá una gran incertidumbre acerca del equilibrio financiero real del FPGC.

En cuanto al equilibrio micro, dos de los principales desafíos que no permiten una comparación directa entre el costo del CAUSES y los recursos disponibles para su prestación a nivel individual, es que (i) las aportaciones al SP se calculan al nivel familiar y no al nivel personal, con un número de integrantes por familia que presenta gran variación por familia y por estado. Al parecer el número de integrantes por familia actual parece ser menor que el número de integrantes que se calculó al principio, (ii) que aunque exista un costo promedio por persona para el CAUSES (1.712 pesos mexicanos para el 2008) éste no necesariamente refleja el costo actual para la prestación de servicios, dado que está basado en el costeo de las intervenciones del paquete realizado en los primeros años, actualizado año con año únicamente por el Índice Nacional de Precios al Consumidor, así como por la opinión de expertos (convocados por la CNPSS) y no por el incremento real del costo de la prestación de los servicios. Así, al igual que en el caso colombiano, se hizo un costeo inicial que hasta la fecha no ha sido completamente actualizado y no hay certidumbre sobre la relación entre el costo *actual* y las aportaciones. Adicionalmente a estos desafíos descritos, está el hecho de que en algunos años, se han agregado un número importante de intervenciones respecto al paquete original, sin que hubiera un incremento del costo per cápita adicional al ajuste por el INPC, y aunque esta situación ha sido justificada por la Comisión bajo el argumento de que se han llevado a cabo una serie de revisiones y ajustes de los medicamentos (los de patente se sustituyeron por genéricos), así como de la incidencia esperada (que en un inicio estuvo sobre-estimada para algunas intervenciones), la falta de datos reales sobre la utilización de los servicios, así como, los resultados de la evaluación actuarial, ponen en duda si la estimación del costo per cápita del CAUSES, corresponda al gasto real que provoca la provisión del paquete a la población afiliada.

2.2 Disponibilidad de recursos físicos y humanos para ofrecer los planes de beneficios

El tema de la disponibilidad de recursos físicos y humanos para ofrecer los paquetes de beneficios es de suma importancia en el caso de México, dado que el número de afiliados que aspira tener el SP es cercano a la mitad de la población total del país. De hecho, uno de los principales objetivos de la reforma del 2004, fue incrementar la inversión en infraestructura en salud, la cual había decremado en forma consistente en las dos décadas previas (Frenk, J. y otros 2009). En este sentido, desde el inicio de la implementación del SP y

dentro de las reformas a la LGS (Artículos 31 al 39) se definió el Plan Maestro de Infraestructura, como un instrumento rector para racionalizar la inversión pública en infraestructura y garantizar la operación sustentable, así como para definir las características de los centros regionales de alta especialidad. Se establece que este Plan debe considerar un panorama a 10 años en relación a infraestructura física y equipamiento para la prestación directa, a través de los establecimientos públicos para la atención médica del Sistema (SP). Posteriormente, este Plan ha sido sustituido por un concepto más integral que comprende además de la infraestructura, los recursos humanos y el equipamiento médico. Posteriormente, dentro del Programa Nacional de Salud 2007-2012, se establece como una de las líneas de acción del sexenio, “Establecer políticas e instrumentos para la planeación sectorial de los recursos para la salud”, esta planeación incluye fortalecer estos tres componentes fundamentales de las unidades médicas. Con este propósito, se pretende integrar el llamado Plan Maestro Sectorial de Recursos de Atención a la Salud, el cual debe ofrecer un plan ordenado y gradual, a nivel nacional, para el crecimiento de los mismos, enfocando este crecimiento a la prestación oportuna y de calidad de los servicios ofrecidos en el CAUSES y por el FPGC.

En este sentido y de acuerdo al 6º. informe de gobierno (2006), la proporción del presupuesto en salud dedicado a inversión, incrementó de 3,8% en el 2000 a 9,1% en el 2006, gracias a lo cual, fue posible la construcción de 751 unidades ambulatorias y 104 hospitales, incluyendo hospitales de alta especialidad en los estados más pobres, entre el 2001 y el 2006 (Frenk, J. y otros 2009).

Por otro lado, datos sobre recursos físicos y humanos de la Secretaría de Salud, confirman que ha habido un incremento importante en el número de unidades—especialmente de hospitales integrales y de especialidad—, camas, consultorios, médicos y enfermeras entre 2000 y 2006/2007, que seguramente se han utilizado para satisfacer el incremento en la demanda para servicios médicos generada por los nuevos afiliados del SP (ver los cuadros 13 y 14). Al mismo tiempo en 2007 se contrataron por honorarios aproximadamente 40.000 profesionales en salud con recursos del SP para atender los afiliados al esquema¹⁴⁴. Es importante señalar que existe una relación positiva entre el porcentaje de la población afiliada (número de afiliados por estado como porcentaje del número total de afiliados en el país) y el porcentaje del personal contratado (número de profesionales médicos contratados como porcentaje del número total de profesionales médicos contratados) por estado (ver el gráfico 5). Esto indica que la contratación de recursos humanos adicionales se define en cierta forma con base en el número de los afiliados, los cuales a su vez, al incrementarse, es de esperarse que conduzcan a un incremento de la demanda de los servicios médicos.

CUADRO 13
UNIDADES MÉDICAS POR NIVEL DE ATENCIÓN
(200-2007)

Año	Consulta externa	Hospitalización				Subtotal	Total
		Integral	General	Especialidad	Psiquiatría		
2000	12 234	211	290	89	33	623	12 857
2001	12 171	182	289	84	32	587	12 758
2002	12 030	133	288	81	31	533	12 563
2003	11 867	127	277	73	31	508	12 375
2004	11 744	86	275	70	31	462	12 206
2005	11 580	78	274	72	30	454	12 034
2006	11 402	64	268	70	31	433	11 835
2007	11 131	44	277	68	31	420	11 551
Cambio 2000-2007 (Porcentajes)	9,91	379,55	4,69	30,88	6,45	48,33	11,31

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud.

¹⁴⁴ El personal contratado por honorarios incluye médicos generales, médicos especialistas, enfermeras y otro personal de áreas médicas. Datos de la Comisión Nacional de Prestación Social en Salud.

CUADRO 14
RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD
(Por mil habitantes, 2000-2006)

Año	Por 1000 habitantes ^c			
	Médicos ^a	Enfermeras ^b	Consultorios	Camas censables
2006	1,5	2,0	0,6	0,8
2005	1,0	1,3	0,5	0,6
2004	1,0	1,3	0,5	0,6
2003	0,9	1,2	0,4	0,6
2002	0,9	1,2	0,4	0,6
2001	0,9	1,2	0,4	0,6
2000	0,9	1,2	0,4	0,6
Cambio 2000-2006 <i>(Porcentajes)</i>	66,7	66,7	50,0	33,3

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

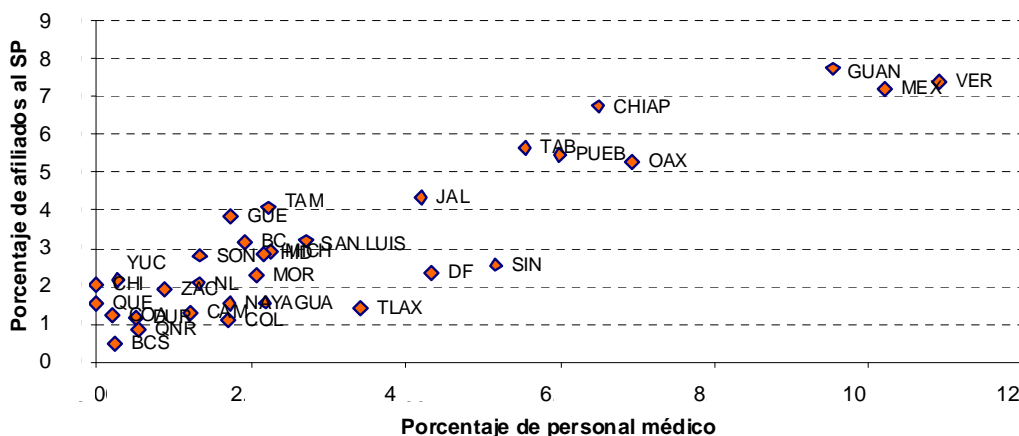
^a Incluye médicos generales, especialistas, pasantes de medicina y odontología, internos de pregrado y residentes que están en contacto con el paciente.

^b Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares que están en contacto con el paciente.

^c La población utilizada en el denominador es una estimación de DGIS a partir de las Proyecciones de la Población de México 2000-2050 del Consejo Nacional de Población, México 2002.

Los datos antes mencionados demuestran claramente que el sistema ha reaccionado a la introducción del SP y ha aumentado su capacidad, tanto física como de recursos humanos. Actualmente, el Plan Maestro Sectorial de Recursos de Atención a la Salud, está en proceso de elaboración y aunque no está concluido, hay un avance importante en cada uno de sus componentes. Para el componente de infraestructura, se han publicado desde el 2003, varios ejemplares del Plan Maestro de Infraestructura, elaborados por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud; mientras que, para el componente de equipamiento, a cargo del CENETEC, se está trabajando desde el 2008 en una primera fase que se enfoca al equipo de alta tecnología, sobre el cual se llevó a cabo recientemente un estudio a nivel nacional que incluyó un diagnóstico funcional y de disponibilidad de mas de diez tecnologías consideradas de alta complejidad y costo, entre las que se incluyeron equipos como el de resonancia magnética nuclear, tomografía axial computarizada, angiografía, teleterapia, medicina nuclear y mastografía.

GRÁFICO 5
RELACIÓN ENTRE AFILIACIÓN AL SP Y PERSONAL MÉDICO CONTRATADO
POR HONORARIOS CON RECURSOS DEL SP, 2007
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos de la Unidad de Análisis Económico.

2.3 Conocimiento sobre beneficios: empoderamiento de los usuarios

De acuerdo al Presupuesto Anual de Egresos de la Federación¹⁴⁵, la CNPSS debe levantar semestralmente una encuesta de satisfacción entre sus usuarios y sus resultados deben ser publicados en su página de Internet. En la presentación de los resultados para 2008, se incluye solamente una pregunta que puede darnos algunos indicios con relación a la información que tengan los usuarios sobre el esquema del SP y posiblemente sus beneficios, donde se pregunta si cuando se afilió al SP le entregaron su póliza de cobertura o no. De acuerdo a las respuestas de los usuarios, la gran mayoría (96% en junio 2008 y 94% en diciembre 2008) respondieron que sí.

