

BRASIL**PROGRAMA DE REGLAMENTACION DE PLANES PRIVADOS DE ASISTENCIA A LA SALUD****(TC-98-08-18-2-BR)****RESUMEN EJECUTIVO**

AGENCIA EJECUTORA:	Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), a través de la Unidad Coordinadora del Programa (UCP).		
BENEFICIARIOS:	Empresas Operadoras de Planes Privados de Salud (EOP) y usuarios y consumidores de planes privados de salud.		
OBJETIVO:	Apoyar la implementación de un nuevo marco regulatorio para los planes privados de salud, que permitan: (i) aumentar la competitividad y eficiencia del mercado, promoviendo mayor transparencia en la relación entre usuarios y empresas y estimulando la creación de entidades de acreditación de las EOP; (ii) fortalecer las entidades de defensa del consumidor, creando herramientas de apoyo y sistemas de información para estas entidades y promoviendo mejoras en sus estructuras de gestión y; (iii) aumentar el grado de entendimiento y aceptación de la nueva regulación entre la sociedad y los agentes involucrados, a través de estrategias de comunicación social y realización de eventos técnicos que permitan la incorporación de experiencias internacionales exitosas.		
COSTO Y FINANCIAMIENTO:	Modalidad: donación de recursos provenientes de la Facilidad de Cooperación Técnica (I).		
	Contrapartida Local:	US\$1.550.000	50,0%
	FOMIN:	US\$1.550.000	50,0%
	Total:	US\$3.100.000	100,0%
EXCEPCION A POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS:	Ninguna		
CONDICIONES CONTRACTUALES ESPECIALES:	Las condiciones previas al primer desembolso de esta operación son: (i) Manual Operativo del Programa (MO) en vigencia, preparado de acuerdo con versión previamente aprobada por el Banco; (ii) la adopción de las medidas legales necesarias para que la ANS inicie sus actividades; (iii) la creación de la UCP por resolución interna de la ANS (Ver pár. 9.1).		

I. ELEGIBILIDAD DEL PAIS Y PROGRAMA

- 1.1 El Comité de Donantes declaró elegible a la República Federativa del Brasil para todas las modalidades de financiamiento previstas en el marco del Fondo Multilateral de Inversiones (FOMIN) el 9 de febrero de 1995. Este programa es elegible para el financiamiento por la Facilidad de Cooperación Técnica del FOMIN, al tener como objetivo apoyar la implementación de un nuevo marco legal para los planes privados de salud y la mejoría de la eficiencia y competitividad del sistema privado de salud en Brasil. Asimismo este programa es consistente con la estrategia del Banco en el país, dado su propósito de mejorar la calidad de los servicios básicos de salud, a través del establecimiento de distintas modalidades de defensa de los usuarios de los planes privados de salud.

II. ANTECEDENTES

A. El sector salud en Brasil

- 2.1 El sector salud brasileño, como se define en la Constitución de 1988, está compuesto básicamente por dos pilares: **el Sistema Único de Salud (SUS) y el Sistema de Medicina Suplementaria (SMS)**. En 1998, estos dos sistemas de salud cubrían alrededor de 90% de la población brasileña y se estimaba que el 10% restante no tenía ninguna cobertura.
- 2.2 El **SUS** está integrado por la red pública de establecimientos de salud y por los establecimientos privados financiados por el sector público que prestan servicios a los usuarios del mismo. Este sistema descentralizado, administrado por los Estados y Municipios, es universal y gratuito, ya que todos los ciudadanos brasileños tienen por ley federal, el acceso garantizado a la asistencia médica. Las estimaciones existentes en 1998, indicaban que el SUS cubría 98 millones de personas (62% de la población brasileña).
- 2.3 Por su parte, se estima que el **SMS** cubría en el año de 1998 alrededor de 45 millones de personas (28% de la población brasileña)¹, estando compuesto por 1,9 mil de las EOP, con un gasto estimado en US\$16 mil millones por año². Muchas de estas empresas tienen sus propios servicios de salud, mientras que otras solamente compran servicios de terceros, donde se incluyen los hospitales privados y algunos establecimientos públicos y hospitales universitarios. Como el SUS no exige exclusividad en la prestación de servicios en los establecimientos

¹ Los datos sobre cobertura del SMS han sido estimados por la empresa consultora Towers, Terrin Foster & Crosby. Estimaciones indirectas basadas en encuestas recientes realizadas por el Departamento de Salud Suplementaria del Ministerio de Salud muestran que la cobertura podrá ser menor (entre 37,5 y 40 millones de personas).

² Comparados con los datos de 1995, se observa que los gastos de salud del SMS se duplicaron entre 1995 y 1998, mientras que el crecimiento de la población usuaria aumentó solamente 25%. Se estima que los gastos percapita del SMS aumentaron de US\$275 para US\$442, indicando un aumento en los precios o el incremento en el conjunto de prestaciones a ser cubiertas por los planes privados de salud.

contratados, muchos hospitales y unidades de salud que prestan servicios al SMS también lo hacen al SUS. Asimismo, los contratos entre el SMS y los proveedores privados de servicios de salud, en lo que se refiere a los precios, tablas de reembolso y condiciones contractuales son más ventajosos que los garantizados por el SUS, lo que genera grandes discrepancias entre los niveles de calidad de la atención entre la clientela del SUS y la del SMS.

B. Estructura y dinámica del Mercado de Planes Privados de Salud

2.4 Las principales estructuras que integran el SMS tuvieron su origen al fin de la década de 1950. La expansión del sector fue lenta al principio y se generó con la incorporación progresiva de los empleados de las empresas públicas y privadas (especialmente internacionales), así como de las familias de mayor ingreso. Hasta 1988 el sistema público de salud de la seguridad social cubría solamente la población contribuyente, formada en su mayoría por los empleados del mercado formal de trabajo y sus familias, lo que generaba una demanda residual para la expansión del mercado de salud suplementaria. Esta estructura se fortaleció a partir de 1976, cuando todas las empresas privadas pasaron a tener la opción de organizar sus propios servicios de salud o contratar servicios de terceros, financiados a través de la recuperación de parte de los recursos con que contribuían a la seguridad social.

