



## **Introducción a los mecanismos innovadores de financiación de la salud**

Americas RISE for Health ha identificado que las inversiones en salud que sean suficientes, eficientes y equitativas son esenciales para brindar a las personas los servicios de salud que merecen y garantizar que el costo de estos servicios no genere dificultades financieras. Si bien los recursos públicos para la salud siguen siendo esenciales, los mecanismos innovadores de financiación pueden aprovechar las fuentes de fondos públicos y privados de nuevas maneras para complementar los fondos tradicionales. Reconociendo esta oportunidad, durante la 2.<sup>a</sup> reunión anual de RISE, las partes interesadas se comprometieron a reunir a gobiernos, sector privado, bancos internacionales de desarrollo y sociedad civil para concienciar sobre los mecanismos de financiación innovadores en salud, incluidos aquellos que pueden ayudar a alcanzar a nuestras poblaciones más vulnerables.

Este documento introductorio tiene como objetivo identificar múltiples mecanismos innovadores de financiación en salud aplicables a los países del hemisferio occidental, educar a aquellos interesados en generar financiación suficiente para la salud y catalizar acuerdos entre las partes interesadas.

Agradecemos las contribuciones del grupo de expertos en financiación de salud de RISE, incluyendo el Consejo Empresarial ADD US; el Ministerio de Salud de Argentina; Beckton Dickinson; el Ministerio de Salud de Brasil; el Ministerio de Salud de la República Dominicana; Grupo HUMANO; ILAR; Interfarma; Johnson & Johnson; Kenvue; Merck; Moonlight International; Novo Nordisk; Organon & Co; Pfizer; REDLAD/Centro de la Mujer Panameña (CEMP); Roche; Sense and Science; la Cámara de Comercio de los EE. UU.; USAID; Viatris.

### **¿Qué es la financiación innovadora en salud?**

La financiación innovadora de la salud puede definirse como un "enfoque alternativo para recaudar fondos para la atención sanitaria más allá de los métodos tradicionales, como los presupuestos gubernamentales, la financiación de donantes o los pagos directos de los pacientes".<sup>1</sup> Los mecanismos innovadores tienen como objetivo apoyar, catalizar y complementar los modelos tradicionales de financiación en salud mediante la movilización de recursos adicionales y la mejora de la eficiencia, ampliando así el acceso a los servicios de salud para reducir las desigualdades, especialmente para las poblaciones desatendidas. Los mecanismos innovadores a menudo implican canalizar recursos privados, combinados con fondos públicos, para generar ingresos adicionales para proyectos de transformación del sistema de salud y reducir los costos de bolsillo. Estos mecanismos también fortalecen los sistemas de salud al diversificar las fuentes de financiación, lo que los hace más resilientes, y fomentan la experimentación e innovación en la prestación de servicios de salud y en los modelos de financiación.

---

<sup>1</sup> Nabyonga-Orem J, Christlams CD, Addai KF, Mwinga K, Karenzi-Muhongerwa D, Namuli S, Asamani JA. The nature and contribution of innovative health financing mechanisms in the World Health Organization African region: A scoping review. *J Glob Health* 2023;13:04153.



### **¿Por qué es importante?**

La región de América Latina y el Caribe (ALC) continúa enfrentando desafíos para ofrecer un acceso equitativo a la atención sanitaria. El 29% de la población vive por debajo de la línea de pobreza, el 30% de la población no tiene acceso a atención sanitaria por razones financieras y el 21% de la población no busca atención médica debido a barreras geográficas. La inflación y diversas limitaciones al gasto público, junto con desafíos económicos adicionales, están obligando a los gobiernos a buscar estrategias creativas para ampliar la capacidad fiscal para la salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda que para los países de las Américas el gasto público en salud alcance al menos el 6% de su producto interno bruto (PIB)<sup>2</sup>, sin embargo el presupuesto de salud en muchos países no ha alcanzado ese umbral. Los mecanismos innovadores de financiación de la salud pueden ayudar a cerrar la brecha y aliviar la carga financiera de los costos para las personas y las comunidades.

---

<sup>2</sup> Pan American Health Organization. "Health Financing." Pan American Health Organization, <https://www.paho.org/en/topics/health-financing>. Pan American Health Organization (PAHO). "Health Financing"



## Tipos de mecanismos innovadores de financiación de la salud

Este documento introductorio cubre tres tipos de mecanismos innovadores de financiación en salud, incluyendo:

1. **Movilización de fondos:** Canalización de recursos privados combinados con fondos públicos para generar ingresos adicionales para proyectos de transformación del sistema de salud, incluyendo el intento de llegar a poblaciones de difícil acceso o vulnerables, y reducir los costos de bolsillo para los pacientes.
2. **Agrupación de fondos:** Recopilación de recursos financieros de diversas fuentes para asegurar que los riesgos sean compartidos y que los fondos estén disponibles para cubrir las inversiones y costos en atención sanitaria. Esto puede incluir el uso de herramientas digitales como inteligencia artificial y análisis de big data para apoyar el acceso y la adopción de pólizas de seguros que, de otro modo, podrían ser pasadas por alto.
3. **Compra de servicios de salud:** Acuerdos entre los fabricantes de productos farmacéuticos y los pagadores para cubrir nuevos medicamentos, mientras se abordan las preocupaciones relacionadas con la rentabilidad, la eficacia y la seguridad.

| Movilización de fondos  | Agrupación de fondos                | Compra de servicios sanitarios/dispositivos médicos |
|---|-------------------------------------|---|
| Canjes de deuda por salud   | Seguro de salud digital (insurtech) | Acuerdos de entrada gestionados                     |
| Financiación combinada <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonos de impacto social</li> <li>• Bonos de impacto para el desarrollo</li> </ul> | Seguro complementario               | Atención basada en el valor                         |
| Transferencias de fondos  |                                     | Soluciones de asequibilidad para el paciente        |
| Fondos de salud (por ejemplo, impuestos especiales)   |                                     | Financiación basada en el desempeño                 |

## Estudio de caso: El valor de la financiación innovadora de la salud

Los mecanismos de financiación innovadores para las vacunas han sido cruciales para mejorar la accesibilidad y la asequibilidad, especialmente en los países de bajos ingresos. Los mecanismos



clave que han mejorado la disponibilidad y accesibilidad a las vacunas en los países de ingresos bajos y medios incluyen:

- Mecanismo Financiero Internacional para la Inmunización (IFFIm)<sup>3</sup>: Este mecanismo utiliza las promesas de donantes a largo plazo para emitir bonos de vacunas en los mercados de capital y recaudar fondos para programas de inmunización.
- Compromiso Anticipado de Mercado (CAM)/Acuerdos de compra anticipada de vacunas: Este mecanismo incentiva la producción de vacunas garantizando un mercado para ellas, asegurando suministros suficientes a costos reducidos para los países en desarrollo.
- Fondo de contrapartida de Gavi: Este mecanismo de financiación público-privado duplica el impacto de las inversiones del sector privado en inmunización.<sup>4</sup>
- Facilidad de compra de deuda: Este mecanismo ofrece préstamos asequibles para mejorar la cobertura de inmunización, particularmente en regiones como el Sahel de África.
- INFUSE (Innovación para la adopción, la ampliación y la equidad en la inmunización)<sup>5</sup>: Esta iniciativa involucra a emprendedores y fomenta soluciones para construir una cartera de inversiones estratégicas en la distribución de vacunas.

Estos mecanismos ayudan colectivamente a superar la brecha de equidad en materia de vacunas al proporcionar financiación sostenible y predecible, permitir la adopción de nuevas vacunas y modernizar los sistemas de distribución de inmunización.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> International Finance Facility for Immunisation. IFFIm: International Finance Facility for Immunisation. <https://iffim.org/>

<sup>4</sup> Gavi, the Vaccine Alliance. "Innovative Financing." Gavi, the Vaccine Alliance, <https://www.gavi.org/investing-gavi/innovative-financing>.

<sup>5</sup> Gavi, the Vaccine Alliance, "INFUSE" <https://www.gavi.org/investing-gavi/infuse>

<sup>6</sup> Gavi, the Vaccine Alliance, "How Innovative Finance Helps Close the Vaccine Equity Gap," <https://www.gavi.org/vaccineswork/how-innovative-finance-helps-close-vaccine-equity-gap>

## MOVILIZACIÓN DE FONDOS

---

### Canjes de deuda por salud

**Cómo funciona:** Un acuerdo bilateral entre dos países en el que el “país donante” (o país acreedor) cancela la deuda contraída por el “país implementador” o (país deudor) si el país implementador acepta invertir en programas y/o servicios de salud.<sup>7</sup>

#### Partes interesadas:

1. **País donante (acreedor):** El país que cancela la deuda del “país implementador”.
2. **País implementador (deudor):** El país que convierta su deuda cancelada en inversiones para programas y/o servicios de salud según lo determine el acuerdo bilateral.
3. **Fuentes de financiación privadas (empresas/organizaciones):** Puede proporcionar financiación adicional, experiencia y recursos para apoyar iniciativas de salud en los países deudores.