Otra fuente que proporciona información sobre el conocimiento de los usuarios del SP es la Encuesta de Salud y Nutrición 2006, en la cual se incluyen una serie de preguntas relacionadas con documentos que se deben entregar al inscribirse al SP, incluyendo el catálogo de beneficios médicos, y también donde se pregunta a los afiliados del SP si consideran que la información que reciben en el momento de su inscripción, les permite conocer sus derechos y obligaciones como afiliados al esquema. Una revisión simple de frecuencias de los datos de estas preguntas/variables demuestran que, tres por cada cuatro afiliados han recibido el catálogo de beneficios médicos del SP, mientras un poco menos de unas tres cuartas partes de los afiliados consideran que cuentan con información suficiente sobre sus derechos y obligaciones. Estos porcentajes, aunque son relativamente altos, no necesariamente demuestran que los afiliados tengan un buen conocimiento sobre los beneficios incluidos en los paquetes del SP, situación necesaria para que puedan apelar por ellos, en caso de que no les sean prestados en forma integral y oportuna. Fuera de esto, no se encontró algún otro mecanismo por el que se evalúe el conocimiento de los usuarios sobre los beneficios de salud a los que tienen derecho a través del SP.

CUADRO 15
CONOCIMIENTO SOBRE BENEFICIOS DEL SEGURO POPULAR^a
(En porcentajes)

Pregunta	Porcentaje		
	Si	No	No sabe
1. ¿Le entregaron su			
contrato de inscripción	93,91	5,15	0,94
carta de derechos y obligaciones, y	81,89	15,99	2,12
catálogo de beneficios médicos	76,99	20,55	2,46
2. En su opinión, ¿la información que recibió al inscribirse al SP le permite conocer sus derechos y obligaciones como afiliados al programa?	71,83	28,17	-

Fuente: Cálculos de los autores con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006.

^a Se basa en entrevistas con 7,992 hogares inscritos o alguna vez inscritos al SP.

2.4 Mecanismos legales para la exigibilidad

De acuerdo a la información que se presenta en el segundo capítulo de este estudio, aunque existen mecanismos a través de los cuales se pueden exigir los beneficios de los paquetes del SP, dichos mecanismos no son ampliamente utilizados por los afiliados, ni existe una evaluación sobre la efectividad que tienen para obtener los servicios del CAUSES y del paquete del FPGC en caso de que sean injustificadamente negados o mal prestados. El número de quejas presentadas en el SP es muy bajo

¹⁴⁵ Artículo 38, Fracción IX del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2008.

y aun así la mayoría de las quejas están relacionada con temas de afiliación. Adicionalmente, no existen registros en la Suprema Corte de Justicia, donde se consideran casos de afiliados que demanden la provisión de los beneficios incluidos en los paquetes del SP, dado que no se les hayan proporcionado.

Por otro lado, a diferencia de Colombia, en México no se pudo encontrar evidencia de que se esté haciendo uso de los mecanismos existentes para la protección de los derechos fundamentales consignados en la Constitución.

2.5 Estructura de incentivos que promueva resultados en salud

Al igual que en el caso Colombiano, la función de un paquete de servicios médicos como herramienta estratégica para mejorar la salud de la población a través de la vinculación de incentivos financieros, y la provisión de actividades médicas con mayor impacto en salud, tampoco se cumple en México. Además, y a diferencia del caso colombiano, los prestadores no se les remunera en función de los servicios CAUSES que estén realizando, por lo que no existe, un vínculo directo entre la provisión de los servicios esenciales y su financiamiento, hasta este último nivel de prestación, la unidad médica y el médico tratante.

En el caso del CAUSES, el financiamiento sigue al paciente y su familia hasta su estado de residencia, pero no existe un vínculo directo entre el pago de proveedores, en su mayoría públicos, y la provisión de servicios del paquete. A diferencia de Colombia donde existe una separación entre el financiamiento y la provisión, en México, en la mayoría de los estados, el gestor de los recursos financieros y el prestador coexisten bajo el sistema público estatal, los SESA. Eso tiene como consecuencia que los recursos a nivel estatal se distribuyan todavía con base en presupuestos históricos y no tomando en cuenta el lugar dónde se atienden los pacientes y al tipo de servicios que presta el hospital o centro de salud¹⁴⁶.

Esto sucede a pesar de que la reforma de la LGS de 2003 contempló la creación de una unidad o instancia a nivel estatal responsable de la gestión del SP, los denominados Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS¹⁴⁷). Dado que los estados se caracterizan por diferentes estructuras jurídicas y organizacionales, las REPSS se visualizaron como entidades con cierta flexibilidad jurídico-administrativa, esperando que fueran ‘unidades administrativas separadas de los SESA que facilitarían la separación de funciones en el nivel estatal al fungir como responsables de la afiliación, tutela de derechos, y presupuestación por resultados, al canalizar recursos a los prestadores de servicios través de acuerdos de gestión’ (Secretaría de Salud, 2006). En realidad, a mediados de 2006, 22 estados contaban legalmente con una unidad administrativa, bajo la estructura de los SESA que operaba el SP asimilando sus funciones al REPSS, cinco estados habían conformado a su REPSS bajo una figura jurídica diferenciada de los SESA y cinco más no contaban con una entidad para la operación del SP. El hecho de no haberse materializado la separación entre las funciones de financiamiento y provisión, tiene mucho ver con el control que los estados y los SESA quieren todavía mantener sobre los recursos del SP. Es importante señalar que aunque existen esfuerzos por parte de la CNPSS para contar con información sobre cómo y en qué se gastan los recursos del SP, hoy en día no existen todavía los mecanismos regulatorios que permitan tener ni la claridad, ni la transparencia deseable en el tema. Adicionalmente se debe mencionar que existen algunas excepciones como el estado de Tabasco donde ya se había iniciado la firma de acuerdos para la prestación de servicios hospitalarios que se pagaban por caso, sin embargo al parecer con el cambio de la administración, este mecanismo no tuvo la continuidad adecuada y por lo tanto no evolucionó hacia otros estados.

Al contrario del CAUSES, los pagos para servicios del paquete del FPGC, están estrictamente vinculados a la provisión de los servicios. Eso quiere decir que una institución que presta servicios cubiertos por el FPGC tiene que presentar su solicitud a la CNPSS para la prestación de un servicio

¹⁴⁶ La separación del financiamiento de la provisión de servicios médicos no es una condición indispensable para que el dinero siga al paciente, pero suele suceder que cuando el gestor de recursos y el prestador es la misma entidad que los recursos se repartan con criterios distintos al criterio del pago por prestación de servicios.

¹⁴⁷ Ver Artículos 77 bis 2 y 77 bis 10 de la LGS, así como Artículos 3 y 13 del Reglamento.

cubierto por el Fondo, esta solicitud se valida y eventualmente se paga. El monto pagado por intervención está definido previamente por una tarifa fija que no cambia en razón del número y tipo de estudios o intervenciones efectuadas durante el tratamiento del paciente. Esto significa que los proveedores asumen parte del riesgo del tratamiento y por ello se espera que efectúen los procedimientos absolutamente necesarios para la atención del paciente.

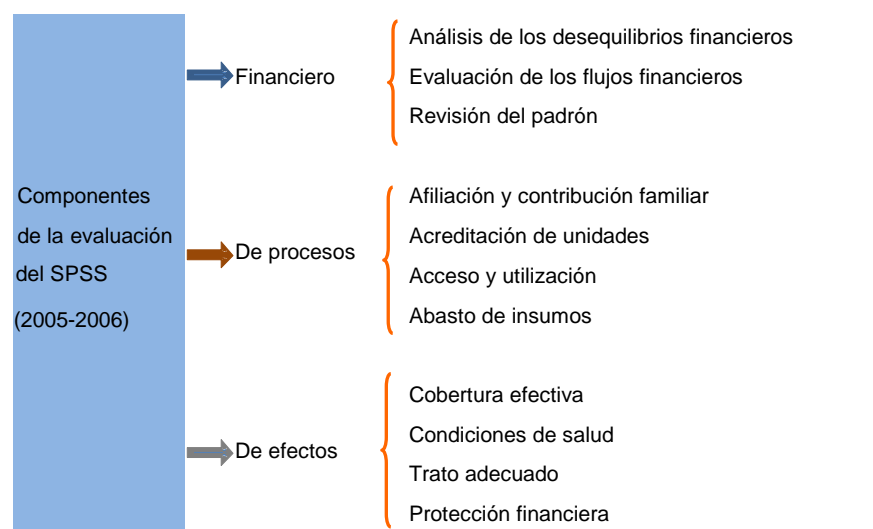
Para que un sistema de salud pueda usar un paquete de beneficios explícito para orientar el gasto hacia aquellas intervenciones con mayor impacto, debe primero lograr introducir un sistema de pago de prestadores basado en el volumen de los servicios prestados, y en una segunda etapa, usar incentivos para aumentar la provisión de servicios que considera que beneficien más a la población como por ejemplo servicios médicos relacionados con la prevención y promoción de la salud. México, estando en una etapa preliminar, debe cumplir con la primera meta antes de considerar la segunda.

2.6 Monitoreo y evaluación

Se debe reconocer que desde el principio de la reforma de salud de 2003, se enfatizó la importancia del monitoreo y evaluación de este proceso. Con este propósito, en el Artículo 75, fracción III del R-LGS-PSS del 5 de abril de 2004, se planteó un modelo de evaluación que incluye una evaluación ‘...de impacto en las condiciones de salud de las familias beneficiarias que comprenden la medición de los cambios en sus condiciones de salud, que deben esperarse una vez desplegadas las intervenciones que provea el Sistema...’ Cabe destacar que estas evaluaciones están dirigidas a evaluar el impacto del SPSS como un nuevo esquema de financiamiento, mas no específicamente al impacto que ha tenido la implementación del conjunto de servicios que se ofrecen en el CAUSES. Sin embargo, algunas mediciones evalúan aspectos que se han mencionado en este capítulo como factores decisivos para que los planes explícitos se traduzcan en acceso efectivo a los servicios incluidos en los planes, y que se considera pueden dar una medición aunque sea en forma indirecta de la prestación operativa del paquete y de su impacto sobre la población afiliada, esto es por ejemplo, la medición de acreditación de unidades médicas afiliadas al SP, el abasto de insumos, la utilización de servicios y el gasto de bolsillo, entre otras.

En este contexto, entre los años 2005 y 2006, se llevó a cabo una evaluación integral de SPSS, coordinada por la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, la cual incluyó tres componentes: financiero, de procesos y de efectos (lámina 13).

LÁMINA 13
COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN EXTERNA DEL SPSS 2005-2006



Fuente: Secretaría de Salud, 2006b.

