



**BREVE 20**

# **PLANES DE BENEFICIOS EN SALUD Y FINANCIAMIENTO BASADO EN RESULTADOS: DOS ALIADOS PARA LA COBERTURA UNIVERSAL Y EFECTIVA EN SALUD.**

*Basado en el webinar realizado el día 30 de marzo de 2017 por el Dr. Martín Sabignoso*

Serie de políticas y métodos basados en presentaciones a expertos. Elaborado por CRITERIA, red de conocimiento sobre priorización y planes de beneficios en salud del Banco Interamericano de Desarrollo.

División de Protección Social y Salud  
Banco Interamericano de Desarrollo  
<https://www.iadb.org/es/salud> - [scl-sph@iadb.org](mailto:scl-sph@iadb.org)

Copyright © 2018 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



# SIGLAS

<b>ALC:</b>	América Latina y el Caribe
<b>ASSE:</b>	Administración de Servicios de Salud Estatales de Uruguay
<b>BID:</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>FBR:</b>	Financiamiento Basado en Resultados
<b>FNR:</b>	Fondo Nacional de Recursos de Uruguay
<b>IAMC:</b>	Instituto de Asistencia Médica Colectiva
<b>MINSAL:</b>	Ministerio de Salud de República Dominicana
<b>MSP:</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>OCDE:</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
<b>ODM:</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PBS:</b>	Plan de Beneficios en Salud
<b>PDSS:</b>	Plan de Servicios de Salud de República Dominicana
<b>PIAS:</b>	Plan Integral de Atención de Salud de Uruguay
<b>PMAQ-AB:</b>	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
<b>PMO:</b>	Plan Médico Obligatorio de Argentina
<b>PPAF:</b>	Plan de Producción y Aplicación de Fondos
<b>PSS:</b>	Plan de Servicios de Salud de Argentina
<b>SILSARIL:</b>	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
<b>SNIS:</b>	Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay
<b>UNAP:</b>	Unidad de Atención Primaria

# INTRODUCCIÓN

Los gobiernos reconocen que no es suficiente destinar más recursos a los sistemas sanitarios para alcanzar la cobertura universal de salud si los fondos no se dirigen a poblaciones, programas y servicios prioritarios y si esos fondos no se utilizan de una manera más equitativa y eficiente. Por ello, varios países de la región de América Latina y el Caribe (ALC) han adoptado Planes de Beneficios en Salud (PBS) para dar contenido explícito al derecho a la salud y para guiar el fortalecimiento de todas las funciones esenciales de un sistema sanitario.

A la vez, muchos de esos países han desarrollado diferentes mecanismos de Financiamiento Basado en Resultados (FBR) con los propósitos de orientar más estratégicamente los recursos disponibles y de crear incentivos que promuevan las mejoras de desempeño necesarias para concretar las “promesas” formuladas a través de los PBS. Sin embargo, estos dos procesos no siempre se han desarrollado de una manera articulada y con la coherencia suficiente para lograr el objetivo compartido de mejorar la cobertura efectiva de la salud.

El presente Breve repasa la experiencia latinoamericana en la utilización combinada de estos instrumentos de política sanitaria e intenta responder a las siguientes preguntas: ¿por qué es clave una vinculación directa y explícita entre el PBS y el FBR?, ¿cómo pueden potenciarse recíprocamente?, ¿por qué ambos instrumentos son fundamentales para el desarrollo de la poco aprovechada función de “compra estratégica” de

servicios de salud? Y, por último, ¿cuáles son las oportunidades y los retos que se presentan para un uso coherente de estas poderosas palancas de transformación de los sistemas de salud?

## ¿POR QUÉ ADOPTAR UN PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD?

No existe país alguno en el mundo que pueda garantizar todos los servicios, todos los medicamentos y todas las tecnologías disponibles a todos sus ciudadanos. Como las posibilidades terapéuticas superan ampliamente los fondos disponibles para la salud, los sistemas sanitarios se ven obligados a priorizar las intervenciones de salud que cubren a sus ciudadanos. Frente a ello, el gran desafío es cómo hacerlo de la mejor manera para así maximizar las mejoras de salud para toda la población<sup>1</sup>.

Se pueden identificar los siguientes esquemas principales de priorización:

**1. “Priorización explícita” a través de un PBS<sup>2</sup>**  
(listas que incluyen y/o excluyen servicios y/o

---

<sup>1</sup> Giedion, U., Tristao, I. y Bitrán, R. 2014. “Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional”. Banco Interamericano de Desarrollo.

<sup>2</sup> La OMS define un PBS como “un conjunto de servicios de salud que son considerados esenciales y que la sociedad quiere que sean garantizados para todos” (Essential Health Services Packages, WHO, Essential Health Services, Tarimo) Otra definición lo describe como “...la totalidad de servicios, actividades y bienes cubiertos por seguros obligatorios públicos o por servicios nacionales de salud.” (EU Basket Project, Schreyögg, 2005)

medicamentos). Este es el esquema elegido por Uruguay con la reforma del año 2007 para todas las intervenciones que financia el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

**2.** “Priorización implícita” a través de demoras en el acceso, alta burocracia para autorizar intervenciones, negación de turnos o servicios, mala calidad de los servicios o copagos informales a cargo de los pacientes. Es el caso de la mayoría de los países de ALC antes de las reformas iniciadas en las últimas décadas.

**3.** “Modalidad combinada”, en la que conviven los dos mecanismos anteriores. Es el esquema adoptado por Chile (Plan AUGE) y por Argentina (Programa Sumar) para el subsector público. En estos casos persiste el sistema tradicional de cobertura implícita pero desde la década pasada ambos países han jerarquizado un conjunto de servicios que son explicitados y que, además, cuentan con mecanismos legales para exigir su cobertura (Chile) y estrategias de financiamiento especiales para garantizar su provisión (Argentina).

**4.** Priorización a partir del uso de otros mecanismos, como los programas de FBR, las estrategias intensivas de promoción de uso de guías clínicas o las políticas de auditoría clínica, como el caso del Reino Unido a través

de la Care Quality Commission ([www.cqc.org.uk](http://www.cqc.org.uk))<sup>3</sup>. Estos mecanismos pueden utilizarse de manera complementaria a un PBS o en ausencia de éste.

En la región de ALC se aprecia un aumento del uso de Planes de Beneficios en Salud como parte de un conjunto de acciones dirigidas a ampliar la cobertura efectiva en salud de la población.

---

<sup>3</sup> La Care Quality Commission (CQC) es una institución independiente de regulación de los servicios de salud y sociales que intenta asegurar que los servicios de salud y los servicios sociales proporcionen a las personas una atención segura, efectiva, compasiva y de alta calidad a la par que promueve mejoras en la calidad de la atención. Supervisa, inspecciona y regula los servicios para asegurar que se cumplen los estándares fundamentales de calidad y seguridad y se hacen públicas las calificaciones de desempeño para ayudar a las personas a escoger a sus proveedores.

## ¿Por qué adoptan los países de la región un Plan de Beneficios en Salud?

MOTIVO	EXPLICACIÓN
<b>Lograr mayor equidad</b>	La búsqueda de la equidad es uno de los motivos por los que se adopta un PBS, para garantizar un mínimo de servicios que sea igual para todos. En este sentido, es también un instrumento valioso para tratar de moderar las desigualdades y la fragmentación que existen entre distintos subsistemas, una característica particular de la mayoría de los países de ALC, como Argentina, México o Perú.
<b>Mejorar la eficiencia del sector</b>	En el contexto actual, donde los recursos de salud crecen lentamente (y en algunos casos se reducen) mientras que la presión sobre el gasto es cada vez más fuerte, el PBS es considerado una herramienta que permite tomar decisiones inteligentes sobre lo que se financia y lo que no, así como mejorar la eficiencia en la asignación de recursos para cubrir aquellas intervenciones que más impactan en la salud colectiva de la población.
<b>Movilizar más recursos para la salud</b>	En este caso, el PBS se utiliza para evidenciar necesidades de recursos, movilizarlos y asignarlos de manera coherente de acuerdo a las prioridades definidas. Por ejemplo, en México, a través de la definición del contenido y costo del PBS del Seguro Popular (CAUSES) fue posible hacer patente la necesidad de recursos para ampliar la cobertura. Esto ayudó a captar recursos adicionales que redujeron las diferencias en el gasto per cápita a 1,2 veces (entre los que tenían seguridad social y los que no tenían) (Knaul et al, 2012) <sup>4</sup> .
<b>Contratar la provisión de servicios</b>	El PBS se perfila como un instrumento clave en las relaciones contractuales entre aseguradores/financiadores y prestadores en los sistemas que han separado dichas funciones. En esta relación se formalizan contratos o acuerdos de gestión cuyas obligaciones contractuales giran en torno al conjunto de servicios del PBS que se cubren. Con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) Uruguay dispuso en 2007 una separación de funciones y un PBS único denominado PIAS (Plan Integral de Atención de la Salud). Es también una realidad que se da en la gran mayoría de los países de la OCDE organizados en Seguros de Salud que utilizan listas positivas para cubrir servicios y medicamentos <sup>5</sup> .

4. En el marco de la reforma, el gasto total en salud como proporción del producto interno bruto pasó del 5,6% en 2002 al 6,3% en 2011, a la par que el presupuesto de la Secretaría de Salud aumentó un 69%. No obstante, el gasto de bolsillo sigue representando el 47% de este gasto en salud, lo que implica que, a pesar del importante incremento en los recursos públicos destinados a la salud, se sigue dando un déficit significativo en financiamiento. Germán Fajardo-Dolci, Juan Pablo Gutiérrez, Sebastián García-Saisó, Salud Pública de México / vol. 57, no. 2, marzo-abril de 2015.

5. Suiza, Corea y República Checa también usan listas negativas de manera complementaria. Solo Alemania y Austria no utilizan listas explícitas. Australia, España e Italia, sin tener organizados sus sistemas de salud en Seguros, utilizan también listas positivas a nivel nacional. En cuanto a los medicamentos, prácticamente todos los países de la OCDE utilizan listas positivas. Ver Valérie Paris, Webinar May 2014, IDB Network on Explicit Priority Setting and Benefits Packages.

MOTIVO	EXPLICACIÓN
<b>Empoderar a la población</b>	Para dar contenido concreto al derecho a la salud a través de mecanismos legales que den más poder a la ciudadanía y para hacer más transparentes las decisiones de cobertura que adopta un sistema de salud. El Plan AUGE de Chile es el mejor ejemplo de la región de ALC, principalmente porque hay mecanismos legales a disposición de la ciudadanía con garantías de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera. Con este ejemplo, se aprecia cómo el PBS se convierte para la ciudadanía en la parte “tangible” de todas las decisiones técnicas y políticas que adopta un sistema de salud.

La experiencia reciente muestra que un PBS puede actuar, además, como un instrumento “vertebrador” del proceso de fortalecimiento de un sistema de salud. A partir de la definición de un PBS podemos evaluar con mayor pertinencia la oferta y la adecuada localización de los servicios de salud, planificar inversiones suficientes, mejorar la distribución y capacitación de los recursos humanos, integrar programas verticales, elegir los mecanismos de compra más apropiados para cada tipo de servicio, desarrollar y modelar los sistemas de información o monitorear el desempeño y la eficacia de un sistema de salud<sup>6</sup>.