#### ¿Qué ofrece?

1. **Aumenta las inversiones a largo plazo:** Los canjes de deuda por salud están diseñados para aumentar la financiación nacional para la salud mediante la conversión de los pagos de la deuda en inversiones en programas y/o servicios de salud. Los beneficios para el país donante incluyen inversión en salud y visibilidad política como donante/cofinanciado. Los beneficios para el país implementador incluyen recibir asistencia oficial para el desarrollo (AOD) y accesibilidad a financiación para programas nacionales de salud.<sup>8</sup>

#### Estudio de caso: Deuda por salud (D2H)<sup>9</sup>

En 2007, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria introdujo un mecanismo de canje de deuda para ayudar a los países a generar fondos internos para iniciativas de salud. Desde entonces, este programa ha facilitado 12 transacciones en 13 países, lo que ha resultado en una inversión de 226 millones de dólares en programas de salud y la cancelación de 366 millones de dólares en deuda a través de canjes de deuda por salud (D2H).

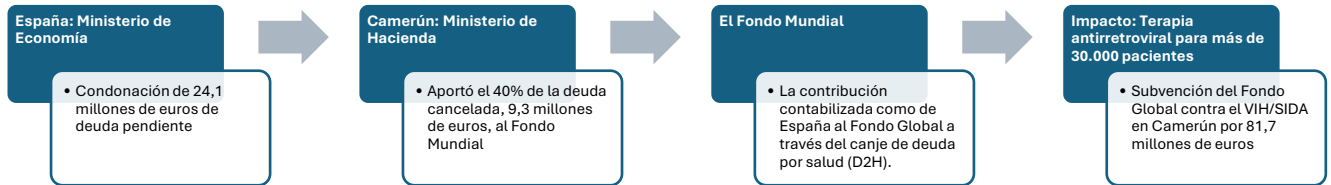
---

<sup>7</sup> Filipp, Robert, “Innovative Financing of the Global Fund Debt2Health”, OECD Global Forum on Development

<sup>8</sup> The Global Fund. “Debt2Health Overview.” [https://www.theglobalfund.org/media/12284/publication\\_debt2health\\_overview\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/12284/publication_debt2health_overview_en.pdf)

<sup>9</sup> The Global Fund. “Debt2Health Overview.” [https://www.theglobalfund.org/media/12284/publication\\_debt2health\\_overview\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/12284/publication_debt2health_overview_en.pdf)

Tomemos el caso del canje de deuda entre España y Camerún:



En este caso, el canje de deuda creó una situación de beneficio mutuo, donde el país acreedor ganó visibilidad global por sus contribuciones a la salud mundial, el país deudor convirtió sus deudas en fondos adicionales para la salud, y se proporcionaron recursos extra para financiar programas de salud globales.

## Financiación combinada

**Cómo funciona:** Un sistema que combina recursos públicos y filantrópicos para movilizar la financiación del sector privado para implementar programas y/o servicios de salud. Estos recursos combinados incluyen el uso de fondos del sector público, instrumentos financieros y otros activos para superar las barreras que impiden la inversión de capital privado comercial en una región o país.<sup>10</sup> La idea detrás de la financiación combinada es utilizar financiación concesional o "más blanda" (como subvenciones o préstamos a bajo interés de gobiernos u organizaciones filantrópicas) para mitigar los riesgos para los inversionistas privados, atrayendo así capital privado adicional que de otro modo no se invertiría en proyectos de salud debido a los riesgos percibidos o bajos retornos.

### Partes interesadas<sup>11</sup>:

#### 1. Actores del sector público:

- **Bancos y/o instituciones multilaterales de desarrollo:** Pueden servir como catalizadores para la financiación combinada, ofrecer mecanismos de reparto de riesgos y/o facilitar asociaciones entre actores públicos y privados.
- **Agencias gubernamentales:** Puede proporcionar apoyo político, financiación y marcos regulatorios para fomentar la inversión del sector privado.

#### 2. Actores del sector privado:

- **Bancos comerciales:** Puede proporcionar préstamos y garantías. Puede ofrecer financiación a tasa de mercado junto con financiación filantrópica para cerrar las brechas de financiación y reducir los riesgos para los inversionistas privados.
- **Inversores institucionales:** Puede incluir fondos de pensiones, compañías de seguros y administradores de activos que tienen objetivos de inversión a largo plazo.
- **Inversores de impacto:** Puede proporcionar estructuras de financiación innovadoras que se alineen con los objetivos orientados por la misión de la iniciativa de salud.

#### 3. Organizaciones filantrópicas:

- **Fundaciones:** Puede proporcionar subvenciones, financiación en condiciones concesionales (financiación más favorable que las tasas de mercado) o garantías que respalden proyectos de desarrollo.
- **Organizaciones no gubernamentales:** Puede aportar conocimiento sobre los contextos locales, identificar las necesidades de los beneficiarios, proporcionar asistencia técnica, apoyo

---

<sup>10</sup> Health Finance Institute "Blended Finance, Social Impact Bonds, and investments in global health," August 2020

<sup>11</sup> Finance Strategists. "Blended Finance", <https://www.financestrategists.com/wealth-management/investment-management/blended-finance/>



para el fortalecimiento de capacidades, o actuar como intermediarios entre actores del sector público y privado.

### ¿Qué ofrece?

1. **Capital flexible:** La financiación combinada ofrece a los inversores, tanto públicos como privados, capital flexible y condiciones favorables a la hora de implementar un programa o iniciativa de salud. Para el sector público o de desarrollo, esto significa implementar herramientas financieras como subvenciones, capital y deuda para facilitar iniciativas de financiación combinada. Para el sector privado, esto significa ganar acceso al conocimiento y la experiencia del mercado local y desarrollar la capacidad local, mejorando en última instancia la sostenibilidad y la innovación en salud dentro del país.

### Estudio de caso: El Compromiso Anticipado de Mercado (CAM) para la Neumocócica<sup>12</sup>

El Compromiso Anticipado de Mercado para la Vacuna Neumocócica (CAM), lanzado en 2009 con 1.500 millones de dólares de los gobiernos de Italia, el Reino Unido, Canadá, Rusia y Noruega y la Fundación Bill y Melinda Gates, tuvo como objetivo abordar la alta demanda de vacunas en Asia y África, donde la enfermedad neumocócica causa una mortalidad significativa.

Este enfoque innovador garantizó a los fabricantes de vacunas un precio de mercado de \$7.00 por dosis para el 20% inicial de las dosis, a cambio de compromisos a largo plazo para suministrar vacunas a los países en desarrollo a \$3.50 por dosis. Al proporcionar esta garantía de precio, el CAM incentivó a los fabricantes a ampliar su capacidad de producción y desarrollar nuevas vacunas. Este modelo facilitó un mercado competitivo más saludable, promoviendo un suministro continuo de vacunas y precios asequibles.

Como resultado, se estima que más de 25 millones de niños fueron vacunados en Asia y África a finales de 2013, y las proyecciones indican que serán más de 80 millones para 2015, lo que podría prevenir un millón de muertes para 2020. Así, el CAM ha mejorado con éxito los resultados de salud en los países objetivo al aumentar la disponibilidad de vacunas.

### Tipos clave de financiación combinada

#### **Bonos de Impacto Social (BIS)/Bonos de Impacto de Desarrollo (BID)**

**Cómo funciona:** Los gobiernos establecen acuerdos con proveedores de servicios sociales, como organizaciones sin fines de lucro, e inversores (como el sector privado), para pagar por la entrega de resultados de salud previamente determinados.<sup>13</sup>

#### **Partes interesadas:**

<sup>12</sup> OCDE "Blended Finance vol. 1: A Primer for Development Finance and Philanthropic Funders", September 2015, pg. 18

<sup>13</sup> Health Finance Institute "Blended Finance, Social Impact Bonds, and investments in global health," August 2020





1. **Inversores:** Proporciona una inversión financiera inicial para programas de salud dentro de un país.
2. **Intermediarios:** Un intermediario financiero o intermediario de finanzas sociales recauda capital de inversores y utiliza fondos para apoyar a los proveedores de servicios que abordan el problema de salud en cuestión.
3. **Proveedor de servicios:** Implementa el programa o iniciativa de salud identificada.
4. **Población objetivo:** La población que se identifica para el programa o iniciativa de salud.
5. **Evaluador externo:** Proporciona una evaluación imparcial de los resultados de acuerdo con las métricas predeterminadas identificadas por las partes interesadas participantes. La evaluación determinará si se reembolsará o no a los inversores.
6. **Gobierno:** Reembolsa a los inversores si el programa de salud cumple con éxito las métricas predeterminadas. Si el programa de salud no se considera exitoso, el gobierno no paga a los inversores.