RECUADRO 6

MENSAJES CENTRALES DE LA ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN DEL SPSS 2005/2006

Evaluación de Procesos

1. A finales de 2005 se habían acreditado en el país 1,278 unidades, que representan 30% del total de unidades del SP.
2. En 2005, siete entidades federativas evaluaron a más del 80% de las unidades prestadoras de servicios del SP.
3. Para que dicho proceso sea institucionalizado, se garantice su continuidad y se agilice, se requiere de personal para coordinar y realizar las visitas a las 32 entidades federativas, así como con presupuesto propio, que actualmente no posee.
4. Ninguna entidad federativa tenía la totalidad de sus unidades acreditadas. Baja California tenía más del 90% y Chiapas 87%. Nuevo León, Baja California Sur, Querétaro, Durango y Quintana Roo presentaron porcentajes de acreditación menores de 6%.
5. Aguascalientes, Sonora y Nuevo León tuvieron los mayores porcentajes de hospitales acreditados (100, 92 y 88% respectivamente), mientras que Campeche, Nayarit, Quintana Roo y Tlaxcala no tienen ninguno. Con respecto a centros de salud, Baja California y Chiapas tenían el 90% acreditado; por el contrario, Durango, Querétaro y Quintana Roo, no tenían ninguno.
6. El principal obstáculo para lograr la acreditación se ubica en el componente de calidad, cuya mejora no requiere esfuerzos ni recursos extraordinarios por parte de las entidades.
7. Las principales áreas de oportunidad para mejorar el componente de capacidad de las unidades se ubican en consulta externa y botiquín y farmacia. En el componente de seguridad, el desempeño general fue positivo.
8. De acuerdo con datos de una encuesta aplicada para evaluar los procesos operativos-financieros del SPS, 64% de los directores estatales del SP no estaban satisfechos con el proceso de acreditación.

Evaluación de Efectos

1. El objetivo de afiliarse al Seguro Popular de manera prioritaria a las familias de menores ingresos se estaba cumpliendo y los resultados hasta ese momento indicaron que si se continuaba a ese ritmo, todas las familias Oportunidades podrían estar afiliadas antes del 2010.
2. Los resultados del componente experimental sugirieron que el SP estaba teniendo un efecto protector contra los gastos catastróficos por motivos de salud en las comunidades y más específicamente, en aquellos hogares que estaban ya recibiendo sus beneficios.
3. El estudio sugirió que los efectos en la reducción de los gastos en salud de los hogares podían deberse a una reducción en el gasto de dichos hogares en servicios de hospitalización.
4. Los resultados del componente observacional de la evaluación también indicaron que el SP tiene un efecto protector contra los gastos catastróficos a nivel poblacional. El efecto fue particularmente claro en un subgrupo de hogares que reportó utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios. Los resultados preliminares de la evaluación indicaron que los afiliados al SP mostraron una mayor probabilidad de utilizar servicios de salud que los no afiliados.
5. Los afiliados al SPS presentaron una cobertura efectiva mayor que los no asegurados en 2005 y ambos grupos presentaron coberturas efectivas mayores que los no asegurados en 2000, lo que sugiere que las mejoras en la cobertura han beneficiado tanto a los no asegurados como a los afiliados al SP.

Evaluación Financiera

1. El gasto en Salud en México incrementó de manera consistente en los años previos a la evaluación, considerando que pudiera alcanzar el 7.0% del PIB en 2010.
2. Se detectó un ritmo de crecimiento del gasto público en salud mayor al del gasto privado, gracias sobre todo a los recursos del SP. Si se cumplen las metas de afiliación al SP del 2010 y se mantienen sin cambios las tendencias del gasto de la seguridad social y del gasto privado, el gasto público en salud en 2010 podría representar 50% del gasto total en salud.
3. El gasto de bolsillo mostró una tasa de crecimiento menor a la observada en los primeros años de la década. De concretarse las estimaciones presentadas en el estudio, se estimó que este gasto podría pasar de 51% del gasto total en salud que representaba en ese momento, al 46% en el 2010.
4. Gracias a la reforma que dio origen al SPSS, los recursos de la Secretaría de Salud pasarán a representar 32% de los recursos públicos totales para la salud a representar cerca del 45% en el 2010.
5. Se encontró que la brecha en el gasto per cápita en población asegurada y no asegurada se estaba cerrando. La relación entre estos dos tipos de gasto en 2000 era de 2.5 a 1, pasó a 2 a 1 en 2005 y se estimó que podría disminuir a 1.5 a 1 en 2010.
6. También se encontró que la brecha en el gasto per cápita en población no asegurada entre entidades federativas estaba disminuyendo. Las diferencias en la distribución de este gasto se redujo 20% entre 2000 y 2004.
7. Las brechas en la contribución estatal entre entidades federativas se redujeron 14% entre 2000 y 2004.
8. Finalmente, el gasto en inversión en la Secretaría de Salud se estaba incrementando: de representar cerca del 4% del presupuesto total de esta institución en 2000 pasó a representar alrededor del 9% en 2006.

Fuente: Secretaría de Salud, 2006c; Secretaría de Salud, 2007b; Secretaría de Salud, 2007c.

La *Evaluación Financiera* midió la magnitud, la distribución por entidad federativa y el ejercicio por componentes de los recursos financieros asignados al SP, y su impacto en los cinco grandes desequilibrios financieros que dieron origen a las reformas a la LGS de 2003¹⁴⁸. La *Evaluación de Procesos* midió el desempeño operativo del SP, incluyendo los procesos de afiliación y contribución familiar; la acreditación de unidades que prestan los servicios del CAUSES, y el abasto de medicamentos y otros insumos en estas unidades. Finalmente, la *Evaluación de Efectos*, sustentada en un diseño controlado a nivel comunitario, incluyó la evaluación de la cobertura efectiva, condiciones de salud, el trato adecuado y el nivel de protección financiera.

Para evaluar la cobertura efectiva, el concepto más cercano probablemente a los servicios prestados en el SP, se empleó el concepto desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y se calcularon índices de cobertura efectiva por estado para los años 2005/2006 (Secretaría de Salud, 2007b; Lozano y otros, 2006). Este concepto se basa en la utilización de una intervención condicionada a la necesidad de que ella exista y ajustada por calidad. Para el ejercicio se escogieron 18 intervenciones que se midieron durante el periodo 2000-2005. Esta selección se basó en la disponibilidad de datos, y por eso incluyó principalmente intervenciones materno-infantiles, mientras que el ajuste por calidad se pudo hacer nada más en el caso de 10 de las 18 intervenciones. Por ejemplo, en el caso de tratamiento de hipertensión arterial, la necesidad se definió con base a la población objetivo, adultos de 20 años o más, con niveles de presión arterial sistólica iguales o superiores a 140 mmHg, la utilización se definió como auto reporte de uso de antihipertensivos, mientras la calidad se midió tomando en cuenta la reducción de la PAS (presión arterial sistólica) debida al tratamiento. Cabe notar, que aunque la selección de las intervenciones no fue necesariamente representativa de los padecimientos más importantes del país, ni de los tratamientos incluidos en los paquetes del SP, fue un primer paso para la evaluación comparativa sobre el desempeño de los sistemas de salud entre estados, y ofreció una línea base para la medición al futuro.

De acuerdo a los resultados, la cobertura efectiva va desde 54% en Chiapas, unos de los estados con mayor índice de pobreza y marginación en México, hasta 65% en el Distrito Federal, capital del país, que se encuentra en el grupo de los de menor marginación. La cobertura efectiva para intervenciones en salud materno-infantil es mayor que para intervenciones que abordan otros problemas de salud del adulto. La cobertura efectiva para el quintil de ingresos más bajo es de 52%, comparada con 61% para el quintil de ingresos más alto. Adicionalmente, la cobertura efectiva tiene una relación positiva con el gasto público per cápita en salud en todos los estados, y esta relación es más estrecha con las intervenciones ajenas a la salud materno-infantil que con las que tiene que ver directamente con ella. Una de las principales implicaciones/lecciones que se desprenden de este estudio para los tomadores de decisiones, es que no es suficiente con ofrecer la disponibilidad de los servicios, sino que es necesario concentrarse en brindar estos servicios con calidad. Aún es prematuro evaluar si los resultados de estos estudios han introducido algún cambio en los planes de beneficios¹⁴⁹.

A través de este ejercicio se hizo un gran esfuerzo para colocar al cálculo de la cobertura efectiva como una herramienta clave para la rectoría del sistema de salud, pero al parecer los resultados sobre cobertura efectiva no se han usado para mejorar la calidad de los servicios de salud, ni tampoco su impacto en la salud de la población mexicana. Los resultados de la estrategia de evaluación que se describen en el recuadro 6 indican que hay aspectos importantes a nivel operativo que se tienen que resolver para garantizar la prestación adecuada del CAUSES, esto es por ejemplo, completar la evaluación y acreditación de unidades médicas, reforzar la plantilla de personal, mejorar la capacidad en áreas de consulta externa, botiquín y farmacia, entre otros. Durante el 2008 se realizó la recolección de nuevos datos para la actualización de la evaluación de impacto. Sería interesante ver cuáles son las comparaciones que surgen entre la primera y la segunda

¹⁴⁸ Los cinco grandes desequilibrios financieros que dieron origen a la reforma son: i) el bajo nivel de gasto general; ii) la dependencia del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento; iii) la distribución inequitativa de recursos entre asegurados y no asegurados, así como entre estados; iv) el desigual esfuerzo financiero que realizan las diferentes entidades, y v) la proporción decreciente del gasto dedicado a la inversión.

¹⁴⁹ Por el momento sólo existe información de la línea base.

evaluación, y en qué medida la información que provea, da pie a la formulación de nuevas políticas encaminadas al mejoramiento del sector.

3. Comparación Colombia-México

Quizás lo más importante que se desprende de la comparación de México y Colombia es que ambos casos parecen indicar que los dos países carecen de algunos elementos que potencien la traducción del paquete de beneficios hacia la reorientación de los recursos y esfuerzos hacia los servicios priorizados.

Primero, en ambos países no existe mucha claridad sobre la relación actual entre el costo de los planes y la prima que se hace a los actores (aseguradores en el caso de Colombia y principalmente estados en el caso de México) encargados de garantizar su prestación: en Colombia la información indicaría, que las aseguradoras están en capacidad de prestar los servicios contenidos en el POS sin generar desequilibrios financieros, pero no se sabe si las frecuencias de uso y composición de los servicios prestados son las que uno esperaría en condiciones adecuadas de acceso y calidad. En México, diferentes escenarios parecen indicar que la suficiencia del CAUSES y del FPGC para prestar los paquetes en las condiciones actuales de costo y frecuencias de uso, está condicionada por una serie de variables sobre las cuales no existe suficiente información. Como consecuencia, es importante recolectar dicha información para poder argumentar con más certeza si existe suficiencia presupuestal o no. Adicionalmente, en Colombia, la prestación y financiación de servicios por fuera del POS mediante tutelas están constituyendo una amenaza seria para el equilibrio financiero del sistema.

