

# La Ley de Cobertura Universal en Salud en Filipinas: una visión diferente

*Gene Alzona Nisperos, Eric David Bicaldo Ornos*

---

## Introducción

El sistema de salud filipino está cargado de problemas y retos que se han ido acumulando a lo largo de varias décadas. Las desigualdades en esta materia siguen siendo generalizadas y la falta de acceso a los servicios básicos continua como la principal preocupación del país. Los niños nacidos en los hogares más pobres tienen cuatro veces más probabilidades de no llegar a su quinto cumpleaños, en comparación con los nacidos en los hogares más ricos.<sup>1</sup> Las desigualdades regionales y socioeconómicas en cuanto a la disponibilidad y accesibilidad de los recursos de salud son importantes. El sistema del país, dividido en dos niveles, ha dado lugar a sistemas paralelos que operan simultáneamente: por un lado, está el sistema público, infradotado, sin personal y con pocos recursos, que atiende a la gran mayoría de la población; y, por el otro, está el sistema privado, bien equipado, pero caro.<sup>2</sup>

El costo es tan prohibitivo, que una hospitalización o el tratamiento de una enfermedad crónica pueden fácilmente ser catastróficas desde el punto de vista financiero. Las enfermedades y los tratamientos correspondientes han empujado a 1,5 millones de filipinos a la pobreza.<sup>3</sup> Esto se ve agravado por los altos precios de los medicamentos.<sup>4</sup> Aunado al

limitado número de centros de salud gestionados por el gobierno, especialmente en las zonas alejadas de las urbes, esto da lugar a una falta de acceso a los servicios por parte de los pobres.<sup>2,5,6</sup>

Se han llevado a cabo varios programas gubernamentales clave para intentar mejorar el acceso a la atención a la salud. En 1999, el gobierno de Estrada formuló la Agenda de Reforma del Sector Salud, que pretendía centrar la intervención del gobierno en cinco áreas clave.<sup>7</sup> El gobierno de Macapagal-Arroyo, que le siguió, adoptó como estrategia clave su financiamiento, transformando la Corporación Nacional de Seguros de Salud (*Philippine Health Insurance Corporation, PhilHealth*) en un actor central.<sup>8</sup>

El gobierno de Aquino adoptó en 2010 el modelo de Cobertura Universal en Salud (CUS) propugnado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y denominó a todo su programa *Kalusugang Pangkalahatan*, la traducción filipina de CUS.<sup>9</sup> Su principal objetivo fue ampliar la cobertura de *PhilHealth* y aumentar sus prestaciones. El gobierno de Duterte dio un paso más y promulgó la LR n° 11223 o Ley de CUS, en 2019.

La OMS calificó la aprobación de la Ley DE CUS como el "nuevo amanecer de la asistencia médica", se espera que aborde los problemas más fundamentales de Filipinas, especialmente en lo que respecta al acceso a los servicios sanitarios.<sup>11</sup> Sin embargo, la Ley de CUS está enmarcada por *PhilHealth*. Por lo tanto, este documento trata de determinar si las reformas a través de un sistema basado en aseguramiento médico son el camino para lograr "salud para todos". El documento también analiza la ley a través de la experiencia

---

**Gene Alzona Nisperos.** Médico, Profesor Asistente, Sección de Medicina Comunitaria, Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Filipinas, Manila, Filipinas. Correo-e: [ganisperos@up.edu.ph](mailto:ganisperos@up.edu.ph)

**Eric David Bicaldo Ornos.** Médico, candidato a PhD. Facultad de Medicina, Universidad de Filipinas, Manila, Filipinas. Correo-e: [ebornos@up.edu.ph](mailto:ebornos@up.edu.ph)  
Identificación ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6300-0292>

mundial de cómo la OMS pasó de la Atención Primaria (APS) en Salud a la Cobertura Universal en Salud (CUS).

### ***PhilHealth* como componente principal de la Ley de Cobertura Universal en Salud**

La *PhilHealth* (Corporación Nacional de Seguros de Salud) se creó en 1995 mediante la LR 7875 para aplicar el Programa Nacional de Seguros de Salud (PNSS).<sup>12</sup> Como programa de seguro social de salud, se pretendía que los ricos compartieran la carga de la asistencia a los pobres. Gran parte de la trayectoria del desarrollo sanitario en Filipinas siguió las prescripciones contenidas en el documento de 1993 del Banco Mundial titulado "*Investing in Health*" (*Invertir en salud*), que incluía un programa de cobertura en salud.<sup>13</sup>

Sin embargo, la *PhilHealth* como área central de la reforma no se produjo sino hasta 2004, cuando el organismo ocupó un lugar destacado en las elecciones presidenciales.<sup>14,15</sup> Desde entonces, *PhilHealth* ha asumido un papel más destacado en la prestación salud.

La Ley de Cobertura Universal en Salud se promulgó en 2019 como Ley de la República n° 11223.<sup>10</sup> Está anclada en *PhilHealth* y, según su lenguaje, se lee como un documento de financiamiento a la salud. De las 46 secciones de la Ley, 27 contienen los términos "*PhilHealth*", "PNSS" y términos relacionados; mientras que 24 secciones incluyen conceptos de financiamiento como "protección privada de riesgos", y organizaciones de mantenimiento de la salud (OMS). En total, 25 de las 46 secciones (76%) se refieren a *PhilHealth* y al financiamiento de la salud.

La Ley de Cobertura Universal en Salud puede desglosarse en dos partes principales:

1. Disposiciones que refuerzan *PhilHealth* y
2. Disposiciones sobre los mandatos del Departamento de Salud (DS).

### ***Disposiciones que refuerzan la PhilHealth***

La ley de CUS da un mayor alcance a *PhilHealth*. Se amplía la cobertura de la población, ya que todos los ciudadanos se inscriben automáticamente en el Programa Nacional de Seguro de Salud. La cobertura de servicios también se amplía para incluir los bienes y servicios que el Consejo de Evaluación de la Salud y la Tecnología (CEST) considere adecuados. También se incluyen las prestaciones ambulatorias, como la medicación ambulatoria para enfermedades crónicas y los servicios médicos, tal y como recomienda el CEST (capítulo 2).

El sistema sanitario local se reorganiza para ampliar el alcance de *PhilHealth* (capítulo 5). Las unidades sanitarias locales se clasifican y organizan en un sistema sanitario de ámbito provincial y municipal. Estos se organizan además en redes de prestación de servicios (RPS) que incluyen a los proveedores privados de atención primaria (capítulo 4).

Los recursos se gestionarán y reunirán a través del Fondo Especial para la Salud (FES), que se nutre de organizaciones no gubernamentales y organismos gubernamentales como el DS y *PhilHealth*. En este esquema, *PhilHealth* es el principal proveedor financiero del sistema sanitario local organizado (capítulo 5).

*PhilHealth* tendrá acceso a mayores fondos en virtud de la Ley CUS<sup>10</sup> (capítulo 3). Con la ampliación de la cobertura, aumentará el número de personas que pagan las primas. Además, las tarifas mensuales de éstas también aumentarán de forma escalonada, desde el 2,75% en el primer año de aplicación, hasta el 5% en el quinto.

El límite de ingresos, en el que se basa el importe máximo de la cotización, también aumentará de 50,000 pesetas en 2019 a 100,000 en 2024. Se supone que estas recaudaciones ayudarán a *PhilHealth* a alcanzar sus presupuestos de 257,000 y 280,000 millones de en sus dos primeros años de implantación.

Al mismo tiempo, *PhilHealth* recibe funciones reguladoras más fuertes (capítulo 7). Decide los incentivos que se darán a los hospitales que presten un servicio de salud de calidad en función de su sistema de calificación. *PhilHealth*, junto con el DS, también supervisará los precios de los servicios y productos (incluidos los medicamentos y el equipo médico). *PhilHealth* también participará en la concesión de licencias preferentes a los centros de salud de las zonas geográficamente aisladas y desfavorecidas (ZGAD), que son las zonas desatendidas y sin servicios.

### **Mandatos del DS**

La Ley de Cobertura Universal en Salud incluye disposiciones sobre los mandatos del DS. Si bien el Departamento ya está cumpliendo algunas de estas disposiciones, las demás aún deben ser ejecutadas. Por ejemplo, la ley lo obliga a coordinar los servicios e intervenciones de salud basados en la población (capítulo 4), incluidos estudios epidemiológicos y programas de promoción de la salud proactivos y eficaces, se consideran programas de salud pública. Sin embargo, todos ellos son llevados a cabo actualmente por el Departamento. Además, las disposiciones sobre recursos humanos (capítulo 6), que incluyen el sistema de apoyo al personal y las becas con acuerdo de devolución de servicios, ya existen y han sido aplicadas por el organismo en el marco del programa Pinoy MD, antes de esta ley.

Algunas disposiciones de la Ley se centran en asuntos que debería haber realizado el Departamento, pero no lo ha hecho. Por ejemplo, el DS todavía tiene que disponer de un registro adecuado de profesionales médicos y afines (capítulo 6) antes de la promulgación de la Ley. Otros mandatos del DS en la Ley de CUS son la evaluación de la seguridad y la calidad de los medicamentos (capítulo 7) y la evaluación de la tecnología sanitaria (capítulo 8).

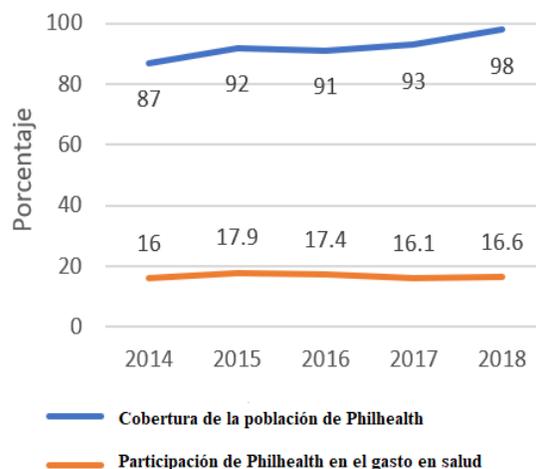
### **Rendimiento de *PhilHealth***

En las dos últimas décadas, *PhilHealth* ha asumido un papel más central en la prestación de asistencia. La Ley CUS es esencialmente una *PhilHealth* ampliada, aunque tiene problemas que complican su papel ampliado.

### ***Insuficiente protección del riesgo financiero***

*PhilHealth* ha informado de un aumento en su cobertura poblacional del 87% en 2014 al 98% en 2018 (Figura 1).<sup>16</sup> Pero este aumento no se traduce en uno de la proporción del gasto en salud. De hecho, aunque hay un aumento continuo en la cobertura de la población de 2016 a 2018 (91-98%), hay una ligera disminución en la cuota de gasto en salud de *PhilHealth* para el mismo período (17,4-16,6%).<sup>16,17</sup>

**Figura 1.**  
**Porcentaje de cobertura de la población y porcentaje del gasto sanitario de Filipinas.**



**Fuente:** Filipinas, 2018;<sup>16</sup> PSA, 2019<sup>17</sup>

El aumento de la cobertura de la población no refleja el de la participación de *PhilHealth* en el gasto sanitario.

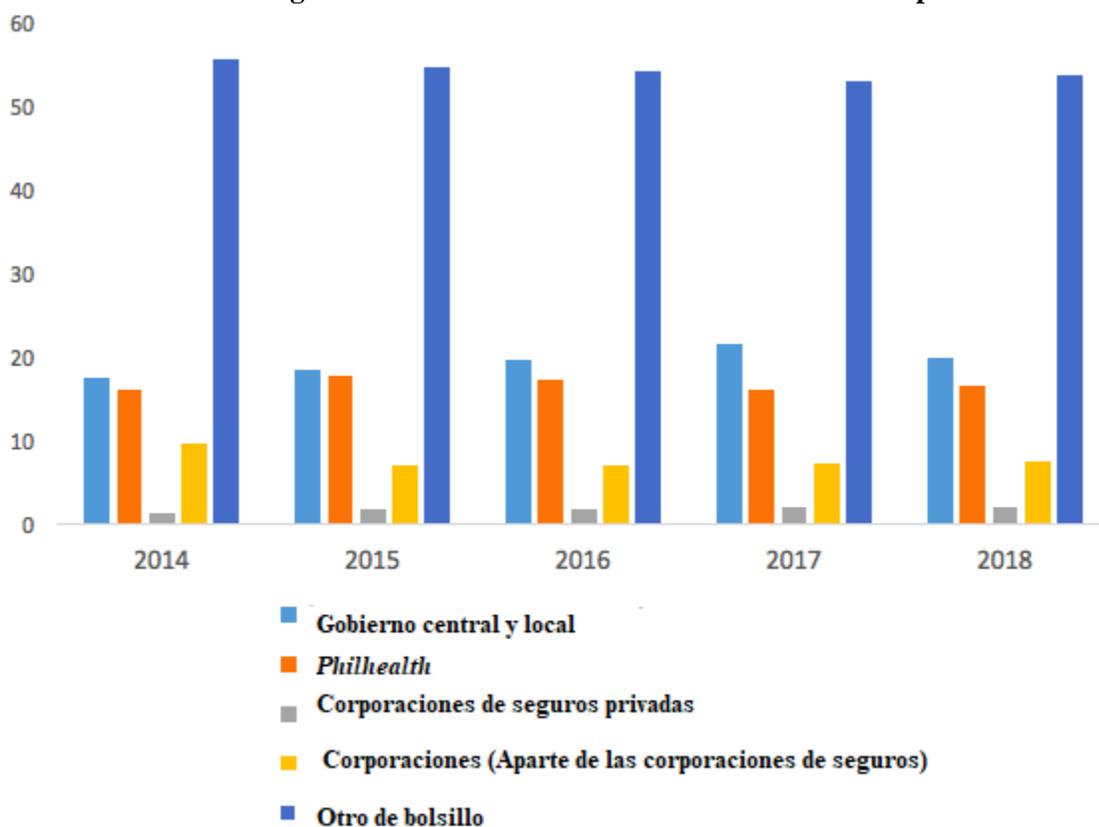
El gasto de bolsillo (GB) sigue siendo la mayor fuente de financiamiento sanitario en Filipinas, ya que representa más de la mitad del gasto sanitario total (Figura 2) (17). A pesar de los aumentos sustanciales en la asignación presupuestaria de

*PhilHealth*, desde P2 B en 2010 hasta P57,13B en 2018 (Figura 3), no hay una disminución sustancial del GB durante el mismo período.<sup>18</sup>

El valor de apoyo es un indicador financiero clave utilizado por *PhilHealth* para medir la protección del riesgo financiero de sus miembros. Se define como el porcentaje de los costes totales que cubre *PhilHealth* durante una estancia hospitalaria. Según *PhilHealth*, el valor de apoyo se sitúa en torno al 40-60% durante el período 2012-2018, con una media de 33,8%.<sup>16,19</sup> Un estudio independiente demostró que el valor de apoyo individual puede variar desde un escaso 10% hasta alrededor del 100%, dependiendo de la propiedad del hospital, la gravedad del caso y el tipo de afiliación.<sup>19,20</sup>

*PhilHealth* introdujo la política de Facturación Sin Saldo (FSS) en 2011, para la protección financiera equitativa de los indigentes, los miembros patrocinados, los miembros de por vida, las personas mayores y los "kasambahay" (ayuda doméstica).<sup>21,22</sup> Sin embargo, la implementación del programa ha demostrado ser difícil. Lam y Rivera (2017) documentaron que varios hospitales cometieron violaciones a la política del FSS.<sup>23</sup> En 2018, solo el 84% de los afiliados apadrinados e indigentes no tenían facturación de saldos.<sup>16</sup> Todavía quedan lagunas que impiden su plena implementación.

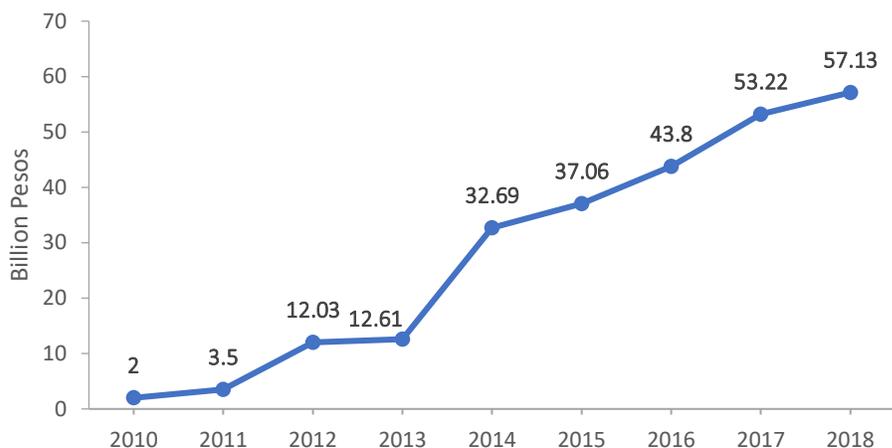
**Figura 2. Fuentes de financiamiento sanitario en Filipinas.**



**Fuente:** PSA, 2019.<sup>17</sup>

Los gastos de bolsillo siguen siendo la mayor fuente de financiamiento de atención a la salud.

**Figura 3. Asignación presupuestaria de *PhilHealth* en miles de millones de pesos.**



**Fuente:** DS, 2018<sup>18</sup>

Hay un aumento considerable del presupuesto de *PhilHealth* entre 2010 y 2018.

### ***Escasa utilización***

*PhilHealth* padece una baja tasa de utilización de sus prestaciones, según sus propias estadísticas, solo el 14% de los afiliados elegibles pudieron utilizar las de *PhilHealth* en 2017.<sup>16</sup>

En el estudio realizado por Faraon<sup>24</sup> y sus colegas entre los miembros de *PhilHealth* en comunidades seleccionadas de Manila, la infrautilización de las prestaciones es mayor entre los miembros patrocinados. Los afiliados patrocinados pertenecen al quintil más pobre de la población y se supone que son los principales beneficiarios del PNSS. Además, el estudio reveló que los que tenían los ingresos más bajos presentaban la mayor tasa de infrautilización (64%). Estos resultados apuntan a una desconexión entre el objetivo declarado de *PhilHealth* y la utilización real de los servicios. Si bien su objetivo es proporcionar acceso a atención de calidad a los pobres, son precisamente los pobres los que no pueden utilizar plenamente sus beneficios.

Hay varios factores que influyen en la escasa utilización de los servicios, a pesar de estar afiliados. Entre ellos, el desconocimiento de los programas y sus prestaciones, la falta de conocimiento de sus procesos, incluidos los

obstáculos percibidos debido a los numerosos requisitos, o la falta de documentación adecuada para solicitarlas.<sup>25,26,27</sup>

Otro motivo importante por el que las familias pobres renuncian a esta prestación son los costos indirectos de la asistencia médica, que también son considerables. Entre ellos se encuentran los gastos de bolsillo percibidos o reales, los costos de transporte y los salarios perdidos. Las madres que deciden utilizar su tarjeta para ir a un centro de salud siguen teniendo que gastar 2,275 PHP para su atención, 69 para el transporte y, si están empleadas, perderán un salario potencial para ese día, unos 481. Esto supondrá un gasto de bolsillo de al menos 2,825 PHP, una cantidad considerablemente grande para las familias pobres que sólo pueden destinar alrededor del 2% de sus ingresos a la salud.<sup>27</sup>

### ***Problemas de corrupción***

*PhilHealth* ha estado constantemente plagada de problemas de anomalías, fraude y corrupción. Según el informe de la Comisión de Auditoría (CA), ha perdido alrededor de 154,000 millones de pesos entre 2013-2018 debido a pagos excesivos y planes fraudulentos.<sup>28</sup> La CA también señaló las prebendas no autorizadas concedidas a sus funcionarios y personal en 2009, 2010 y 2014, por

un importe de 164 millones de pesos. En 2012, varios de sus funcionarios fueron suspendidos por un presunto desvío de fondos de 114 millones de pesetas.<sup>29</sup>

Las lagunas en el sistema *PhilHealth* se aprovechaban para llevar a cabo esquemas fraudulentos, como oftalmólogos que realizan operaciones de cataratas no indicadas para reclamar prestaciones; los hospitales que emiten recibos médicos falsos para rellenar cargos y honorarios y así aumentar las reclamaciones; y los centros de diálisis que presentan reclamaciones de pacientes fallecidos.<sup>28,30,31</sup> En 2020 se investigaron unos 20,000 posibles casos de fraudes en la agencia.<sup>32</sup>

La última de las anomalías detectadas es la "pérdida de fondos" de 15,000 millones de pesetas debido al mecanismo de reembolso provisional en 2020.<sup>33</sup> El senado filipino investigó este asunto, lo que finalmente condujo a la dimisión del presidente de *PhilHealth* y a la presentación de demandas contra altos cargos de la agencia.<sup>34,35</sup>

Su incapacidad para reducir sustancialmente los gastos de bolsillo, mitigar las desigualdades en la utilización de los servicios de salud y abordar los problemas de corrupción ha socavado su credibilidad a la hora de liderar a la nación hacia la consecución de la salud para todos. Obermann y sus colegas<sup>8</sup> sugirieron reformas en la organización para mejorar esta capacidad. Sin embargo, éstas no son suficientes para ayudar a alcanzar los objetivos nacionales. Hay problemas innatos en el marco en el que se basan la *PhilHealth* y la Ley de Cobertura Universal de Salud de 2019 impulsado por la OMS.

### **Alejándose del enfoque de la APS**

La perspectiva de la OMS ha cambiado considerablemente desde la Declaración de Alma Ata de 1978 conocida como APS hasta la Declaración de Astana de 2018 sobre la CUS.

Al proponer la APS como una nueva política internacional, la OMS consolidó el enfoque de la salud basado en los derechos en términos claros e inequívocos en la Declaración de Alma Ata de 1978.<sup>36</sup> El enfoque holístico y orientado a la comunidad llamó la atención sobre las "graves

desigualdades existentes entre las naciones y dentro de ellas" como algo inaceptable y pidió a los gobiernos que trabajaran para alcanzar el "más alto nivel de salud como objetivo social mundial". La definición de salud hacía hincapié en el "completo bienestar físico, mental y *social*" y no sólo en "la ausencia de afecciones o enfermedades". Así, pues, la consecución de la salud no pasaba únicamente por la mejora del sistema de prestación de servicios, sino más bien por el desarrollo social y económico.

En 2008, la OMS reiteró los principios fundamentales de la APS en su informe anual titulado *Atención Primaria de Salud: ahora más que nunca*.<sup>37</sup> En el informe se reiteraba la importancia de la APS para hacer frente a las disparidades cada vez mayores en todo el mundo. Ese mismo año, la OMS también publicó el informe final de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.<sup>38</sup> La Comisión se creó en 2005 para

llamar la atención de los gobiernos y de la sociedad sobre los determinantes sociales de la salud y en la creación de *mejores condiciones sociales* para la salud, especialmente entre las personas más vulnerables (cursivas nuestras).

Pero solo dos años después, el informe de la OMS de 2010 titulado *La financiación del sistema sanitario: El camino hacia la cobertura universal* supuso un cambio total en su lenguaje y su enfoque.<sup>39</sup> Esto se complementó con el desarrollo del discurso sobre la Cobertura Sanitaria Universal (CUS). En 2013, la OMS publicó su documento *Argumentando a favor de la cobertura universal en salud (Arguing for Universal Health Coverage)*, que reiteraba su llamamiento de 2010 para que "todas las personas reciban la atención de calidad que necesitan, sin sufrir dificultades económicas".<sup>40</sup> Los dos elementos claves mencionados en este documento -los servicios de salud y sus consecuencias económicas- aclararon aún más la dirección general de la CUS: el financiamiento de los sistemas de salud.

En 2018, la Declaración de Astana (OMS) proclamó que la Cobertura Universal en Salud puede alcanzarse a través de la APS, pero esencialmente cimentó la piedra angular de la CUS

como "que todas las personas tengan un acceso equitativo a la atención de calidad y eficaz que necesitan", a salvo de "dificultades financieras".<sup>41</sup>

Los cambios en la perspectiva y el énfasis de la OMS no pasaron desapercibidos. Sanders y sus colegas<sup>42</sup> describieron el paso a la CUS como "un paso adelante y dos pasos atrás" en la consecución de la salud para todos. Ese mismo año, el Movimiento por la Salud de los Pueblos, una red mundial de defensores de la APS, publicó una declaración en nombre de la sociedad civil y calificó el discurso dominante sobre la CUS de "favorecer las reformas neoliberales basadas en el mercado".<sup>43</sup> Estas críticas deben ser revisadas en la medida en que se reflejan en la Ley de CUS en Filipinas.

### ***Comprador en lugar de proveedor de asistencia sanitaria***

La OMS se ha alejado del enfoque holístico defendido por Alma Ata y se ha centrado en el financiamiento de la salud dentro de los sistemas sanitarios. El principio ha pasado de la prestación a la compra de asistencia en salud.

En la Ley de CUS de Filipinas esto se manifiesta a través del paquete mínimo en salud que recibirán todos los filipinos, especialmente los afiliados que pagan indirectamente.<sup>10</sup> En todo el texto de la Ley, la asistencia se convierte en una mercancía que puede estandarizarse, delimitarse, empaquetarse, tener un costo, licitarse y luego adquirirse. Los pacientes se transforman en meros consumidores. En cambio, la APS no trata a la salud como una mercancía, sino como un derecho humano inherente. En lugar de ubicar a los pacientes como consumidores, capacita a las personas y a la comunidad para que sean responsables activos de su salud.<sup>36</sup>

### ***¿Hay suficiente equidad?***

Uno de los principales principios de la CUS es la equidad en el acceso y la calidad de los servicios.<sup>44</sup> Sin embargo, los estudios realizados en varios países muestran que no es suficiente para garantizar equidad.<sup>45,46</sup>

En Sudáfrica subsahariana se demostró que el acceso a la atención obstétrica primaria se veía obstaculizado por factores ajenos a la CUS. Entre ellos, los costes de transporte, las creencias culturales, los estigmas y la distancia física a los centros.<sup>47</sup> Del mismo modo, factores no económicos, como la accesibilidad física a los centros y las barreras biomédicas disuaden el acceso a la CUS en Vietnam y Bangladesh.<sup>48</sup>

La calidad equitativa de la APS sigue siendo un problema no resuelto en los países con CUS. La mala calidad de los servicios, debida a la insuficiencia de personal, medicamentos y equipos, no se ha resuelto en los países con CUS.<sup>45</sup> Esto da lugar a disparidades en los servicios entre los grupos socioeconómicos. Los privilegiados tienden a preferir y recibir atención de mayor calidad en instituciones privadas y superiores. Por otro lado, los más desfavorecidos tienen menos opciones disponibles y, por tanto, se quedan con una atención de baja calidad.<sup>45,46</sup>

Estas experiencias significan que la ampliación de la cobertura por sí sola no garantiza la equidad porque es multifactorial e incluye otros factores apremiantes, como los geográficos, físicos, sexuales, económicos, políticos y socioculturales, que no necesariamente toma en cuenta la visión de CUS de la OMS.

### ***Dejar atrás a los pobres***

En su documento informativo de 2013, OXFAM advirtió que los planes de seguro médico promovidos por los gobiernos en busca de la CUS están excluyendo a la mayoría de la población y "dejando atrás a los pobres".<sup>49</sup> Esto hace eco de las advertencias anteriores planteadas en *The Lancet* en 2011 sobre si la CUS es "amiga o enemiga de la equidad en salud".<sup>50</sup>

En Filipinas, el estudio de Caballes y sus colegas<sup>51</sup> sobre la utilización de la *PhilHealth* por parte de los pobres en los hospitales reveló que el 20% más pobre no era el que más la utilizaba, aunque se suponía que era su principal beneficiario teórico. Por el contrario, eran los menos pobres y el 20% de la población media los que más recurrían a ella.<sup>51</sup>

En los años siguientes, la falta de acceso de los más pobres a los servicios básicos de salud siguió siendo un problema central que el DS no pudo resolver, a pesar del aumento en las asignaciones presupuestarias, el incremento de las ayudas de *PhilHealth* y las mejoras en las instalaciones a través del Programa de Mejora de las Instalaciones Sanitarias.<sup>18,52</sup>

## La evolución del concepto de CUS en Filipinas

El gobierno de Aquino introdujo la CUS en 2010, prometiendo "servicios médicos gratuitos" basados en una mayor cobertura y apoyo de *PhilHealth*. El programa de salud se llamó *Kalusugang Pangkalahatan*, que es la traducción filipina de CUS. Los defensores del programa han adoptado la siguiente definición de atención sanitaria universal:

... la prestación a todos los filipinos de una atención en salud de la máxima calidad que sea accesible, eficiente, distribuida equitativamente, financiada adecuadamente, financiada con justicia y utilizada adecuadamente por un público informado y capacitado.<sup>53</sup>

Las recomendaciones políticas pretendían abarcar los seis "componentes básicos" de la salud, según el marco de la OMS.<sup>54</sup> Sin embargo, en 2016, gran parte de los objetivos fijados por el programa de Aquino no se habían cumplido. La nueva administración de Rodrigo Duterte comenzó a buscar soluciones a la situación a través de la legislación y en 2017 los proyectos de ley sobre la CUS ya se estaban debatiendo en el Congreso. Tras ser certificada como urgente, la Ley fue finalmente aprobada en 2019.<sup>10,55</sup>

A pesar de las diferencias en la situación de salud del país entre 2010 y 2019, las propuestas para la implementación de la CUS se mantuvieron básicamente iguales, aunque con nuevas terminologías. Por ejemplo, en 2010, la propuesta era reorganizar el sistema de prestación de servicios en Zonas Interlocales de Salud.<sup>56</sup> En la Ley de CUS, este concepto se redefinió como Redes de Prestación de Servicios.<sup>10</sup>

Del mismo modo, el esquema de pago directo e indirecto de *PhilHealth*, tal y como se recoge en la

Ley de CUS, se basaba en la misma propuesta de financiamiento a través de "una combinación de ingresos basados en los impuestos y el Seguro Social de Salud".<sup>57</sup> No obstante, la nueva Ley contenía cambios políticos adicionales que abarcaban áreas anteriormente excluidas, como el desarrollo de los recursos humanos y los ajustes en la organización descentralizada.<sup>10</sup>

A medida que el concepto de CUS sigue siendo interpretado y reinterpretado en Filipinas, se mantiene el principio esencial: el financiamiento en salud como el principal motor de las reformas. El llamamiento a un Paquete Esencial de Salud realizado en 2010 equivale al Paquete Mínimo en Salud en la Ley de CUS de 2019. Sin embargo, está por verse si estos paquetes son suficientes para satisfacer las necesidades de los pobres, a pesar de permitirles en cierta medida acceso a servicios de salud. Y lo que es más importante: si estas medidas mejorarán significativamente la salud de las poblaciones destinadas a ser beneficiarias con la CUS, lo que merece una mayor investigación.

## Conclusión

La Ley de Asistencia Universal en Salud en su forma actual es esencialmente una Ley *PhilHealth* ampliada, que se basa en gran medida en el financiamiento de la salud para dirigir los cambios de políticas y programas. Refuerza, amplía y fortalece el Programa Nacional de Seguro de Salud y lo convierte en el motor central del sistema del país. Sin embargo, tanto el programa como la institución que lo implementa, *PhilHealth*, están repletos de problemas que la Ley no aborda, ni mitiga. Si el objetivo de la CUS es atender las desigualdades en salud y mejorar la utilización de los servicios para las poblaciones marginadas, la aplicación de la CUS a través de una Ley anclada en este tipo de programa de seguro médico será un reto. Se necesita un marco mejor. Tal y como se articula en la Declaración de Alma Ata, un enfoque holístico y basado en los derechos humanos sigue siendo la mejor manera de lograr salud para todos.

## Referencias

1. Philippine Statistics Authority (PSA) and ICF. Philippines National Demographic and Health

- Survey 2017. Quezon City, Philippines, and Rockville, Maryland, USA: PSA and ICF; 2018.
2. Dayrit MM, Lagrada LP, Picazo OF, Pons MC, Villaverde MC. The Philippines Health System Review. New Delhi, India: World Health Organization, Regional Office for SouthEast Asia; 2018.
  3. Bredenkamp C, Buisman LR. Financial protection from health spending in the Philippines: policies and progress. *Health Policy Plan.* 2016 Sep;31(7):919-27. doi:10.1093/heapol/czw011. Epub 2016 Apr 11. PMID: 27072948.
  4. Lambojon K, Chang J, Saeed A, Hayat K, Li P, Jiang M, Atif N, Desalegn GK, Khan FU, Fang Y. Prices, Availability and Affordability of Medicines with Value-Added Tax Exemption: A Cross-Sectional Survey in the Philippines. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jul 21;17(14):5242. doi: 10.3390/ijerph17145242. PMID: 32708060; PMCID: PMC7400398.
  5. Collado ZC. Challenges in public health facilities and services: evidence from a geographically isolated and disadvantaged area in the Philippines. *Journal of Global Health Reports.* 2019 Nov 21;3. doi: 10.29392/joghr.3.e2019059
  6. Ulep VGT, Casas LDD. Regional health integration and cooperation in the Philippines. Quezon City, Philippines: Philippine Institute of Developmental Studies; 2021. Report No.: 2021-16.
  7. Department of Health of the Philippines. Annual Report 1999: Setting the Agenda for Reform. Manila, Philippines; 1999.
  8. Obermann K, Jowett M, Kwon S. The role of national health insurance for achieving CUS in the Philippines: a mixed methods analysis. *Glob Health Action.* 2018;11(1):1483638. doi: 10.1080/16549716.2018.1483638. PMID: 29914319; PMCID: PMC6008596.
  9. Department of Health of the Philippines. Kalusugang Pangkalahatan 2010-2016: An Assessment Report. Manila, Philippines; 2016
  10. Universal Health Care Act, Republic Act No. 11223, 17th Cong., 3rd Sess. (2019)
  11. CUS Act in the Philippines: A new dawn for health care [Internet]. World Health Organization. 2019 Mar 14. [cited 2019 Dec 12]. Available from: <https://www.who.int/philippines/news/feature-stories/detail/CUS-act-in-the-philippines-a-new-dawn-for-health-care>
  12. National Health Insurance Act of 1995, Republic Act No. 7875, (1995).
  13. World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Vol. 1. The World Bank; 1993.
  14. Gotinga, JG. Duque's Arroyo-era health cards bled *PhilHealth* billions of pesos, says official [Internet]. Rappler. 2020 Aug 14. [cited 2020 Jan 10]. Available from: <https://www.rappler.com/nation/official-says-duque-arroyo-era-health-cards-bled-PhilHealth-billions-pesos>
  15. Villanueva M, Crisostomo S. Arroyo launches P3-B health care program [Internet]. Philstar Global. 2004 Feb 3. [cited 2020 Jan 10]. Available from: <https://www.philstar.com/headlines/2004/02/03/237479/arroyo-launches-p3-b-health-care-program>
  16. *PhilHealth* 2003-2018 Annual Report [Internet]. Philippine Health Insurance Corporation (*PhilHealth*). 2018. [cited 2020 Jan 10]. Available from: [\[https://www.PhilHealth.gov.ph/about\\_us/annual\\_report/#gsc.tab=0\]](https://www.PhilHealth.gov.ph/about_us/annual_report/#gsc.tab=0)
  17. Philippine National Health Accounts 2016-2018 [Internet]. Philippine Statistics Authority (PSA). 2019. [cited 2020 Jan 10]. Available from: [\[https://psa.gov.ph/pnha-press-release/node/144466\]](https://psa.gov.ph/pnha-press-release/node/144466)
  18. Department of Health Philippines: Budget Portfolio FY 2018. Department of Health. 2018 [Internet]. [cited 2020 Jan 10]. Available from [\[https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/DS-phl-budget-portfolio-2018.pdf\]](https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/DS-phl-budget-portfolio-2018.pdf)
  19. de Claro V. Rapid Assessment of Strategic Purchasing in the Philippines: A Country Case Study. Kiel, Hamburg: ZBW - Leibniz Information Centre for Economics; 2018.
  20. Tobe M, Stickley A, del Rosario RB Jr, Shibuya K. Out-of-pocket medical expenses for inpatient care among beneficiaries of the National Health Insurance Program in the Philippines. *Health Policy Plan.* 2013 Aug;28(5):536-48. doi: 10.1093/heapol/czs092. Epub 2012 Oct 9. PMID: 23048125.
  21. Crisostomo S. *PhilHealth* implements 'no balance billing' scheme [Internet]. Philstar Global. 2012 Jan 19. [cited 2020 Jan 14]. Available from: <https://www.philstar.com/business/science-and-environment/2012/01/19/768702/PhilHealth-implements-no-balance-billing-scheme>
  22. New Phil Health Case Rates for Selected Medical Cases and Surgical Procedures and the No Balance Billing Policy, Circular No. 011-2011 [Internet]. Philippine Health Insurance Corporation. 2011. [cited 2020 Jan 14] Accessed from [\[https://www.PhilHealth.gov.ph/circulars/2011/circ11\\_2011.pdf\]](https://www.PhilHealth.gov.ph/circulars/2011/circ11_2011.pdf)
  23. Lam HY, Adovich SR. Independent Assessments towards Validating the 2013-2014 Performance of *PhilHealth* for the NHTS population. Manila and Quezon City Philippines: National Institute of

- Health, Institute of Health Policy and Development Studies; 2017.
24. Faraon EJA, Estrada JAG, Farillas ELF, Mabera FRD, Paras AMP, Pastrana MKR, Yap AML. Significant Predictors of Underutilization of Inpatient Benefits among *PhilHealth* Members in Selected Barangays in Manila. *Acta Medica Philippina*. 2013;47(3):69-73. doi: [10.47895/amp.v47i3.1324](https://doi.org/10.47895/amp.v47i3.1324)
  25. Alipio M. A Path Analysis Examining the Relationship Between Access Barriers to Health Services and Healthcare Utilization Among the Publicly Insured: Insights from a Multiprovince Survey in the Philippines. *Public Health*. 2020; d6vbm. doi: [10.31219/osf.io/d6vbm](https://doi.org/10.31219/osf.io/d6vbm)
  26. Quimbo S, Florentino J, Peabody JW, Shimkhada R, Panelo C, Solon O. Underutilization of social insurance among the poor: evidence from the Philippines. *PLoS One*. 2008;3(10):e3379. doi: [10.1371/journal.pone.0003379](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0003379). Epub 2008 Oct 13. PMID: 18852881; PMCID: PMC2557126.
  27. Rivera LJD. Why poor mothers fail to enjoy *PhilHealth* benefits? Barriers to *PhilHealth* Benefit Utilization and Full Financial Support. Quezon City, Philippines: National Anti-Poverty Commission; 2016.
  28. Ellao JAK. *PhilHealth* militarization, ‘ghost’ claims reflect problems in health services [Internet]. *Bulatlat Journalism for the People*. 2019 Jun 27. [cited 2020 Feb 24] Available from: <https://www.bulatlat.com/2019/06/27/PhilHealth-militarization-ghost-claims-reflect-problems-in-health-services/>
  29. CA to *PhilHealth*: Return P164-M illegal perks [Internet]. *Rappler*. 2018 Aug 3. [cited 2020 Mar 27] Available from: <https://www.rappler.com/nation/208734-CA-decision-PhilHealth-officials-allowances-bonuses>
  30. Gamboa R.. Corruption and inefficiency in *PhilHealth* [Internet]. *PhilStar Global*. 2019 June 20. [cited 2020 Mar 27] Available from: <https://www.philstar.com/business/2019/06/20/1927841/corruption-and-inefficiency-PhilHealth>.
  31. Nazario D, Damicog JG, Panaligan RG. ‘Ghost dialysis’ blamed on corruption at *PhilHealth* [Internet]. *Manila Bulletin*. 2019 June 6. [cited 2020 Mar 27]. Available from: <https://mb.com.ph/2019/06/06/ghost-dialysis-blamed-on-corruption-at-PhilHealth/>
  32. Ramos CM. Morales: *PhilHealth* investigating 20,000 fraud cases [Internet]. *Inquirer*. 2020 Aug 4. [cited 2021 Oct 14]. Available from: <https://newsinfo.inquirer.net/1316738/PhilHealth-investigating-20k-fraud-cases-chief-tells-senate>
  33. Magsambol B. *PhilHealth* execs misspent, stole P15 billion, says resigned anti-fraud official [Internet]. *Rappler*. 2020 Aug 4. [cited 2021 Oct 14]. Available from: <https://www.rappler.com/nation/ex-official-says-billions-stolen-by-PhilHealth-fraud-schemes>
  34. Kabling G, Damicog JG. Top *PhilHealth* officials face charges [Internet]. *Manila Bulletin*. 2020 Sept 15. [cited Oct 14]. Available from <https://mb.com.ph/2020/09/15/top-PhilHealth-officials-face-charges/>
  35. Romero A. Morales resigns as *PhilHealth* CEO after Duterte gives hint to quit [Internet]. *Philstar*. 2020 Aug 26. [cited 2021 Oct 14]. Available from: <https://www.philstar.com/headlines/2020/08/26/2038045/morales-resigns-PhilHealth-ceo-after-duterte-gives-hint-quit>
  36. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. World Health Organization; 1978.
  37. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. World Health Organization; 2008.
  38. World Health Organization. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization; 2008.
  39. Etienne C, Asamoah-Baah A, Evans DB.. Health systems financing: the path to universal coverage. World Health Organization; 2010.
  40. World Health Organization. Arguing for Universal Health Coverage. World Health Organization; 2013.
  41. World Health Organization. Declaration of Astana. World Health Organization; 2018.
  42. Sanders D, Nandi S, Labonté R, Vance C, Van Damme W. From primary health care to universal health coverage-one step forward and two steps back. *Lancet*. 2019 Aug 24;394(10199):619-621. doi: [10.1016/S0140-6736\(19\)31831-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31831-8). PMID: 31448726.
  43. People’s Health Movement. A civil society assessment of the political declaration of the UN High Level Meeting on Universal Health Coverage (Internet). Health for All Now: People’s Health Movement. 2019 Sep 23. [cited 2021 Oct 26] [[https://phmovement.org/wp-content/uploads/2019/09/Civil-Society-Assessment-of-CUS-HLM-declaration\\_16-Sept.docx.pdf](https://phmovement.org/wp-content/uploads/2019/09/Civil-Society-Assessment-of-CUS-HLM-declaration_16-Sept.docx.pdf)]
  44. Kieny MP, Bekedam H, Dovlo D, Fitzgerald J, Habicht J, Harrison G, Kluge H, Lin V, Menabde N, Mirza Z, Siddiqi S, Travis P. Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. *Bull World Health Organ*. 2017 Jul 1;95(7):537-539. doi: <https://doi.org/10.1186/s13045-017-0537-5>

- 10.2471/BLT.16.187476. Epub 2017 Apr 7. Erratum in: Bull World Health Organ. 2017 Aug 1;95(8):608. PMID: 28670019; PMCID: PMC5487973.
45. Sanogo NA, Fantaye AW, Yaya S. Universal Health Coverage and Facilitation of Equitable Access to Care in Africa. *Front Public Health*. 2019 Apr 26;7:102. doi: 10.3389/fpubh.2019.00102. PMID: 31080792; PMCID: PMC6497736.
  46. Rodney AM, Hill PS. Achieving equity within universal health coverage: a narrative review of progress and resources for meCUSring success. *Int J Equity Health*. 2014 Oct 10;13:72. doi: 10.1186/s12939-014-0072-8. PMID: 25928840; PMCID: PMC4192297.
  47. Kyei-Nimakoh M, Carolan-Olah M, McCann TV. Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa-a systematic review. *Syst Rev*. 2017 Jun 6;6(1):110. doi: 10.1186/s13643-017-0503-x. PMID: 28587676; PMCID: PMC5461715.
  48. Bedford J, Singh A, Ponferrada M, Eldred L. Access to Health Services: Analysing Non-Financial Barriers in Ghana, Bangladesh, Vietnam and Rwanda Using Qualitative Methods A Review of the Literature. New York, NY: United Nations Children's Fund; 2013. Available from: [https://www.unicef.org/health/files/Access\\_to\\_Health\\_Services-Ghana-Bangladesh-Vietnam-Rwanda\\_2013.pdf](https://www.unicef.org/health/files/Access_to_Health_Services-Ghana-Bangladesh-Vietnam-Rwanda_2013.pdf)
  49. Averill C, Marriott A. Universal health coverage: why health insurance schemes are leaving the poor behind. Oxfam International; 2013.
  50. Gwatkin DR, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet*. 2011 Jun 25;377(9784):2160-1. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62058-2. PMID: 21084113.
  51. Caballes AB, Söllner W, Nañagas J. Financial protection mechanisms for inpatients at selected Philippine hospitals. *Soc Sci Med*. 2012 Nov;75(10):1820-7. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.07.027. Epub 2012 Aug 6. PMID: 22901795.
  52. Picazo OF, Pantig IM, Ortiz, DA, Aldeon M, Dela Cruz NA, Tanghal JA. The impact of improving capital stock on the utilization of local health services: Preliminary findings on the evaluation of the Health Facilities Enhancement Program. Quezon City: Philippine Institute of Developmental Studies; 2016. Report No.: 2016-14
  53. Acuin CS, Lim BA, Lasco PG. Universal Health Care in the Philippines: An Introduction. *Acta Medica Philippina*. 2010;44(4):14-21.
  54. Romualdez AG.. Universal Health Care in the Philippines: Governance. *Acta Medica Philippina*. 2010;44(4):22-24.
  55. Ranada P. Duterte Signs Universal Health Care Law [Internet]. *Rappler*. 2019 Feb 20. Available from: <https://www.rappler.com/nation/duterte-signs-universal-health-care-law>
  56. Melgar JD. Organizing Health Services Towards Universal Health Care. *Acta Medica Philippina*. 2010;44(4):36-42.
  57. Paterno RP, Herrera CE. Health Financing. *Acta Medica Philippina*. 2010;44(4): 58-70.

**Recibido:** 07 de julio de 2021.

**Aceptado:** 10 de noviembre de 2021.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