### ¿Qué ofrece?

1. **Resultados de salud específicos:** Los Bonos de Impacto Social (BIS) se pueden utilizar para financiar programas preventivos o de promoción de la salud, mejoras en la prestación de servicios o intervenciones dirigidas a resultados de salud específicos.
2. **Mitigar el riesgo financiero:** En un modelo BIS, los inversores asumen el riesgo financiero de una iniciativa o proyecto de salud, no el gobierno. Este modelo permite a los gobiernos pagar únicamente por iniciativas que tengan éxito, basándose en métricas predeterminadas que se hayan identificado.<sup>14</sup>

### Estudio de caso: Bonos de vacunas<sup>15</sup>

Los Bonos de Vacunas emitidos por el Mecanismo Financiero Internacional para la Inmunización (IFFIm) han recaudado casi 7.900 millones de dólares de inversores, proporcionando a Gavi, la Alianza para las Vacunas, mayores fondos para distribuir vacunas. Los bonos de vacunas permitieron a Gavi inmunizar a 80 millones de niños antes de recibir subvenciones y contribuir a salvar más de 13 millones de vidas entre 2006 y 2019.

En el modelo tradicional, Gavi recibe dinero a través de promesas de los gobiernos donantes. Por ejemplo, un gobierno promete 100 millones de dólares a Gavi, pagados en cuotas anuales de 10 millones de dólares a lo largo de una década, lo que limita a Gavi a gastar 10 millones de dólares al año y retrasa el impacto total. En su lugar, IFFIm emite bonos de vacunas respaldados por la promesa de 100 millones de dólares. Los inversores compran estos bonos, proporcionando

---

<sup>14</sup> Carè, Roselle, "Developing Social Impact Bonds to Tackle Emerging Social Needs and Promote Social Welfare," 2021.

<sup>15</sup> International Finance Facility for Immunisation (IFFIm). "Vaccine Bonds." <https://iffim.org/investor-centre/vaccine-bonds>



fondos inmediatos a Gavi, que luego compra vacunas e inmuniza a más personas. Los pagos anuales del donante se utilizan para reembolsar a los tenedores de bonos.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> International Finance Facility for Immunisation (IFFIm), “Funding Immunisation,” <https://iffim.org/funding-immunisation>



## Transferencias de fondos

**Cómo funciona:** Transferir recursos financieros para apoyar servicios e iniciativas de salud.

Los tipos más comunes de transferencias de fondos incluyen:

### Transferencias de fondos entre entidades que prestan servicios:

- **Transferencias de fondos gubernamentales para la salud:** Los gobiernos a menudo transfieren fondos a diversos programas e instalaciones de salud para garantizar la prestación de servicios de atención sanitaria. Estas transferencias pueden ser parte de asignaciones presupuestarias, subvenciones o iniciativas de salud específicas destinadas a mejorar la salud pública.
- **Transferencias de fondos internacionales para la salud:** Organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial a menudo transfieren fondos para apoyar proyectos de salud en diferentes países. Estas transferencias son cruciales para financiar intervenciones de salud, especialmente en países de ingresos bajos y medios.

### Transferencias de fondos que van directamente a pacientes/consumidores:

- **Transferencia electrónica de fondos (TEF):** Este es un método utilizado por los planes de salud para transferir fondos electrónicamente a las cuentas de los proveedores de atención médica para pagar los servicios prestados. Las TEF agilizan el proceso de pago, reducen los costos administrativos y garantizan pagos puntuales.<sup>17</sup>
- **Transferencias de cuentas de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés):** Las personas pueden transferir fondos entre diferentes proveedores de HSA. Esto permite una mejor gestión y, potencialmente, tarifas más bajas al consolidar los fondos de la HSA a través de transferencias directas o traspasos.

### Partes interesadas:

1. **Agencias gubernamentales:** Estas entidades a menudo diseñan, financian y supervisan la implementación de programas de transferencia de fondos.
2. **Donantes y organizaciones internacionales:** Entidades como el Banco Mundial, la OMS y otros donantes internacionales brindan apoyo financiero y técnico para los programas de transferencia de fondos.
3. **Proveedores de atención médica:** Hospitales, clínicas y profesionales sanitarios individuales que prestan servicios financiados por estas transferencias.

---

<sup>17</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). "Health Care Payment and Remittance Advice and Electronic Funds Transfer", <https://www.cms.gov/priorities/key-initiatives/burden-reduction/administrative-simplification/transactions/health-care-payment-remittance-advice-electronic-funds-transfer>



4. **Pacientes y beneficiarios:** Las personas y familias que reciben apoyo financiero para acceder a los servicios de salud.
5. **Organizaciones no gubernamentales (ONG):** Estas organizaciones pueden ayudar a implementar y monitorear programas de transferencia de fondos, garantizando que lleguen a los destinatarios previstos.
6. **Líderes comunitarios y autoridades locales:** Desempeña un papel en la movilización de las comunidades y garantiza que los programas sean culturalmente apropiados y se implementen de manera efectiva.
7. **Socios del sector privado:** Las empresas pueden participar en la logística, la tecnología y la infraestructura necesarias para facilitar las transferencias de fondos.

### ¿Qué ofrece?

1. **Acceso a los servicios de salud:** Las transferencias de fondos pueden ofrecer beneficios significativos al público al mejorar el acceso a los servicios de salud, aumentar la seguridad financiera y aumentar la utilización de los servicios de salud dentro de un país determinado.
2. **Flexibilidad y elección:** Estas transferencias pueden brindar flexibilidad y opciones, permitiendo a los destinatarios decidir cuál es la mejor manera de utilizar los fondos.
3. **Apoya emergencias de salud pública:** Las transferencias de fondos también pueden ofrecer un apoyo crucial durante emergencias de salud pública, proporcionando alivio inmediato a las poblaciones afectadas.

En general, estos apoyos financieros desempeñan un papel vital en la promoción de una mejor salud y estabilidad económica para las personas y las familias.

### Estudio de caso: Programa PROGRESA de México<sup>18</sup>

En 1997, México implementó un programa llamado PROGRESA, cuyo objetivo era proporcionar transferencias de efectivo a las familias para apoyar los servicios y necesidades de atención médica. Las transferencias de efectivo estaban condicionadas a que los hogares familiares adoptaran un conjunto de comportamientos diseñados para mejorar la salud y la nutrición. La familia sólo recibía la transferencia de efectivo si: (i) cada miembro de la familia aceptaba atención médica preventiva; (ii) los niños de 0 a 5 años y las madres lactantes asistían a clínicas de seguimiento nutricional donde se mide el crecimiento, se distribuyen suplementos nutricionales y se les brinda educación sobre nutrición e higiene; y (iii) las mujeres embarazadas visitaban clínicas para obtener atención prenatal, suplementos nutricionales y educación en salud.

---

<sup>18</sup> <https://www.povertyactionlab.org/evaluation/impact-progres-a-health-mexico>



## Resultados

En el primer año completo en que PROGRESA estuvo operativo en todas las localidades de intervención, se registraron 2.09 visitas más por día (un aumento del 60%) a las clínicas en las áreas de PROGRESA en comparación con las áreas no cubiertas por el programa. Además, los niños en hogares beneficiarios del programa tuvieron una reducción aproximada del 23% en la incidencia de enfermedades, una disminución del 18% en la anemia y un aumento en la altura de entre un 1% y un 4%. Los adultos en los hogares beneficiarios del programa experimentaron una reducción significativa en el número de días en los que tuvieron dificultades con las actividades diarias debido a enfermedades, así como en el número de días que pasaron en cama debido a enfermedades. Los adultos en el grupo de tratamiento también informaron un aumento significativo en el número de kilómetros que podían caminar sin fatigarse.

PROGRESA finalizó en 2019 después de 21 años de implementación.