Segundo, los incentivos para reorientar los recursos hacia los servicios priorizados están en fases diferentes de maduración en los dos países. En México el pago a los prestadores ocurre en su gran mayoría vía subsidios a la oferta, cortándose así el vínculo entre los servicios del CAUSES y la asignación de recursos. En Colombia, los aseguradores sólo reembolsan a los prestadores por los servicios contenidos en el POS, creándose así un vínculo directo entre el contenido del paquete de beneficios y la asignación de recursos. Sin embargo, son aún insuficientes los incentivos para que los aseguradores reorienten sus recursos hacia los servicios de mayor efectividad y ganancia en salud. En este momento, se están comenzando a gestionar algunas iniciativas en este sentido, ya que el Ministerio de la Protección Social está planeando asignar algunos recursos a las EPS en función de sus resultados en términos de manejo de hipertensos y progresión de la enfermedad entre diabéticos. (Ministerio de la Protección Social-Dirección de Aseguramiento, 2008).

Tercero, el conocimiento de los beneficios como elemento fundamental para garantizar el goce efectivo de los derechos, es muy limitado tanto en el caso de Colombia, como en el de México.

Cuarto y último, parecen ser mucho más avanzados los desarrollos de evaluación y monitoreo de los resultados en salud en México, aunque queda mucho por hacer, por ejemplo, sería deseable que en los siguientes años se lleven a cabo ejercicios para evaluar concretamente si el CAUSES/FPGC están realmente mejorando los temas de salud relacionados con los servicios priorizados en los planes. En Colombia, el tema de monitoreo y evaluación del POS aún no ha sido desarrollado.

En términos generales podría concluirse que en ambos países existe bastante espacio para mejorar los factores del entorno que posibilitan que el paquete de beneficios tenga el impacto esperado.

VI. Conclusiones

De la lectura comparada de los dos estudios de caso se desprenden las siguientes siete lecciones claves que podrían ser tomados en cuenta por otros países interesados en el tema de diseño e implementación de planes explícitos de beneficios de salud financiados con recursos públicos:

1. El tema de los planes explícitos de beneficios en salud financiados con recursos públicos, está cobrando una nueva relevancia dentro de un enfoque de derechos por varias razones, entre las que destacan: i) los planes ayudan a delimitar y concretar el derecho a la salud contenido en la mayoría de las constituciones de la región, ii) las diferencias del alcance de los planes de beneficios entre grupos de población con diferente capacidad de pago, ya no es aceptado desde un punto de vista de derechos humanos como lo ilustra el caso colombiano. iii) el establecimiento de límites con un plan de beneficios, se convierte en un desafío si se quieren proteger derechos fundamentales individuales sin amenazar el equilibrio financiero de un sistema de salud.
2. La construcción de un plan de beneficios, más que un proceso técnico, es un proceso orgánico que se construye sobre la experiencia acumulada en el pasado y sobre las negociaciones que se dan entre los principales actores de un sistema de salud.

3. Los planes de beneficios pueden convertirse en una herramienta estratégica fundamental para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, en especial en aquellos países que están en vía de lograr la cobertura universal de aseguramiento. Ello en razón de que los planes de beneficios pueden convertirse en los principales orientadores del gasto público. De esta forma, en Colombia, en el año 2003, dos tercios del gasto público se asignaban en función del POS. Con lo anterior queda evidente la importancia que comienzan a tener estos planes de beneficios, en la estructura del gasto de los países, y con ello, el potencial que podrían tener para orientar los recursos hacia los problemas de salud más apremiantes en una región.
4. Los planes de beneficios no juegan el mismo rol en todos los países. Mientras que en México, el CAUSES ha servido en primer lugar, para definir requerimientos de recursos claros alrededor de una población a cubrir, en Colombia fue, en primer lugar, una condición sine qua non en un contexto donde se delega a terceros la administración de la salud de la población a cambio del pago de una prima.
5. Los resultados indican que, a pesar de que ambos países, en el momento del diseño de los planes de beneficios recurrieron a criterios explícitos y, en especial al de costo efectividad para priorizar, en la realidad, la ausencia de objetivos claros, de liderazgo en materia de priorización, de instituciones fuertes, de metodologías explícitas y consensuadas, de información robusta, así como de una evaluación y monitoreo de los resultados de la implementación de los planes de beneficios, hace que, especialmente durante las fases de ajuste de los planes de beneficios, se les haya dado mayor peso a otras consideraciones de orden más coyuntural y político. Ello invita a poner mayor énfasis en el tema de la implementación de los planes de beneficios, en lugar de concentrarse únicamente en su diseño inicial.
6. La precisión en el lenguaje es un elemento fundamental que hay que tener en cuenta a la hora de diseñar y ajustar un plan de beneficios. Como lo ilustra el caso colombiano, divergencias en la interpretación de un plan, pueden llevar a conflictos importantes entre los actores, lo que no sólo es costoso en sí mismo, sino que puede minar la confianza entre los actores, y en consecuencia, la legitimidad de un sistema de aseguramiento.
7. Finalmente, las experiencias de México y Colombia parecen indicar que la priorización contenida en un plan de beneficios no lleva necesariamente a la priorización de los servicios cubiertos en la práctica. Para que ello ocurra tienen que darse una serie de factores. En este contexto resulta especialmente importante la exigibilidad de los beneficios consignados en el plan, así como el equilibrio financiero del sistema así como entre el plan de beneficios y la prima, como lo ilustra el caso colombiano y la estructura de incentivos como lo muestra el caso mexicano. El fin último, como se menciona en ambos países, es mejorar la salud de la población, sin embargo i) no todos los objetivos intermedios, que serían en cierta manera las metas que conducen a su logro, se establecen claramente, ii) la asignación de recursos no se hace –a todos los niveles involucrados– en función de los contenidos del plan en México, y iii) falta mucho por hacer en cuanto a la evaluación sistemática y completa del impacto que genera la implementación de los planes, específicamente en relación a las metas de salud.

Bibliografía

- Abraham, J. M. y otros (2006). The effect of quality information on consumer health plan switching: evidence from the Buyers Health Care Action Group. *Journal of Health Economics*, 25, 762-81.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el Ejercicio Fiscal 2009. México 2009.
- Acuerdo por el que se establece la comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos del 28 de abril de 2004. México 2004.
- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud). México 2003.
- Alfonso, E. A. (2009), Copagos y cuotas moderadoras en Colombia, 2007. IN COPAGOS&CUOTAS.XLS (Ed.) *Excel*. Bogotá.
- Amaya, H. (2009), Discusión sobre los orígenes del POS del régimen subsidiado. Intercambio de correos electrónicos entre H. Amaya y U. Giedion en marzo-abril del 2009. Bogotá.
- Anonymous (2008), Improving The Design Of Health Insurance Benefits., *Health Aff*, 27, 88-.
- Arango, R. (2005), Experiencia colombiana sobre la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Ponencia presentada en agosto de 2005. *Seminario Internacional sobre Derechos Económicos Sociales y Culturales* Tlatelolco, DF. México.
- Ariza, J. F., U. Giedion y A. Pulido, (2007), Hitos centrales en el diseño, implementación y ajuste del POS. *Ministerio de la Protección Social. Programa Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. Documento de consultoría.*
- Ávila-Figueroa, C. y otros (2002), Estimación de costos de producción de servicios clínicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento médico. Secretaría de Salud, México 2002.
- Baeza, C. C. y T. G. Packard (2006), *Beyond Survival*, World Bank.
- Banco Mundial (1993), *Invertir en Salud*, Washington.

- Barón, G. (2007), *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003*, Bogotá.
- Barraza-Lloréns, M. y otros (2002), Addressing inequity in health and health care in Mexico. *Health Affairs*; 21(3):47-56.
- Bonilla, J. y Dirección de Aseguramiento-Ministerio de la Protección Social (2009), El derecho a la información en la sentencia T760. *Revisión de la sentencia T760 de la Corte Constitucional*. Bogotá.
- Busse, R. y otros (2007), Strategic purchasing to improve health system performance: key issues and international trends. *Healthc Pap*, 8 Spec N°, 62-76.
- Camacho, S. (2003), Resumen y análisis crítico de estudios técnicos de la UPC y el POS hasta el 2003. Bogotá, Programa de Apoyo a la Reforma Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Gestión de la Demanda.
- Carrin, G. y otros (2001), The Impact of the Degree of Risk-Sharing in Health Financing on Health System Attainment. IN BANK-HNP, W. (Ed.) *HNP Discussion Paper*.
- Castaño, R. (2006), Los Mandatos Constitucionales sobre el Derecho a la Salud: Implicaciones de Equidad y Eficiencia *Serie Documentos de Trabajo No. 3*. Bogotá, Universidad del Rosario.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006), *La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad*, Santiago de Chile.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2009a), Nota Informativa. Enero 8, 2009.
- ___ (2009b), Catálogo Universal de Servicios de Salud 2009. México 2009.
- ___ (2008a), Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2008. México.
- ___ (2008b), Catálogo Universal de Servicios de Salud 2008. México 2008.
- ___ (2007a), Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2007. México.
- ___ (2007b), Catálogo Universal de Servicios de Salud 2007. México 2007.
- ___ (2006a), Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, segundo semestre 2006. México.
- ___ (2006b), Catálogo Universal de Servicios de Salud 2006. México 2006.
- ___ (2005a), Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, segundo semestre 2005. México.
- ___ (2005b), Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) 2005. México 2005.
- ___ (2004a), Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, tercer trimestre 2004. México.
- ___ (2004b), Catálogo de Servicios Esenciales de Salud 2004. México DF.
- Congreso de la República (1993), Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Consejo de Salubridad General. México (2009), Manual para la Priorización de Enfermedades e Intervenciones que Ocasionan Gastos Catastróficos. Versión 19 de febrero 2009.
- Consejo Nacional de Seguridad Social (2008), Acuerdo 403, Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2009.
- Corte Constitucional de Colombia (2008a), Comunicado de prensa de la sentencia T - 760 de 2008. IN IUREAMICORUM (Ed.) Bogotá.
- ___ (2008b), Sentencia T760.
- Cubillos, L. (2006), Evaluación de Tecnologías en Salud: Aplicaciones y Recomendaciones en el Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano. Documento Técnico. Informe Final. Bogotá, Programa de Apoyo a la Reforma-Ministerio de la Protección Social.
- Cubillos, L. y otros (2008), Evaluación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano y lineamientos para su reforma, Documento borrador, Noviembre de 2008. Bogotá, Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social. Disponible en: www.pos.gov.co
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) (2009) Encuesta de Calidad de Vida-ECV 2008. Boletín Temático 1. Sistema General de Seguridad Social Bogota.
- Daniels, N. y J. E. Sabin (2002), *Setting Limits Fairly: Can We Learn to Share Medical Resources?*, New York, Oxford University Press.
- Decreto de reforma a la Ley General de Salud, del 15 de marzo de 2003.
- Defensoría del Pueblo (2007), *La Tutela y el Derecho a la Salud Período 2003-2005*, Bogotá.
- Eddy, D. M. (1996), Clinical decision making: from theory to practice. Benefit language: criteria that will improve quality while reducing costs. *Jama*, 275, 650-7.
- Exposición de los motivos de la reforma a la Ley General de Salud, enviada al Congreso de la Unión por el Poder Ejecutivo Federal, el 12 de noviembre de 2002. México 2002.