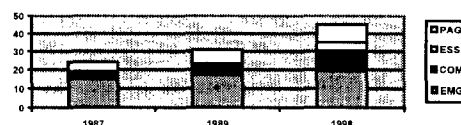
2.5 El SMS está compuesto por cuatro segmentos básicos: las Empresas de Medicina de Grupo (EMG), las Cooperativas Médicas (COM), las Empresas de Seguro Salud (ESS) y los Planos de Autogestión (PAG) de las empresas. El cuadro II-1 muestra la distribución de la clientela y de la facturación del sector según los distintos segmentos.

Cuadro II-1
Distribución de la Clientela y de la Facturación del
SMS – Brasil: 1998

Segmentos del SMS	Clientela		Facturación	
	Usuarios	%	US\$ bi	%
EMG	19,3	43	4,0	25
COM	11,2	25	3,8	24
ESS	4,5	10	3,3	20
PAG	10,0	22	5,0	31
TOTAL	45,0	100	16,1	100

OBS: Clientela en millones y facturación en billones

Evolución del SMS: 1987-1998



2.6 Las EMG funcionan bajo distintas modalidades de contratos remunerados a través de valores prepagados, con coberturas diferenciadas según el tipo de plan, representan el mayor de los segmentos de mercado del SMS, con 43% de la clientela y 25% de la facturación bruta del sistema. Dicho segmento, aumentó su participación absoluta desde 15 a 19 millones de usuarios entre 1987 y 1998, pero su participación relativa en el mercado del SMS se redujo desde el 62% a un 43% en el mismo período. Actualmente, este segmento tiende a estar concentrado en los grandes centros urbanos, enfrentando algunos problemas debido a la saturación de la demanda de las empresas y la clase media.

- 2.7 Las COM han presentado un aumento mayor en su participación. Su cobertura pasó de 3,5 para 11,7 millones de personas entre 1987 y 1998 relativa en el SMS, aumentó de 14% para 24%. Las cooperativas médicas en Brasil, se basan en el modelo desarrollado en los años sesenta y funcionan a través de una red de médicos organizada para prestar servicios en consultorios y hospitales conveniados. Es un modelo que presenta menos opciones de planes de salud y ofrece un costo menor que el practicado por las EMG, aunque utilice el mismo sistema de financiamiento a través de valores prepagados.
- 2.8 Las ESS provee modalidades de libre elección para sus afiliados. En general, no están estructuradas como empresas médicas y se ubican en el segmento financiero (bancos, empresas de seguro, etc.). Algunas EMG recién han ingresado en la modalidad de seguro. Dos tercios de este mercado, están compuestos por seguros tradicionales (modalidad de "indemnity") y un tercio esta compuesto por productos híbridos entre seguros y planes. El mercado es relativamente selectivo, no pasando del 4,5 millones de personas cubiertas (10% del universo de los afiliados a las EMG). Asimismo, presentó fuerte expansión ya que en 1987 sólo cubría 0,7 millones de personas. En general, funcionan con valores estimados según perfiles de riesgo de individuos o grupos familiares y simplemente reembolsan los gastos incurridos en salud después de comprobados.
- 2.9 El PAG agrupa el conjunto de empleados de empresas que organizan sus propios servicios de salud, o bien contratan terceros para administrar un plan de salud exclusivo para su clientela. En general, se trata de empresas estatales, privadas internacionales o nacionales de tamaño mayor. Las empresas estatales abarcan más de dos tercios de los usuarios del segmento PAG. Esta modalidad ha crecido como resultado de la necesidad de administrar los altos costos del sector, aunque su gerencia no se ha caracterizado como muy profesional. El financiamiento se da a través de cuotas salariales o mediante sistemas de reembolso de gastos al empleado (conocido como pos pago). Dicho segmento, aumentó el número de asegurados de 7,5 para 10,0 millones entre 1987 y 1998, y su participación relativa es próxima al 22% del total de inscritos al SMS.

C. Principales problemas del SMS en Brasil

- 2.10 El SMS creció en Brasil con poca regulación. La legislación básica que reguló el sector hasta los años noventa fue el Decreto Ley 73, de 1966, que disponía sobre el Sistema Nacional de Seguros, haciendo referencia a las actividades de comercialización de planes de salud³. Dicha legislación, no incorporaba los segmentos sin fines de lucro, como las cooperativas médicas, que tenían su regulación vinculada al Ministerio de Agricultura. Desde mediados de los años ochenta, el Ministerio de Hacienda empezó a formular medidas legales para definir las reglas de operación de los planos y seguros de salud para la apertura del mercado al capital externo. Este proceso se extendió lentamente hasta fines de los años noventa, cuando el gobierno comenzó a formular una serie de medidas

³ Dicha Ley, atribuyó a la Superintendencia de Seguros Privados (SUSEP) del Ministerio de Hacienda el papel de regular, entre todos los seguros, los seguros privados de salud.

provisorias que definen los lineamientos generales del actual marco regulador del sistema. En consecuencia, el sector presenta muchos problemas que demandan la rápida implementación del marco regulador recién definido, dificultades que se detallan en los puntos específicos de la regulación del sector, en lo que se refiere a la producción y diseminación de informaciones, incentivos para mejorar la competitividad y la calidad y estrategias para aumentar la cobertura del sistema y proteger el consumidor de planes y seguros de salud.

- 2.11 *Producción y Diseminación de Informaciones:* Actualmente el SMS no es transparente, en la medida en que no hay información precisa relacionada al número de usuarios, a los costos del sistema de la adecuación de los contratos, en términos de cobertura y calidad de las prestaciones, al número de entidades que ofrecen planes de salud, a la solvencia de estas instituciones y a la calificación del personal que administra los planes de salud. La ausencia sistemática de dichos datos han impedido una adecuada fiscalización pública y acompañamiento de los contratos y, además genera fuerte asimetría de información entre las EOP y su clientela y entre los segmentos de usuarios de mayor y menor ingreso, perjudicando la competitividad del mercado de planes de salud.
- 2.12 *Incentivos para Mejorar la Competitividad, Calidad y Cobertura:* La ausencia de una adecuada regulación del SMS ha perjudicado también el pleno desarrollo de la competencia en el sistema. Con excepción de parte de las ESS, que tienen su regulación vinculada a los mercados financieros, no hay para los demás segmentos ninguna regla que defina los requisitos mínimos para crear una empresa que opere en el sector u otros requisitos como un plan de cuentas unificado, formas de presentación de balances, estrategias sectoriales, estandarización de los planes y servicios a ser cubiertos, estándares mínimos de calidad y cobertura y garantías de continuidad de la prestación. Por estos motivos, el mercado funciona bajo gran incertidumbre y volatilidad, lo que aumenta el riesgo especulativo en el sector y reduce la posibilidad de supervivencia de las empresas mejor estructuradas.
- 2.13 *Protección del Consumidor:* En los años noventa, el país promulgó el nuevo Código de Defensa del Consumidor, que mezcla el uso de la justicia de pequeñas causas con la acción organizada de los grupos de defensa del consumidor. Este sistema, aunque eficiente en el registro de reclamos ha sido poco eficaz en la solución de los problemas planteados por los consumidores de planes de salud. Los datos muestran que la insatisfacción con el sistema es muy elevada⁴.

D. La nueva regulación del SMS

- 2.14 Para resolver los problemas planteados, el gobierno brasileño, a través de los Ministerios de Salud y de Hacienda, comenzó desde 1993 a tramitar en el Senado proyectos específicos para la reglamentación de los planes privados de salud. El cuadro II-2, muestra la cronología de este proceso, que culmina con la aprobación

⁴ Tabulaciones especiales de datos del PROCON de la ciudad de São Paulo en 1994, muestran que ocurrieron en aquel año 20.132 reclamos contra el SMS, de los cuales 72% están relacionados al aumento abusivo de los precios de las mensualidades, 24% al incumplimiento de cláusulas contractuales y 4% a negativas de autorización para realizar servicios solicitados.

de la Ley 9656/98, de 1998, la cual establece los lineamientos del nuevo modelo de regulación de dichos planes, y con la medida provisoria número 1928, de noviembre de 1999, que crea la ANS.

- 2.15 Entre la aprobación de la Ley 9656/98 y la creación de la ANS se produjo un proceso de fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud, con la creación de un Departamento de Salud Suplementaria, de la Cámara de Salud Suplementaria y del CONSU. Este último es un consejo compuesto por representantes de tres Ministerios (Salud, Hacienda y Justicia) que tienen como atribución proponer y aprobar normas de avance del proceso de reglamentación del SMS. Durante este período, el CONSU actuó a través de la emisión de normas para instituir los mecanismos de recuperación de los gastos del SUS con usuarios del SMS y para reglamentar algunos puntos de la Ley 9656/98, permitiendo el mejor funcionamiento del sistema.

Cuadro II-2
Cronología de la Nueva Reglamentación de
Planes Privados de Salud en Brasil

1993 – Inicia el trámite de proyectos en el senado vinculados a la ampliación de cobertura y al resarcimiento financiero de planes al sector público.

1997 – Constitución de una Comisión Especial para la votación de la Ley de Reglamentación de los Planes Privados de Salud en la Cámara Federal.

1998 – Aprobación de la Ley 9656/98 de Reglamentación por el Congreso, atribuyendo al Ministerio de Salud la responsabilidad por la regulación del SMS. Fue creado en el Ministerio de Salud el Departamento de Salud Suplementaria y el Consejo Nacional de Salud Suplementaria (CONSU).

1999 – Emisión de la Medida Provisoria 1928, del 25 de noviembre, que crea la ANS

- 2.16 Con la Medida Provisoria 1928⁵, que crea la ANS fue definida la estructura final propuesta para el funcionamiento del SMS, el cual pasa a ser compuesto por el CONSU, la ANS y las operadoras de planes de salud. El Departamento de Salud Suplementaria del Ministerio de Salud se extingue. El CONSU amplía su composición, pasando a incluir, además de representantes de los Ministerios de la Salud, Hacienda y Justicia, representantes de la Casa Civil de la Presidencia de la República y del Ministerio de Presupuesto y Gestión. También fue creado, en el ámbito del Ministerio de Salud, la Cámara de Salud Suplementaria, en carácter consultivo, compuesta por representantes del Consejo Nacional de los Secretarios Estatales de Salud, (CONASS), del Consejo Nacional de los Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS), de las organizaciones de usuarios de planes de salud, de los prestadores de servicios para las operadoras de planes de salud y de las operadoras de planes. La SAS del Ministerio de Salud pasa a desempeñar el papel de Secretaría Ejecutiva del CONSU.

⁵

Las medidas provisionales son instrumentos legales facultados al Ejecutivo Nacional en Brasil, por medio de los cuales el gobierno puede aprobar materia legislativa antes que el Congreso se pronuncie formalmente sobre el tema. El Congreso tiene el plazo de 30 días para pronunciarse sobre dichas medidas. Caso no se pronuncie, el gobierno puede reeditar dicha materia en otra Medida Provisoria, hasta que haga un pronunciamiento final del Congreso sobre el tema.

- 2.17 La ANS pasará a ser el órgano ejecutivo del SMS y tendrá una administración independiente. Será financiada a través de la captación de una tasa de fiscalización del sector, además de los ingresos provenientes de multas, registros, emolumentos, etc. Asumirá en el sector salud las funciones actualmente ejercidas por el Departamento de Salud Suplementaria y por la Superintendencia de Seguros Privados del Ministerio de Hacienda y tendrá, además, las tareas de: (i) editar normas y fiscalizar su cumplimiento siguiendo las resoluciones generales del CONSU; (ii) fomentar el desarrollo del sector, a través de la captación y disseminación de informaciones sobre la operación del sector; (iii) evaluar y fiscalizar la cobertura y la calidad de la atención médica brindada por los planes de salud; (iv) evaluar la solvencia financiera y riesgo de las EOP y proponer las medidas necesarias para corregir situaciones que representen amenaza de perjuicios financieros para los asegurados; (v) elaborar informes técnicos; (vi) fomentar estrategias de acreditación de EOP y desarrollo de recursos humanos especializados en la gerencia y operación del sector; (vii) apoyar al funcionamiento de las operadoras cuidando del mantenimiento del libre mercado y de la defensa del consumidor en el sector, y; (viii) promover la integración con el sector público en las áreas afines.
- 2.18 El nuevo marco regulatorio del SMS contribuirá a resolver los principales problemas del sector, produciendo y disseminando informaciones para los usuarios de planes de salud, estableciendo las reglas básicas para mejorar la competencia y fortaleciendo los instrumentos de defensa del consumidor. Además dicha regulación permitirá eliminar el subsidio cruzado del SUS a las EOP, permitiendo la recuperación de costos de los servicios públicos utilizados por estas empresas.
- 2.19 Aunque el esfuerzo de implementar la nueva estructura del SMS será coordinado por el Ministerio de Salud, dependerá también de otros organismos como el Ministerio de Justicia y de la SUSEP. Además, dependerá de la movilización de recursos para implementar el proceso de regulación y fortalecer institucionalmente las EOP para que funcionen en reglas más transparentes y competitivas bajo el nuevo modelo de regulación. El Ministerio de Salud de Brasil solicitó apoyo financiero para este proceso a través de dos líneas operativas: a) la utilización de fondos del proyecto REFORSUS para el financiamiento de la implementación del nuevo marco regulatorio y de la ANS; b) la elaboración de una operación FOMIN para financiar las tareas iniciales relacionadas con la acreditación de EOP; la comunicación social del nuevo modelo; el diseño de la tecnología de información de la ANS y al fortalecimiento institucional de las EOP de planes y entidades de defensa del consumidor. La presente operación se propone atender la solicitud relacionada al literal b) de este párrafo.

III. OBJETIVOS Y DESCRIPCION DEL PROGRAMA

A. Objetivos

- 3.1 El objetivo general del Programa es apoyar la implementación de un nuevo marco regulatorio para los planes privados de salud en Brasil y financiar las actividades iniciales para la implantación de la ANS, con miras a aumentar la competitividad y la eficiencia del sistema de salud privado en Brasil.
- 3.2 Los objetivos específicos del programa son: (i) apoyar la implementación de actividades imprescindibles al proceso de regulación, que permitan aumentar la competitividad y eficiencia del mercado de planes privados de salud, promoviendo mayor transparencia en el flujo de informaciones a usuarios y empresas, estimulando la creación de entidades de acreditación de EOP; (ii) institucionalizar la relación entre las EOP y instituciones de defensa del consumidor, creando herramientas de apoyo y sistemas de información para estas entidades y fortaleciendo institucionalmente sus estructuras de gestión, y; (iii) aumentar el grado de entendimiento y aceptación de la nueva regulación entre la sociedad y los agentes involucrados, a través de estrategias de comunicación social y realización de eventos técnicos que permitan la incorporación de experiencias internacionales exitosas.

B. Componentes del programa

- 3.3 El programa se presenta en tres componentes: (i) fortalecimiento institucional de la ANS; (ii) fortalecimiento institucional de las EOP e instituciones de defensa del consumidor, y; (iii) capacitación técnica, promoción y diseminación del nuevo marco regulatorio. Las actividades a ser financiadas con recursos del programa incluyen la provisión de asistencia técnica especializada mediante la contratación de servicios de consultoría a corto y largo plazo, la realización de seminarios internacionales y nacionales de capacitación de cuadros técnicos y difusión del nuevo modelo; la edición y publicación de materiales en medios impresos y magnéticos relacionados a normas técnicas y reglamentos para el sector; el desarrollo de "software" y compra de equipos de informática y tecnología de información y actividades de entrenamiento y capacitación de personal para la ANS.

1. Componente A: Fortalecimiento institucional de la ANS

- 3.4 A través de este componente, se pretende lograr los siguientes objetivos específicos: (i) construir estándares mínimos para habilitar y evaluar las EOP; (ii) desarrollar modelos y estimular la creación de instituciones de acreditación de EOP, y; (iii) elaborar un plan estratégico de tecnología de información para la ANS.
- 3.5 Las actividades relacionadas al primer objetivo de este componente prevén financiar consultorías para: a) sistematizar el conocimiento sobre las relaciones contractuales entre EOP, prestadores de servicios y profesionales de salud (incluyendo lecciones de la experiencia internacional); b) elaborar un sistema de

registro oficial y un catastro básico de planes de salud que contemple padrones para habilitación de operadoras y indicadores de resultados para la futura evaluación de los planes, así como un cronograma para poner dicho sistema en vigencia; c) evaluar la efectividad de los actuales mecanismos de auditoría médica utilizados en el SMS y proponer nuevos mecanismos teniendo en cuenta las condiciones mínimas de garantía de calidad para el mercado consumidor y medidas especiales para rendición de cuentas durante los períodos de carencia. El producto de dichas consultorías será el sistema de registro de planes de salud y un manual, en versión impresa y electrónica (para la “web page” de la agencia), conteniendo los lineamientos generales del proceso de habilitación de las EOP.

- 3.6 Las actividades relacionadas al segundo objetivo de este componente prevén financiar consultorías para la definición de un modelo piloto de acreditación de planes de seguro y asistencia a la salud, de la aplicación de este instrumento en una muestra de las EOP (por lo menos 50 empresas con estudios de caso control) y de la elaboración final de un manual de acreditación de planes de salud y el diseño de la estructura modelo para una organización para acreditación de planes de salud.
- 3.7 Las actividades relacionadas al tercer objetivo de este componente prevén financiar consultorías especializadas para definir el modelo lógico del sistema de información de la ANS, planear las necesidades de equipamientos en la red, elaborar términos de referencia para el diseño lógico y la solución de tecnología de información a ser utilizada y elaborar los términos de referencia para el desarrollo de “software” y compra de servicios relacionados a la red local y remota (“intranet” e “internet”).

2. Componente B: Fortalecimiento institucional de las EOP e Instituciones de defensa del consumidor

- 3.8 A través de este componente se pretende lograr los siguientes objetivos específicos: a) desarrollar un “software” para mejorar la eficiencia administrativa y obtener y guardar informaciones de las operadoras de planes privados de salud; b) desarrollar un “software” para apoyar los establecimientos que prestan servicios a las EOP; c) fortalecer las instancias de defensa del consumidor; d) desarrollar un modelo para determinar costos en los planes de salud basados en criterios epidemiológicos y actuariales para el SMS.
- 3.9 Las actividades relacionadas al primer objetivo de este componente prevén financiar consultorías, desarrollo de “software” y programas de capacitación para: (i) definir un plan de cuentas tipo padrón para las EOP; (ii) crear un “software” para la aplicación de este plan de cuentas de fácil utilización por las EOP de cualquier tamaño; realizar el entrenamiento para la implantación de este plan de cuentas y del “software” respectivo en las EOP; (iii) crear un sistema de servicio de ayuda telefónica para apoyar las EOP en la implantación del plan de cuentas, y; (iv) crear una red de comunicación de datos entre las EOP y la ANS para el envío “on line” de la información recolectada.
- 3.10 Las actividades relacionadas al segundo objetivo de este componente prevén financiar consultorías, desarrollo de “software” y programas de capacitación para:

(i) establecer los padrones de información contable y epidemiológica que serán necesarios para el adecuado funcionamiento de las EOP; (ii) desarrollar “software” para el registro, captura y envío de dichas informaciones a las EOP; (iii) desarrollar mecanismos (internos y externos a la ANS) para que todos los establecimientos prestadores puedan tener acceso al uso de este “software” y propiciando también el entrenamiento y capacitación técnica, a través de mecanismos de educación a distancia.

- 3.11 Las actividades relacionadas al tercer objetivo de este componente prevén financiar consultorías, desarrollo de “software” y programas de capacitación para: (i) definir un modelo nacional (en bases regionales) de registro de reclamos, procesos y penalidades aplicadas, que posibiliten alimentar el sistema de evaluación de las EOP; (ii) establecer una red de comunicación de datos entre la ANS y los órganos de comunicación y defensa del consumidor, en ambiente seguro que posibilite alimentar dicho registro. Esta actividad se desarrollará como piloto en São Paulo, siendo aplicado posteriormente en los demás estados de la federación.
- 3.12 Las actividades relacionadas al cuarto objetivo prevén financiar consultorías, desarrollo de “software” y programas de capacitación para elaborar un modelo actuarial de determinación de costos de los planes de salud, con base en los factores de riesgo demográficos, sociales, ambientales, laborales y epidemiológicos de las EOP. La ANS prevé aplicar este modelo en una muestra de 50 empresas que voluntariamente se dispongan a validar su utilización entre las distintas operadoras.

3. Componente C: Capacitación técnica, promoción y disseminación

- 3.13 A través de este componente, se pretende lograr los siguientes objetivos específicos: a) aumentar la capacitación técnica de la ANS a través de la realización de un ciclo de seminarios internacionales y de políticas de intercambio sobre regulación de los planes privados de salud; b) realizar actividades de promoción y divulgación de las funciones de la ANS entre consumidores y EOP y de sensibilización social de los derechos de los usuarios y de las empresas que contratan planes del SMS.
- 3.14 Las actividades relacionadas al primer objetivo consisten en financiar: (i) la realización de un seminario internacional sobre la regulación de planes de salud, contando con la presencia de especialistas brasileños y del exterior, sobre los roles de la ANS, el contenido de la regulación, la relación a ser establecida entre los agentes involucrados; (ii) la realización de cuatro seminarios regionales sobre la regulación de planes privados de salud destacando los aspectos mencionados anteriormente con miras a adaptar la nueva estrategia de regulación a la realidad de cada una de las regiones del país; (iii) consultorías e intercambio entre técnicos brasileños e internacionales sobre temas críticos relacionados a la regulación de planes privados de salud, y; (iv) crear una línea de producción y disseminación de documentos e informaciones sobre temas críticos relacionados a la eficiencia, eficacia y protección social del sector, estimulando el dialogo y la búsqueda de soluciones y el consenso entre los agentes interesados en el buen funcionamiento del sector, asociaciones de defensa del consumidor, universidades, la EOP, etc.

- 3.15 Las actividades asociadas al segundo objetivo consisten en financiar: (i) la producción de material impreso para su inmediata divulgación entre los usuarios de planes de salud de las operadoras en el mercado; (ii) la actualización, edición y publicación de las Guías de los Derechos del Consumidor de Seguros y Planes de Salud (edición del año 2000), y; (iii) la realización de eventos y actividades de promoción y sensibilización acerca de la creación de la ASN, de sus competencias y de los nuevos derechos del consumidor y de los mecanismos para validarlos.

IV. EJECUCION DEL PROGRAMA

C. Agente ejecutor

- 4.1 El Programa será ejecutado por la ANS a través de la UCP. Dicha Unidad actuará conforme las pautas operacionales establecidas en el manual operativo del programa.

D. Plazo de ejecución y fondo rotatorio

- 4.2 El programa tendrá un periodo de ejecución de 24 meses y de 30 meses para el desembolso. El fondo rotatorio será del 5%.

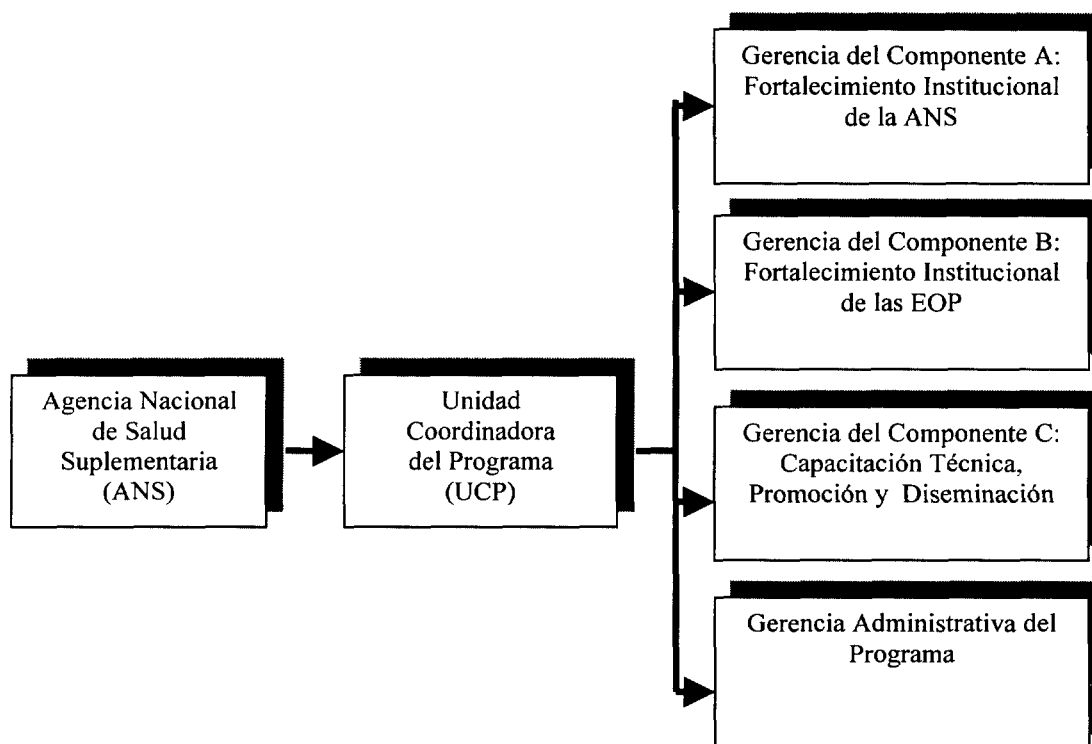
C. Coordinación

- 4.3 Como órgano máximo de coordinación del programa le corresponderá a la ANS asumir la representación oficial de éste, supervisar las actividades de la UCP, aprobar los planes operativos, presupuestos e informes que ésta elabore, y designar y remover su coordinador general.
- 4.4 La UCP será responsable de la puesta en marcha y de la gestión administrativa del Programa, así como de mantener la relación con el Banco cuanto a aspectos técnicos, operativos, contables y contractuales del Programa. La UCP también se encargará de canalizar la información producida por el programa al BID y brindará apoyo técnico y supervisión a las empresas consultoras y otras entidades a ser contratadas para la ejecución del programa.
- 4.5 La UCP estará integrada por 7 personas: un coordinador general (economista, médico o administrador), con comprobada experiencia de actuación en el mercado de planes privados de salud; un especialista en desarrollo institucional y/o análisis de sistemas para coordinar las actividades a ser desarrolladas en el componente A; un economista o administrador con conocimientos de sistemas de información y alguno conocimiento en el mercado de planes privados de salud, para actuar como coordinador del componente B; un abogado o comunicador social, con experiencia en derecho comercial, derecho del consumidor, director de empresas o áreas similares, que tenga una experiencia previa con las tareas de intermediar y mejorar la comunicación entre empresas y consumidores para coordinar las tareas a ser

desarrolladas en el componente C. Se espera que estos profesionales se integren al cuerpo técnico de la ANS al fin del proyecto⁶.

- 4.6 Además, será contratado un contador o administrador, con experiencia en ejecución de proyectos para los organismos internacionales, con responsabilidad de producir los estados de gasto financiero, conducir y documentar los procesos de licitación y listas cortas de empresas consultoras, preparar y encaminar informes de avance del programa para el BID y mantener los archivos del proyecto. Se prevé también la contratación de dos asistentes administrativos. Los términos de referencia especificando las funciones a ser desempeñadas por estos profesionales están detallados en el manual operativo del programa. La estructura de funcionamiento de la UCP puede ser vista en el cuadro IV-1.

Cuadro IV - 1
Estructura Operativa del Programa



D. Estado de preparación del programa

- 4.7 El diseño, presupuesto y las actividades contempladas en el Programa han sido desarrolladas conjuntamente entre el equipo de preparación del proyecto, compuesto por técnicos de la Secretaria de Inversión y del Departamento de Salud Suplementaria del Ministerio de Salud y el equipo de técnicos y consultores del

⁶ Se acepta la posibilidad de que las funciones de los cuadro coordinadores mencionados puedan ser ejercidas por los gerentes de la ANS, ya que las actividades de dicha cooperación técnica son parte integrante de las funciones que serán ejercidas por la Agencia en sus primeros años.

BID. Los términos de referencia para los estudios y demás actividades fueron preparados por la unidad de preparación del proyecto del país, y se encuentran en los archivos técnicos del programa en la División de Programas Sociales (SO1), bajo el título de "Proyecto de Cooperación Técnica FOMIN", presentado por el Ministerio de Salud. La versión revisada, con los comentarios del Banco, de éstos archivos técnicos serán incorporados en el Manual Operativo del Programa (MO).

- 4.8 Cabe señalar que: (i) el MO se encuentra en desarrollo por el equipo de preparación del proyecto, y; (ii) la decisión gubernamental y promulgación de la medida provisoria para la creación de la ANS fueron realizadas.

V. COSTOS Y FINANCIAMIENTO

- 5.1 El costo total estimado del programa asciende a US\$3,1 millones de los cuales, US\$1,55 millón serán financiados con una contribución no reembolsable del FOMIN y US\$1,55 millón con recursos de contrapartida nacional en moneda local. La mitad de los recursos de la contrapartida local serán en efectivo. El presupuesto del programa se encuentra en el cuadro V-1. Los archivos técnicos contienen una especificación de los costos incurridos en cada una de las actividades a ser financiadas por el Programa.

Cuadro V-1
Presupuesto Consolidado por Componentes (En US\$ miles)

COMPONENTES Y CATEGORIAS DE GASTO	FOMIN BID	APORTE LOCAL	TOTAL	%
1. Unidad Coordinadora del Programa		453	453	14,6
a) Servicios de Consultoría		398	398	
b) Pasajes y Viáticos		38	38	
c) Equipamiento Básico		12	12	
d) Gastos de Mantenimiento		5	5	
2. Componente A: Fortalecimiento Institucional de la ANS	423	423	846	27,3
a) Servicios de Consultoría	423	423	846	
3. Componente B: Fortalecimiento Institucional de las EOP e Instituciones del Consumidor	632	403	1.035	33,4
a) Servicios de Consultoría		403	403	
b) Desarrollo de "software"	434		434	
c) Capacitación y Entrenamiento	125		125	
d) Equipamientos	73		73	
4. Componente C: Capacitación Técnica, Promoción y Comunicación Social	429	233	662	21,4
a) Servicios de Consultoría	417		417	
b) Seminarios		233	233	
c) Material Impreso	12		12	
SUBTOTAL	1.484	1.512	2.996	96,7
5. Evaluación	60	20	80	2,6
6. Auditoria Externa	6	18	24	0,7
TOTAL	1.550	1.550	3.100	100,0

VI. BENEFICIOS Y RIESGOS

A. Beneficios

6.1 Los principales beneficios del proyecto son:

- a. Para los usuarios de planes privados de salud, mejorar la atención propiciada por el SMS en lo que se refiere a la cobertura y calidad del sistema y garantizando los derechos de los consumidores a través del fortalecimiento de las instancias para encaminar reclamos y acciones judiciales;
- b. Para las empresas, establecer reglas claras y transparentes de funcionamiento del mercado de planes privados de salud, reduciendo la volatilidad, estableciendo incentivos alineados con la eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones y estableciendo una perspectiva más sólida para inversiones a largo plazo en el sector;
- c. Para el gobierno, la posibilidad de crear una frontera transparente entre las acciones y la clientela cubiertas por los sistemas público y privado suplementario, reduciendo los subsidios cruzados regresivos del SUS y al SMS y mejorando las perspectivas de focalización del SUS para los grupos con menor capacidad de pago.

6.2 La continuidad del proceso de implantación de la nueva regulación va más allá de la presente cooperación técnica, ya que tanto la ANS como las EOP necesitarán de nuevas inversiones futuras para poner en marcha los parámetros establecidos por la nueva legislación. Para dar continuidad a dicha cooperación técnica, el país solicitó al Banco un préstamo (proyecto BR-0325), el cual será procesado una vez concluida la presente operación FOMIN. La nueva operación de crédito prevista deberá tener, entre otros objetivos, el financiamiento de tareas esenciales para completar la implantación de la ANS, identificadas por la presente cooperación técnica, y la propuesta de una línea de crédito para EOP que necesiten de recursos para configurarse de acuerdo con los lineamientos de la nueva regulación.

B. Riesgos

6.3 Los riesgos del programa están relacionados:

- a. Al proceso de aprobación definitiva de la estructura de la ANS por el Congreso Nacional. El riesgo de que dicha aprobación no ocurra es mínimo ya que el Gobierno Federal y la mayoría de las Bancadas y los actores involucrados en el proceso de regulación del SMS tienen como consenso la necesidad de la ANS como órgano que disciplinará las relaciones atinentes al sector.
- b. Al grado de independencia de la ANS, que es una Agencia independiente de derecho público con presupuesto propio, obtenido a través de una tasa aplicada al valor de los planes privados de salud y recogida por las EOP, con estructura

de personal independiente y con su dirección nombrada por el Presidente de la República.

- c. A la heterogeneidad del cuadro nacional en relación a la estructura y funcionamiento del SMS y la capacidad de las EOP de adaptarse a la nueva regulación en vigencia. Para minimizar este riesgo, la estructura de la ANS contará con unidades regionales que podrán cumplir funciones especiales según la naturaleza de los problemas que se plantearán en cada Estado o región. La presente operación podrá ayudar a definir la estructura de dichas unidades.

VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

- 7.1 La UCP presentará al BID los informes de avance y ejecución presupuestaria semestrales, dentro de los 30 días siguientes a cada semestre. Dichos informes deben entenderse como una herramienta de gestión para controlar y instrumentar decisiones para intervenir correctivamente en la marcha del Programa, siempre cuando necesario. Los informes de avance deberán abordar los siguientes aspectos: (i) identificación y análisis de problemas, imprevistos surgidos durante la ejecución; (ii) justificación de las actividades realizadas y comprobación del cumplimiento de los plazos, y; (iii) verificación de la oportunidad, cantidad y calidad de los resultados obtenidos.
- 7.2 Se ha previsto la contratación de una consultoría para el diseño metodológico de la evaluación del Programa, así como la realización de un estudio de línea de base, al inicio del programa, de una evaluación de medio plazo a los 12 meses a partir del primer desembolso y una evaluación de impacto, a ser realizada tres meses después de finalizada la ejecución del Programa. Los indicadores de desempeño a ser evaluados aparecen en el Anexo VI.1.
- 7.3 El estudio de línea de base y las evaluaciones de medio plazo y de impacto del programa deberán medir entre otros, los siguientes indicadores: (i) el grado de conocimiento entre los usuarios de planes de salud en relación a sus derechos asegurados por la nueva regulación propuesta y su grado de satisfacción con los planes de salud; (ii) el porcentaje de las EOP vinculadas al SMS que se encuentran adaptadas a la legislación propuesta y que se encuentran utilizando los instrumentos desarrollados por el Programa, tales como el Plan de Cuentas, “software” y otros; (iii) el porcentaje de instituciones prestando regularmente las informaciones requeridas por la ANS y la calidad de dichas informaciones, y; (iv) el funcionamiento en carácter piloto de los mecanismos de acreditación de las EOP. Los términos de referencia para la evaluación de impacto serán preparados por la UCP y deberán contar con la aprobación del BID.

VIII. EXCEPCIÓN A LAS POLÍTICAS DEL BANCO

- 8.1 No hay excepciones previstas a las políticas del Banco.

IX. CONDICIONES CONTRACTUALES ESPECIALES

- 9.1 Las condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso son: (i) la puesta en vigencia del manual operativo del programa, editado de acuerdo a versión previamente acordada con el Banco; (ii) la adopción de las medidas legales necesarias para que se inicien las actividades de la ANS, y (iii) la creación de la UCP por resolución interna de la ANS.

X. IMPACTO AMBIENTAL Y SOCIAL

- 10.1 El abstracto de esta operación, así como el Memorándum de Elegibilidad respectivo fueron considerados por el Comité de Medio Ambiente e Impacto Social (CESI) el 29 de enero de 1999, siendo aprobado sin ninguna recomendación específica.

MARCO LOGICO

PROGRAMA DE REGLAMENTACIÓN DE PLANES PRIVADOS DE ASISTENCIA A LA SALUD: BRASIL – 2000

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>ayar la implantación de las bases cas y operativas de la nueva lación de planes privados de l en Brasil.</p>	<p>Al final del programa, se espera que el 50% de las empresas (o el equivalente a 75% de la población usuaria) de planes de salud deberá estar produciendo y encaminando informaciones a la ANS en conformidad con los instrumentos desarrollados por la presente cooperación técnica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Censo de las empresas y de la población usuaria de planes privados de salud. (para el conocimiento exacto del número de empresas y usuarios). • Registros Administrativos de la ANS (Catastro Básico de Planes Privados de Salud). 	<ul style="list-style-type: none"> • ANS implantada y en funcionamiento, con planta c personal contratado e infraestructura física; • Censo de las empresas y de l población usuaria de planes privados de salud realizado c fondos del proyecto REFOR
<p>OPÓSITO</p> <p>mentar la competitividad y encia del mercado de planes dos de salud, promoviendo or transparencia en el flujo de maciones entre usuarios y esas.</p>	<p>Al final del programa el nivel de conocimiento de los usuarios sobre el mercado de planes privados y su capacidad de elección deberá haber aumentado. La asimetría de información entre los usuarios deberá bajar.</p>	<p>Realización de dos encuestas por muestreo vinculado al conocimiento de los usuarios sobre el mercado de planes privados de salud: una al inicio del programa (línea de base) y otra al final, utilizando la misma metodología.</p>	<p>Contratación de una empresa para realizar dicha encuesta bajo el presupuesto de “evaluación del proyecto” (ver presupuesto consolidado).</p>

MARCO LOGICO

PROGRAMA DE REGLAMENTACIÓN DE PLANES PRIVADOS DE ASISTENCIA A LA SALUD: BRASIL – 2000

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
COMPONENTES	PRODUCTOS ESPERADOS		
Fortalecimiento institucional de la ANS	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Registro y Catastro Básico de Planes Privados de Salud desarrollado, testado e implantado. • Manual de Acreditación de EOP y Modelo de Agencia de Acreditación de Planes Privados de Salud desarrollados, e implementados en una muestra representativa de la EOP. • Modelo Lógico de sistema de información de la ANS desarrollado. 	Informes semestrales de la UCP al Banco y auditoría del Programa;	Manual Operativo aprobado y vigencia;
Fortalecimiento institucional de las EOP e instituciones de Defensa del Consumidor	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de cuentas de las EOP y “software” correspondiente desarrollado, probado e implantado. • Red de comunicación de datos entre las EOP y la ANS y sistema de servicio de ayuda telefónica a las EOP desarrollados e implantados. • Requerimientos mínimos de los sistemas de información de establecimientos prestadores para las EOP y “software” para registro y envío de datos desarrollados. • Modelo para el registro de reclamos, procesos y penalidades para las instituciones de defensa del consumidor y “software” correspondiente para captura de datos desarrollados. Piloto en el Estado de São Paulo implantado. • Modelo actuarial para la determinación de parámetros de costo de los planos privados de salud y software correspondiente desarrollados. Programas de capacitación para la implantación de este modelo y software en las EOP diseñado. 	Informes semestrales de la UCP al Banco y auditoría del Programa.	Manual Operativo Programa aprobado y vigencia;
Capacitación técnica, Promoción y Disseminación	<ul style="list-style-type: none"> • Seminario internacional sobre regulación de planes de salud realizado. • Cuatro seminarios regionales sobre los roles de la ANS y contenido de la regulación de los planes privados de salud realizados. • Plan de consultorías y intercambio de técnicos brasileños y del exterior diseñado e implementado, con metas semestrales de realización. • Producción de trabajos y documentos técnicos para disseminación. • Plan de Comunicación Social en los medios de comunicación diseñado (3 primeros meses) e implementado (18 meses subsecuentes). • Actualización, edición y publicación del guía de Derechos del Consumidor realizada. 	Informes semestrales de la UCP al Banco y auditoría del Programa.	Manual Operativo Programa Aprobado vigencia.

MARCO LOGICO

PROGRAMA DE REGLAMENTACIÓN DE PLANES PRIVADOS DE ASISTENCIA A LA SALUD: BRASIL – 2000

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
ACTIVIDADES	PRESUPUESTO¹ (en US\$ mil)	Registros Contables de la UCP, Informes Trimestrales e Informes de la Auditoria Externa	UCP implantada Servicios de la Auditoria Externa Contratados
<u>Componente A: Fortalecimiento Institucional de la AMS:</u>	846		
Construir Estándares Mínimos para Acreditar las EOP.	185		
Desarrollar Modelos y Estimular la Creación de Instituciones de Acreditación de EOP.	456		
Elaborar un Plan Estratégico de Tecnología de Información para la ANS.	205		
<u>Componente B: Fortalecimiento Institucional de las EOP e Instituciones de Defensa del Consumidor:</u>	1.035		
Desarrollar un “software” para mejorar la eficiencia administrativa y obtener información de las operadoras de planes privados de salud.	430		
Desarrollar un software para establecimientos que prestan servicios a las EOP.	360		
Fortalecer las instancias de defensa del consumidor.	135		
Desarrollar modelo para determinación de costos de los planes de salud basado en criterios epidemiológicos y actuariales para el SMS.	110		
<u>Componente C: Capacitación Técnica, Promoción y Disseminación:</u>	662		
Realizar un ciclo de seminarios y políticas de intercambio.	232		
Realizar Estrategias para promoción de la nueva reglamentación y de la ANS entre consumidores y EOP.	430		
<u>Actividades de Evaluación:</u> Realización de tres encuestas: una línea de base, una evaluación a medio término y una evaluación al final del programa, con énfasis en el grado de conocimiento de los usuarios acerca de la dinámica del mercado del SMS.	80		
<u>Auditoría Externa:</u> Contratación de una empresa de auditoria que produzca evaluaciones trimestrales sobre el estado de gastos y actividades previstas en el programa.	24		
<u>Fortalecimiento de la Unidad Ejecutora del Proyecto</u>	453		
TOTAL	3.100		

Este presupuesto está agrupado por componentes y actividades y se representa una forma distinta del presentado en el Cuadro de Costos del Proyecto (memorando de donantes) el cual se muestra los componentes y categorías de costo. Una versión detallada del presupuesto se encuentra en los archivos técnicos.

PROYECTO DE RESOLUCION

**BRASIL. COOPERACION TECNICA NO REEMBOLSABLE PARA UN PROGRAMA DE
REGLAMENTACION DE PLANES PRIVADOS DE ASISTENCIA A LA SALUD**

El Comité de Donantes del Fondo Multilateral de Inversiones

RESUELVE:

1. Autorizar al Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo, o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Fondo Multilateral de Inversiones, proceda a formalizar los acuerdos necesarios con la Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) y a adoptar las demás medidas pertinentes para la ejecución del plan de operaciones que está incorporado al memorando de donantes a que se refiere el Documento MIF AT-____, sobre una cooperación técnica para un programa de reglamentación de planes privados de asistencia a la salud.
2. Destinar para los fines de esta resolución, hasta la suma de US\$1.550.000 con cargo a la Facilidad de Cooperación Técnica del Fondo Multilateral de Inversiones.
3. Establecer que la suma anterior sea otorgada con carácter no reembolsable.