

SALUD
FINANCIAMIENTO y UNIVERSALIDAD
(una mirada metodológica)

RAFAEL URRIOLA U.

AES-CHILE

rurriola@chile21.cl

Santiago, noviembre de 2013

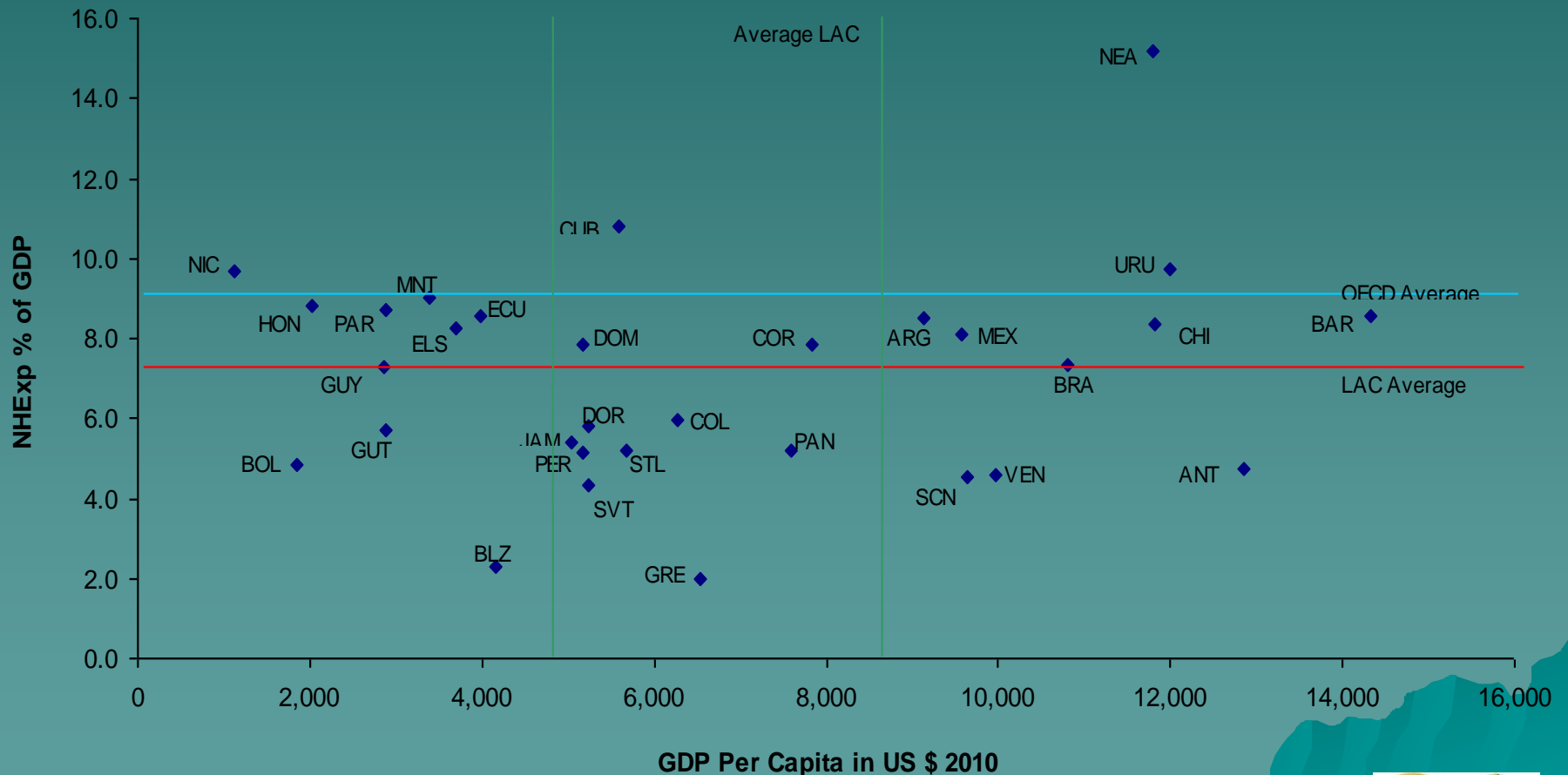
Por qué inquietan los montos del
financiamiento de la salud

Multiples Informes: Ejemplo: El financiamiento de los sistemas de salud OMS 2010 (informe anual)