- Fendrick, A. M. y M. E. Chernew (2006), Value-based insurance design: aligning incentives to bridge the divide between quality improvement and cost containment. *Am J Manag Care*, 12 Spec no., SP5-SP10.
- Filgueira, F. y otros (2006), Universalismo Básico: Una Alternativa Posible y Necesaria para Mejorar las Condiciones de Vida en América Latina *Serie Documentos de Trabajo 157*. Washington, Banco Interamericano para el Desarrollo-INDES.
- Frenk, J. y otros (1994), Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informa final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
- Frenk, J. y otros (2009), The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization* 2009; 87:542-548.
- Gestarsalud y Centro Nacional de Consultoría (2009), Opinión Sistema de Salud. Bogotá.
- Gibis, B., P. W. Koch-Wulkan y J. Bultman (2004), Shifting criteria for benefit decisions in social health insurance systems. in Saltman, R. B., Busse, R. y J. Figueras (Eds.) *Social health insurance systems in Western Europe*. Berkshire U.K, Open University Press.
- Giedion, U. y A. López (1996), Heterogeneidad financiera territorial y homogeneidad en la política de salud. Bogotá, Universidad de Harvard-Programa de Apoyo a la Reforma. Banco Mundial-Programa de Sistemas Municipales.
- Giedion, U. y A. Pulido (2009), La experiencia internacional en el diseño de planes de beneficios: 7 países, 14 mensajes. (en preparación), C. P. E. (Ed.), Ministerio de la Protección Social.
- Giedion, U., E. A. Alfonso y y. Díaz (2007a) Measuring the impact of mandatory health insurance on access and utilization: The case of the Colombian Contributory Regime. Washington D.C, Brookings Institution.
- Giedion, U. y otros (2009), El diseño del sistema colombiano de salud y su relación con la protección financiera. Bogotá, CEDE-Universidad de los Andes.
- ___ (2008) Diseño, implementación y ajuste del POS. Bogotá, Programa de Apoyo a la Reforma, Ministerio de la Protección Social.
- ___ (2007b), Documento sobre diseño, ajuste e implementación de los planes de beneficios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá., Ministerio de Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma PARS.
- ___ (2007c), Entrevistas estructuradas a actores claves. En: Documento sobre diseño, ajuste e implementación de los planes de beneficios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, Ministerio de Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma.
- González-Pier E. y otros (2006), Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. *Lancet*. Published online Oct 25. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69567-6.
- Gottret, P. y G. Schieber (2006), *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*, Washington D.C.
- Ham, C. y R. Glenn (2003), *Reasonable Rationing*. ISBN13: 9780335211852, Open University Press.
- Hsiao, W. y P. Shaw (2007), *Social Health Insurance for Developing Nations* Washington, World Bank.
- Hudman, J. y M. O'Malley (2003), Health Insurance Premiums and Cost-Sharing: Findings from the Research on Low-Income Populations IN UNINSURED, T. K. C. O. M. A. T. (Ed.) *Policy Brief*. Washington D.C.
- ISS (Instituto de Seguros Sociales) (1977), Decreto 1650 de 1977 por el cual se determinan el régimen y la administración de los seguros sociales obligatorios, y se dictan otras disposiciones.
- Klein, R. y C. Ham (2000), Setting priorities: what is holding us back—inadequate information or inadequate institutions? en Coulter, A. y C. Ham (Eds.) *The global challenge of health care rationing*. *Buckingham: Open University Press, 2000; 15-26*. Buckingham, Open University Press.
- Knaul, F. y J. Frenk (2005), Health Insurance in Mexico: Achieving Universal Coverage Thought Structural Reform. *Health Affairs* 2005; 24(6):1467-1476.
- Knaul, F. y otros (2006), Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet*. Published online Oct 25. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69565-2.
- Lakin y Daniels (2007), "The Quest for Fairness: A case study of the evolution of Mexico's Catastrophic Insurance Fund." Draft paper, 14 March 2007.
- Latorre, C. (2009), Discusión sobre operación del Comité de Evaluación de Medicamentos y Tecnología. Intercambio de correos electrónicos entre Catalina Latorre, miembro del Comité, y Ursula Giedion durante los meses de marzo-abril del 2009.
- Ley del Seguro Social (1995), Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995.
- Ley General de Salud, México.

- Londoño, J. L. y J. Frenk (1997), *Structured Pluralism: Toward an Innovative Model for the Reform of Health Systems in Latin America Working Paper # 353*. Washington, Interamerican Development Bank.
- Lozano, R. y otros (2006), *Benchmarking of performance of Mexican states with effective coverage*. Lancet. Published online Oct 25. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69566-4.
- Reporte Normativo de Lockton (2008), *Valuación Financiera y Actuarial 2007 de la Suficiencia o Insuficiencia de las Aportaciones al Seguro Popular considerando el Paquete de Beneficios CAUSES, vigente a partir de año 2007 y sus proyecciones para el periodo 2008-2020*.
- Ministerio de la Protección Social (2008), *Financiación y Flujo de Recursos del Sistema de Salud en Colombia*. *Foro Salud Paipa*, Colombia, Agosto.
- Ministerio de la Protección Social, CENDEX y COLCIENCIAS (2009), *Encuesta Nacional de Salud 2007*, Bogotá, Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de la Protección Social y Dirección de Aseguramiento (2008a) *Justificación y descripción de proyecto "implementación pago de enfermedades de alto costo previo concepto DNP-Nacional*. Agosto 2008. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2008b) *Estudio de suficiencia del plan obligatorio de salud-unidad de pago por capitación 2007 y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo. Determinantes del gasto de la unidad de pago por capitación*. Diciembre 2008. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social y L. Cubillos (2007), *Planteamientos sobre el Plan Obligatorio de Salud. 2do Congreso de Economía de Salud*. Bogotá.
- Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Ministerio de Hacienda (1994), Decreto 1295 de 1994, por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.
- Molina, C. G. y U. Giedion (1994), *Distribución del gasto público en salud en Colombia Bogotá*, Fedesarrollo.
- Newhouse, J. (1996), *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Cambridge.
- OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) (2005a), *OECD Reviews of Health Care Systems: Mexico*. OECD: Paris.
- ___ (2005b), *The OECD Health Project. Private Health Insurance in OECD countries*. OECD: Paris.
- Ortiz, Mauricio (2006), *El Seguro Popular. Una crónica de la democracia mexicana*. México DF: Fondo de Cultura Económica, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Paredes, N. (1994), *La Reforma a la Seguridad Social en Salud. Tomo 1: Antecedentes y resultados*, Bogotá, Ministerio de Salud.
- Pinto, D. M. (2008), Chapter 7. *Colombia: Good Practices in Expanding Health Care Coverage*. En Gottret, P., G. Schieber y H. Waters (Eds.) *Good Practices in Health Financing*. Washington D.C.
- Plaza, B. (1995) *Colombia: Cost Effectiveness & Priority Setting Case Study*. Washington D.C, World Bank.
- PLAZA, B. (1996?) *Colombia: Cost Effectiveness & Priority Setting Case Study*. Washington D.C, World Bank. (estudio de caso no publicado preparado para el Banco Mundial).
- PROFAMILIA (2005), *Encuesta de Demografía y Salud 2007*, Bogotá.
- Ramírez, J. (2008a) *El plan Obligatorio de salud colombiano: Entre el cambio y la continuidad. Diseño, implementación y ajuste del plan obligatorio de salud*. Bogotá, MPS-Programa de Apoyo a la Reforma.
- ___ (2008b), *¿Podremos hacer en 2 años lo que no hemos hecho en 15? IN FEDESARROLLO (Ed.) Tercer Debate de Coyuntura Social de Fedesarrollo. "Las limitaciones financieras del sector salud: ¿Cuáles deben ser los principios y criterios para asignar los recursos para lo no cubierto por el plan de beneficios?" Jueves, 2 de octubre de 2008*. Bogotá, Federación de Cafeteros.
- Realpe, C. y otros (2002), *Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002. Colombia Médica*, 33.
- Reglamento de la Ley General de Salud en material de Protección Social en salud, del 5 de abril de 2004. México 2004.
- Reglamento interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, del 27 de febrero de 2004. México 2004.
- Resultados de la Valuación Financiera y Actuarial 2007 del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC), presentados durante la segunda sesión ordinaria del Consejo Interno de la CNPSS el 9 de octubre de 2008. (Anexo del acta que se levantó en dicha sesión, en formato de presentación de Power Point).
- Rodríguez, J. G. Q. (2002), *La acción de tutela en salud: 1998-2001, Caracterización e impacto económico*. Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales. Bogotá, Universidad Nacional.