## ¿POR QUÉ LOS PAÍSES UTILIZAN MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO BASADOS EN RESULTADOS (FBR)?

El FBR (también llamado pago por desempeño) puede ser definido como un mecanismo de pago que los países utilizan de manera complementaria a otras modalidades (cápita, presupuesto, pago por prestación, etc.). Busca crear deliberadamente incentivos financieros dirigidos a instituciones, proveedores y/o trabajadores de la salud para ampliar el acceso y la calidad de atención o para obtener mejoras organizacionales y de eficiencia en la utilización de los recursos disponibles.

El uso del FBR ha crecido notablemente en los últimos años y en la actualidad es difícil encontrar algún país que no esté utilizando esta modalidad de financiamiento para mejorar

<sup>6</sup> Giedion, U., Tristao, I. y Bitrán, R. 2014. Planes de beneficios en salud de América Latina.

el desempeño de su sistema de salud<sup>7</sup>. Lo emplean en China, para estimular las mejoras de los servicios en zonas rurales; en Australia, para mejorar los servicios de prevención secundaria de las enfermedades no transmisibles; en Burundi, para ampliar la cobertura de servicios de atención primaria y reducir el gasto de bolsillo, o en Francia, para mejorar la prescripción de medicamentos genéricos.

La región de ALC ha sido también parte de esta corriente global de implementación de estrategias de FBR. Algunos de los países con una rica trayectoria en la utilización de este tipo de instrumentos son Argentina, Brasil, Haití, Honduras, Panamá y Uruguay.

En su historia relativamente corta (aproximadamente 15 años), el FBR ha demostrado ser un mecanismo versátil que puede adecuarse a diferentes contextos y objetivos. La variada experiencia internacional muestra cómo los programas o estrategias de FBR han sido utilizados como modalidades complementarias de transferencias de fondos a distintos receptores del tipo de gobiernos nacionales<sup>8</sup>, niveles

subnacionales de gobierno, establecimientos y/o trabajadores de salud.

Entre las contribuciones<sup>9</sup> más comunes que los países han observado con el uso del FBR se mencionan las siguientes:

- Rompió la inercia de la simple ejecución presupuestaria (asociada exclusivamente a gastos de infraestructura, bienes, insumos y recursos humanos) al vincular la transferencia de fondos al cumplimiento de objetivos y a la provisión efectiva de servicios.
- Introdujo listados explícitos de servicios de salud (PBS) y mejoró el conocimiento por parte de los equipos de salud de los objetivos prioritarios.
- Aumentó la capacidad de influencia de los Ministerios de Salud o de las instituciones financiadoras para orientar con mayor eficacia la gestión de los gobiernos locales y de los proveedores de salud.
- Hizo sustantivas contribuciones a la mejora de los sistemas de información sanitaria (porque si no están los datos no se realizan los pagos) y al desarrollo de una cultura de medición sistemática del desempeño de la red asistencial.
- Logró la provisión de recursos tangibles a los establecimientos pertenecientes al primer nivel de atención y amplió la auto-

---

<sup>7</sup> En los países de la OCDE los esquemas de FBR están actualmente muy extendidos como mecanismos complementarios de financiación de servicios. En 2012, casi dos tercios de los países participantes informaron que contaban con, al menos, un plan de FBR. Se encuentran predominantemente en la atención primaria pero también se están extendiendo a especialistas y hospitales de agudos. En Ontario (Canadá) y en Portugal, se introdujeron para fortalecer la APS. Noruega lo aplicó en sus cuatro regiones para mejorar el desempeño hospitalario. En otras ocasiones se utilizan para mejorar el seguimiento de grupos específicos de pacientes, como en el caso de las personas con diabetes en Australia, Francia o Alemania.

<sup>8</sup> Iniciativa Salud Mesoamérica 2015

---

<sup>9</sup> Ver por ejemplo: Cashin C. et al. "Health provider P4P and strategic health purchasing" - Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability. (2014). Soucat, A. et al. "Pay-for-Performance Debate: Not Seeing the Forest for the Trees". Roland D.M. et al., "How Financial and Reputational Incentives Can Be Used to Improve Medical Care", (2015). Gertler, P. et al. "Rewarding Performance to Enable a Healthy Start: The Impact of Plan Nacer on Birth Outcomes of Babies Born into Poverty". Mimeo (2013)



nomía de los mismos para gestionar los fondos recibidos en concordancia con las necesidades locales.

- Contribuyó a incrementar la provisión y la calidad de servicios de salud priorizados.

Obviamente, el FBR no es perfecto. Como todos los mecanismos de financiamiento tiene limitaciones inherentes a su naturaleza (costos de administración más altos y complejos o desatención de servicios no incentivados) y limitaciones propias de falencias en su diseño o implementación (métricas deficientes, insuficiente autonomía de los proveedores para responder a los incentivos o debilidades en la verificación de los resultados).

La experiencia muestra que el FBR funciona mejor cuando se usa en combinación con otras modalidades de pago y cuando forma parte de una estrategia más amplia. Así sucedió en Estonia<sup>10</sup>, Turquía o Portugal donde el FBR fue parte de un proceso transformador que también abarcó reformas organizacionales a nivel macro y micro, la adecuación de la distribución y formación de los recursos humanos y la reingeniería de los sistemas de información<sup>11</sup>. Por el contrario, si el FBR se implementa de forma aislada, sin encontrarse alineado con otras palancas de política, es probable que decepcione o que sus contribuciones sean menores a las esperadas.

---

<sup>10</sup> “Good Practice Brief - Pay for performance in Estonia: A transformative policy instrument to scale up prevention and management of non-communicable diseases”, WHO Regional Office for Europe.

<sup>11</sup> “Better ways to pay for health care” FOCUS.

## **EL PBS Y EL FBR SON HERRAMIENTAS VALIOSAS PARA LOGRAR UNA COMPRA MÁS ESTRATÉGICA DE SERVICIOS DE SALUD**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la “compra de servicios de salud” como una de las tres acciones de la función de financiamiento en salud. Las otras dos son la recolección y la mancomunación de fondos.

La compra de servicios es definida como el mecanismo a través del cual los proveedores (públicos, privados, ONGs, etc.) son retribuidos para brindar servicios a una determinada población. La compra de servicios es el nexo clave entre los fondos disponibles y los servicios brindados a la población y, por lo tanto, es una función con gran potencial para impulsar mejoras en la cobertura y funcionamiento de la provisión de servicios.

En todos los sistemas de salud se desarrolla la función de compra de servicios, pero no en todos se hace de un modo estratégico. Muchos sistemas de salud continúan siendo “financiadores pasivos”, es decir, actúan como simples pagadores que no se involucran activamente en estrategias de compra dirigidas a aumentar la relación calidad-precio de los servicios que financian y así maximizar los resultados de salud para su población. Un comprador estratégico se propone los siguientes objetivos:

- Elegir cuidadosamente los servicios que mejor respondan a las necesidades de la población.
- Alinear los fondos y los incentivos con los servicios prometidos.
- Asegurar una distribución equitativa de los recursos.
- Promover la calidad de los servicios.
- Promover la responsabilidad de los proveedores sobre la población bajo su cuidado.
- Gestionar responsablemente el crecimiento del gasto y promover la eficiencia.

El comprador estratégico se preocupa, en primer lugar, por definir inequívocamente los servicios que financiará para responder mejor a las necesidades de salud de su población. Un PBS bien diseñado es el resultado de un proceso reflexivo de selección de dichos servicios y de esta manera se constituye en un instrumento clave para desarrollar un esquema de compra estratégica. El PBS responde plenamente a la primera pregunta que debe formularse un comprador estratégico: ¿qué comprar?

El comprador estratégico también es consciente de que el o los tipos de mecanismos de pago que adopte serán determinantes en la efectiva promoción de los comportamientos adecuados para los diferentes servicios cubiertos en un PBS. Por ello adoptará de manera reflexiva y realista (no idealizada) las modalidades de pago que mejor se adapten a su política de cobertura y considerará las fortalezas, debilidades, opciones de diseño o grado de compatibilidad

con otros modos de pago, aspectos fundamentales en la medición del desempeño y/o el potencial impacto en las tarifas de los servicios cubiertos. Sabe que no existen mecanismos de pago que sean infalibles, que todos tienen limitaciones y que seguramente la mejor opción sea la combinación inteligente de diferentes modalidades que incentiven suficientemente la provisión de los servicios priorizados sin poner en riesgo su solvencia financiera. Como se mencionó anteriormente, el FBR es una categoría de pago que, al vincular directamente la asignación de fondos al logro de resultados de cobertura de servicios, puede convertirse en un elemento muy importante del modelo de compra estratégica. El FBR responde a la pregunta: ¿cómo comprar?

Sin embargo, la función de compra de servicios ha sido poco aprovechada como palanca para promover mejoras de cobertura y como vehículo para llevar el dinero hacia los objetivos prioritarios. Esta situación puede explicarse porque muchos sistemas no se reconocen como compradores de servicios (en particular en los sistemas de salud donde las funciones de salud están concentradas en los Ministerios de Salud Pública) o porque la implementación de mejoras en los mecanismos de priorización de servicios y de pago a los proveedores son complejas, amenazan intereses, conllevan altas exigencias de gerencia y, generalmente, requieren un “cambio de mentalidad” de los financiadores, de los proveedores y, también, de los pacientes. Por tanto, como componentes de la función de compra estratégica, el PBS y el FBR deben utilizarse de manera combinada a fin de

potenciarse el uno al otro y de lograr el objetivo común de una mejor cobertura efectiva en salud. Ambos instrumentos deben ser parte de una única estrategia de financiamiento que los englobe y que, además, contemple otras acciones dirigidas a mejorar la provisión como la generación de nuevas competencias en los recursos humanos, la realización de auditorías de calidad, la entrega sistemática de información de desempeño a los proveedores o la concesión de mayor autonomía gerencial y financiera a estos últimos.

## ¿EN QUÉ SE DIFERENCIAN UN COMPRADOR PASIVO Y UN COMPRADOR ESTRATÉGICO DE SERVICIOS DE SALUD?

A continuación, se describen algunas de las diferencias existentes entre ambos modelos tomando como referencia los principales componentes de la función de compra de servicios de salud:

DIMENSIÓN	COMPRADOR PASIVO	COMPRADOR ESTRATÉGICO
<b>Selección de servicios cubiertos</b>	No define con claridad los servicios que se financian. Por el contrario, cubre aquellos servicios que brindan los proveedores independientemente de su efectividad y sin considerar las necesidades de la población ni la sostenibilidad financiera del sistema.	Elige minuciosamente el conjunto de servicios de salud que mejor responden a las necesidades de la población procurando utilizar la evidencia existente y tomando en consideración los recursos disponibles.
<b>Selección de proveedores</b>	No define políticas de selección de proveedores o define sólo requerimientos de infraestructura. Contrata o financia proveedores que presentan capacidades significativamente variables en cuanto a la calidad de los servicios.	Selecciona cuidadosamente a sus proveedores y determina condiciones de participación que satisfagan requerimientos de calidad y seguridad en la atención de la población.
<b>Mecanismos de pago</b>	Asigna fondos por criterios históricos. Desincentiva la eficiencia (por ejemplo, crea en el proveedor el incentivo perverso de gastar de cualquier manera todo su presupuesto en el año por amenaza de pérdida de los fondos). Suele establecer exigencias altamente burocráticas para hacer más complejos o evitar pagos a los proveedores. Es un “tomador” de precios y de la calidad ofrecida por los proveedores.	Define mecanismos de pago que deliberadamente crean incentivos coherentes con los objetivos de cobertura perseguidos, como la mejora de la calidad de los servicios de un PBS o la eficiencia en el uso de recursos. Define y negocia precios basado en criterios tales como objetivos sanitarios, costos medidos, prioridades de cobertura, desempeño observado y/o recursos disponibles.

<b>Gestión de sistemas de información</b>	No define requerimientos de información o los requerimientos se limitan a datos de ejecución presupuestaria. Se enfoca en la gestión de estructuras e insumos.	Define requerimientos de información para monitorear la efectiva provisión de servicios y el desempeño clínico y financiero del proveedor. Además, puede utilizar el financiamiento para promover la adopción de herramientas informáticas o define estándares que deben satisfacer los sistemas informáticos elegidos por los proveedores.
<b>Control y evaluación del proveedor</b>	Realiza auditorías solo de prestaciones de alto costo como medida de protección financiera. En el caso de brindar cobertura a través de establecimientos propios, controla principalmente la ejecución presupuestaria. No realiza monitoreo de cobertura y calidad ni de satisfacción de pacientes.	Realiza auditorías integrales para evitar comportamientos oportunistas y para promover, además, mejoras de calidad. Monitorea la provisión efectiva de los servicios y la experiencia/satisfacción de los pacientes. Informa activamente los resultados y el desempeño de los proveedores a los ciudadanos.
<b>Autonomía del proveedor</b>	Adopta posiciones extremas con respecto a la autonomía del proveedor. A veces restringe injustificadamente la autonomía de los proveedores lo que debilita la gestión, la capacidad local de liderazgo y afecta el nivel de motivación de los recursos humanos. En otras ocasiones otorga una autonomía absoluta al proveedor que conspira contra el alineamiento del proveedor con los objetivos de política sanitaria.	Otorga adecuada autonomía clínica, organizacional, gerencial y financiera para que el proveedor pueda responder a las expectativas e incentivos creados. Procura que las obligaciones asumidas por el proveedor no creen rigideces que afecten negativamente el desempeño del proveedor. Enfatiza, también, la responsabilidad del proveedor de rendir cuentas por su desempeño asistencial.
<b>Empoderamiento ciudadano</b>	No define políticas de cobertura con base en las necesidades y preferencias de la población. No implementa políticas activas de comunicación de los servicios cubiertos ni de los resultados, ni de los derechos de la población. Muestra poca transparencia en la gestión de los recursos, en las decisiones de cobertura y en los resultados obtenidos.	Evalúa las necesidades, preferencias y valores de la población. Informa a la población sobre sus derechos y obligaciones. Establece mecanismos efectivos para recibir y responder a las quejas y a los comentarios de la población. Informa públicamente sobre el uso de los recursos y otras medidas de desempeño y evalúa el nivel de satisfacción de los pacientes con los servicios recibidos.

## ¿CÓMO PUEDEN POTENCIARSE RECÍPROCAMENTE EL PBS Y EL FBR?

Como se señaló anteriormente, el PBS y el FBR son dos instrumentos para el desarrollo de un sistema de “compra estratégica de servicios de salud” que al ser usados de manera coherente y combinada se potencian recíprocamente. A continuación, se exponen las oportunidades de sinergia entre ambos instrumentos:

- **El FBR traduce las prioridades del PBS en decisiones de asignación de recursos.** El FBR se puede beneficiar de una clara y explícita definición de servicios a través de un PBS y, posteriormente, intentará traducir dichas prioridades en decisiones de asignación de recursos a los proveedores o niveles de gobierno y crear así los incentivos adecuados para influir en el volumen, calidad y lugar de provisión de los servicios de salud. En este sentido, el FBR ha sido un instrumento que claramente materializó en la región de ALC la promesa de invertir más fondos en la estrategia de Atención Primaria de Salud o en zonas de mayor vulnerabilidad. Es el caso del Programa de FBR de Panamá para las comarcas indígenas o el Programa del BID de Salud Mesoamérica, que se inició para respaldar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) enfocándose en el 20% más pobre de la población de ocho países de dicha región.

- **El PBS suele explicitar los estándares de calidad correspondientes a los servicios en él incluidos lo que facilita al FBR el diseño de sus indicadores de desempeño y de sus instrumentos de auditoría.** En el caso de Argentina, el PBS del Programa Sumar define una serie de atributos de calidad que deben ser cumplidos y que se basan en las guías y protocolos de calidad vigentes<sup>12</sup>. El Plan Médico Obligatorio (PMO) de Argentina que debe ser cubierto por la seguridad social nacional y los seguros privados ofrece el ejemplo contrario ya que no tiene ninguna<sup>13</sup> vinculación con las normas de calidad que define el Ministerio de Salud de la Nación como órgano rector. En el caso de Uruguay, la normativa para la creación del Plan Integral de Atención de la Salud (PIAS) determina que todas las intervenciones cubiertas deben contar con su correspondiente guía de atención para que se pueda exigir a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) comúnmente llamadas mutualistas. La inclusión de dimensiones de calidad en el PBS proporciona información clave sobre el conjunto de variables referidas a la provisión del servicio (frecuencia, formación de recursos humanos, administración de insumos o medicación, normas de registros clínicos, etc.) que resulta necesaria para diseñar indicadores y modelos de auditoría que sean consistentes con el modelo de provisión del sistema de salud.

---

<sup>12</sup> Se añade que, en el caso de Argentina, el Programa Sumar también actuó como estímulo a la actualización permanente de las guías clínicas del Ministerio de Salud de la Nación al incluir solamente requerimientos de calidad que forman parte de la normativa vigente.

<sup>13</sup> Breve 2 Webinar Red CRITERIA, *Costeo de Planes de Beneficio en Salud*, Ricardo Bitrán, octubre de 2012.

• **El FBR puede convertirse en un vehículo de difusión, promoción y verificación del cumplimiento de los estándares de calidad adoptados por el PBS.** El FBR puede ayudar a resolver un problema frecuente que es la falta de estrategias de difusión en la red asistencial de las guías clínicas (asociadas o no a un PBS)<sup>14</sup>. El FBR también puede incentivar el cumplimiento de los requerimientos de estructura y de recursos humanos definidos por un PBS. Por ejemplo, las Metas Asistenciales de Uruguay incentivan la creación de cargos de alta dedicación para medicina general, medicina familiar, pediatría y ginecología. La singular política de revisión de tarifas que hace Japón a través del Consejo Central de Seguro Médico Social cada 2 años incentiva con tarifas más altas la disponibilidad de más especialistas, el nombramiento de más enfermeras por cama o la disminución del tiempo de estancia hospitalaria<sup>15</sup>. Resulta interesante el enfoque

---

<sup>14</sup> Estos instrumentos normativos son, desde hace unos años, elementos cruciales de las iniciativas para mejorar la práctica clínica basada en evidencia. En multitud de países se han creado organismos o programas específicos para construir y/o fomentar el uso de estas herramientas, como, por citar algunos ejemplos, CENETEC-Salud en México, NICE en el Reino Unido, NGC en los Estados Unidos, o Guíasalud en España. Sin embargo, en algunos casos, la práctica muestra que estas guías no se convierten en referentes concretos para la mejora de la calidad y para la construcción de indicadores o evaluaciones. Es decir, se crean las guías pero no se definen estrategias efectivas para implementarlas, o no se crean los incentivos adecuados para su instrumentación, o no se monitorea su uso con los indicadores adecuados que informen su grado de utilización, así como los resultados que se obtienen al aplicarlas. En muchas ocasiones se ha tomado la guía como un fin en sí mismo.

<sup>15</sup> Global meeting on “Strategic purchasing for UHC: unlocking the potential” 25-27 April 2017, World Health Organization (WHO), Geneva, Switzerland. “Governance for strategic purchasing: experience of Japan”, Makoto Tobe, Ph.D., M.P.H. Senior Advisor on Health Financing, Japan International Cooperation Agency (JICA)

del programa de FBR de Brasil denominado PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) que incentiva y premia la práctica de autoevaluación por parte de los establecimientos de salud, proponiéndose estimular el compromiso de los equipos de salud con la mejora continua de la calidad y no sólo el cumplimiento de estándares básicos. Claramente, los mecanismos de auditorías<sup>16</sup> asociados a los Programas de FBR actúan como instrumentos que refuerzan las señales dirigidas a captar la atención de los proveedores respecto a los servicios de un PBS y de sus exigencias de calidad. Los programas de FBR de ALC verifican los resultados a través de diferentes instituciones externas. Honduras lo hace a través de las Direcciones Regionales de Salud; en el PMAQ-AB de Brasil, los controles externos son realizados a través de universidades públicas y Uruguay audita el cumplimiento de las Metas Asistenciales a través de la División de Fiscalización del Ministerio de Salud Pública. De esta manera, el FBR está contribuyendo a que se asuma con mayor intensidad y continuidad una función tan clave como la fiscalización y la evaluación de la provisión.

• **El PBS y el FBR pueden apoyarse mutuamente para mejorar la cuantificación de los recursos financieros necesarios para brindar los servicios cubiertos y**

---

<sup>16</sup> Uno de los atributos distintivos del FBR en relación a otros mecanismos de pago es la utilización de mecanismos de auditoría para verificar los logros reportados de cobertura a partir de la verificación de historias clínicas y/o la realización de encuestas a pacientes.



**para eliminar barreras de financiamiento para la población.**

Cuando un PBS define con claridad las prestaciones y sus exigencias de calidad ofrece una estructura ordenada de variables que facilitan el dimensionamiento de los fondos que es necesario invertir para garantizar su provisión, cualquiera que sea el mecanismo de pago. Por su parte, el FBR contribuye progresivamente a facilitar la disponibilidad de datos de utilización de servicios que permiten mejorar las estimaciones de la demanda futura de los servicios en un PBS. Por ejemplo, el primer ejercicio de cálculo de la cápita que financia el Programa Sumar de Argentina (inicialmente Plan Nacer) tuvo como principal limitación la escasa información disponible. En ese momento el Programa estaba en su etapa inicial y no se contaba con tasas de uso observadas sobre los servicios incluidos en su Plan de Servicios de Salud<sup>17</sup>. Sin embargo, desde su entrada en funcionamiento se comenzó a acumular información de todas las provincias en las bases administrativas de facturación que permitieron mejorar progresivamente las proyecciones sobre las tasas de uso futuras y perfeccionar la estimación del valor per capita. Además, el PBS y el FBR pueden combinarse para eliminar barreras financieras para la población. Es decir, el PBS puede explicitar las políticas de co-pago de los servicios que incluye y el FBR puede aportar los fondos que dejan de percibir los proveedores por la eliminación de co-pagos. Este es el caso

de Burundi, que se propuso mejorar la cobertura de una canasta de servicios materno-infantiles eliminando los co-pagos vigentes en el marco de la implementación de un Programa de FBR.

• **El FBR es capaz de fortalecer los sistemas de información para monitorear la cobertura efectiva del PBS.** Una de las contribuciones más valiosas del FBR es su capacidad de expandir el uso o la adopción de herramientas informáticas y mejorar la recolección de datos. Los incentivos del FBR cambian las reglas de registro, recolección y reporte de datos porque cuando los datos no están completos o no son consistentes, el pago al proveedor no se realiza. Los programas de FBR de ALC se convirtieron en un factor determinante para la recolección oportuna de datos nominales de provisión de servicios de salud contribuyendo a la identificación de brechas de cobertura y a evaluar el desempeño de los proveedores de salud<sup>18</sup>. En República Dominicana, el FBR incrementó notablemente el uso de los sistemas de información de gestión clínica y de confección de fichas familiares<sup>19</sup>. El Programa Sumar, en Argentina, captura mensualmente cientos

---

<sup>17</sup> “Lecciones aprendidas y desafíos futuros bajo nuevos esquemas de gestión de la salud en la Argentina. La experiencia conjunta del Plan Nacer y Programa SUMAR del Ministerio de Salud de la Nación”. Facultad Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) 2014.

---

<sup>18</sup> En algunos países, los mecanismos de FBR premian directamente la inversión o las mejoras en la gestión de la información, como el caso de Australia y de Francia, que incentivan la utilización de una historia clínica digital o el caso del Reino Unido, que definió estándares mínimos para los sistemas de información como condición para que un proveedor pueda participar del Programa Quality and Outcomes Framework (iniciado en 2004) y que aceleró el uso generalizado de historia clínica digital (“Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? Martin Roland and Bruce Guthrie assess the successes and failures of the pay-for-performance scheme and what its future should be”, ANALYSIS, BMG, 2016).

<sup>19</sup> Sistemas de información SGC y SIRPAFF.

de miles de datos antropométricos que permitieron la creación de un sistema nacional de vigilancia en tiempo real del desarrollo nutricional de niños y adolescentes<sup>20</sup>. A partir de la información recolectada sistemáticamente, el proyecto de FBR de Panamá está implementando un tablero de comando de indicadores de salud (eTAB) en una plataforma web que permite monitorear la cobertura prestacional de las Direcciones Regionales y de los proveedores extra-institucionales, así como también generar alarmas y reportes de utilidad para todos los actores participantes (a nivel nacional, regional y de proveedor)<sup>21</sup>. En algunas ocasiones, la información de desempeño obtenida por el FBR se difunde públicamente como insumo de apoyo a la población para la elección del establecimiento de salud del cual recibirá los servicios del PBS. Por ejemplo, el Programa Medicare en Estados Unidos comenzó recientemente a reportar una serie de medidas de calidad para hospitales individuales en su herramienta de comparación de hospitales en su sitio web público ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Uruguay también realiza una publicación de los resultados de algunas de las Metas Asistenciales ([www.atuservicio.uy](http://www.atuservicio.uy))

que sirve a la población para la elección de su proveedor no estatal que estará a cargo de garantizar el PIAS<sup>22</sup>.

· **Comúnmente el FBR amplía la autonomía financiera de los proveedores para que puedan responder adecuadamente a los incentivos y expectativas que se crean alrededor de la provisión del PBS.** Las iniciativas que buscan ampliar la autonomía de los proveedores para la dirección operativa, la gestión de los recursos humanos y la gestión financiera crecen en todos los sistemas de salud del mundo porque existe un amplio consenso en que la mayoría de los cambios requeridos implican un giro cultural en los actuales sistemas de salud, y que ello no puede lograrse sin la adhesión y participación de los equipos sanitarios. Cuando los responsables y decisores crean un entorno positivo y propicio para que estos hagan bien su trabajo, el resultado se da en mejores cuidados para los pacientes. En España, la Comunidad Autónoma del País Vasco implementó a través de su Plan de Salud 2009-2012<sup>23</sup> un nuevo modelo de contratación y financiación de la salud que permitió a los proveedores la obtención de recursos de libre disponi-

---

<sup>20</sup> Nuñez, P., Fernández-Slezak, D., Farall, A., Szretter, M., Salomón, O., y Vallengia, C. (2016). "Impact of Universal Health Coverage on Child Growth and Nutrition in Argentina". *American Journal of Public Health*, 106(4), 720–726.

<sup>21</sup> El tablero se nutre de información proveniente del sistema SIREGES y el SIES (Sistema de Información Estadístico de Salud).

---

<sup>22</sup> El FBR y la presentación de informes públicos sobre la calidad ofrecida por los proveedores no están necesariamente vinculados pero pueden potenciarse recíprocamente. Algunos proyectos de FBR suelen optar por mantener confidenciales los datos de desempeño para mejorar la cooperación con los proveedores y evitar situaciones de potencial conflicto. Vale la pena aclarar que para que sea realmente de utilidad para la población, la información pública referida al desempeño de los proveedores requiere que sea presentada en formatos fácilmente comprensibles para los ciudadanos que carecen de experiencia clínica o estadística

<sup>23</sup> País Vasco: Transformando el sistema de salud 2009-2012, Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco, 2012.



bilidad (el 3% del presupuesto) con base en el cumplimiento de mejores resultados de cobertura de su canasta de servicios. En Argentina, los fondos adicionales que transfiere el Programa Sumar a los proveedores son de libre disponibilidad para los equipos de salud y pueden destinarlos a equipamiento, infraestructura, insumos, personal o capacitación, entre otras inversiones<sup>24</sup>. La autonomía en la decisión es un factor determinante<sup>25</sup> del empoderamiento de los equipos de salud y de sus niveles de motivación para la mejora sostenida de la cobertura de un PBS. Por el contrario, el PMAQ-AB de Brasil ofrece a los Municipios una amplia discrecionalidad sobre el destino final de los fondos (no se encuentran obligados a involucrar a las Unidades Básicas de Salud) lo cual estaría debilitando el incentivo de los equipos sanitarios para orientarse hacia las intervenciones priorizadas. Una situación similar se observa en el caso de Uruguay con la Administración de Servicios de Salud Estatales (ASSE), que no

transfiere a sus proveedores los fondos adicionales recibidos en el marco de las Metas Asistenciales y tampoco les otorga participación en la inversión de los mismos. En definitiva, la falta de autonomía en la gestión de los proveedores puede socavar significativamente los incentivos y las acciones para mejorar la provisión de un PBS<sup>26</sup>.

## LA EXPERIENCIA DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN EL USO DE PBS Y FBR.

A continuación se revisará la experiencia de ALC en la utilización articulada de estos instrumentos para identificar los avances y oportunidades que se presentan con el fin de fortalecer el vínculo entre estos instrumentos como componentes de un modelo de compra estratégica de servicios de salud.

---

<sup>24</sup> El Programa Sumar de Argentina contempla la posibilidad de que los establecimientos de salud utilicen hasta el 50% de los fondos recibidos en incentivos pecuniarios al personal, siempre que la provincia o el municipio lo autorice. En el año 2015, 14 provincias permitieron el pago de incentivos al personal

<sup>25</sup> El programa realizó un estudio en el año 2011 que tuvo entre otros objetivos evaluar el modelo de decisión sobre el uso de fondos implementado por los proveedores e indagar su impacto en la motivación de los recursos humanos del establecimiento. El estudio se realizó en las nueve provincias de la región norte. Entre los hallazgos se menciona que el nivel de satisfacción con el modelo de uso de fondos diseñado por el Programa alcanzó un puntaje de casi 7 puntos sobre 10 en la evaluación de los responsables de establecimientos. Entre los equipos profesionales, el Nivel de Satisfacción General con el Plan Nacer ascendió al 72%. Sobre los motivos mencionados, 8 de cada 10 profesionales destacaron los beneficios directos para la población que genera el Programa. También se destacaron las contribuciones de este modelo a las mejoras de la organización de los servicios y de la práctica profesional.

---

<sup>26</sup> La limitada autonomía del proveedor y la flexibilidad para responder a los nuevos incentivos han sido factores clave en la falla de los nuevos enfoques de compra de salud en muchos países. En Indonesia, el comprador del Sistema Nacional de Seguro de Salud paga a los proveedores de atención primaria por capitación para brindar una canasta de servicios, pero existen reglas estrictas sobre cómo los proveedores públicos pueden asignar esos fondos entre los pagos del personal y otros costos operacionales que disminuyen en gran medida el potencial del sistema de pago por capitación para fomentar el uso eficiente de los recursos. En muchos países de ALC, cuando un proveedor público es más eficiente y gasta menos en un gasto corriente (como la electricidad), termina siendo sancionado porque los ahorros se devuelven a la tesorería, sin considerar si el proveedor tiene una necesidad mayor a la esperada en otra línea presupuestaria como la adquisición de medicamentos.

## ARGENTINA: EL PROGRAMA SUMAR (LA AMPLIACIÓN DEL PLAN NACER).

En Argentina, el Programa Sumar (la ampliación del Plan Nacer) del Ministerio de Salud de la Nación (rol rector), destina recursos adicionales a las Provincias (responsables de la salud) a través de un mecanismo de FBR. Estos fondos son finalmente transferidos a los establecimientos públicos de salud para mejorar la cobertura efectiva de un conjunto de servicios de salud priorizados. Dichos servicios forman parte del Plan de Servicios de Salud (PSS), que constituye el primer conjunto explícito de prestaciones para el subsector público en Argentina. El objetivo principal del Programa es ampliar la cobertura de la población sin cobertura formal de salud (aproximadamente 15 millones). Actualmente, el PSS contiene más de 700 servicios de salud que conforman 52 líneas de cuidados<sup>27</sup>. Es importante mencionar que el resto de las prestaciones que no cubre el Programa continúan brindándose de manera implícita y son financiadas exclusivamente a través de los presupuestos provinciales. El Programa Sumar se propone crear en todas las provincias la función de “compra estratégica” transfiriendo recursos adicionales que complementan los presupuestos provinciales de salud para garantizar progresivamente la provisión del PSS.

---

<sup>27</sup> El Programa Sumar define una línea de cuidado como un conjunto completo de servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) relacionados con una enfermedad específica (por ejemplo, anemia, cáncer o VIH) o situación de salud (por ejemplo, embarazo o desnutrición)

Es necesario destacar que el Programa Sumar llevó a cabo una rigurosa evaluación de impacto con expertos externos que mostró mejoras significativas en el acceso a servicios preventivos y en el estado de salud de sus beneficiarios<sup>28</sup>.

El PSS es el instrumento central del Programa Sumar a partir del cual se definieron los recursos a invertir, el mecanismo de financiamiento, los indicadores de desempeño y el sistema de monitoreo y auditoría. Inicialmente incluía servicios de promoción y prevención y luego añadió prestaciones de alto costo y alta complejidad, como las cirugías de cardiopatías congénitas o los cuidados intensivos neonatales, para los cuales el Programa exige a los prestadores el cumplimiento de exigentes requisitos de calidad y seguridad.

---

<sup>28</sup> La probabilidad de tener la primera atención prenatal antes de la semana 13 aumentó en promedio un 8,5% en todas las provincias y hubo un aumento del 17,6% en la probabilidad de tener la primera atención prenatal antes de la semana 20 para las mujeres embarazadas inscritas en el Programa. ii) Una vez detectado el embarazo, el Programa también aumentó un 17,3% el número de controles prenatales. iii) La probabilidad de atención de cuidado infantil para los primeros tres chequeos médicos establecidos por las guías médicas aumentó un 32,7% en el uso de servicios para niños de 45 a 70 días de vida, un 21,5% para niños de entre 70 y 120 días, y un 18,2% para niños de entre 120 y 200 días. iv) El peso promedio al nacer aumentó en 70 gramos para aquellos que tenían cobertura del Programa. v) El peso muy bajo al nacer (menos de 1.500 gramos) disminuyó en un 26% y los puntajes en las pruebas APGAR mejoraron. vi) En grandes maternidades, se encontró una reducción del 32% en el riesgo de mortalidad neonatal, del 19% en el riesgo de bajo peso al nacer (recién nacidos de madres beneficiarias), del 74% en el riesgo de muerte neonatal (recién nacidos de madres beneficiarias) y del 21% en cesáreas (en madres beneficiarias). Gertler, P., Giovagnoli, P. y Martínez, S. (2014). “Rewarding provider performance to enable a healthy start to life: evidence from Argentina’s Plan Nacer”. Policy Research Working Paper - World Bank, (6884), 1–35. <https://doi.org/10.1596/1813-9450-6884> - Gertler, P., Martínez, S. y Celhay, P. (2011). “Impacto del Programa Plan Nacer sobre utilización de servicios y resultados sanitarios (Impact Evaluation Report)”. World Bank.

## Mecanismo de FBR del Programa Sumar



Fuente: Programa Sumar - MSN

El Programa utiliza un modelo de FBR que se instrumenta a través de un sistema de transferencias capitadas a las provincias que se ajustan por desempeño. El 60% (envío mensual) está vinculado a la inscripción y a la provisión de un servicio de salud esencial en el último año. El 40% restante (envío cuatrimestral) está vinculado al nivel de desempeño alcanzado según 14 indicadores trazadores que se miden cuatrimestralmente. El valor de la cápita es el resultado del costeo del PSS que, por definición, debe cubrir la brecha de cobertura (no alcanza el 100% del costo), dado que los servicios seleccionados ya son financiados por los presupuestos provinciales.

La transferencia de la Nación a las Provincias es una transferencia condicionada a resultados y también a un uso específico. El Ministerio de Salud Provincial no puede utilizar estos recursos directamente sino que tiene que transferirlos a los establecimientos pagando una tarifa por cada servicio del PSS prestado a un beneficiario del Programa con el fin de incentivar servicios preventivos, visitas domiciliarias o actividades de coordinación entre establecimientos. Estos recursos llegan a los establecimientos, que tienen autonomía para su utilización en el marco de las normas y categorías de inversión autorizadas por las Provincias y/o los Municipios. La autonomía en la decisión es un factor

determinante<sup>29</sup> del empoderamiento de los equipos de salud y de sus niveles de motivación para la mejora sostenida de sus desempeños. Se destaca que el Programa creó para los establecimientos públicos una herramienta de planificación de la producción y la inversión de los recursos (Plan de Producción y Aplicación de Fondos – PPAF) Este instrumento permite a los establecimientos definir las metas de cobertura del PSS, estimar los fondos a recibir y priorizar

la inversión para cerrar las brechas de cobertura de los servicios que financia el Programa. El PPAF es un instrumento de microgestión que asocia las categorías de inversión (insumos, contratación de personal, inversiones, etc.) a la línea de cuidado que se pretende fortalecer. A través del PPAF el Programa se propuso que la inversión que hacen los establecimientos esté también alineada a su PSS.

### Mecanismo de FBR del Programa Sumar



Fuente: Elaboración propia

<sup>29</sup> El programa realizó un estudio en el año 2011 con el propósito, entre otros objetivos, de evaluar el modelo de decisión sobre el uso de fondos implementado por los efectores e indagar su impacto en la motivación de los recursos humanos del establecimiento. El estudio se realizó en las nueve provincias de la región norte. Entre los hallazgos se menciona que el nivel de satisfacción con el modelo de uso de fondos diseñado por el Programa alcanzó un puntaje de casi 7 puntos sobre 10, en la evaluación de los responsables de establecimientos. Entre los equipos profesionales, el Nivel de Satisfacción General con el Plan Nacer ascendió al 72%. Sobre los motivos mencionados, 8 de cada 10 profesionales destacaron los beneficios directos para la población que genera el Programa. También se resaltaron las contribuciones de este.

El Programa Sumar fue pensado para tener siempre un enfoque acotado a un subconjunto de servicios priorizados. El alcance del PSS debe evolucionar a la par que sus logros y que las nuevas prioridades de política pública. Bajo esta premisa, las decisiones de incorporación o de exclusión de servicios serán cada vez más complejas. Por ello el Programa Sumar inició en el año 2015 un trabajo de definición de criterios explícitos<sup>30</sup> para alcanzar los siguientes objetivos:

- Asegurar que las prestaciones que se van a incorporar tengan el mayor potencial de impacto de acuerdo con los objetivos del Programa.
- Hacer más transparentes las decisiones de ampliación de la cobertura de las prestaciones.
- Dejar establecidas las bases de deliberación de las revisiones/ampliaciones prestacionales del Programa a mediano y largo plazo.

Los participantes<sup>31</sup> de este estudio asignaron mayor importancia relativa a los siguientes criterios: 1) Grado de valoración social de la prestación y empoderamiento de usuarios, 2) Potencialidad para la reducción de brechas de acceso y calidad, e 3) Intervenciones preventivas.

Esta decisión del Programa Sumar es un paso importante para institucionalizar la cultura organizacional alrededor de su PBS. El Programa Sumar reconoció que es beneficioso explicitar los servicios cubiertos así como también hacer más transparentes los criterios de priorización para asegurar su eficacia y legitimidad, en especial frente a las jurisdicciones provinciales.

## **APRENDIZAJES Y REFLEXIONES QUE APORTA EL PROGRAMA SUMAR**

- El Programa Sumar muestra cómo un mecanismo de FBR puede ser la puerta de entrada de un PBS a un sistema de salud y el inicio de un sistema de compra estratégica de servicios.
- También pone de manifiesto que se pueden alcanzar importantes logros institucionales y mejoras en los resultados de salud con modestos recursos adicionales (menos del 1% del promedio de los presupuestos provinciales anuales).
- Que el PBS sea parte del FBR aumenta las posibilidades de que existan los incentivos adecuados para estimular la provisión de los servicios cubiertos y un esquema de monitoreo de su entrega efectiva a la población.
- La autonomía que ofrece el Programa Sumar a los establecimientos de salud es un posibilitador de la entrega efectiva del PSS, porque la mayoría de los cambios requeridos en los sistemas de salud implica un giro en la cultura organizacional que no puede lograrse sin la adhesión y

---

<sup>30</sup> El trabajo se realizó con el apoyo del IECS (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria) de Argentina.

<sup>31</sup> En el estudio participaron referentes de proveedores públicos de todas las provincias, autoridades nacionales y provinciales del sistema público y autoridades de la Seguridad Social.

participación activa de los profesionales sanitarios.

- En la actualidad se plantean los siguientes desafíos:

- ¿Seguirá el subsistema público de Argentina con un esquema combinado de priorización mayoritariamente implícita y parcialmente explicitada a través del PSS del Programa Sumar?

- La explicitación que hace el MSN a través del Programa Sumar, ¿estará solo vinculada al programa de FBR o puede existir una cobertura pública explicitada con independencia de su modalidad de financiamiento?

- ¿Existirá una convergencia entre el Plan Médico Obligatorio (PMO) que aplica para la Seguridad Social y el Plan de Servicios de Salud del Sumar? ¿Cómo podría contribuir la armonización de estos instrumentos a la reducción de la fragmentación del sistema?

## **BRASIL: EL PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

El caso de Brasil con el PMAQ-AB es un buen ejemplo de cómo una estrategia de FBR puede incentivar la mejora en la provisión de intervenciones de salud prioritarias sin necesidad de utilizar un PBS.

El Sistema Único de Salud de Brasil reconoce la salud como un derecho de todos y como un servicio que el Estado debe proveer. El sistema público financia los servicios de salud y los medicamentos que están contenidos en la Lista Nacional de Acciones y Servicios de Salud (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES) y en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME, por sus siglas en portugués)<sup>32</sup>. En este contexto, el PMAQ-AB tiene como objetivo incentivar a los gestores a mejorar la calidad de los servicios de salud ofrecidos en las Unidades Básicas de Salud a través de un ambicioso esquema de FBR que, en la actualidad, se implementa en prácticamente todos los municipios del país. El propósito del Programa es garantizar un estándar de calidad para servicios priorizados por medio de un conjunto de estrategias de calificación, seguimiento y evaluación del trabajo

---

<sup>32</sup> Breve 5, Webinar Red CRITERIA, "Evaluación de Tecnologías en Salud. El caso de Brasil". Presentación de Dr. Denizar Vianna. Abril de 2014,



de los equipos de salud. Desde el nivel federal, el Programa transfiere fondos adicionales a los municipios participantes que alcancen una mejora en el estándar de calidad en la atención.

Uno de los elementos centrales del PMAQ-AB es desarrollar una cultura de la negociación y contratación de servicios, que impulse la cultura de la gestión de los recursos en función de los compromisos y resultados pactados y alcanzados para un conjunto de atenciones prioritarias.

De esta forma, el programa introduce nuevos mecanismos de financiamiento de la atención básica que vinculan las transferencias de recursos al desempeño de los equipos.

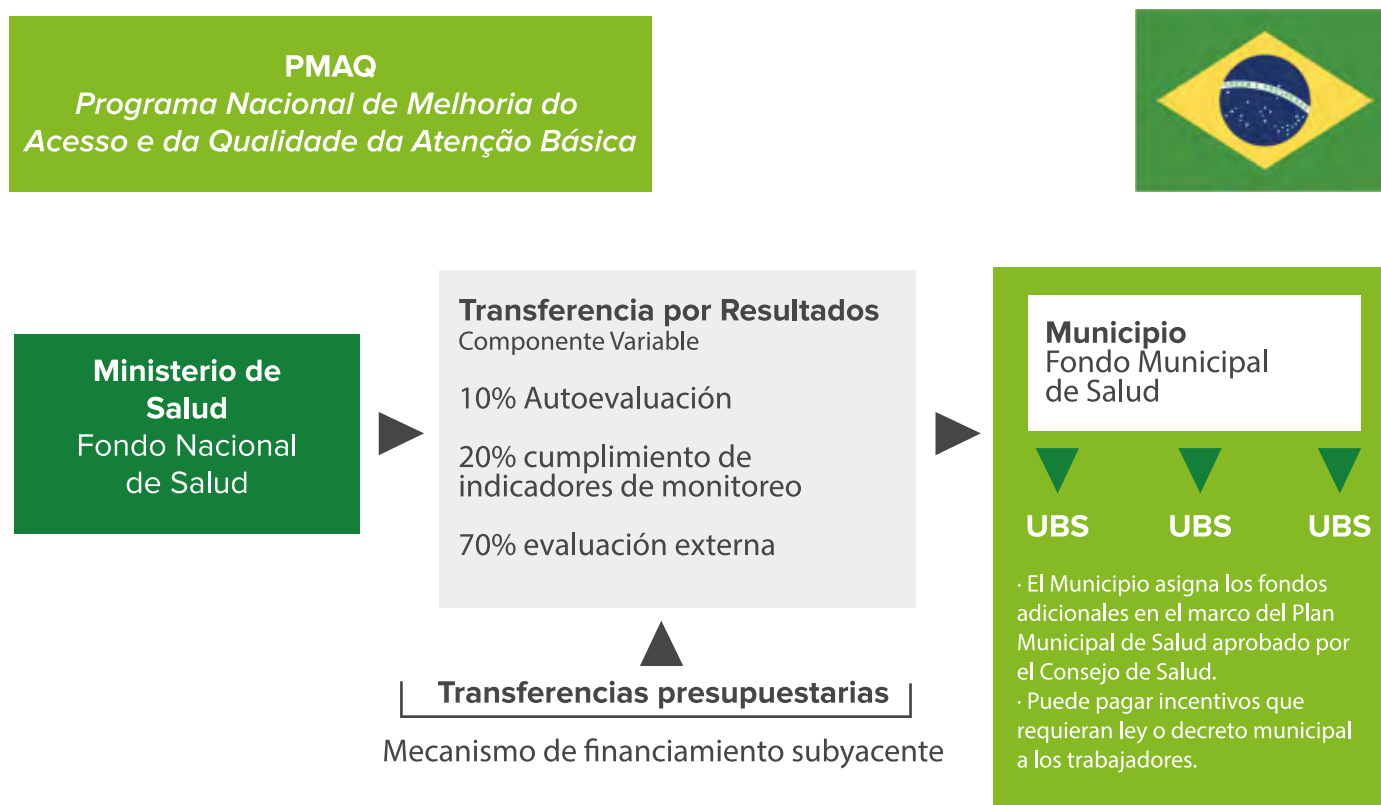
Programas de FBR de ALC, que reciben fuerte apoyo financiero e impulso de las agencias internacionales de crédito.

Como se mencionó anteriormente, Brasil introdujo como mecanismo intermedio de priorización un modelo de asignación de fondos basado en:

- 1** El uso de un instrumento de autoevaluación, para que el propio equipo evalúe el trabajo que desarrollan (10% de los fondos).
- 2** El desempeño en resultados de 24 indicadores de salud (el 20% de los fondos)
- 3** El desempeño en los estándares de calidad verificados por evaluadores externos (el 70% de los fondos)

Este mecanismo de transferencias, que es variable en función de los desempeños, complementa la modalidad tradicional de las transferencias presupuestarias que históricamente realiza el Ministerio de Salud desde el Fondo Nacional de Salud. Es necesario destacar que el PMAQ-AB está financiado en su totalidad con recursos de fuente nacional, a diferencia de la gran mayoría de los

## Mecanismo de FBR del PMAQ-AB



Fuente: Elaboración propia

De la experiencia de Brasil se puede destacar que el PMAQ-AB incentiva y retribuye la autoevaluación por parte de los establecimientos de salud. La autoevaluación es clave para crear un ambiente de compromiso con la mejora continua de la calidad y no sólo para estimular el cumplimiento de estándares básicos. Por otra parte, este estímulo a la autoevaluación se complementa y refuerza con auditorías externas que realizan universidades públicas. De esta manera, el PMAQ-AB se esfuerza por desarrollar un esquema integral de promoción de la calidad combinando incentivos económicos, prácticas de autoevaluación y controles externos, lo que demuestra que

Brasil reconoce que las mejoras de la calidad de los servicios requieren un uso coherente de diversos instrumentos.

El PMAQ-AB tiene un enfoque fuertemente centrado en indicadores de estructura (en lugar de procesos o resultados). En los próximos años el Programa podría hacer más énfasis en indicadores de procesos y de resultados.

Con relación a la utilización de los fondos adicionales que son transferidos, el PMAQ-AB otorga, quizás, una amplia discrecionalidad a la autoridad municipal sin asegurar la participación de los equipos de salud o la distribución de



los fondos entre estos según desempeños y mejoras de calidad. Es decir, corresponde a la autoridad municipal evaluar cómo utilizará los fondos y también si pagará a sus equipos de salud según el desempeño. Esta situación puede incidir en la motivación de los establecimientos para la mejora continua en la calidad de la atención al no recibir beneficios tangibles por los mayores esfuerzos que requieren las mejoras definidas por el PMAQ-AB y, por tanto, también podría estar debilitando la señal de priorización de las intervenciones incentivadas.

## APRENDIZAJES Y REFLEXIONES QUE APORTA EL PMAQ-AB

- Brasil utiliza un mecanismo de FBR (quizás el “*maior do mundo*”) como instrumento de priorización de servicios y orientación de esfuerzos para mejorar la calidad de la cobertura pública de salud.
- De manera similar a lo que usualmente sucede en la definición de un PBS, la priorización de líneas de atención del PMAQ-AB se hace basándose en los objetivos de los programas de línea del Ministerio de Salud y en los estudios de la carga de enfermedad del país.
- La amplia discrecionalidad que tienen los Municipios en el uso de los fondos, limitando la participación del equipo básico de salud, puede neutralizar sus incentivos para prestar los servicios priorizados y ser un fuerte obstáculo a la mejora sostenida de los indicadores de cobertura que usa el PMAQ-AB.

- En la actualidad se plantean los siguientes desafíos:

- ¿Qué nivel de vinculación debiera existir entre el PMAQ-AB y Lista Nacional de Acciones y Servicios de Salud (RENASES)?
- ¿Sería beneficioso que el PMAQ-AB utilizara un PBS para lograr avanzar en la definición de indicadores de procesos y resultados?
- ¿Debiera el PMAQ-AB definir reglas de utilización de los fondos para los Municipios para potenciar el incentivo a los equipos de salud en la provisión de las intervenciones priorizadas?

## URUGUAY: EL PIAS Y LAS METAS ASISTENCIALES

En el año 2007, Uruguay implementó una reforma global del sector de la salud. A través de la Ley 18.211, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con el objetivo de lograr el acceso universal a la atención integral de salud. Fundamentalmente, la reforma dispuso un régimen de separación de funciones de regulación, financiamiento y prestación y un PBS único y de alcance universal denominado Plan Integral de Atención de Salud (PIAS).

Las funciones de regulación y rectoría son ejercidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Para el financiamiento se creó el Seguro Nacional de Salud, que cubre a toda la población del PIAS y que depende del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que, a su vez, se nutre de aportes salariales y recursos fiscales.

Uruguay cuenta asimismo con el Fondo Nacional de Recursos, que financia las atenciones y medicamentos de alto costo que forman parte del PIAS.

Entre los aspectos más destacables de la reforma del sistema de salud de Uruguay se encuentran la definición de un PBS único para toda la población y un modelo de pago capitado a prestadores (ajustado por sexo y por edad) que es complementado, según el cumplimiento de indicadores de desempeño, con un “pago adicional denominado “Metas Asistenciales”.

Las Metas Asistenciales son una herramienta de gestión y atención y tienden a impulsar mejoras en la calidad de las prestaciones del PIAS y en el desarrollo del modelo de atención propuesto en la reforma sanitaria. Los recursos aportados por las Metas Asistenciales representan aproximadamente un 8% de los ingresos, tanto de los proveedores privados como de los establecimientos que están bajo la órbita de la ASSE (Administración de Servicios de Salud Estatales).

Existe una vinculación directa entre el PIAS y las Metas Asistenciales que en el año 2016 comprendían cuatro grupos de indicadores que hacían referencia a la salud del niño/a y mujer, a la definición de médicos de referencia, a la salud de los adultos mayores y a la creación de Cargos de Alta Dedicación. El sistema de Metas Asistenciales utiliza una única matriz de indicadores para todos los proveedores del SNIS pero con exigencias menores para el sector público, al que se le reconocen mayores

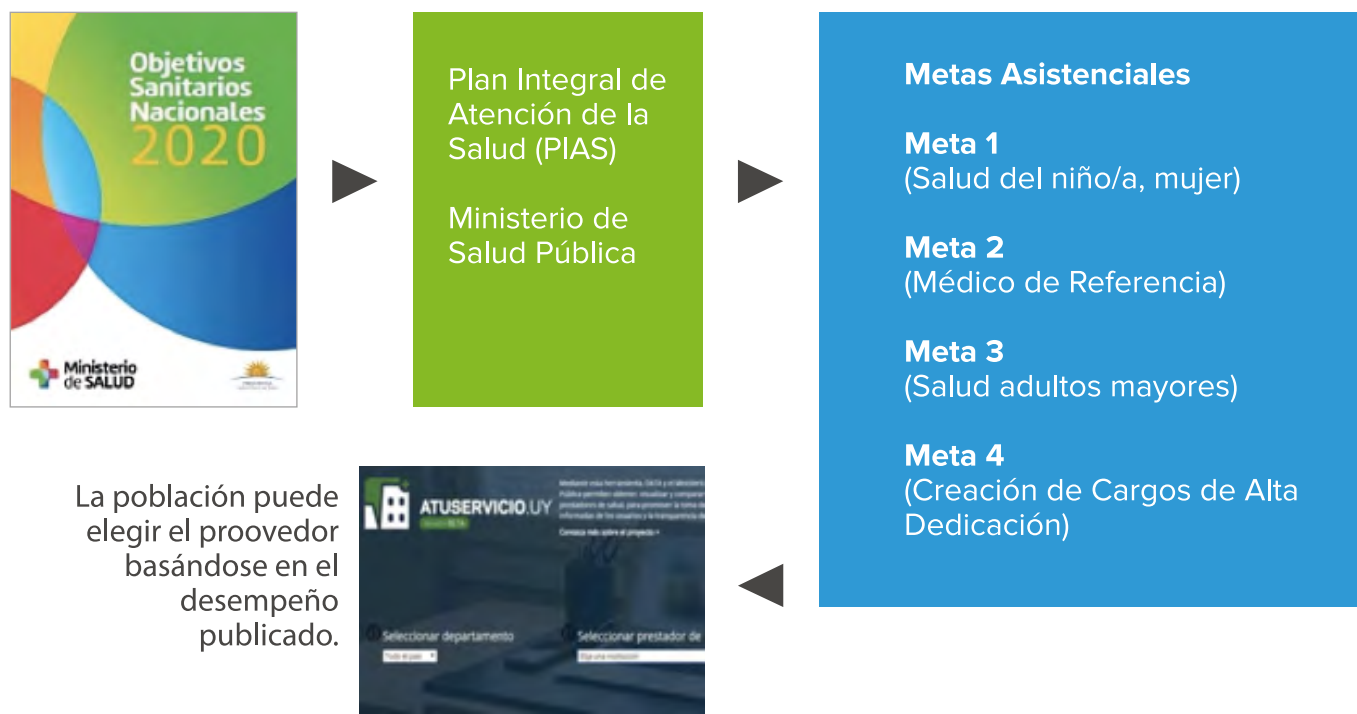
limitaciones de capacidad prestacional. Esta decisión es acertada en tanto exista un plan de convergencia progresiva entre los desempeños del sector público y los prestadores integrales (IAMCs) del SNIS. Vale la pena mencionar que las Metas Asistenciales no tienen la misma capacidad de incentivar a las IAMCs que a la ASSE. En el caso de ASSE, una vez que esta recibe los fondos de las Metas Asistenciales, no está obligada a transferirlos o a invertirlos para su red de establecimientos según los desempeños. Por el contrario, la ASSE utiliza dichos fondos como parte de su ejecución presupuestaria.

Por último, en la siguiente gráfica se observa cómo el PIAS está siendo utilizado como instrumento vertebrador de la estrategia del MSP para continuar avanzando en el desarrollo del SNIS. Efectivamente, el MSP ha liderado el trabajo de definición de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 tomando como base las garantías de cobertura definidas en el PIAS. Además, utiliza el mecanismo de Metas Asistenciales del FBR para incentivar la cobertura de algunas intervenciones del PIAS que se jerarquizan. De esta manera, se transforma el PIAS en un instrumento de planificación estratégica del SNIS y en un mecanismo de compra de servicios de salud. Por otra parte, hay que destacar que los desempeños que se refieren a las Metas Asistenciales de los Prestadores Integrales y de la ASSE son publicados en un sitio web público llamado “A tu servicio”([www.atuservicio.uy](http://www.atuservicio.uy)), que puede ser consultado por la población para elegir su prestador integral. En síntesis, Uruguay

transforma el PIAS en objetivos nacionales estratégicos, un modelo de compra de servicios asociado a resultados y a información de desempeño que se hace pública para empoderar a la población en la elección de su prestador.

De los Objetivos Nacionales a las Metas Asistenciales

- De **Objetivos Nacionales** a decisiones de compra de servicios priorizados.
- Se utiliza **financiamiento basado en resultados** con metas ambiciosas.
- Los **desempeños se hacen públicos** e influyen en la elección del proveedor.



Fuente: Elaboración propia

## **APRENDIZAJES Y REFLEXIONES QUE APORTAN EL PIAS Y LAS METAS ASISTENCIALES**

- Uruguay adoptó un PBS único para toda su población en el marco de una reforma integral de su sistema de salud realizado en el año 2007.

- Además, ha definido el mecanismo de FBR de las Metas Asistenciales, que es financiado en su totalidad con fondos locales para incentivar la aplicación efectiva del PIAS en todos los establecimientos de salud.

- El esquema de Metas Asistenciales se ha convertido también en el único mecanismo sistemático de monitoreo de la cobertura efectiva del PIAS.

- En la actualidad se plantean los siguientes desafíos:

- ¿Es suficiente el sistema de Metas Asistenciales para monitorear la provisión efectiva del PIAS o deben generarse nuevos instrumentos complementarios?

- ¿Es necesario perfeccionar el mecanismo a través del cual la ASSE transfiere recursos a sus establecimientos? ¿Cuáles serían las ventajas y desafíos que conllevaría la asignación de una porción de los fondos basada en desempeños? ¿Incentivaría más eficazmente la provisión del PIAS?

- ¿Es posible extender el sistema de FBR a la compra de servicios de salud de alto costo que realiza el FNR?

## **REPÚBLICA DOMINICANA: LA EXPERIENCIA DEL PLAN DE SERVICIOS DE SALUD (PDSS) Y EL PROYECTO DE FBR DEL MINSA**

El sistema de salud de República Dominicana está organizado a partir de una separación de las funciones de regulación, aseguramiento y prestación de los servicios de salud, y concurren actores públicos y privados en el aseguramiento y en la prestación de tales servicios. La separación de funciones quedó incorporada en el marco jurídico que desde el año 2001 define la Ley General de Salud (42-01) y que crea el Nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01). El Ministerio de Salud Pública (MINSA) es el máximo órgano rector del sistema de salud dominicano y el Servicio Nacional de Salud es la institución encargada de gestionar la oferta pública de servicios de salud.

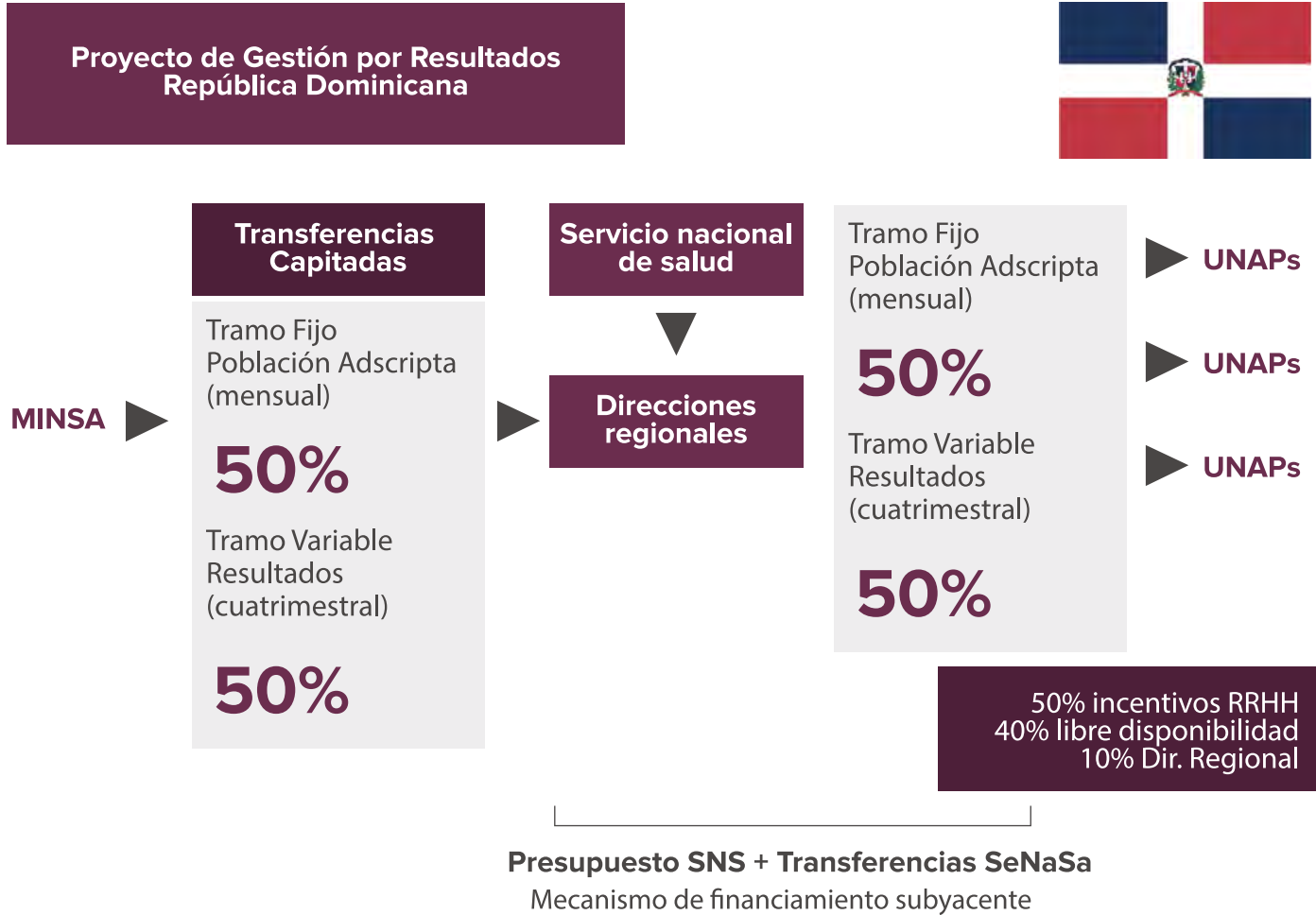
El sistema de aseguramiento del país se divide en dos regímenes: subsidiado y contributivo. Para el primero se cuenta con un único asegurador público llamado SENASA, mientras que para el segundo existen múltiples aseguradoras de riesgos de salud denominadas ARS, que pueden ser públicas, privadas o autogestionadas.

Existe un único Plan de Servicios de Salud (PDSS) para ambos regímenes. Este fue creado como una necesidad del sistema de

aseguramiento para garantizar un paquete básico de servicios con el propósito de disminuir el gasto de bolsillo, mejorar la equidad en el acceso a la salud y avanzar hacia la cobertura universal en salud. EL PDSS comprende la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación del enfermo, el embarazo, el parto y sus consecuencias. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SILSARIL) es la encargada de elaborar las propuestas de ajustes y elevarlas al Consejo Nacional de Seguridad Social.

Algunos años después de la reforma se comenzó a implementar un Proyecto de FBR que actualmente gestiona el Ministerio de Salud. El objetivo de esta iniciativa es fortalecer la cobertura de un subconjunto de servicios de atención primaria del PDSS para la población pobre no asegurada y para la población con cobertura del régimen subsidiado. De manera análoga al caso de Argentina, se aprecia cómo el Proyecto de FBR aporta fondos adicionales para reforzar la cobertura de un subconjunto de servicios del PDSS.

Mecanismo de FBR de República Dominicana



Las principales características del presente modelo de FBR son las siguientes:

- El Proyecto invierte recursos adicionales con base en transferencias capitadas que se realizan a los Servicios Regionales de Salud dependientes del Servicio Nacional de Salud, en dos tramos: uno fijo y uno variable. El monto fijo representa el 50% de la transferencia capitada y está vinculado a la adscripción de la población objetivo. El monto variable representa el 50% restante y se transfiere a los Servicios Regionales de Salud participantes cada cuatro meses, en función de los resultados de cobertura medidos a través de 10 indicadores de monitoreo de resultados.
- El 50% de las transferencias capitadas se destina a incentivos a los recursos humanos, el 40% se utiliza en inversiones que definen las propias Unidades de Atención Primaria (UNAPs) y el 10% restante es de libre disponibilidad para las Direcciones de los Servicios Regionales de Salud.
- Este mecanismo, asociado a desempeños, complementa otros instrumentos previos, como el presupuesto que administra el Servicio Nacional de Salud y también las transferencias que hace la institución financiadora SENASA (Seguro Nacional de Salud). Este es un ejemplo más del uso del FBR como complemento de los mecanismos tradicionales tratando de que la sumatoria de instrumentos logre mejores resultados en la cobertura de servicios.

El PDSS que consagró la reforma ha sido la base para definir los indicadores de monitoreo

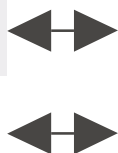
que está utilizando este FBR. Nuevamente se aprecia cómo el FBR puede favorecer la entrega de los servicios de un PBS al aportar recursos adicionales, dirigir incentivos directamente a los equipos de salud y monitorear los avances en su provisión a la población objetivo. Es también destacable que la matriz de resultados del Proyecto de FBR incluye indicadores de prevención secundaria de enfermedades no transmisibles, como la identificación y seguimiento de personas hipertensas o diabéticas.

## El FBR del MSP de República Dominicana como instrumento de monitoreo de la cobertura efectiva del PDSS a la población vulnerable.

- El PDSS es único para el Régimen Subsidiado y Contributivo. En su actualización interviene la SISALRIL y el Consejo Nacional de Seguridad Social
- El Proyecto de FBR es gestionado por el MINSA (órgano rector) que refuerza la cobertura de un subconjunto del PDSS y se ha convertido en una estrategia de monitoreo de su cobertura efectiva a partir de 10 indicadores de desempeño.

### Plan de Servicios de Salud (PDSS)

Servicios Ambulatorios Básicos de Atención Primaria Priorizados
Control pre y postnatal
Monitoreo de crecimiento de niños < 5 años de edad
Esquema de vacunación completo para niños < 10 años de acuerdo a las guías de lineamientos nacionales
Tratamiento de niños con diarrea aguda Infecciosa
Tratamiento de niños con Infección respiratoria aguda
Tratamiento para la tuberculosis
Tratamiento para la malaria
Prevención, control del cáncer cervical (todas las mujeres en edad fértil)
Planificación familiar
Prevención, control y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
Prevención, control y tratamiento de la hipertensión
Prevención, control y tratamiento de diabetes Tipo I y II
Tratamiento ambulatorio de condiciones de no emergencia tratadas por atención primaria



### Indicadores de Desempeño (FBR)

Intervención sanitaria	Indicador de Monitoreo de Resultados
Control prenatal	% de mujeres embarazadas con evaluación de riesgo del embarazo realizada antes de la semana 15 de embarazo
Salud materna	% de púerperas con documentación de contra referencia disponible en el primer nivel
Salud infantil	% de menores de 15 meses con esquema de vacunación completo según protocolo nacional
Salud infantil	% de niños mayores de 15 meses y menores de 24 meses con esquema de vacunación completo según protocolo nacional
Salud infantil	% de niños menores de 24 meses con controles de desarrollo y crecimiento completo según protocolo nacional
Enfermedades respiratorias	% de individuos sintomáticos respiratorios captados con resultados de baciloscopia documentado en centro de primer nivel
Hipertensión arterial	% de individuos mayores de 18 años con medición de tensión arterial según protocolo nacional documentada en el primer nivel
Hipertensión arterial	% de individuos diagnosticados con hipertensión arterial en tratamiento según protocolo nacional
Diabetes	% de individuos mayores de 18 años con tamizaje para diabetes según protocolo nacional (screening diabetes)
Diabetes	% de individuos diagnosticados con Diabetes tipo II en tratamiento según protocolo nacional



# APRENDIZAJES Y REFLEXIONES QUE APORTA LA EXPERIENCIA DE REPÚBLICA DOMINICANA

- A diferencia de otras experiencias, la institución que está haciendo las veces de “comprador estratégico” es el MSP de la República Dominicana, está utilizando el FBR como un instrumento que potencia su capacidad rectora para impulsar el modelo de atención en desarrollo.
- El Proyecto de FBR fue concebido para fortalecer la provisión del PDSS y ha hecho importantes contribuciones al fortalecimiento del Sistema de Gestión Clínica (SGC) que permite medir nominalmente la cobertura de los servicios entregados.
- Actualmente el Ministerio de Salud Pública y el Seguro Nacional de Salud están trabajando para tratar de armonizar los mecanismos de transferencia de recursos que ambos están haciendo al Servicio Nacional de Salud lo que constituye un avance hacia la institucionalización de esta iniciativa.
- En la actualidad se plantean los siguientes desafíos:
  - La fuerte dependencia del Proyecto del FBR al financiamiento internacional<sup>33</sup>.

- Las limitaciones técnicas, de información y de coordinación institucional para actualizar regularmente el alcance del PDSS y el valor de las cápitales que afecta el poder de compra de servicios.

- La cápita del régimen subsidiado es considerablemente inferior a la del régimen contributivo, a pesar de que el PBS es el mismo<sup>34</sup>. Esta diferencia persiste incluso si se tienen en cuenta los recursos que el Estado brinda a través de la red hospitalaria pública y los recursos adicionales que aporta el Proyecto de FBR.

## CONCLUSIONES

- El PBS es un instrumento clave para avanzar en la cobertura universal en salud en los países en desarrollo. Desde la perspectiva del ciudadano, el PBS se convierte en la parte tangible de todas las decisiones técnicas y políticas que adopta un sistema de salud.
- El diseño de un PBS está relacionado con las tres funciones de financiación de la salud: cuánto dinero se puede reunir (recolección), qué parte de este dinero se agrupará para respaldar el PBS (mancomunación) y qué mecanismos se usarán para retribuir a los proveedores por los servicios que forman el PBS (compra)
- Es importante abordar el diseño de un PBS como un componente transversal de la política de financiación de la salud que debe

---

<sup>33</sup> Actualmente el Proyecto se implementa en las regiones 0 a 5 con apoyo financiero del BID y las regiones 6 a 8 no están participando por haberse concluido el préstamo del Banco Mundial destinado a tal fin.

---

<sup>34</sup> Cañón, Oscar, Rathe, Magdalena y Giedion, Úrsula. “Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de la República Dominicana”. BID, 2014.



alinearse particularmente con la función de compra de servicios. El sistema de pago al proveedor está estrechamente relacionado con un PBS, ya que establece los incentivos que pueden habilitar o deshabilitar la provisión efectiva de los servicios cubiertos.

- El PBS y el FBR son instrumentos cada vez más utilizados en ALC (y en todas las regiones) para orientar de modo más estratégico y equitativo el uso de los recursos disponibles. Responden en conjunto a las preguntas de qué servicios de salud comprar y cómo hacerlo. Por lo tanto, es importante reforzar y tutelar de manera continua el vínculo entre estos instrumentos para que puedan potenciarse mutuamente y promuevan con mayor eficacia los objetivos de cobertura perseguidos. De lo contrario, se convierten en una nueva expresión de la fragmentación que caracteriza a los sistemas de salud de ALC.

- El FBR es una modalidad de compra estratégica de servicios que puede actuar como vehículo para introducir un PBS. Además, puede activar los siguientes posibilitadores de la cobertura efectiva de un PBS:

- Incentivos adecuados a los establecimientos y a sus recursos humanos.
- Información detallada y oportuna sobre la provisión de servicios.
- Auditorías para tutelar y promover mejoras de calidad.

- Mayor autonomía y participación de los proveedores en las decisiones de gestión de los servicios.

- En general, el FBR ha sido utilizado en ALC de manera complementaria a la modalidad presupuestaria para incentivar mejoras en la provisión de servicios preventivos y ha mostrado resultados promisorios. Tras una experiencia regional de más de una década es crucial aspirar a institucionalizar las modalidades de FBR como parte de un sistema de financiamiento y no como iniciativas aisladas. También es oportuno enfocar sus estrategias hacia objetivos más ambiciosos como la coordinación de los cuidados que demandan las enfermedades crónicas o la mejor gestión hospitalaria.

- El binomio PBS y FBR necesita también conectar con otras líneas de acción como la supervisión formativa, las auditorías de calidad, la entrega sistemática de informes de desempeño a los proveedores, la capacitación continua de los directivos y recursos humanos de los proveedores y una mayor autonomía gerencial y financiera de estos últimos. Las causas subyacentes del desempeño de los proveedores de salud son complejas y requieren acciones globales para ser transformados.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

“Better ways to pay for health care” -

FOCUS, OECD, 2016  
<http://www.oecd.org/health/>

Bitrán, Ricardo. “Costeo de Planes de Beneficio en Salud”, Breve 2, Webinar Red CRITERIA, Octubre, 2012,  
<http://www.redcriteria.org>

Figueras, Joseph. “Purchasing to improve health system performance”. Observatorio Europeo de Salud, 2005.

Gertler P., S. Martínez y P. Celhay. “Informe de evaluación de impacto del plan Nacer sobre utilización de servicios y resultados sanitarios. Resultados con datos administrativos de las provincias de Misiones y Tucumán”. Washington DC, Banco Mundial, 2011.

Gertler, P; Giovagnoli, P. and Martinez, S. Mimeo. “Rewarding Performance to Enable a Healthy Start: The Impact of Plan Nacer on Birth Outcomes of Babies Born into Poverty”; Banco Mundial, 2013.

Giedion, U., Tristao, I. y Bitrán, R. “Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional”. Banco Interamericano de Desarrollo, 2014

Glassman, Giedion y Peter Smith. “What’s in what’s out”. <https://www.cgdev.org/publication/whats-in-whats-out-designing-benefits-universal-health-coverage>, 2017.

Good Practice Brief – “Pay for performance in Estonia: A transformative policy instrument to scale up prevention and management of noncommunicable diseases”, WHO Regional Office for Europe.

“Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal”. Ginebra, OMS, 2010.

J. Cashin C, Chi Y-L, Smith P, Borowitz M, y Thomson S. “Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability”, Observatorio Europeo de Salud, 2014.

“Lecciones aprendidas y desafíos futuros bajo nuevos esquemas de gestión de la salud en la Argentina. La experiencia conjunta Plan Nacer y Programa SUMAR”. Ministerio de Salud de la Nación y Facultad Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), 2014.

Martin Roland D.M. y R. Adams Dudley M.D.

“How Financial and Reputational Incentives Can Be Used to Improve Medical Care”, M.B.A., 17 Noviembre, 2015.

Nuñez, P., Fernández-Slezak, D., Farall, A.,

Szretter, M., Salomón, O., y Vallengia, C.

“Impact of Universal Health Coverage on Child Growth and Nutrition in Argentina”. American Journal of Public Health, (2016), 106(4), 720–726.

Paris, Valérie. “Health Benefits Plans in OECD

Countries”, Breve 6, Webinar Red CRITERIA, <http://www.redcriteria.org>, 2014.

Martin Roland y Bruce Guthrie, “Quality and Outcomes Framework: what have we learnt?”, ANALYSIS, BMG, 2016.

Reinhard Busse, Josep Figueras y Ray Robinson.

“Strategic Purchasing to Improve Health System Performance: Key Issues and International Trends”, National Center for Biotechnology Information (NCBI), 2007.

Sitio web oficial de Care Quality Commission:

[www.cqc.org.uk/](http://www.cqc.org.uk/)

Sitio web oficial de las Metas Asistenciales del

Ministerio de Salud de Uruguay: <http://www.msp.gub.uy/publicaciones/sistema-nacional-integrado-de-salud-snis/metas-asistenciales>

Sitio web oficial del Ministerio de Salud Pública de República Dominicana:

<http://www.sespas.gov.do/sec-programas>

Sitio web oficial de PMAQ-AB: [http://dab.saude.](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)

[gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)

Sitio web oficial del Programa Sumar del Ministerio de Salud de Argentina:

<http://www.msal.gob.ar/sumar/>

Soucat, Agnès, Elina Dale, Inke Mathauer &

Joseph Kutzin Agnes Soucat, Elina Dale, Inke Mathauer y Joseph Kutzin. “Pay-for-Performance Debate: Not Seeing the Forest for the Trees”. Department of Health Systems Governance and Financing, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2017

Vianna, Denizar. “Evaluación de Tecnologías en

Salud. El caso de Brasil”. Breve 5, Webinar Red CRITERIA, Abril, 2014, <http://www.redcriteria.org>

“What is strategic purchasing for health? RESYST, Resilient and Responsive Health Systems”, 2014, <http://resyst.lshtm.ac.uk/resources/what-strategic-purchasing-health>.



[redcriteria.org](http://redcriteria.org)



Red Critería



@RedCritería