## Fondos de Salud

---

Los fondos de salud son recursos financieros asignados específicamente para gastos relacionados con la salud. Estos fondos pueden originarse de diversas fuentes, incluidos presupuestos gubernamentales, primas de seguros e impuestos específicos como los impuestos especiales. Los fondos de salud también pueden movilizarse mediante recursos públicos y privados, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria o la Asociación Público-Privada de los Hospitales de Bloemfontein en Sudáfrica.

### Ejemplos clave de fondos de salud

#### **Impuesto especial sobre el consumo**

**Cómo funciona:** Impuestos específicos aplicados a ciertos bienes, servicios o actividades (por ejemplo, tabaco, alcohol) que pueden ser destinados a productos y servicios relacionados con la salud y contribuir a los ingresos federales, promoviendo la salud pública.

#### **Partes interesadas:**

1. **Agencias gubernamentales:** Diseñar, implementar y hacer cumplir políticas de impuestos especiales.
2. **Contribuyentes:** Empresas e individuos sujetos al impuesto especial, como los fabricantes y consumidores de bienes gravados.
3. **Organizaciones de salud pública:** Grupos que abogan por impuestos especiales sobre productos nocivos para mejorar los resultados de salud pública.
4. **Consumidores:** Personas físicas que adquieran bienes sujetos a impuestos especiales.

#### **¿Qué ofrece?**

1. **Fuente de ingresos:** Los impuestos especiales constituyen una fuente importante de ingresos<sup>19</sup> y pueden destinarse a fines específicos, como la salud. Estos impuestos también pueden ayudar a mitigar los costos asociados con los efectos negativos en la salud derivados del producto gravado. Por ejemplo, los costos de salud asociados con el tabaquismo pueden compensarse con impuestos sobre los productos de tabaco. En general, este tipo de impuestos pueden ayudar a los gobiernos a gestionar la salud pública, financiar servicios esenciales y generar ingresos de manera eficiente.

Si bien los impuestos especiales son un ejemplo de fondos de salud, hay muchos otros ejemplos, como los fondos mutuos de salud y los acuerdos de reembolso de salud que apoyan iniciativas y gastos de salud específicos.

---

<sup>19</sup> <https://www.taxpolicycenter.org/briefing-book/what-are-major-federal-excise-taxes-and-how-much-money-do-they-raise>



### **Estudio de caso: Impuesto a las bebidas azucaradas en México<sup>20</sup>**

En 2014, México introdujo un impuesto especial sobre las bebidas azucaradas como parte de una estrategia más amplia para combatir la obesidad y otros problemas de salud relacionados. El impuesto se fijó en 1 peso por litro, lo que representó un incremento de alrededor del 10% en el precio de estas bebidas. El objetivo del impuesto era disminuir el consumo de bebidas azucaradas, que está vinculado con la obesidad, la diabetes y otros problemas de salud. El impuesto también tenía como objetivo recaudar fondos que pudieran utilizarse para apoyar programas e iniciativas de salud.

Tras la implementación del impuesto, los estudios mostraron una reducción significativa en la compra de bebidas gravadas. En el primer año se produjo una caída de las compras del 6%, que aumentó al 12% en el segundo año. Se espera que la reducción del consumo de bebidas azucaradas produzca beneficios para la salud a largo plazo, incluidas tasas más bajas de obesidad y diabetes en el país. Además, el impuesto generó ingresos sustanciales, que se destinaron a programas de salud, incluidas iniciativas para proporcionar agua potable en las escuelas.

---

<sup>20</sup> <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53331/v45e212021.pdf?sequence=1>



## AGRUPACIÓN DE FONDOS

---

### Seguros de salud digitales (Insurtech)

**Cómo funciona:** El uso de herramientas digitales, como la inteligencia artificial, el análisis de big data, blockchain y el aprendizaje automático (machine learning), para ofrecer productos de seguro de salud. Esto incluye el uso de herramientas digitales para comparar seguros, adquirir seguros, pagar primas, presentar reclamaciones y recibir reembolsos, entre otros.<sup>21</sup> Esto apoya la adopción de instrumentos financieros y planes de seguros existentes.

#### Partes interesadas:

1. **Compañías de seguros:** Aseguradoras tradicionales que se asocian o invierten en empresas insurtech para innovar y mejorar sus servicios.
2. **Empresas Insurtech:** Startups y empresas tecnológicas que desarrollan nuevas tecnologías y modelos de negocio para la industria de seguros.
3. **Empresas de capital de riesgo:** Inversores que proporcionan financiación a los startups de insurtech, impulsando la innovación y el crecimiento en el sector.
4. **Organismos reguladores:** Agencias gubernamentales que supervisan y regulan la industria de seguros para garantizar el cumplimiento y proteger a los consumidores.
5. **Consumidores:** Personas y empresas que compran productos de seguros y se benefician de servicios mejorados y costos más bajos gracias a las innovaciones de insurtech.
6. **Proveedores de tecnología:** Empresas que suministran la infraestructura tecnológica y las herramientas necesarias para las soluciones insurtech, como servicios en la nube, inteligencia artificial y análisis de datos.

#### ¿Qué ofrece?

1. **Experiencia del cliente:** Insurtech puede mejorar la experiencia del cliente aprovechando herramientas digitales para comprar seguros, aumentar las opciones de interacción (llamando a un representante o accediendo a recursos en línea) y personalizar los planes de seguros según las necesidades individuales.
2. **Mejora la eficiencia:** Insurtech también mejora la eficiencia al eliminar la necesidad de acudir a oficinas físicas de seguros; aumenta la flexibilidad con más opciones de seguros que pueden ser personalizadas, a corto plazo, transferibles, etc.; y reduce los costos operativos generales que pueden afectar al cliente.

---

<sup>21</sup> Gresenz, Carole Roan; Hoch, Emily; Eibner, Christine; Rudin, Robert; Mattke, Soeren, "Harnessing Private-Sector Innovation to Improve Health Insurance Exchanges," RAND Corporation, 2015.





## Estudio de caso: Sami, una empresa Insurtech y de atención primaria de salud<sup>22</sup>

En Brasil, aproximadamente el 25% de la población busca un seguro privado para complementar la cobertura sanitaria universal del país. Sami, lanzada en 2019, es una empresa brasileña de insurtech y atención primaria con el objetivo de hacer que la atención médica sea más accesible y asequible al conectar a los pacientes directamente con médicos, hospitales, laboratorios y empresas. Sami también contrata directamente a profesionales de la atención médica para apoyar a sus clientes durante todo su recorrido de atención médica, además de brindar aplicaciones de salud física y mental y planes terapéuticos personalizados. Aproximadamente el 95% del trabajo de atención primaria de Sami se realiza de forma digital: a través de mensajes de texto, videollamadas o mediante la aplicación.<sup>23</sup> Sin embargo, la empresa también cuenta con una tienda física para los clientes que quieran hablar cara a cara.

Los clientes pueden pagar su seguro de salud mediante tarjeta de crédito, débito directo autorizado (DDA), pix (un nuevo método de pago en Brasil, sin comisiones para quien paga) o boleto bancario<sup>24</sup>. La cobertura incluye consultas, exámenes, cirugías, hospitalizaciones y otros procedimientos listados por la Agencia Brasileña de Salud Suplementaria (ANS).

Sami genera ingresos trabajando activamente para reducir las tasas de admisión hospitalaria a través de intervenciones clínicas efectivas.<sup>25</sup> Empresas como Sami hacen que la atención médica sea más accesible al reducir los tiempos de espera, reducen las tasas de admisión hospitalaria y ofrecen planes de salud personalizados y asistencia en tiempo real.

---

<sup>22</sup> Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, George A. Wharton, "Brazil," The Commonwealth Fund, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil#:~:text=Nearly%2025%20percent%20of%20Brazilians%2C%20mostly%20middle-%20and,health%20insurance%20to%20circumvent%20bottlenecks%20in%20accessing%20care.>

<sup>23</sup> <https://www.axios.com/pro/fintech-deals/2023/06/02/sami-brazilian-insurtech-gets-18-million>

<sup>24</sup> Usando un código único, las empresas pueden enviar facturas por correo electrónico, mensaje de texto o redes sociales que los clientes pueden usar para pagar en línea dentro de un período determinado, generalmente entre 3 y 15 días. Los clientes tienen la opción de pagar el monto completo de inmediato o en cuotas.

<sup>25</sup> <https://www.insurtechinsights.com/brazilian-insurtech-sami-raises-us18-million-in-series-b-round/>



## Seguro complementario

**Cómo funciona:** El seguro complementario está diseñado para cubrir los costos que no están totalmente cubiertos por un plan de seguro de salud primario. Esto puede incluir gastos de bolsillo como copagos, deducibles y servicios que el seguro principal no cubre, como atención dental o de la vista.