- Rosenbaum, S. y otros (1999), Who Should Determine When Health Care is Medically Necessary. *New England Journal of Medicine*, Volume 340:229-232.
- Savedoff, W. (2009), A Moving Target: Universal Access to Healthcare Services in Latin America and the Caribbean. *Working Paper #667* Washington, Interamerican Development Bank.
- Schreyögg, J. y otros (2005), Defining the "Health Benefit Basket" in nine European countries. Evidence from the European Union Health BASKET Project. *Eur J Health Econ*, Suppl, 2-10.
- Secretaría de Salud (2007a), Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México.
- ___ (2007b), Sistema de Protección Social en Salud. CUATRO: Evaluación de efectos. México D.F.
- ___ (2007c), Sistema de Protección Social en Salud. TRES: Evaluación de procesos. México D.F.
- ___ (2006), Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. México DF: Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- ___ (2006b), Sistema de Protección Social en Salud. UNO: Estrategia de Evaluación. México. D. F.
- ___ (2006c), Sistema de Protección Social en Salud. DOS: Evaluación Financiera. México. D. F.
- ___ (2004), Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México. Documento preparado para la Conferencia Internacional sobre Innovaciones en el Financiamiento de la Salud. México.
- Seguros y Prestaciones del ISSSTE (2007), Documento publicado por el Instituto, a través de la Subdirección de Atención al Derechohabiente. México, julio.
- Soderlund, N. (1998), Possible objectives and resulting entitlements of essential health care packages. *Health Policy*, 45, 195-208.
- Sojo, A. (2006), Health benefits guarantees in Latin America: equity and quasi-market restructuring at the beginning of the Millennium. En CEPAL (Ed.) *Serie Estudios y Perspectivas. No. 51*. México.
- Superintendencia de Salud (2006), Garantías Explícitas en Salud. Resultados de Fiscalización. Santiago de Chile.
- Thorpe, K. E., C. S. Florence y P. Joski (2004), Which medical conditions account for the rise in health care spending? *Health Aff (Millwood)*, Suppl Web Exclusives, W4-437-45.
- Universidad de Harvard, Ministerio de Salud-Programa de Apoyo a la Reforma & Banco Interamericano para el Desarrollo (1996), Plan Maestro de Implementación de la Reforma de Salud en Colombia. Informe Final de la Misión de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Bogotá.
- Valencia, J. E. (2004), Comité Técnico de Evaluación de Medicamentos y Tecnología. Presentación PowerPoint. México, Noviembre 21.
- Varela, A. y otros (2006), Asimetría en la información: barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia. *Colombia Médica*, 33, 95-101.

Anexos

Anexo 1

Acrónimos

A. Colombia

ACEMI	Asociación Colombiana de Medicina Integral
ARP	Aseguradora de Riesgos Profesionales
ATEP	Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional
BID	Banco Interamericana para el Desarrollo
CAJANAL	Caja Nacional de Previsión Social
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CM	Cuotas moderadoras
CMET	Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CONPES	Consejo Nacional de Política Social
CP	Copagos
CTAM	Comité Técnico Asesor de Medicamentos
DM	Diabetes Mellitus
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EPS	Entidad Promotora de Salud
ESS	Empresa Solidaria de Salud (EPS del sector solidario)
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
GPC	Guías de Práctica Clínica
HTA	Hipertensión Arterial
ISS	Instituto de Seguros Sociales
MAPIPOS	Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS
MPS	Ministerio de Protección Social
PAB	Plan de Atención Básica
PARS	Programa de Apoyo a la Reforma.
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB)
POS	Plan Obligatorio de Salud
POS-C	Plan Obligatorio de Salud Contributivo
POS-S	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado
RC	Régimen Contributivo
RS	Régimen Subsidiado

SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
UPC	Unidad de Pago por Capitación
UPC-C	Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo
UPC-S	Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado

B. México

AVISA	Años de Vida Saludable
CABEME	Catálogo de Beneficios Médicos
CASES	Catálogo de Servicios Esenciales de Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud
CASSCO	Catálogo de Servicios de Salud a la Comunidad
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CSG	Consejo de Salubridad General
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud
GPC	Guías de Práctica Clínica
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
LGS	Ley General de Salud
LLA	Leucemia linfoblástica ayuda
PAC	Programa de Ampliación de Cobertura
PEMEX	Petróleos Mexicanos
R-LGS-PSS	Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad en Salud
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SP	Seguro Popular de Salud

SPSS Sistema de Protección Social en Salud

SS Secretaría de Salud

Anexo 2

Cuadros

CUADRO A1
NIVELES DE COMPLEJIDAD EN EL SISTEMA COLOMBIANO. DESCRIPCIÓN Y EJEMPLOS

Tipo de servicio	Descripción y ejemplos		
	Nivel I, baja complejidad	Nivel II, mediana complejidad	Nivel III, alta complejidad y entidades especializadas
Servicios preventivos	Tamizaje para grupos específicos de riesgo y de edad, detección de problemas visuales y auditivos, vacunación.		
Atención ambulatoria (consultas)			
Médico general	Incluye planificación familiar, servicios de enfermería.		
Especialidades médicas básicas	Cuidados prenatales por gineco obstetra.	Pediatra; Gineco obstetra; Medicina interna; Ortopedista	
Atención oftalmológica	Oftalmología y optometría.		
Otras especialidades médicas y subespecialidades.	Neurólogo, ORL, cardiólogo, enfermedades infecciosas.		
Atención odontológica.	Aplicación flúor, profilaxis, oclusión de cavidades.		
Servicios de urgencia	Todos los niveles		
Atención hospitalaria			
Condiciones médicas	Condiciones médicas manejadas por el médico general	Condiciones que requieren manejo por especialista o manejo por alguna subespecialidad médica.	
Cuidados obstétricos	Parto normal sin complicaciones	Cesárea	Cuidados obstétricos de alto riesgo.
Condiciones quirúrgicas.	Suturas de la piel, drenaje de absceso.	Cirugía general (herniografía, apendicetomía, colecistectomía, histerectomía)	Neurocirugía, cirugía cardiovascular.
Rehabilitación	Terapia física, respiratoria, ocupacional, de lenguaje; rehabilitación cardiovascular; procedimientos neurológicos.		
Exámenes de laboratorio	Exámenes básicos de laboratorio (hemoglobina, análisis de orinas; análisis de las funciones renales del hígado; glicemias; perfil de lípidos, STDS), citología, biopsias.	Cultivos bacteriológicos, patología.	Espirometría, funciones inmunológicas, hormonas, toxicología, niveles de medicación.
Imagenología	Rayos X de tórax, ecografías obstétricas.	Mamografías, proyecciones especiales de rayos X, endoscopias; ecografías.	Arteriografía, exámenes hemodinámicas, MRI.
Cuidados para enfermedades catastróficas.	Tratamiento con radio-y quimioterapia para cáncer; diálisis y trasplante de órganos para falla renal; cirugías cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas y de defectos congénitos; tratamiento de trauma mayor; cuidados intensivos; reemplazo de rodilla y cadera; quemado mayor; tratamiento para VIH/SIDA.		

Fuente: (Pinto, 2008).

**CUADRO A2
CONTENIDO DETALLADO DE LOS PLANES DE BENEFICIOS EN COLOMBIA (POS-S Y POS-C)**

Régimen	Edad/grupo poblacional	Tipo de beneficio					Exclusiones	
		Cuidados preventivos	Nivel I de complejidad	Nivel II y III de complejidad	Enfermedades catastróficas	Medicamentos		Transporte
Régimen contributivo (POS-C)	Todos	Todos los servicios preventivos que pueden ser previstos en los niveles I a III de complejidad.	Cobertura integral con base en MAPIPOS	Cobertura integral con base en MAPIPOS	Cobertura integral con base en MAPIPOS	Todos los medicamentos incluidos en el listado nacional de medicamentos.	Para referencias y enfermedades catastróficas.	Cirugía cosmética; tratamientos de fertilidad; desordenes del sueño; trasplante de órganos (con excepción de renal, corazón, cornea, médula ósea); sicoterapia y sicoanálisis; tratamiento para enfermos terminales (ver el recuadro 3).
Régimen subsidiado (POS-S)	< 1 año	Cuidados del recién nacido y tamizaje (Vit K, anemia, TSH), vacunaciones, control de crecimiento y desarrollo.	Cobertura integral con base en MAPIPOS	Cobertura integral con base en MAPIPOS				Lo mismo que en el régimen contributivo además todas las intervenciones de segundo y tercer nivel de complejidad con excepción las inclusiones explícitas en este nivel (ver columna nivel II y III de complejidad)
	> 1 año	Control de crecimiento y desarrollo, vacunaciones, tamizajes para anemia, enfermedades cardiovasculares, renales cáncer de cuello uterino y de la mama.	Cobertura integral con base en MAPIPOS	Cirugía de cataratas y estrabismo; herniorrafia; apendicetomía; colecistectomía; cirugías ortopedia y trauma; servicios y procedimientos de rehabilitación.				
	Mujeres embarazadas	Detección de alto riesgo; enfermedades de transmisión sexual; cuidados prenatales.		Lo mismo que arriba y además cuidados obstétricos.				

Fuente: Basado en (Pinto, 2008). Las tablas originales fueron obtenidas directamente de la autora.

CUADRO A3
ESTRUCTURA GENERAL DEL MAPIPOS

Libros	Capítulos	Contenido y ejemplos
1	Manual de actividades, intervenciones y procedimientos	
	1 Disposiciones generales	Define por ejemplo lo que se entiende por consulta de medicina general y establece que la puerta de entrada debe ser vía médico general o urgencia.
	2 Definiciones y contenidos de las actividades, intervenciones y procedimientos contemplados en el plan obligatorio de salud	Define por ejemplo los pacientes que se admitirán en UCI.
	3 Servicios con internación. Estancias, servicios profesionales, derechos de sala, materiales, suministros y equipos	Define por ejemplo que tipo de servicios están incluidos en la estancia (médico general, enfermera etc.) y que la estancia se garantiza en habitación compartida.
	4 Servicios profesionales, derechos de sala, materiales, suministros, equipos y rehabilitación integral.	Clasifica por ejemplo los servicios profesionales del cirujano o gineco-obstetra por complejidad (grupo 01 a grupo 23)
	5 Procedimientos médico quirúrgicos, nomenclatura y clasificación.	Describe las intervenciones quirúrgicas cubiertas organizándolos por partes del cuerpo (por ejemplo: 1.órganos intracraneales.)
	6 Actividades, intervenciones y procedimientos de diagnóstico y tratamiento	Describe los exámenes de laboratorio (de la A a la Z), las biopsias, especímenes quirúrgicos, citologías, necropsias, los rayos x (organizados por partes del cuerpo), tomografías (de la A a la Z), medicina nuclear (por partes del cuerpo), neumología (de la A a la Z), actividades de salud oral (por tipo de actividad; actividades de diagnóstico, prevención etc.); intervenciones por especialidad (por ejemplo gineco-obstetricia, cauterización cerviz).
2	Plan obligatorio de salud, POS.	
	1 Plan obligatorio de salud, POS - niveles de complejidad	Define el nivel de complejidad de actividades, intervenciones y procedimientos.
	1.1 Desarrollo del pos para el nivel I de complejidad	Define las coberturas garantizadas para el nivel I de complejidad.
	1.2 Desarrollo del POS para el nivel II de complejidad	Define coberturas para el nivel II de complejidad.
	1.3 Desarrollo del pos para el nivel III de complejidad. Atención de patologías de tipo catastrófico	Define coberturas para el nivel III de complejidad
	1.4 Desarrollo del pos para el nivel III de complejidad	Define coberturas para patologías de tipo catastrófico cubiertos

Fuente: Los autores con base en la Resolución 5261 de 1994.