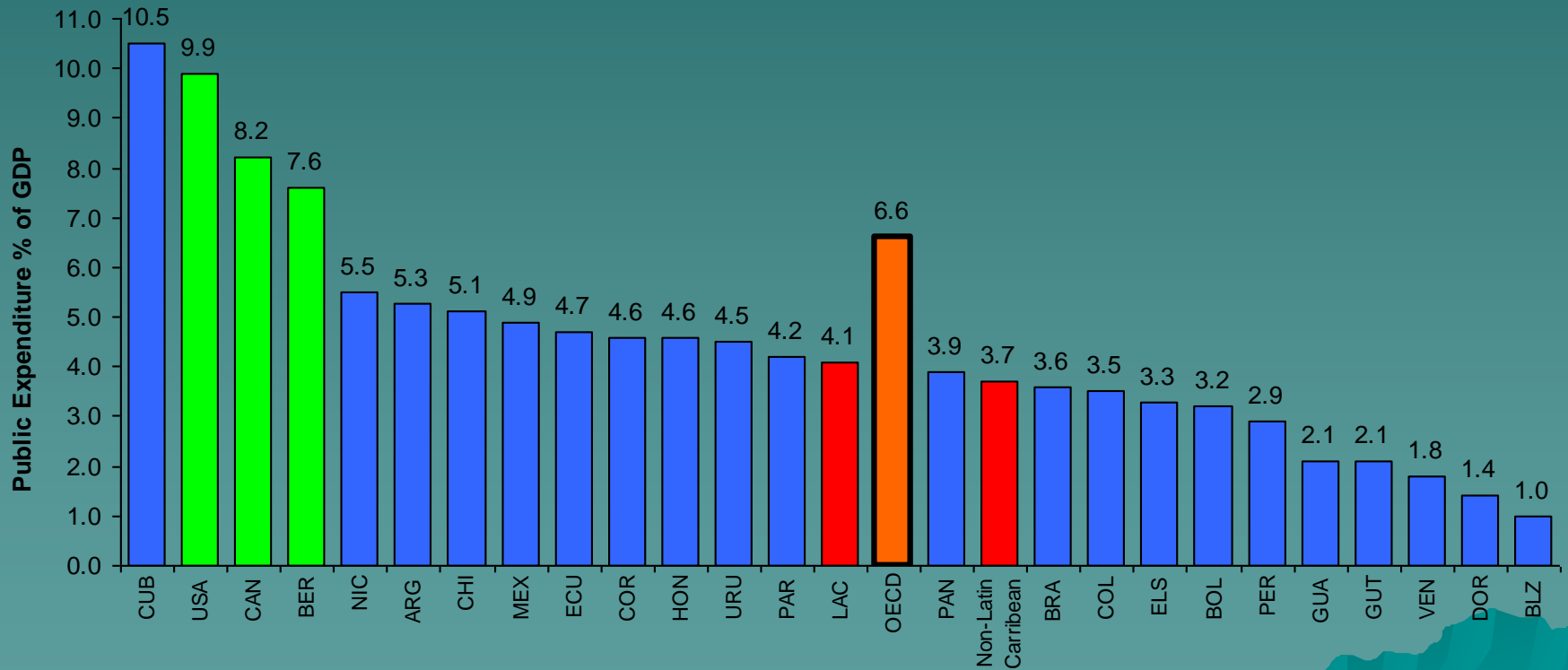
Gasto Nacional en Salud (% del PIB) y PIB Per capita (AL)