En muchos países, el seguro de salud primario puede cubrir servicios médicos básicos, pero el seguro complementario puede ayudar a pagar servicios adicionales o niveles superiores de atención. Este tipo de seguro es especialmente útil para reducir la carga financiera de las personas al cubrir los vacíos que deja su seguro primario.

### Partes interesadas:

1. **Asegurados:** Personas o entidades que contratan un seguro complementario para cubrir costos sanitarios adicionales no cubiertos por su seguro primario.
2. **Compañías de seguros:** Proveedores de pólizas de seguros complementarias. Diseñan, comercializan y gestionan estos productos de seguros.
3. **Proveedores de atención médica:** Hospitales, clínicas y profesionales individuales que prestan servicios de atención sanitaria. Interactúan con aseguradoras primarias y complementarias para el reembolso.
4. **Agencias gubernamentales:** Organismos reguladores que supervisan el mercado de seguros, garantizando el cumplimiento de las leyes y regulaciones.

### ¿Qué ofrece?

- **Cobertura para servicios adicionales:** Puede cubrir servicios no incluidos en los planes de seguro primarios, como servicios dentales, de la vista y terapias alternativas.
- **Costos de bolsillo reducidos:** Ayuda a pagar gastos como copagos, deducibles y coseguros, reduciendo la carga financiera de los asegurados.
- **Acceso a atención especializada:** El seguro complementario puede brindar acceso a tratamientos y medicamentos especializados que podrían no estar cubiertos por el seguro primario.
- **Protección financiera:** Ofrece una red de seguridad contra gastos médicos inesperados<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> National Center for Complementary and Integrative Health. Paying for Complementary and Integrative Health Approaches. U.S. Department of Health and Human Services, June 2016, [www.nccih.nih.gov/health/paying-for-complementary-and-integrative-health-approaches](http://www.nccih.nih.gov/health/paying-for-complementary-and-integrative-health-approaches)



## Estudios de caso: En América Latina

**Chile**<sup>27</sup>: El sistema de salud chileno incluye una mezcla de seguros públicos y privados. El sistema público, FONASA, cubre una parte importante de la población, pero muchas personas también compran seguros complementarios de proveedores privados para cubrir servicios adicionales y reducir los gastos de bolsillo.

**Brasil**<sup>28</sup>: En Brasil, el sistema público de salud (SUS) ofrece cobertura universal, pero también existe un importante mercado de seguros de salud privados. Muchos brasileños optan por seguros complementarios para acceder a instalaciones y servicios de salud privados que no están totalmente cubiertos por el SUS.

**México**<sup>29</sup>: El programa Seguro Popular de México tiene como objetivo brindar cobertura sanitaria universal, pero muchas personas aún compran seguros complementarios para cubrir servicios que no están incluidos en el sistema público. Este seguro adicional ayuda a cubrir los costos de tratamientos y medicamentos especializados.

---

<sup>27</sup> Roman-Urrestarazu, A., Yang, J.C., Ettelt, S. et al. Private health insurance in Germany and Chile: two stories of co-existence, segmentation, and conflict. *Int J Equity Health* 17, 112 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0831-z>

<sup>28</sup> The Commonwealth Fund. Brazil. International Health Policy Center, [www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil](http://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil)

<sup>29</sup> José E Urquieta-Salomón, Héctor J Villarreal, Evolution of health coverage in Mexico: evidence of progress and challenges in the Mexican health system, *Health Policy and Planning*, Volume 31, Issue 1, February 2016, Pages 28–36, <https://doi.org/10.1093/heapol/czv015>

## COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

---

### Acuerdos de entrada gestionada (MEA, por su sigla en inglés)

**Cómo funciona:** Un acuerdo entre un fabricante farmacéutico y un pagador de atención médica que permite la cobertura de nuevos medicamentos, limitando la incertidumbre en torno a uno o más de los siguientes desafíos: evidencia clínica, relación costo-efectividad, impacto presupuestario, precio y población de pacientes elegibles.<sup>30</sup> Los acuerdos de entrada gestionada también pueden proporcionar un mecanismo para introducir nuevos medicamentos en el sistema de atención de salud y al mismo tiempo abordar preocupaciones relacionadas con la relación costo-efectividad, la eficacia y la seguridad. Los acuerdos de entrada gestionada pueden adoptar muchas formas, entre ellas:

- **Acuerdos de base financiera:** Pago de un nuevo medicamento basado en condiciones financieras específicas, como la cantidad de pacientes que usan el medicamento o el costo total para el sistema de salud. Este tipo de acuerdo ayuda a gestionar el riesgo financiero de introducir tratamientos nuevos y costosos, promoviendo la asequibilidad y accesibilidad mientras se controlan los costos.
- **Acuerdos basados en el desempeño:** Acuerdos que vinculan el precio, el nivel o la naturaleza del reembolso al rendimiento real del producto o servicio médico en condiciones reales. Este tipo de acuerdos puede ser desafiante y requiere sistemas de datos muy robustos para poder medir determinados resultados.

### Partes interesadas:

1. **Agencias gubernamentales:** Estos organismos, como los ministerios de salud y las autoridades reguladoras, supervisan y regulan los acuerdos de acceso gestionado (MEAs) para asegurar que estén alineados con los objetivos de salud pública.
2. **Fabricantes farmacéuticos:** Empresas que desarrollan y producen nuevos medicamentos y que establecen acuerdos de acceso gestionado (MEAs) para facilitar el acceso al mercado bajo condiciones específicas.
3. **Pagadores de atención médica:** Entidades como las compañías de seguros y los servicios nacionales de salud que negocian acuerdos de acceso gestionado (MEAs) para gestionar el riesgo financiero asociado con tratamientos nuevos y, a menudo, costosos.
4. **Proveedores de atención médica:** Hospitales, clínicas y profesionales de la salud que administran los tratamientos cubiertos por los acuerdos de acceso gestionado (MEAs) y recopilan datos sobre su efectividad en condiciones del mundo real.

---

<sup>30</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Acuerdos de entrada gestionada basados en el rendimiento para nuevos medicamentos en los países de la OCDE y los Estados miembros de la UE. OCDE, [www.oecd.org/en/publications/performance-based-managed-entry-agreements-for-new-medicines-in-oecd-countries-and-eu-member-states\\_6e5e4c0f-en.html](http://www.oecd.org/en/publications/performance-based-managed-entry-agreements-for-new-medicines-in-oecd-countries-and-eu-member-states_6e5e4c0f-en.html)

5. **Pacientes:** Individuos que se benefician del acceso temprano a nuevos tratamientos a través de los acuerdos de acceso gestionado (MEAs), a menudo bajo condiciones que monitorean y evalúan la efectividad del tratamiento.
6. **Organismos de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS):** Organizaciones que evalúan la efectividad clínica y el costo-efectividad de nuevos tratamientos y proporcionan recomendaciones para los acuerdos de acceso gestionado (MEAs).
7. **Organizaciones no gubernamentales (ONG):** Grupos que pueden abogar por el acceso de los pacientes a nuevos tratamientos y monitorear la implementación de los acuerdos de acceso gestionado (MEAs).

### ¿Qué ofrece?

1. **Reducción de las presiones de costos:** Los acuerdos de acceso gestionado (MEAs) crean una opción para proporcionar acceso ampliado dentro de un presupuesto limitado. Reducir la presión de los costos de los servicios de salud puede permitir cubrir al máximo número de pacientes y un presupuesto predecible para los medicamentos. También puede mejorar la previsibilidad del presupuesto y dar al sistema de salud más tiempo para asignar los fondos necesarios para que pueda seguir ampliando el acceso de manera controlada a lo largo del tiempo.
2. **Acceso temprano o mejorado:** Los acuerdos de acceso gestionado (MEAs) pueden brindar a los pacientes acceso temprano o mejorado a medicamentos innovadores y pueden contribuir a una mejor gestión de enfermedades al mejorar los estándares generales de salud.

### Estudio de caso: Fondo Nacional de Recursos en Uruguay<sup>31</sup>

En 1981 se creó el Fondo Nacional de Recursos (FNR), una entidad pública no estatal, con el objetivo de proporcionar cobertura financiera universal para procedimientos altamente complejos, así como dispositivos y medicamentos de alto costo, a todas las personas con cobertura de salud a través del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El FNR es administrado por una Comisión Honoraria compuesta por representantes del Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Economía y Finanzas, el Banco de Previsión Social, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y los Institutos de Medicina Especializada de Alto Nivel.

Los procedimientos financiados por el FNR se realizan en los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) y en los Centros de Especialidades. El FNR negocia y adquiere los medicamentos para los tratamientos cubiertos, los cuales son en su mayoría dispensados en las farmacias de los proveedores integrales con los que los pacientes están afiliados.

### Financiación

---

<sup>31</sup> Fondo Nacional de Recursos. ¿Qué es el Fondo Nacional de Recursos? FNR, [www.fnr.gub.uy/que-es-el-fondo-nacional-de-recursos/](http://www.fnr.gub.uy/que-es-el-fondo-nacional-de-recursos/)



La mayor parte de los ingresos del FNR proviene del Fondo Nacional de Salud de Uruguay (FONASA). Por cada cotizante al FONASA, el Instituto Nacional de Previsión Social (BPS) transfiere una cuota al FNR, independientemente de la edad y el sexo del cotizante. Esta tarifa generalmente se incrementa una o dos veces al año, dependiendo del presupuesto anual.

En el caso de pacientes que no aportan al FONASA pero sí están afiliados a la Administración de Servicios del Estado (ASSE), el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) reembolsa al FNR los gastos incurridos por los procedimientos realizados y los medicamentos entregados. Además para quienes no aportan al FONASA pero son beneficiarios de la Salud de las Fuerzas Armadas, es el Ministerio de Defensa Nacional el que reembolsa al FNR.



## Atención basada en el valor

**Cómo funciona:** Ayuda a mejorar la eficiencia y brindar una mejor salud con los recursos existentes. En este modelo, la cantidad que los proveedores de atención médica ganan por sus servicios se basa en los resultados que ofrecen a sus pacientes, como la calidad y la equidad de la atención. Los programas de atención basada en el valor tienen como objetivo responsabilizar más a los proveedores por mejorar los resultados de los pacientes, al mismo tiempo que les otorgan mayor flexibilidad para ofrecer la atención adecuada en el momento adecuado.<sup>32</sup>

Algunos elementos clave de la atención basada en el valor (VBHC, por sus siglas en inglés) incluyen:

- **Resultados centrados en el paciente:** Se centra en lograr los mejores resultados de salud posibles para los pacientes. Esto incluye no sólo los resultados clínicos, sino también los resultados informados por los pacientes, como la calidad de vida y la satisfacción con la atención.<sup>33</sup>
- **Eficiencia en costos:** Enfatiza la relación entre los costos de los servicios de salud y los resultados logrados. Su objetivo es reducir el gasto innecesario eliminando tratamientos ineficaces y centrándose en intervenciones que aporten el mayor valor.<sup>34</sup>
- **Atención Integrada:** Promueve la atención coordinada entre diferentes proveedores y entornos de atención médica. Esta integración ayuda a garantizar que los pacientes reciban atención integral y continua, lo que puede mejorar los resultados y reducir los costos.<sup>35</sup>
- **Medición del desempeño:** Esto incluye la recopilación y el análisis de datos robustos para medir el desempeño. Esto incluye el seguimiento de los resultados clínicos, las experiencias de los pacientes y los datos de costos para identificar áreas de mejora.<sup>36</sup> Esto también puede incluir una evaluación de tecnología sanitaria (ETS) o un marco basado en valores utilizado para determinar servicios de alto valor (por ejemplo, vacunación, detección) y ayudar a garantizar el énfasis en esos servicios de alto valor en lugar de servicios que pueden estar obsoletos o ser menos efectivos.

---

<sup>32</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services. Value-Based Care. CMS, [www.cms.gov/priorities/innovation/key-concepts/value-based-care](https://www.cms.gov/priorities/innovation/key-concepts/value-based-care)

<sup>33</sup> Chisholm-Burns, Marie, et al. "Does value-based healthcare support patient-centred care? A scoping review of the evidence." *BMJ Open*, vol. 13, no. 7, 2023, e070193, [bmjopen.bmj.com/content/13/7/e070193](https://bmjopen.bmj.com/content/13/7/e070193)

<sup>34</sup> Chisholm-Burns, Marie, et al. "Does value-based healthcare support patient-centred care? A scoping review of the evidence."

<sup>35</sup> van Egdom, Linda, et al. "Value-Based Healthcare from the Perspective of the Healthcare Professional: A Systematic Literature Review." *ResearchGate*, enero de 2022, [www.researchgate.net/publication/357837272\\_Value-Based\\_Healthcare\\_From\\_the\\_Perspective\\_of\\_the\\_Healthcare\\_Professional\\_A\\_Systematic\\_Literature\\_Review/fulltext/61e3bb0c8d338833e371123d/Value-Based-Healthcare-From-the-Perspective-of-the-Healthcare-Professional-A-Systematic-Literature-Review.pdf](https://www.researchgate.net/publication/357837272_Value-Based_Healthcare_From_the_Perspective_of_the_Healthcare_Professional_A_Systematic_Literature_Review/fulltext/61e3bb0c8d338833e371123d/Value-Based-Healthcare-From-the-Perspective-of-the-Healthcare-Professional-A-Systematic-Literature-Review.pdf)

<sup>36</sup> Michaela, Bissett, et al. "A Comparative Analysis of Value-Based Healthcare in European Countries." *European Journal of Public Health*, vol. 31, no. 4, 2021, pp. 676–681, [academic.oup.com/eurpub/article/31/4/676/6306804?login=false](https://academic.oup.com/eurpub/article/31/4/676/6306804?login=false)



### Partes interesadas:

1. **Pagadores:** Puede incluir compañías de seguros de salud tanto públicas como privadas. Estos actores son responsables de financiar la atención médica y de crear acuerdos de pago basados en el valor que incentiven la atención de alta calidad y costo-efectiva.
2. **Proveedores:** Este grupo abarca hospitales, sistemas de salud, grupos de médicos y otros profesionales de la salud. A los proveedores se les encarga ofrecer atención que cumpla con los objetivos de calidad y costo establecidos por los financiadores.
3. **Compradores:** Incluye entidades que financian el seguro de salud, como empleadores y agencias gubernamentales. Abogan por soluciones de atención médica costo-efectivas y, a menudo, promueven la adopción de modelos de atención basada en el valor (VBHC) para reducir el gasto en salud.
4. **Pacientes:** Los beneficiarios de los servicios de salud, los pacientes, se benefician de una atención más coordinada y personalizada bajo los modelos de atención basada en el valor (VBHC).
5. **Socios de la industria:** Incluye compañías farmacéuticas, fabricantes de dispositivos médicos y empresas de salud digital. Proporcionan productos y servicios que respaldan los objetivos de la atención basada en el valor (VBHC) al mejorar la calidad de la atención y reducir los costos.

### ¿Qué ofrece?

1. **Atención holística:** La atención basada en el valor pone énfasis en abordar las necesidades físicas, mentales, de comportamiento y sociales de un paciente. Este tipo de atención puede reducir potencialmente los costos médicos y mejorar la calidad de la atención a los pacientes.
2. **Colaboración:** Tales programas también pueden promover la colaboración entre los equipos de atención médica y fomentar que los proveedores dediquen más tiempo a servicios que normalmente no estarían cubiertos bajo el modelo de pago por servicio, como el asesoramiento o la evaluación de necesidades sociales.<sup>37</sup>

### Estudio de caso: Cuenta de Alto Costo (CAC) en Colombia<sup>38</sup>

#### Antecedentes

En 2007, Colombia aprobó el decreto 2699, que estableció un enfoque nacional estandarizado para la gestión de la información sanitaria con el fin de acelerar la mejora de los pacientes con enfermedades de alto costo y evaluar el desempeño de las entidades que brindan atención. La

---

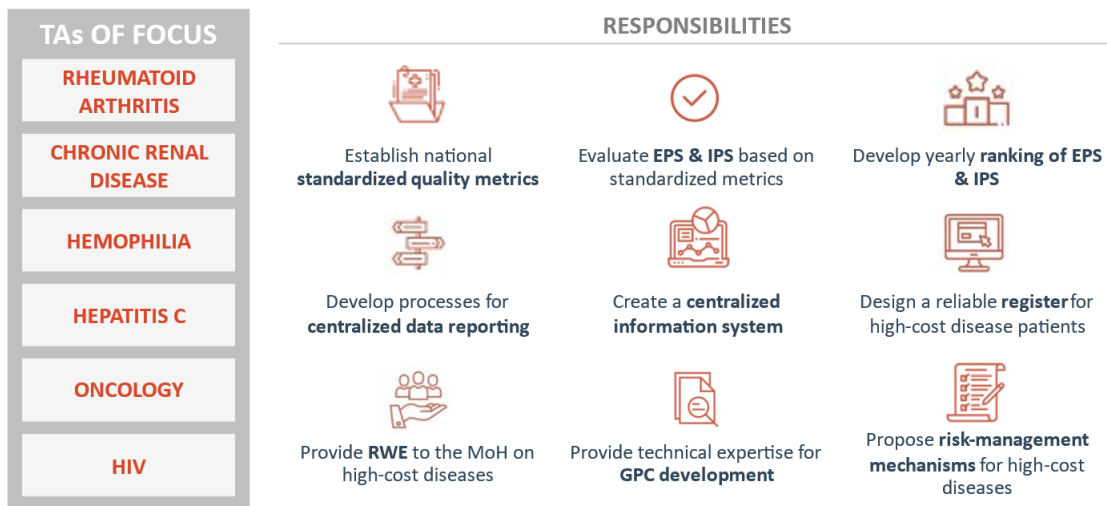
<sup>37</sup> The Commonwealth Fund. Value-Based Care: What It Is and Why It's Needed. 2 de febrero de 2023, [www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2023/feb/value-based-care-what-it-is-why-its-needed](http://www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2023/feb/value-based-care-what-it-is-why-its-needed)

<sup>38</sup> Cuenta de Alto Costo. ¿Quiénes Somos? Cuenta de Alto Costo, [www.cuentadealtocosto.org/quienes-somos/](http://www.cuentadealtocosto.org/quienes-somos/)



Cuenta de Alto Costo apoya numerosas enfermedades de alto costo, incluidas la artritis reumatoide, la enfermedad renal crónica, la hemofilia, la hepatitis C, la oncología y el VIH.

CAC provides a national standardized approach for data collection and reporting in selected high -cost diseases.



Source: 1) Cuenta de Alto Costo  
HIV: Human Immunodeficiency Virus; EPS: Entidad Promotora de Salud; IPS: Institucion Prestadora de Servicios; RWE: Real World Evidence; GPC: Guia de Practica Clinica; CAC: Cuenta de Alto Costo; TA: Therapeutic Area

11

## Resultados

Desde su creación, el CAC ha logrado reducir el costo del tratamiento en terapia de diálisis para los pacientes, ahorrando al sistema de salud aproximadamente 900 mil millones de pesos en 5 años (US\$450 millones). En los 4 años desde que se empezó a monitorear esta enfermedad, aproximadamente 5,169 casos han sido prevenidos de ingresar a la Terapia de Reemplazo Renal, lo que representa un ahorro para el sistema de salud de aproximadamente 600 mil millones de pesos.



## Soluciones de asequibilidad para el paciente

**Cómo funciona:** Programas diseñados para reducir la carga financiera de los pacientes, haciendo que la atención médica sea más accesible y manejable. Por ejemplo, las soluciones de asequibilidad para el paciente pueden respaldar los pagos de bolsillo a través de:

- **Asistencia para compartir costos:** Los programas que ayudan a cubrir copagos, deducibles y coseguro pueden hacer que los tratamientos sean más asequibles al reducir el impacto financiero inmediato en los pacientes.
- **Costos predecibles:** Programas que hacen que los costos de bolsillo sean más predecibles, asegurando que los pacientes no se sorprendan por gastos inesperados. Esto puede incluir establecer límites al gasto de bolsillo.
- **Programas de asistencia para medicamentos:** Programas que brindan ayuda financiera específicamente para medicamentos recetados, asegurando que los pacientes puedan costear sus tratamientos necesarios sin dificultades económicas.
- **Apoyo basado en ingreso:** Programas que incluyen tarifas variables o subsidios basados en los ingresos, haciendo que la atención médica sea más accesible para los pacientes de bajos ingresos.
- **Ahorros negociados:** Compartir los ahorros negociados con los pacientes en el mostrador de la farmacia para reducir los costos de los medicamentos.

Las soluciones de asequibilidad para los pacientes también pueden aprovechar los servicios financieros digitales de muchas maneras a través de:

- **Pagos digitales:** En lugar de los pagos tradicionales con moneda física, los pagos digitales se realizan a través de plataformas, portales o aplicaciones en línea.
- **Crédito/prestamos digitales éticos y calificación de riesgo alternativa:** Los préstamos a través de tecnologías financieras ofrecen préstamos al consumidor con balance, donde la empresa de la plataforma asume el riesgo.<sup>39</sup> Las plataformas también permiten préstamos entre pares, donde los consumidores se conectan directamente con los prestamistas. Además de las métricas de calificación de riesgo tradicionales que utilizan el saldo de la deuda y el pago de facturas, la calificación de riesgo alternativa utiliza otros datos, como huellas digitales y comprobante de ingresos, para brindar una evaluación integral del riesgo de las personas y otorgarles préstamos.<sup>40</sup>
- **Ahorros digitales/billeteras digitales:** Una billetera digital permite el almacenamiento de información financiera y facilita los pagos a través de una aplicación o portal en línea en un dispositivo electrónico. Almacena información de forma segura y proporciona un acceso fácil,

---

<sup>39</sup>Asian Development Bank. Fintech and Digital Health in Indonesia, the Philippines, and Singapore. 2022, <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/800276/fintech-digital-health-indonesia-philippines-singapore.pdf>.

<sup>40</sup> SEON. "Alternative Credit Scoring: How to Score the Unscorable." SEON, <https://seon.io/resources/guides/alternative-credit-scoring/>.



permitiendo a los usuarios realizar pagos electrónicos dondequiera que sean aceptados. Simplifica el ahorro y no requiere de una cuenta bancaria formal.<sup>41</sup>

Cabe señalar que no todos los países cuentan con herramientas digitales o métodos de pago accesibles para la población en general, por lo que en algunos países aún se utilizan tarjetas de crédito o efectivo para soluciones e iniciativas de asequibilidad para los pacientes.

### Partes interesadas:

1. **Pacientes:** Los principales beneficiarios que necesitan acceso asequible a medicamentos y servicios de salud.
2. **Proveedores de atención médica:** Médicos, enfermeras y otros profesionales médicos que prescriben tratamientos y abogan por el acceso de los pacientes a una atención asequible.
3. **Fabricantes farmacéuticos:** Empresas que producen medicamentos y pueden ofrecer programas de asistencia a los pacientes para reducir costos.
4. **Compañías de seguros:** Pagadores que diseñan e implementan planes de cobertura para que la atención médica sea más asequible para los pacientes.
5. **Agencias gubernamentales:** Entidades que regulan la atención médica y pueden proporcionar subsidios o programas de apoyo para mejorar la asequibilidad.
6. **Farmacias:** Minoristas que dispensan medicamentos y pueden ofrecer programas de descuento o trabajar con fabricantes en iniciativas de asequibilidad.

### ¿Qué ofrece?

1. **Garantizar el acceso:** Las soluciones de asequibilidad para el paciente brindan herramientas y servicios para facilitar el acceso a los servicios y productos de atención médica.
2. **Reduce la corrupción:** El uso de servicios financieros digitales puede reducir la corrupción y el fraude.

### Estudios de casos

- **Billeteras móviles de seguro de salud<sup>42</sup>:** En Kenia y Pakistán, el uso de billeteras móviles de seguro de salud, como M-Tiba en Kenia y Easypaisa en Pakistán, permite a los usuarios enviar, ahorrar y gastar fondos para tratamientos médicos a través de transacciones móviles. M-TIBA también proporciona cierta financiación directa, de modo que los usuarios reciben fondos

---

<sup>41</sup> ACCESS Health International and MetLife Foundation. Fintech for Health: Breaking the Health-Poverty Trap - How Fintech Can Improve Access to Healthcare in Asia. Abril de 2021, [https://fintechforhealth.sg/wp-content/uploads/2021/04/Fintech-for-Health\\_Breaking-the-health-poverty-trap-How-fintech-can-improve-access-to-healthcare-in-Asia.pdf](https://fintechforhealth.sg/wp-content/uploads/2021/04/Fintech-for-Health_Breaking-the-health-poverty-trap-How-fintech-can-improve-access-to-healthcare-in-Asia.pdf)

<sup>42</sup> Wooldridge, Lisa, et al. "Building Community-Based Health and Medical Preparedness: Utilization of a Systems Approach to Strengthen Community Resilience." *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, vol. 16, no. 1, 2022, pp. 180-186. National Center for Biotechnology Information, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8645240/>



adicionales para atención sanitaria más allá de lo que ahorran estrictamente por su cuenta. Estas billeteras digitales han mejorado significativamente el acceso a la atención médica al proporcionar una forma segura e inmediata de pagar los servicios médicos. Han sido exitosas debido a características como la inscripción simplificada, los desembolsos gubernamentales y la reducción de los requisitos regulatorios, lo que hace que la atención médica sea más accesible, especialmente para la población no bancarizada.

- **Bien Público Regional (BPR) “Transformación digital en salud para mitigar los efectos del COVID-19 en América Latina y el Caribe” (LCPASS)<sup>43</sup>:** La iniciativa LCPASS, apoyada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y parte de la red RACSEL, tiene como objetivo reducir las disparidades en salud digital en América Latina y el Caribe. Colabora con socios estratégicos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y HL7, así como con entidades de apoyo como la Alianza Global para el Desarrollo de Blockchain en América Latina y el Caribe (LACChain), Integrating the Healthcare Enterprise (IHE) y el Centro Nacional para los Sistemas de Información en Salud (CENS). La primera fase del proyecto se centró en la implementación de certificados de vacunación digitales, alineándose con los estándares de interoperabilidad de la Unión Europea (UE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la segunda fase se seguirán desarrollando los certificados COVID y se mejorará el perfil IPS para la interoperabilidad sanitaria transfronteriza, incluyendo el traslado de los certificados a billeteras digitales.

---

<sup>43</sup> RACSEL. "RPGLACpass: Latin America and the Caribbean Digital Identity Interoperability Framework." RACSEL, <https://racsel.org/en/rpglacpass/>.



## Financiación basada en el desempeño (PBF, por su sigla en inglés)

**Cómo funciona:** Pagos a proveedores de atención médica que se basan en el desempeño y se miden por la cantidad de servicio. Estos pagos a menudo cubren los costos de las instalaciones y los incentivos del personal. Los esquemas de financiación basado en el desempeño (PBF) generalmente incluyen procesos de verificación para confirmar la exactitud de los informes de los proveedores sobre cantidad, calidad y percepciones de la comunidad.<sup>44</sup>

Existen diferentes tipos de financiación basada en el desempeño. Pueden estar a nivel de servicio (por ejemplo, modelos de pago a proveedores destinados a promover el uso de servicios de alto valor según un enfoque de atención basada en el valor); a nivel institucional (por ejemplo, diseñados para mejorar la cobertura poblacional de servicios de alto valor, a menudo preventivos, como vacunación y detección); a nivel de producto (por ejemplo, como acuerdos de entrada gestionada); o para catalizar/probar nuevas intervenciones y programas utilizando financiación combinada/privado y midiendo el desempeño, como en los bonos de impacto social o bonos de impacto en el desarrollo.

### Partes interesadas:

1. **Agencias gubernamentales:** Estos organismos diseñan, implementan y regulan programas basados en el desempeño para garantizar que se alineen con los objetivos de salud pública.
2. **Proveedores de atención médica:** Hospitales, clínicas y profesionales de la salud individuales que brindan atención y son evaluados en función de métricas de desempeño.
3. **Pacientes:** Personas que reciben atención y se benefician de una mejor calidad y eficiencia en los servicios de salud.
4. **Organizaciones no gubernamentales (ONG):** Grupos que abogan por los derechos de los pacientes y monitorean la implementación y el impacto de soluciones basadas en el desempeño.
5. **Organismos reguladores:** Agencias que garantizan el cumplimiento de los estándares y regulaciones de atención médica en programas basados en el desempeño.

### ¿Qué ofrece?

1. **Resultados de salud mejorados:** Al vincular incentivos financieros con resultados de salud específicos, la financiación basada en desempeño (PBF) fomenta que los proveedores de atención médica mejoren la calidad y la eficiencia de sus servicios. Esto puede conducir a una mejor atención al paciente y a mejoras generales de la salud.

---

<sup>44</sup> Díaz, Alba, et al. "Impact of a Web-Based Educational Tool on Health Literacy: A Pilot Study in Patients with Hypertension and Diabetes." PLOS ONE, vol. 18, no. 2, 2023, e0305698, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305698>



2. **Responsabilidad Mejorada:** Los sistemas de PBF suelen incluir mecanismos rigurosos de seguimiento y evaluación. Esto ayuda a garantizar que los fondos se utilicen de manera eficaz y que los proveedores de atención médica rindan cuentas de su desempeño.
3. **Mayor eficiencia:** Al centrarse en los resultados en lugar de en los insumos, el PBF puede ayudar a agilizar la prestación de servicios de atención médica y reducir el desperdicio. Esto puede conducir a un uso más eficiente de los recursos y a una mejor relación calidad-precio.
4. **Toma de decisiones basada en datos:** Los programas PBF generalmente requieren una sólida recopilación y análisis de datos. Esto puede mejorar la disponibilidad y calidad de los datos de salud, los cuales pueden ser utilizados para informar las decisiones políticas y mejorar la gestión del sistema de salud.

#### **Estudio de caso: Plan Nacer y SUMAR de Argentina<sup>45</sup>**

En 2004, Argentina implementó una serie de reformas para apoyar la cobertura sanitaria universal para las personas no aseguradas. El programa Plan Nacer, respaldado por el Banco Mundial, proporcionó financiación para un servicio de salud materno-infantil para beneficiarios de salud elegibles, que consistía en mujeres embarazadas y en período de lactancia no aseguradas, así como niños menores de seis años no asegurados. Tras la implementación del programa Plan Nacer, un programa adicional, SUMAR, actuó como su sucesor. SUMAR enfatizó los servicios de atención médica preventiva para los no asegurados, mientras que además obligaba a la inclusión de estándares de calidad predefinidos para los servicios prestados. Si bien SUMAR se basó en el trabajo del Plan Nacer, también incluyó nuevos grupos poblacionales, como niños no asegurados de 6 a 9 años, jóvenes no asegurados de 10 a 19 años y adultos no asegurados menores de 65 años. Las intervenciones de atención médica apoyadas bajo SUMAR (como los servicios de salud materno-infantil) también se ampliaron para incluir prevención del cáncer, salud sexual y prevención de enfermedades no transmisibles, así como intervenciones para apoyar la red federal de tratamiento de enfermedades cardíacas congénitas. SUMAR mantuvo los mecanismos de financiación basados en resultados que se habían implementado en el marco del Plan Nacer a nivel de los gobiernos provinciales y de los proveedores de servicios de salud.

#### **Resultados:**

Entre 2010 y 2019, el programa SUMAR registró los siguientes resultados:

- La proporción de niños, jóvenes y mujeres de 19 a 65 años elegibles con cobertura efectiva de salud aumentó del 7% al 50,4%;

---

<sup>45</sup> World Bank. "Universal Health Coverage (UHC): Sumar Program in Argentina." World Bank, 29 June 2020, [www.worldbank.org/en/results/2020/06/29/universal-health-coverage-sumar-program](http://www.worldbank.org/en/results/2020/06/29/universal-health-coverage-sumar-program)  
<https://www.worldbank.org/en/results/2020/06/29/universal-health-coverage-sumar-program>



- La proporción de mujeres embarazadas elegibles que recibieron controles prenatales antes de la 13ª semana de embarazo aumentó del 15% al 41,5%;
- La proporción de niños elegibles menores de 10 años que recibieron chequeos de salud completos según el protocolo aumentó del 15% al 69,8%;
- La proporción de mujeres elegibles entre 25 y 64 años que se someten al menos a una prueba de detección de cáncer de cuello uterino cada dos años aumentó del 5% al 25%;
- La proporción de hombres elegibles con cobertura efectiva de atención médica aumentó del 0% al 13,4% (entre 2014 y 2019);
- Un total de 8.000 proveedores de salud pública y las 24 jurisdicciones provinciales participaron en el programa SUMAR.

#### **Acerca de Americas RISE for Health**

Americas RISE for Health (RISE) es un foro multisectorial público-privado que aprovecha las fortalezas colectivas del sector privado y la sociedad civil de la región, en asociación con los gobiernos de la región, para construir economías y ecosistemas de salud sostenibles. Su misión es identificar, catalizar y acelerar las colaboraciones multisectoriales que se puedan llevar a cabo de manera voluntaria para ayudar a generar los ecosistemas y economías de salud resilientes que las Américas merecen.

**Para obtener más información, puede contactar a la Secretaría de RISE en:**

[olivia@americasriseforhealth.org](mailto:olivia@americasriseforhealth.org) and [johan@americasriseforhealth.org](mailto:johan@americasriseforhealth.org)