El MAPIPOS incluye la descripción detallada de todos los servicios cubiertos en el POS. La primera parte de este catálogo de beneficios (Libro I) provee definiciones generales (por ejemplo clasifica las cirugías en 23 grupos según complejidad) y hace un listado de todas las actividades, intervenciones y procedimientos cubiertos. La forma de organizarlos varía de acuerdo al tipo de actividad considerada; Por ejemplo, mientras que las cirugías o los Rayos X se organizan por partes del cuerpo (cráneo, corazón etc.), los exámenes de laboratorio y las tomografías axiales son organizados de la “A a la Z” y los servicios de odontología son organizados por tipo de servicio sin aparente lógica en el cambio del nomenclador utilizados (ver el cuadro 18). La segunda parte del MAPIPOS indica el tipo de servicios

prestados en cada nivel de complejidad. Así por ejemplo provee una lista todos los exámenes de laboratorio que se prestan en el segundo nivel de complejidad y menciona los grupos de cirugías que hacen parte del tercer nivel de complejidad. La conjunción de estas dos partes del POS indica qué servicios se prestan en el POS y además en qué nivel de complejidad. Con base en lo anterior, un servicio X es cubierto sólo si se presta en el nivel de complejidad indicado en la segunda parte del MAPIPOS.

CUADRO A4
EXTRACTO DEL MANUAL DE MEDICAMENTOS DEL POS

Antimaláricos					
Código Anatómico-farmacológico	Principio activo	Forma	Concentración	Nombre	Concentración y forma farmacéutica
P01B	C028	14	1	Cloroquina (difosfato o sulfato)	150 mg de base tableta o cápsula
P01B	C028	22	1	Cloroquina (difosfato o sulfato)	25 mg/5 ml de base (0,5%) jarabe
P01B	C028	70	1	Cloroquina (difosfato o sulfato)	60 mg/2 ml de base solución inyectable
P01B	C028	70	2	Cloroquina (difosfato o sulfato)	420 mg/5 ml de base solución inyectable
P01B	P016	14	1	Pirimetamina	25 mg tableta o cápsula
P01B	P017	14	1	Pirimetamina + Sulfadoxina	(25 + 500) mg tableta o cápsula
P01B	P017	23	1	Pirimetamina + Sulfadoxina	(25 + 500) mg/5 ml (0,5% + 10%) suspensión oral
P01B	P029	14	1	Primaquina (fosfato)	15 mg de base tableta o cápsula
P01B	Q002	70	1	Quinina diclorhidrato	100 mg/2 ml solución inyectable

Fuente: Acuerdo 228/1994.

CUADRO A5
CONFIGURACIÓN DE CAUSES
(CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD, 2009)

Conglomerados (6)	Intervención (Ejemplo de una intervención de cada conglomerado)	Descripción	Normatividad, medicamentos y auxiliares de diagnóstico
Salud Pública	Vacuna pentavalente con componente pertusis acelular (DPaT+VIP+Hib) (Contra difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis 1, 2 y 3 e infecciones invasivas por H. Influenzae tipo b)	Intervención dirigida a población menor de cinco años de edad para proporcionar una inmunización activa contra difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis 1, 2, 3 y Haemophilus influenzae tipo b. Se aplican cuatro dosis a los 2, 4, 6 y 18 meses de edad. Se incluyen además los insumos necesarios para la aplicación del biológico de acuerdo a la normatividad vigente. Deben registrarse las acciones en la Cartilla Nacional de Vacunación. CIE - 9 - MC 99.391 Administración de vacuna pentavalente (DPT, HB, Hib)	Normatividad NOM-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. (DOF 17/07/2003; Aclaración 20/01/2004; Primera Resolución 11/05/2005; Segunda Resolución 26/04/2007). Manual de Procedimientos Técnicos de Vacunación. Lineamientos Generales 2008 para la Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud. Medicamentos 2522 Vacuna acelular antipertussis, con toxoides diftérico y tetánico adsorbidos, con vacuna antipoliomielítica inactivada y con vacuna conjugada de Haemophilus influenzae tipo b. Envase con 1 o 20 dosis en jeringa pre-llenada de Vacuna acelular Antipertussis con Toxoides Diftérico y Tetánico Adsorbidos y Vacuna Antipoliomielítica inactivada y 1 ó 20 dosis en frasco ampula con liofilizado de Vacuna conjugada de Haemophilus Influenzae tipo b, para reconstituir con la suspensión de la jeringa.
Consulta de medicina general/ familiar y de especialidad	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto.	Es una reacción inflamatoria a alérgenos que penetran en la piel, mediada por un mecanismo inmunológico de tipo IV. La sensibilización requiere un tiempo de contacto habitualmente prolongado, en general meses o años. Una vez que se ha producido la sensibilización, las lesiones suelen desencadenarse en 24-48 horas tras nuevas exposiciones al alérgeno. Las lesiones más características son las propias del eccema en su fase aguda, con presencia de vesículas o ampollas, exudación y costras, pero pueden encontrarse otras descritas al hablar de la dermatitis de contacto por irritantes. Suelen circunscribirse a las zonas en que se produce el contacto con los alérgenos, pero pueden producirse erupciones generalizadas. El prurito es aquí un hallazgo constante. El níquel es uno de los principales responsables de dermatitis alérgica por contacto en la infancia y es mucho más frecuente en las niñas. En la dermatitis alérgica por contacto es importante advertir a los padres que no es posible la desensibilización mediante vacunas u otros métodos, pero que la evitación prolongada del contacto con el alérgeno a largo plazo puede hacer que desaparezca la hipersensibilidad. No se incluyen apoyos de laboratorio. La intervención incluye una consulta de control. CIE - 10 L23 Dermatitis alérgica de contacto	Medicamentos 0804 Óxido de zinc. Pasta de lassar, tubo 30g 0408 Clorfeniramina. Jarabe 0.5 mg, frasco 120ml 0872 Clíoquinol. Crema, envase 60 g 2144 Loratadina. Tabletas 10 mg, c/20 2145 Loratadina. Suspensión c/60 ml 0472 Prednisona. Tabletas de 5 mg, c/30

(Continúa)

Cuadro A5 (Continuación)

Conglomerados (6)	Intervención (Ejemplo de una intervención de cada conglomerado)	Descripción	Normatividad, medicamentos y auxiliares de diagnóstico
Odontología	Prevención de caries y enfermedad periodontal (Profilaxis, odontoxesis y aplicación tópica de flúor)	<p>Caries dental, es la enfermedad infecciosa bacteriana transmisible multifactorial que provoca la destrucción de los órganos dentarios.</p> <p>La atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de éste y en el manejo de la prevención para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático que permitan, en el mediano y largo plazo, disminuir el nivel de incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana.</p> <p>El estomatólogo debe informar que los métodos de uso doméstico deben ser aplicados o supervisados por los padres o adultos a cargo de los menores de edad o de las personas discapacitadas de acuerdo con las siguientes indicaciones:</p> <p>La higiene bucal en población infantil menor de un año de edad se realiza con un paño suave humedecido con agua una vez al día. En los niños de 1 a 3 años el aseo bucal se debe realizar con cepillo de cerdas suaves humedecido después de cada alimento, en caso de usar pasta dental fluorada se hará en cantidad mínima y bajo la supervisión de un adulto para evitar la ingesta de flúor residual, En la población a partir de los 4 años el aseo bucal se debe realizar con cepillo dental y pasta fluorada, después de cada alimento.</p> <p>Incluye (1) pláticas educativas, detección de placa bacteriana, instrucciones para la técnica de cepillado, instrucciones para el uso del hilo dental, profilaxis y odontoxesis; (2) enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%, aplicación tópica de flúor con fluoruro de sodio al 2%, fluoruro estañoso al 8% o fluoruro de fosfato acidulado con 1.23%; y (3) instrucciones para el autoexamen de cavidad bucal, revisión e instrucción de higiene de prótesis y detección de alteraciones de tejidos bucales.</p> <p>CIE 10 K02.9 Caries dental K05.0 Gingivitis y enfermedades periodontales Z012 Examen odontológico</p>	<p>Normatividad NOM-013-SSA2-1994 Para la prevención y control de enfermedades bucales</p>
Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación alimentaria aguda	<p>La intoxicación alimentaria es un síndrome que resulta de la ingestión de alimentos contaminados con microorganismos, toxinas microbianas o sustancias químicas. La sintomatología comienza dentro de las 72 horas siguientes a la ingestión, y cuyas características clínicas incluyen una variedad de síntomas gastrointestinales.</p>	<p>Medicamentos 1206 Butilioscina. 20 grageas de 10 mg. 1207 Butilioscina. Solución inyectable de 20 mg. 1 ml</p> <p>Auxiliares de diagnóstico Biometría hemática Química sanguínea</p>

(Continúa)

Cuadro A5 (Continuación)

Conglomerados (6)	Intervención (Ejemplo de una intervención de cada conglomerado)	Descripción	Normatividad, medicamentos y auxiliares de diagnóstico
		<p>Los gérmenes más comúnmente asociados con alimentos contaminados son las bacterias <i>Campylobacter</i>, salmonellas y <i>Escherichia coli</i> O157:H7, y un grupo de virus llamados calicivirus, conocidos también como Norwalk o virus similares a Norwalk. El <i>Campylobacter</i> es el agente causal más frecuente de diarrea infecciosa. Se debe sospechar intoxicación alimentaria en las siguientes circunstancias clínicas: Periodo de incubación corto (habitualmente menos de 6 horas), presencia de otros pacientes infectados, historia de exposición a una fuente alimentaria común, breve duración (desde pocas horas hasta 1 ó 2 días). Los pacientes se pueden presentar con un cuadro sugestivo de diarrea de origen no inflamatorio alto (intestino delgado): diarrea acuosa y abundante, frecuentes deposiciones diarias, dolor abdominal de tipo cólico, borborismo, deshidratación o bien se pueden presentar con un cuadro sugestivo de diarrea de origen inflamatorio bajo (colon): diarrea con sangre, pujo, tenesmo rectal. Fiebre y la deshidratación es infrecuente. Las indicaciones para realizar estudios etiológicos en adultos con sospecha de diarrea adquirida en la comunidad, especialmente la asociada con intoxicación alimentaria, son: diarrea sanguinolenta, vómito prolongado, diarrea que produzca rápida deshidratación, fiebre elevada >39°C, diarrea prolongada (más de 5 días), compromiso neurológico, manifestado por parestesias, debilidad motora o parálisis de pares craneanos, paciente inmunocomprometido. En los pacientes con síntomas gastrointestinales por intoxicación alimentaria, los objetivos del tratamiento son aliviar los síntomas, evitar las complicaciones, acortar la enfermedad y evitar la diseminación de los agentes patógenos a la comunidad. La intervención incluye la estancia hospitalaria en el servicio de urgencias en aquellos casos que cursen con deshidratación y que requieran hidratación parenteral. Debido a que la enfermedad no es una infección no se emplean antibióticos y se manejan medidas dietéticas estrictas, la enfermedad se puede prevenir tomando las medidas higiénico-dietéticas adecuadas.</p>	
		CIE – 10	
		A05 Intoxicación alimentaria bacteriana	
		A050 Intoxicación alimentaria estafilocócica	