NHExp % of GDP and GDP Per Capita; in US\$ of 2010

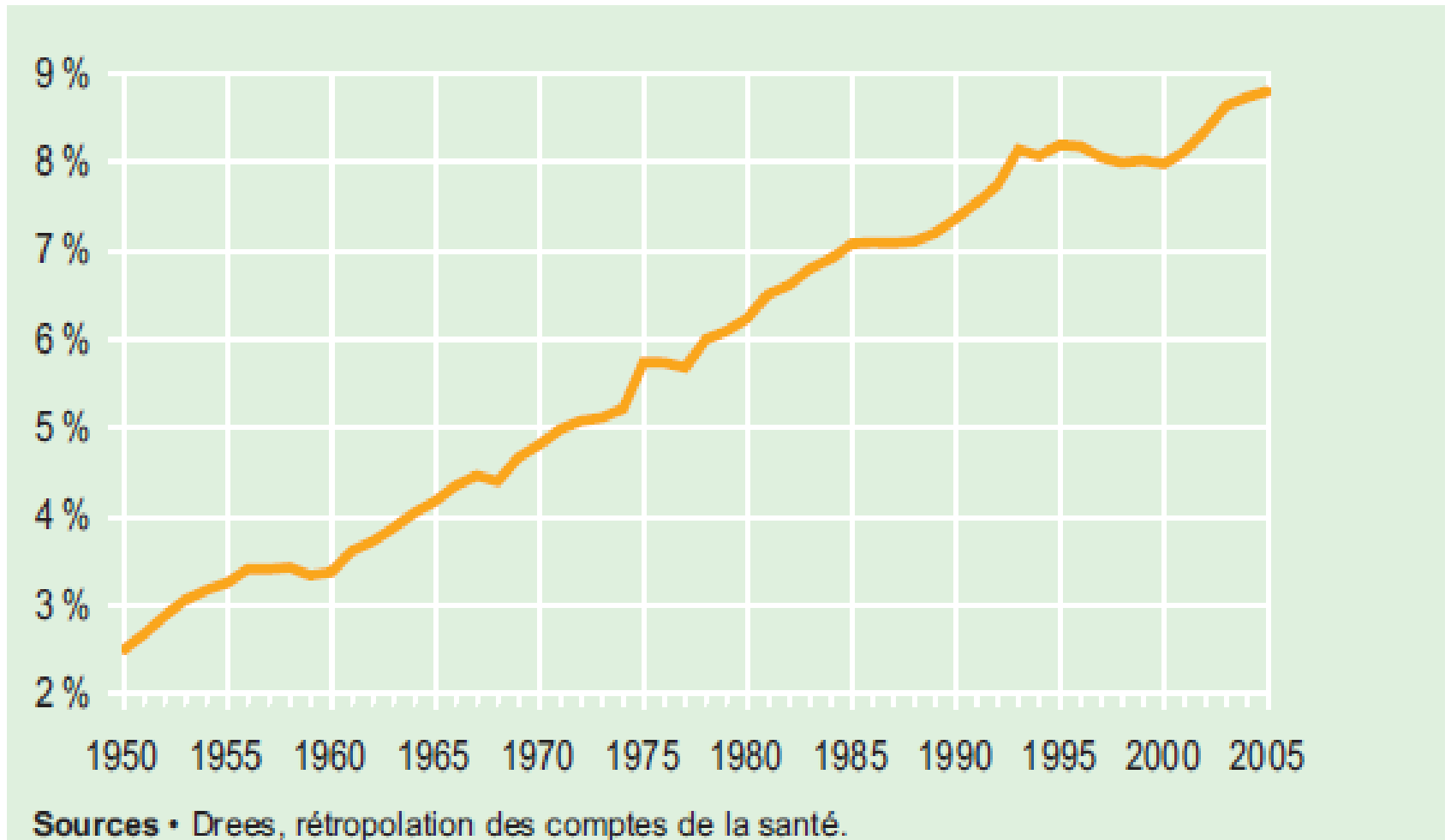


El Gasto público en salud como % del PIB (OCDE, A.L. y países seleccionados 2010

Public Expenditure % of GDP: Latin American Countries, Bermuda, Canada, USA; and average OECD, LAC and non-Latin Caribbean - 2010



Los recursos para salud aumentan mas que para otros rubros



¿Qué se financia?

Las actividades de la función de salud

Culyer “Health Economics” es la aplicación de la teoría económica a los fenómenos y problemas asociados con la salud.

FUNCIONES DE SALUD

Promoción y prevención

Curación

Cuidados a enf. crónicas

Atención a discapacidad

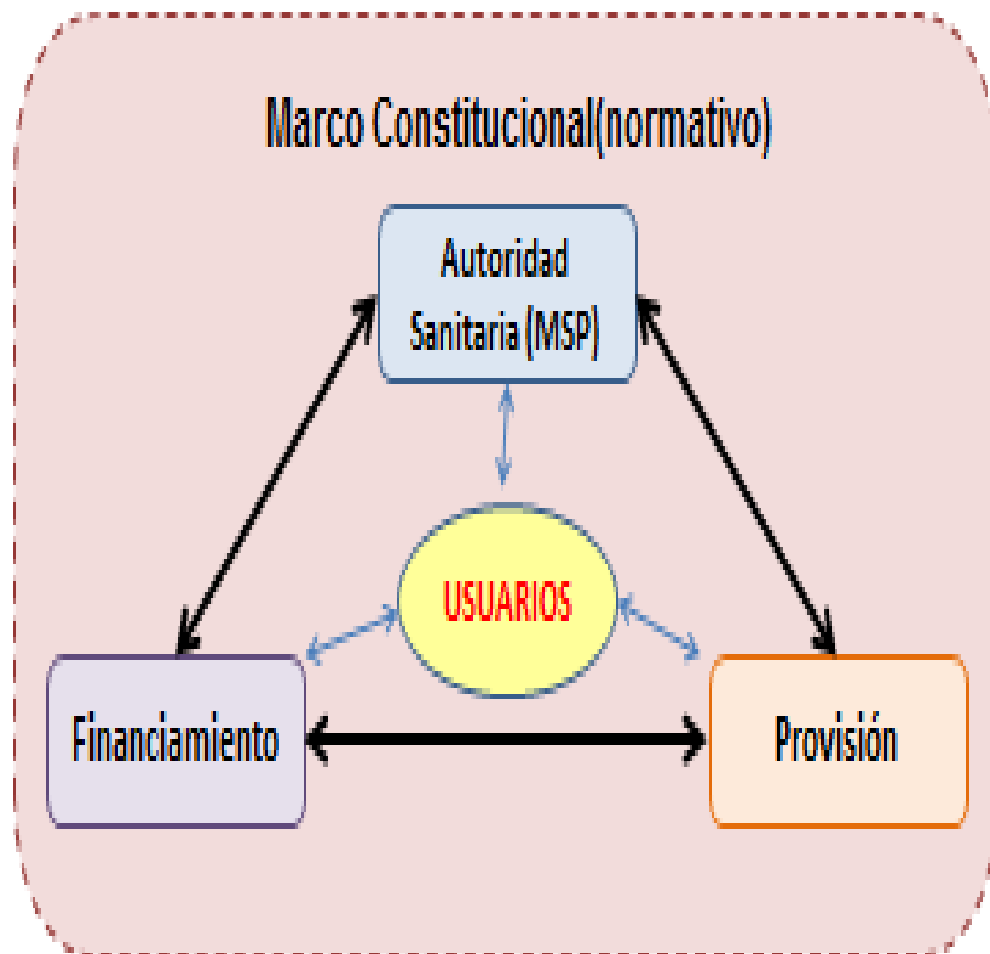
**Asistencia por muerte
digna**

Salud pública

Financiación de la salud.

OPS-BID 2002

FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD



- Esto aun necesita mayor concreción para los compiladores de las estadísticas básicas. Por ejemplo, en la definición funcional dada por OPS-BID (2002) se explicita que las funciones de atención en salud representan la suma de actividades desempeñadas por instituciones o individuos y que persiguen por medio de la aplicación de conocimientos y tecnologías especializados los siguientes objetivos:

- **Promoción de la salud y prevención de enfermedades**
 - **Curación de enfermedades y reducción de la mortalidad prematura**
 - **Atención a personas que necesitan cuidados de enfermería a causa de enfermedades crónicas**
 - **Atención a personas que necesitan cuidados de enfermería por impedimentos y discapacidad**
 - **Asistencia necesaria por muerte digna**
 - **Suministro y administración de la salud pública**
- Suministro y administración de programas, seguros de salud y otros dispositivos de financiación de la salud.**

ESQUEMAS FINANCIEROS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Table 7.2. **Main criteria of health care financing schemes**

	Mode of participation	Benefit entitlement	Basic method for fund-raising	Pooling
HF.1.1. Government schemes	Automatic: for all citizens/residents; or a specific group of the population (e.g. the poor) defined by law/government regulation.	Non-contributory, typically universal or available for a specific population group or disease category defined by law (e.g. TB, HIV, oncology).	Compulsory: budget revenues (primarily taxes).	National, sub-national, or programme level.
HF.1.2.1 Social health insurance	Mandatory: for all citizens/residents; or a specific group of the population defined by law/government regulation. In some cases, however, the enrolment requires actions to be taken by the eligible persons.	Contributory: based on payment by or on behalf of the insured person.	Compulsory: non-risk-related health insurance contribution. Insurance contributions may be paid by the government (from the state budget) on behalf of some non-contributing groups of the population, and the government may also provide general subsidies to the scheme.	National, sub-national, or by scheme; with multiple funds, extent of pooling will depend on risk-equalisation mechanisms across schemes,
HF.1.2.2 Compulsory private insurance	Mandatory: for all citizens/residents; or a specific group of the population defined by law/government regulation.	Contributory: based upon a purchase of an insurance policy from a selected health insurance company (or other agency involved).	Compulsory health insurance premiums. Tax credits may also be involved.	National, sub-national, or by scheme; with multiple funds, extent of pooling will depend on risk-equalisation mechanisms across schemes. Also depends on the extent of regulation of premium, and standardisation of benefits across schemes.
HF.1.3 Compulsory Medical Saving Accounts (CMSA)	Mandatory: for all citizens/residents; or a specific group of the population defined by law/government regulation.	Contributory: based upon the purchase of MSAs; persons having MSAs can, however, only use the money saved, regardless of whether the saving covers the costs of the care necessary.	Compulsory, defined by law (e.g. as percent share of income).	No inter-personal (except perhaps family members).

HF.2.1 Voluntary health insurance schemes	Voluntary.	Contributory: based upon the purchase of voluntary health insurance policy (usually on the basis of a contract).	Usually non-income-related premium (often directly or indirectly risk-related). Government may directly or indirectly (<i>e.g.</i> tax credits) subsidise.	Scheme level
HF.2.2 Non-profit institutions financing schemes	Voluntary.	Non-contributory, discretionary.	Donations from the general public, governments (budget of national government or foreign aid) or corporations.	Varies across programmes, but typically programme level.
HF.2.3 Enterprise financing schemes (other than employer-based insurance)	Voluntary choice of particular corporation, with coverage based on employment at such a firm (<i>e.g.</i> compulsory occupational health care).	Non-contributory, discretionary with regard to the type of services, though may sometimes be specified by law.	Voluntary: choice of the firm to use its revenues for this purpose.	At an individual enterprise level.
HF.3 Household out-of-pocket expenditure	Voluntary: willingness to pay of the household.	Contributory: service provided if individual pays.	Voluntary: household disposable income and saving.	No inter-personal pooling.
HF.4 RoW financing schemes	Compulsory or voluntary.	Criteria set by foreign entities.	Grants and other voluntary transfers by foreign entities.	Varies across programmes.

Source: IHAT for SHA 2011.

Mas dinero para la salud

- Nuevas fuentes
- A) aumento de impuestos (a empresas, Tobin, bonos, turismo, etc) a los consumos específicos (tabaco, alcohol, gasolinas, alimentos menos saludables)
- B) Pero también hay un margen para mejorar eficiencia
- C) Y para evitar la mercantilización de la salud

EL MARCO DE LA PROTECCION SOCIAL

una aproximación a la universalidad

COBERTURA HORIZONTAL

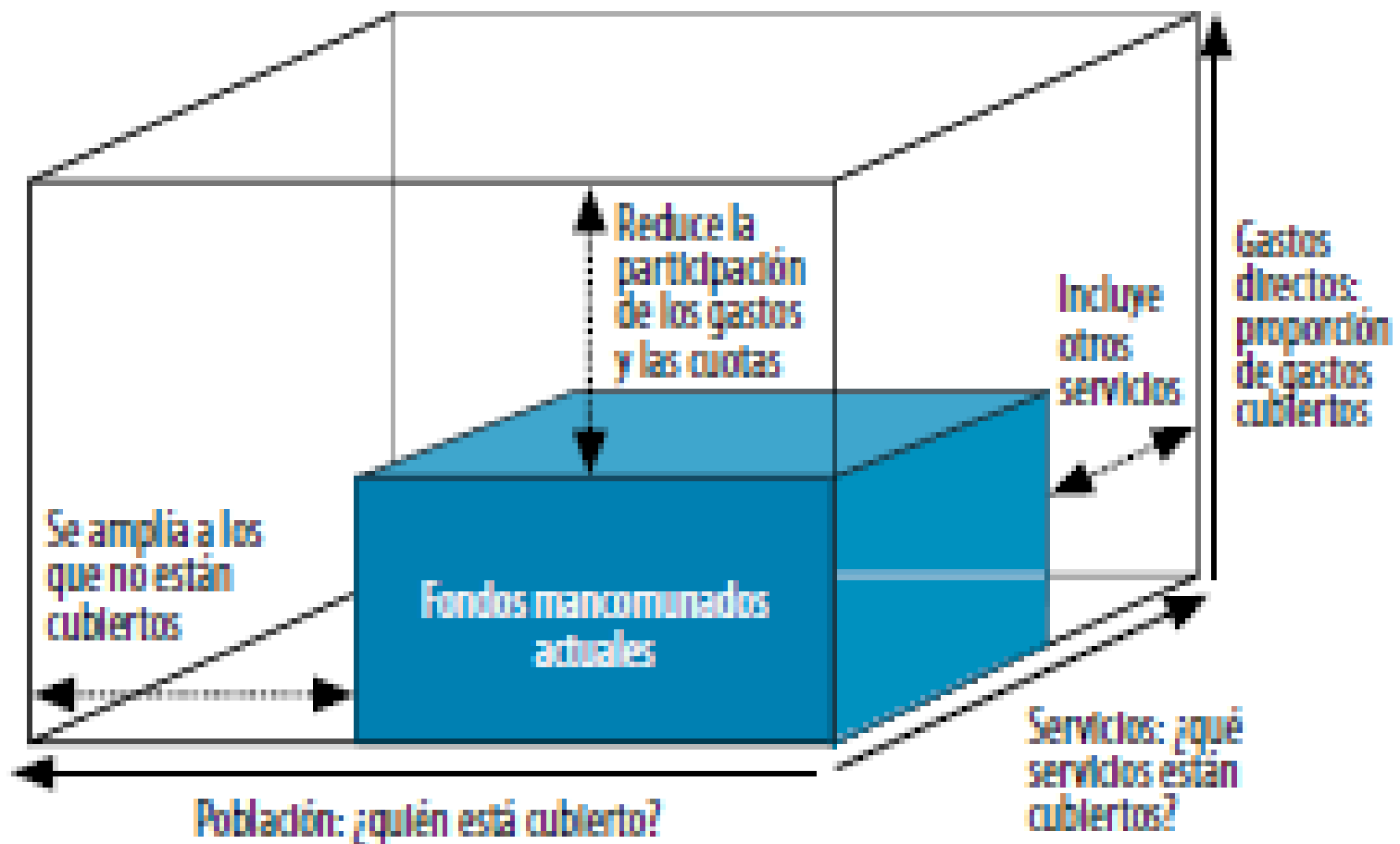
COBERTURA VERTICAL

PROTECCION FINANCIERA

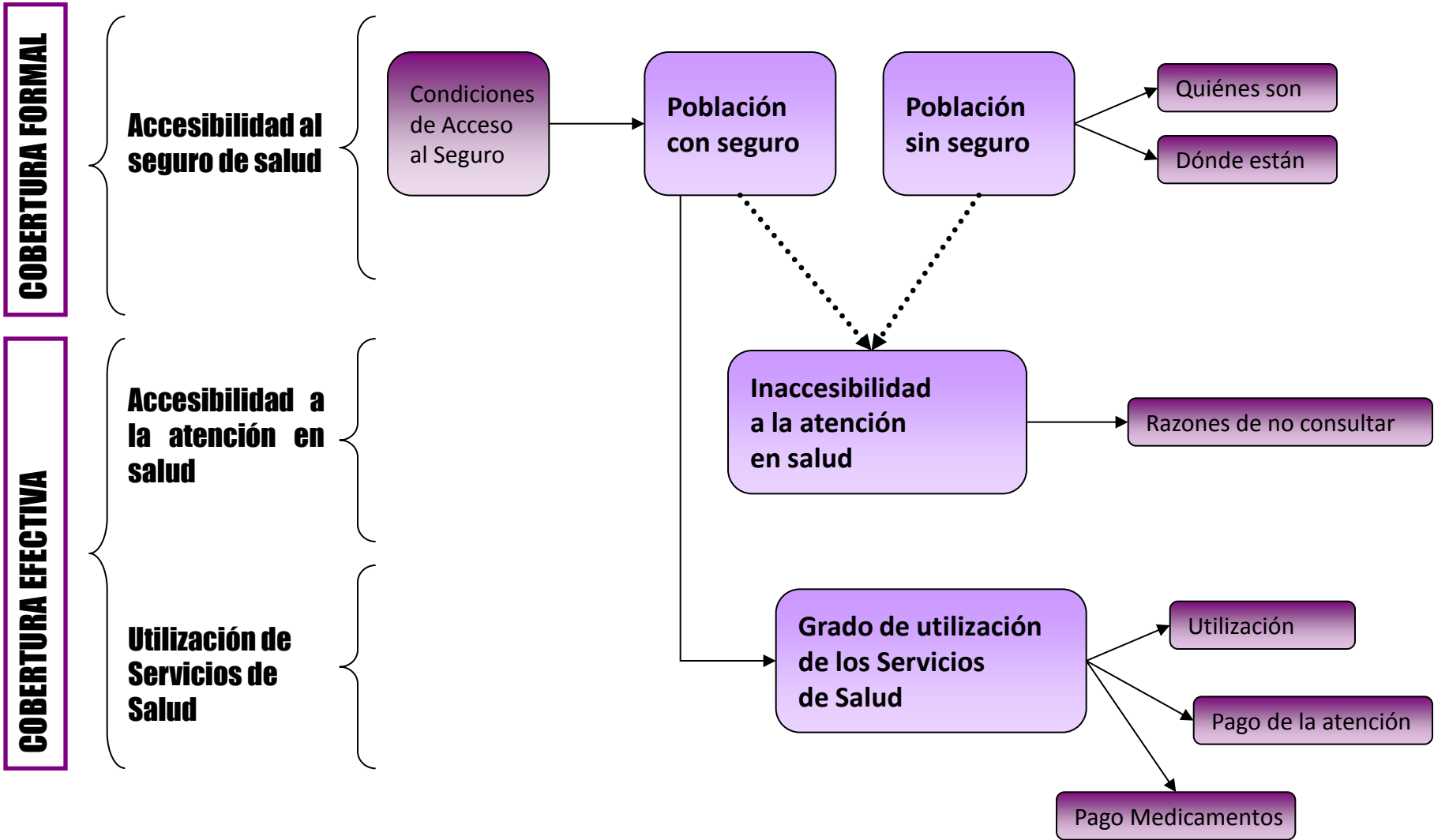
SATISFACCION USUARIA

- Cobertura: horizontal, vertical y financiera

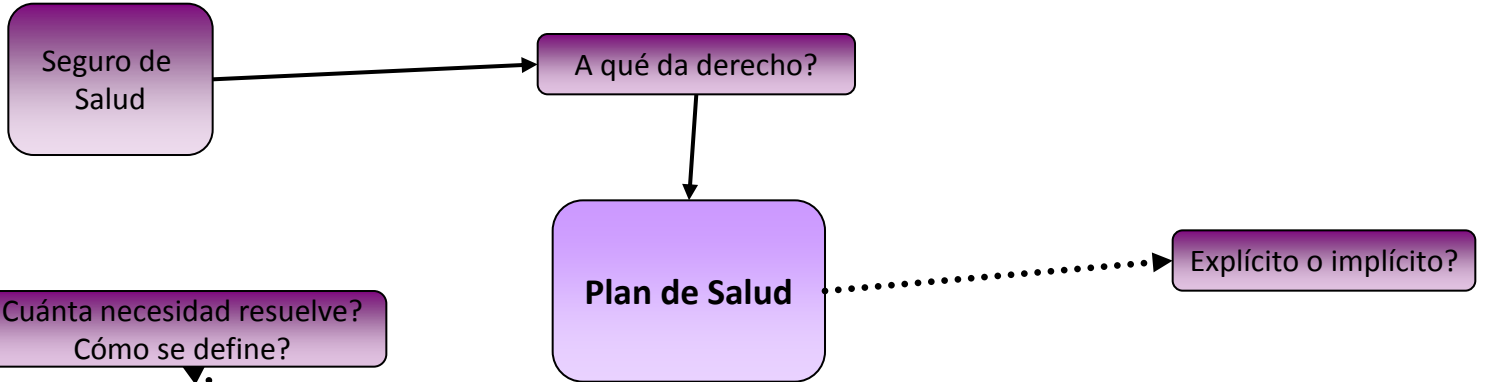
Figura 1.2. Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal



PROTECCION HORIZONTAL EN SALUD

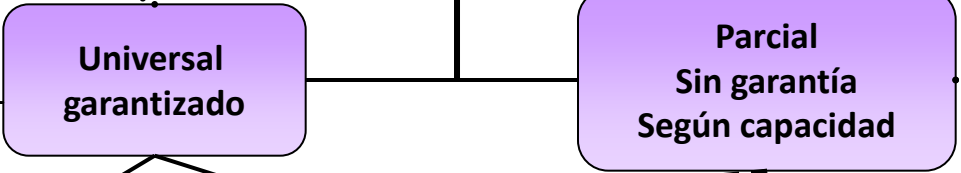


PROTECCION VERTICAL EN SALUD



COMPREHENSIVIDAD DEL PLAN DE BENEFICIOS

Derecho a reclamo por el asegurado



Fijo o incremental?
Cuál es la cobertura?



Hay desigualdad en el ejercicio del derecho?

EXTENSION

A quiénes: características de los derechohabientes

Toda la población
Mujeres en edad fértil
Niños

A qué: paquete de beneficios

Prevención primaria
Detección precoz

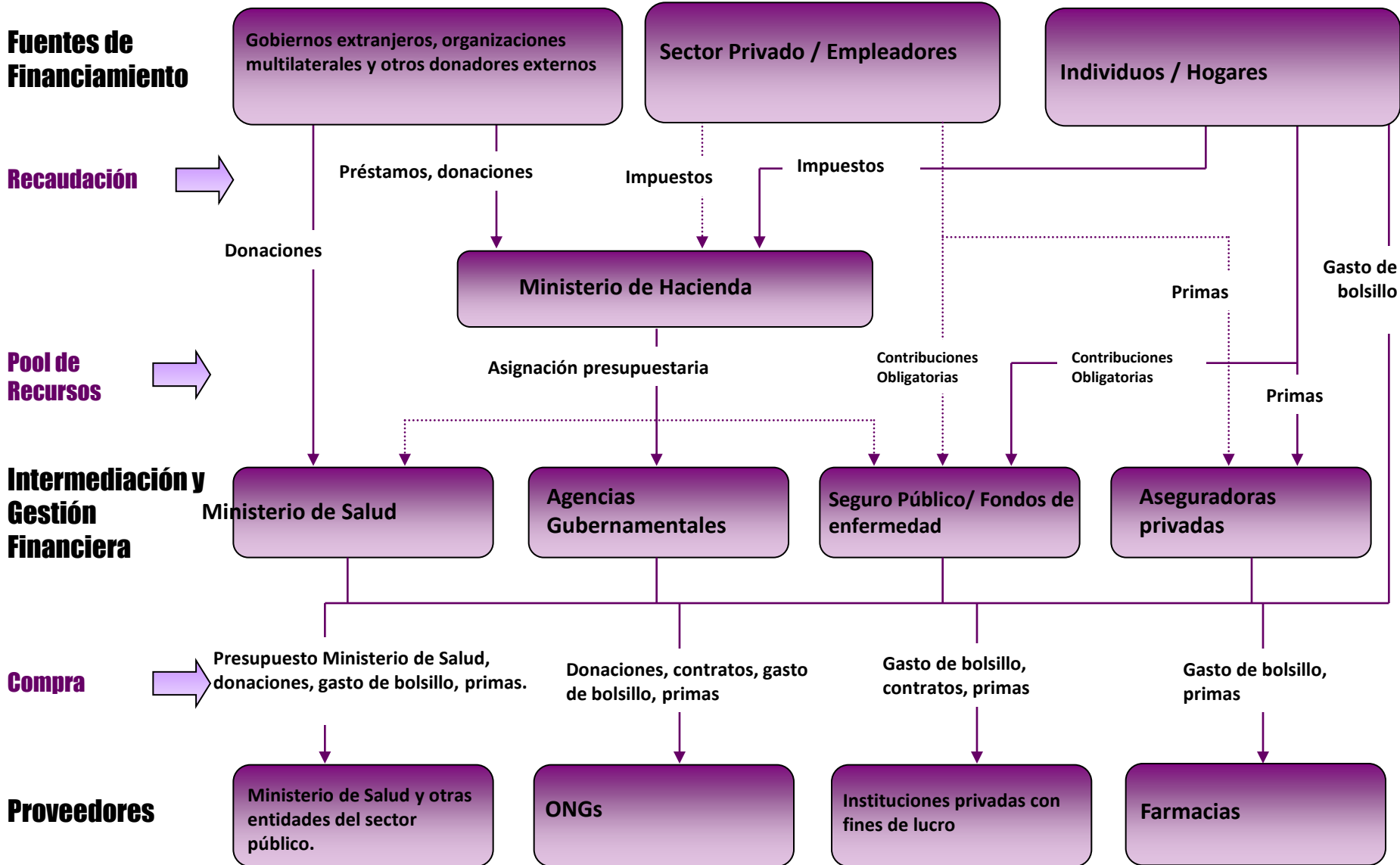
Portadores de patología Sintomáticos

Acceso a diagnóstico
Acceso a tratamiento
Acceso a seguimiento

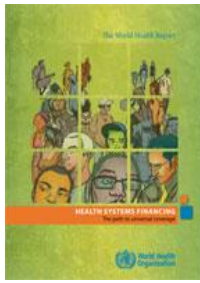
Cuáles son los factores de desigualdad?

Son injustos y evitables?

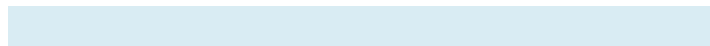
PROTECCION FINANCIERA EN SALUD



Capítulo 3 | La unión hace la fuerza



Los objetivos a largo plazo deben ser: reducir el nivel de pagos directos por debajo del 15-20% del gasto sanitario total y aumentar a más del 5-6% la proporción del gasto combinado a cargo del gobierno y del seguro obligatorio en el PIB. Alcanzar estas metas llevará su tiempo en algunos países, que podrían ponerse objetivos más factibles a corto plazo.



Ventajas de universalizar la protección de salud

Reducción de costos administrativos

Asegurar resultados de salud

Mejorar la integración de redes sanitarias

Tender a la optimización en la asignación de recursos, mecanismos de pago y la estructura de incentivos



MIRE BIEN COMO LE VA A LOS DEMAS

BIBLIOGRAFIA... muy básica

- OPS. Informe sobre la Salud en el Mundo : El financiamiento de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal. 2010. (El autor de esta ponencia agradece la presentación del Dr Ruben Suarez de este documento)
- OMS-OCDE. System Health Accounts. 2011
- IDRC. Financing Health in Latin America. Canada. 2012