Continúa

Cuadro A5 (Continuación)

Conglomerados (6)	Intervención (Ejemplo de una intervención de cada conglomerado)	Descripción	Normatividad, medicamentos y auxiliares de diagnóstico
Hospitalización	Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis	<p>Las infecciones de vías urinarias son la segunda causa de atención después de las infecciones respiratorias, la sintomatología depende del tracto urinario afectado, siendo el germen más frecuente aislado E coli; se denomina pielonefritis al cuadro manifestado por fiebre, dolor lumbar, escalofríos, deterioro del estado general, sintomatología miccional, bacteriuria y piuria y ocasionalmente náuseas y vómito, se afecta el parénquima y la pelvis renal es causa frecuente de atención en el servicio de urgencias y la hospitalización del paciente hasta por 48 hrs para manejo parenteral con antibióticos. Posteriormente se continúa con tratamiento vía oral de 14 a 21 días. Se realiza urocultivo después de tratamiento para el seguimiento. Generalmente existen infecciones previas en vías urinarias inferiores. El diagnóstico puede apoyarse con urografía excretora, ultrasonido renal y urocultivo, el uso del antibiograma se realizará solo en aquellos casos que no responden a los tratamientos implementados, se valorará de igual manera el uso del urocultivo antes o después de iniciado el tratamiento a juicio del especialista.</p> <p>CIE – 10 N10 Pielonefritis aguda</p>	<p>Medicamentos</p> <p>1904 Trimetoprim con sulfametoxazol. 200/40mg/5 ml. Frasco con 120 ml.</p> <p>1903 Trimetoprim con sulfametoxazol. 30 tabletas de 400/80 mg.</p> <p>1911 Nitrofurantoina. 40 tabletas de 100 mg.</p> <p>1939 Cefalexina. 20 tabletas de 500 mg.</p> <p>1956 Amikacina. Solución inyectable de 500 mg.</p> <p>4255 Ciprofloxacina. 8 tabletas de 250 mg.</p> <p>Auxiliares de diagnóstico</p> <p>Biometría hemática</p> <p>Urocultivo</p> <p>Examen general de orina</p> <p>Urografía excretora</p> <p>Ultrasonido renal</p>
Cirugía	Esplenectomía	<p>Actualmente la esplenectomía es un procedimiento diagnóstico y terapéutico en múltiples enfermedades, sin embargo esta intervención esta realizada para aquellos casos en los que ocurra infarto y rotura esplénica que no son susceptibles del manejo conservador. El bazo es el órgano que con más frecuencia se afecta en los traumatismos abdominales. Casi siempre la rotura se produce como consecuencia de un golpe, los signos y síntomas varían de acuerdo a la gravedad y rapidez de la hemorragia, por lo que deberá valorarse la esplenectomía, en la edad pediátrica el tratamiento conservador de las lesiones esplénicas traumáticas está ya generalmente aceptado, evitando la cirugía siempre que sea posible y quedando cubierta la estancia hospitalaria para el manejo conservador dentro de esta intervención.</p> <p>El infarto esplénico puede estar producido por diversas enfermedades siendo la causa más frecuente la enfermedad tromboembólica o estar producido por diversos procesos hematológicos.</p>	<p>Medicamentos</p> <p>3417 Diclofenaco. 20 tabletas de 100 mg.</p> <p>0109 Metamizol sódico (dipirona). Solución inyectable de 1 gr. 2 ml.</p> <p>1234 Ranitidina. Solución inyectable de 50 mg. 5 ml.</p> <p>1935 Cefotaxima. Solución inyectable de 1 gr. 4 ml.</p> <p>Auxiliares de diagnóstico</p> <p>Biometría hemática</p> <p>Química sanguínea</p> <p>Tiempo de protombina</p> <p>Tiempo de tromboplastina parcial</p> <p>Grupo sanguíneo y RH</p> <p>Rx abdominal simple</p> <p>Rx de tórax (para pacientes de la tercera edad)</p> <p>Electrocardiograma (ECG) (para realizarse en pacientes mayores de 40 años, el resto a juicio del especialista)</p> <p>Ultrasonido abdominal</p> <p>TAC de abdomen superior</p>

(Continúa)

Cuadro A5 (Conclusión)

Conglomerados (6)	Intervención (Ejemplo de una intervención de cada conglomerado)	Descripción	Normatividad, medicamentos y auxiliares de diagnóstico
		También se incluyen medicamentos analgésicos en caso necesario. La TAC se reserva para aquellos casos que cursen con inestabilidad hemodinámica o en el manejo conservador en el paciente pediátrico. Es importante considerar que al realizar este procedimiento quirúrgico el paciente puede tener patologías de base que aumentan la morbimortalidad, por lo que se incluye el manejo multidisciplinario.	
		Se incluye manejo inicial en urgencias, estudios preoperatorios, procedimiento quirúrgico (esplenectomía), en caso necesario la estancia en terapia intensiva y la hospitalización, así como las consultas de seguimiento.	
		CIE – 10	
		S360 Traumatismo del bazo	
		D735 Infarto del bazo	
		CIE – 9	
		41.43 Esplenectomía parcial	
		41.5 Esplenectomía total	

Fuente: Esta tabla corresponde a un extracto del catálogo completo en la que se muestra una intervención de cada uno de los seis conglomerados en los que se encuentra dividido. El catálogo completo vigente para el 2009 incluye 266 intervenciones y se puede obtener en la siguiente dirección: http://seguropopular.cnps.gov.mx/images/contenidos/Normateca/Spss/causes_2009.pdf.

Anexo 3

Formato de queja para afiliados al seguro popular servicios de salud del Estado de Veracruz top of form 1

Tipo de Atención Vía telefónica Presencial Internet

Nombre:

Edad:

Sexo: Masculino Femenino

Domicilio:

Teléfono:

Localidad:

Municipio:

No. Afiliación:

Unidad de Salud:

Servicio en el que se
dio atención:

Si el informante no es agraviado, favor de llenar estos datos:

Nombre:

Parentesco:

Motivo de la a) Solicitud de información sobre afiliación
queja (SOLO 1. Requisitos
UNA puede ser 2. Fechas de afiliación
seleccionada): 3. Lugares de afiliación

b) Queja :

1. Maltrato por el personal

a) Médico

b) Enfermera

c) Farmacia

d) Químico

e) Trabajadora Social

2. Falta o entrega incompleta de medicamento

3. Cobro de servicios

4. No hay doctor para otorgar la atención

5. El Seguro Popular debería cubrir esta enfermedad

Cual:

6. No me realizaron todos los estudios de laboratorio

7. Negativa de atención médica

8. El médico no informó adecuadamente

9. Tiempo de espera para recibir la atención es muy largo

10. Otra:

Cual:

c) Felicitación o agradecimiento

Comentarios:

Enviar consulta

Limpiar Forma



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Serie

financiamiento del desarrollo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

219. Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México (LC/L.3131-P), N° de venta S.09.II.G.106 (US\$10.00), 2009.
218. 218. Microfinanzas en Nicaragua, (LC/L.3135-P), N° de venta S.09.II.G.110 (US\$10.00), 2009.
217. Microfinanzas y políticas públicas: desempeño reciente y propuestas para la acción en Venezuela (LC/L.3105-P), No de venta S.09.II.G.86 (US\$10.00), 2009.
216. Ampliación de la cobertura de microfinanzas en el área rural del Estado Plurinacional de Bolivia: un diagnóstico cualitativo de los esfuerzos actuales y desafíos (LC/L.3089-P), N° de venta S.09.II.G.75 (US\$10.00), 2009.
215. Microfinanzas en Honduras: realidad y retos para la definición de políticas (LC/L.3088-P), N° de venta S.09.II.G.74 (US\$10.00), 2009.
214. Microfinanzas dentro del contexto del sistema financiero colombiano, (LC/L.3080-P), N° de venta S.09.II.G.67 (US\$10.00), 2009.
213. La industria de microfinanzas en Guatemala: estudio de casos, (LC/L.3068-P), N° de venta S.09.II.G.61 (US\$10.00), 2009.
212. Microfinanzas e instituciones microfinancieras en Colombia (LC/L.3055-P), N° de venta S.09.II.G.54 (US\$10.00), 2009.
211. La industria de microfinanzas en Guatemala: estudio de casos, (LC/L.3044-P), N° de venta, S.09.II.G.46 (US\$10.00), 2009. 210. The Latin American experience in pension system reform: coverage, fiscal issues and possible implications for China, (LC/L.3035-P), sales N° S.09.II.G.43 (US\$10.00), 2009.
209. Banca de desarrollo y pymes en Costa Rica, (LC/L.3016-P), N° de venta S.09.II.G.26 (US\$10.00), 2009.
208. Banca de desarrollo y el apoyo al acceso (México) (LC/L. 3007-P), N° de venta S.09.II.G.21 (US\$10.00), 2009.
207. El financiamiento de las pymes en México 2000-2007: el papel de la banca de desarrollo, Ramón Lecuona Valenzuela, (LC/L.2997-P5), N° de venta S.09.II.G.4 (US\$10.00), 2008.
206. Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina, Ernesto Báscolo, (LC/L.2991-P), N° de venta S.08.II.G.97 (US\$10.00), 2008.
205. Perspectivas previsionales en Argentina y su financiamiento tras la expansión de la cobertura, Oscar Cetrángolo, Carlos Grushka, (LC/L.2972-P), N° de venta S.08.II.G.66 (US\$10.00), 2008.
204. La bancarización en Argentina, Alberto De Nigris (LC/L.2921-P), N° de venta S.08.II.G.56 (US\$10.00), 2008.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.: Fax: E.mail: