

# Reformas de salud en América Latina y la Experiencia de Uruguay

Ana Balsa, PhD

Universidad de Montevideo

Seminario CEP-Universidad de los Andes

6/12/2016

# Esquema de la presentación

- Reformas de la Salud en AL en 90's y 00's
  - Ejes
    - Organización y gobernanza
    - Financiamiento
    - Modelo de atención
  - Resultados
  - Desafíos
- Reforma de la Salud en Uruguay 2008
  - Ejes
  - Resultados
  - Desafíos

# Reformas Sistemas de Salud AL 1990's y 2000's

- Principios
  - Equidad, solidaridad, participación sociedad civil
- Intervenciones y políticas de oferta
  - Camino hacia la universalidad de la cobertura en salud
    - Expansión de la cobertura de salud
    - Explicitación y extensión de canastas de prestaciones
- Intervenciones de demanda
  - Programas de transferencias condicionadas
  - Programas de desarrollo primera infancia

# Contextos de las reformas

- Transición demográfica y epidemiológica
  - Menor fertilidad y aumento en la esperanza de vida → Población más envejecida
  - Mayor carga de enfermedades no transmisibles y crónicas
- Crecimiento económico
- Reformulación del concepto de acceso a la salud: de derecho del empleado a [derecho del ciudadano](#)

# Derecho a la salud

- Cuba salud como derecho legal 1959
- Chile Constitución 1980 derecho a la protección en salud, acceso libre y equitativo; 2005 AUGE explicita garantías
- Brasil Constitución 1988 salud como derecho fundamental
- México 2003 derecho a la protección en salud para todos los ciudadanos
- Uruguay 2005 salud como derecho legal y bien público
- Colombia 2008 Corte Constitucional declara derecho a la salud con el mandato de unificar seguro contributivo y subsidiado
- Argentina y Costa Rica, la constitución no estipula derecho a la salud pero cortes constitucionales han usado tratados internacionales para establecer este derecho.

# Contextos de las reformas

- La norma en AL son los sistemas fragmentados que ofrecen:
    - (i) cobertura pública para pobres, desempleados, auto-empleados o trabajadores informales
    - (ii) seguro social para empleados, a veces de varias fuentes de SS
    - (iii) seguros privados para población de recursos altos
- Acceso desigual a los servicios de salud

# Características de las reformas

- Organización y gobernanza
- Financiamiento y *pooling* de recursos
- Provisión

Atun et al (2015), Cotlear et al (2015), Frenk (2015)

# Características de las reformas

- Organización y gobernanza
- Financiamiento y agrupación de recursos
- Provisión



# Organización y gobernanza

- Organización por funciones en lugar de por poblaciones (regulación, financiamiento, provisión)
  - Sistema integrado: único fondo pagador (Costa Rica, Cuba y Brasil)
  - Cambios organizacionales en sistemas fragmentados que expanden la cobertura y garantizan prestaciones básicas a los segmentos más pobres
    - Sistemas semi-integrados más avanzados: Chile, Colombia y Uruguay
    - Sistemas semi-integrados menos avanzados: Perú, Argentina, República Dominicana y México
    - Países altamente fragmentados: Ecuador, Guatemala, Paraguay
- Fortalecimiento del rol regulador del Estado
- Separación del rol pagador del de proveedor
- Descentralización toma de decisiones

# Características de las reformas

- Organización y gobernanza
- **Financiamiento y *pooling* de recursos**
- Provisión

# Financiamiento y pooling de recursos

- Reformas tienden a agrupar recursos de diversas fuentes en fondos únicos
- En países con sistemas de salud fragmentados, reformas extienden protección a población más vulnerable a través de mayor gasto público y definición explícita de los derechos de los ciudadanos a determinadas prestaciones

# Financiamiento y pooling de recursos

- Chile mayor gasto público FONASA 90-00's y AUGE 04
- Colombia Plan Obligatorio de Salud Subsidiado 1993
- México Seguro Popular 2003
- Perú expansión cobertura Ley Marco Aseguramiento Universal de Salud 2009
- Uruguay SNIS 2008

# Financiamiento y pooling de recursos

- Algunos países habilitaron la libre elección de asegurador o pagador (Argentina, Chile, Perú, Colombia, Uruguay), aunque la mayoría no pudo extenderlo a las poblaciones más vulnerables

# Características de las reformas

- Organización y gobernanza
- Financiamiento y *pooling* de recursos
- **Provisión**

# Provisión

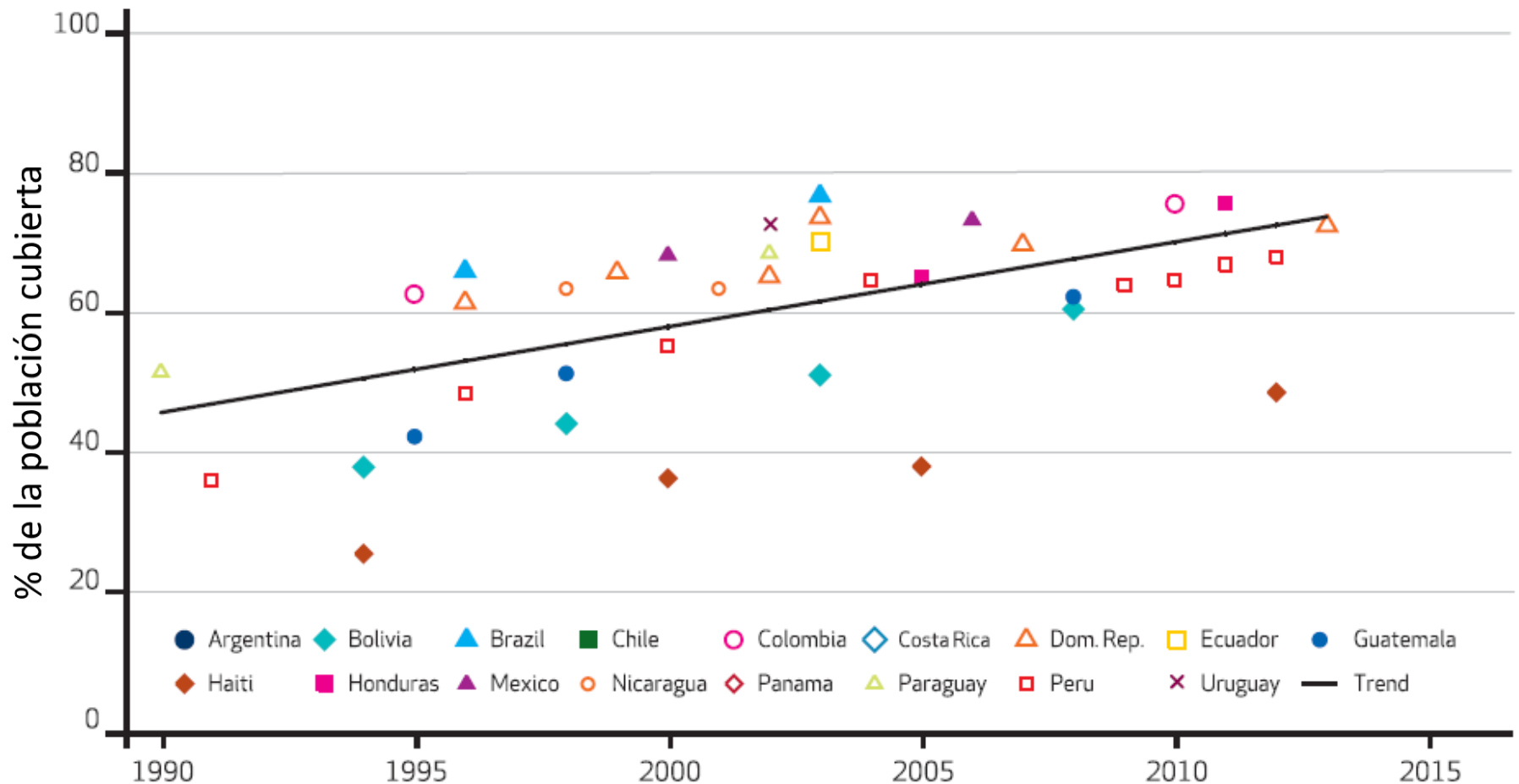
- Antecedentes: sistemas centrados en provisión hospitalaria, con enfoque curativo; atención primaria centrada en un conjunto selectivo de servicios con orientación biomédica
- Reformas influenciadas por la declaración de Alma Ata (1978) que identifica la atención primaria como vehículo para universalizar el derecho a salud
- Desarrollo de un sistema comprensivo de atención primaria
- Descentralización en la toma de decisiones

# Resultados de las reformas

- Expansión cobertura de salud
- Mayor gasto en salud como % PBI y mayor gasto público en relación al gasto total
- Acceso *universal* a canastas de prestaciones definidas o garantidas
- Mejoras en la protección financiera (menos gastos catastróficos entre los pobres), aunque gasto de bolsillo sigue siendo alto
- Poca evidencia de mejoras en la satisfacción
- Pocas evaluaciones rigurosas sobre el impacto en la salud de las reformas

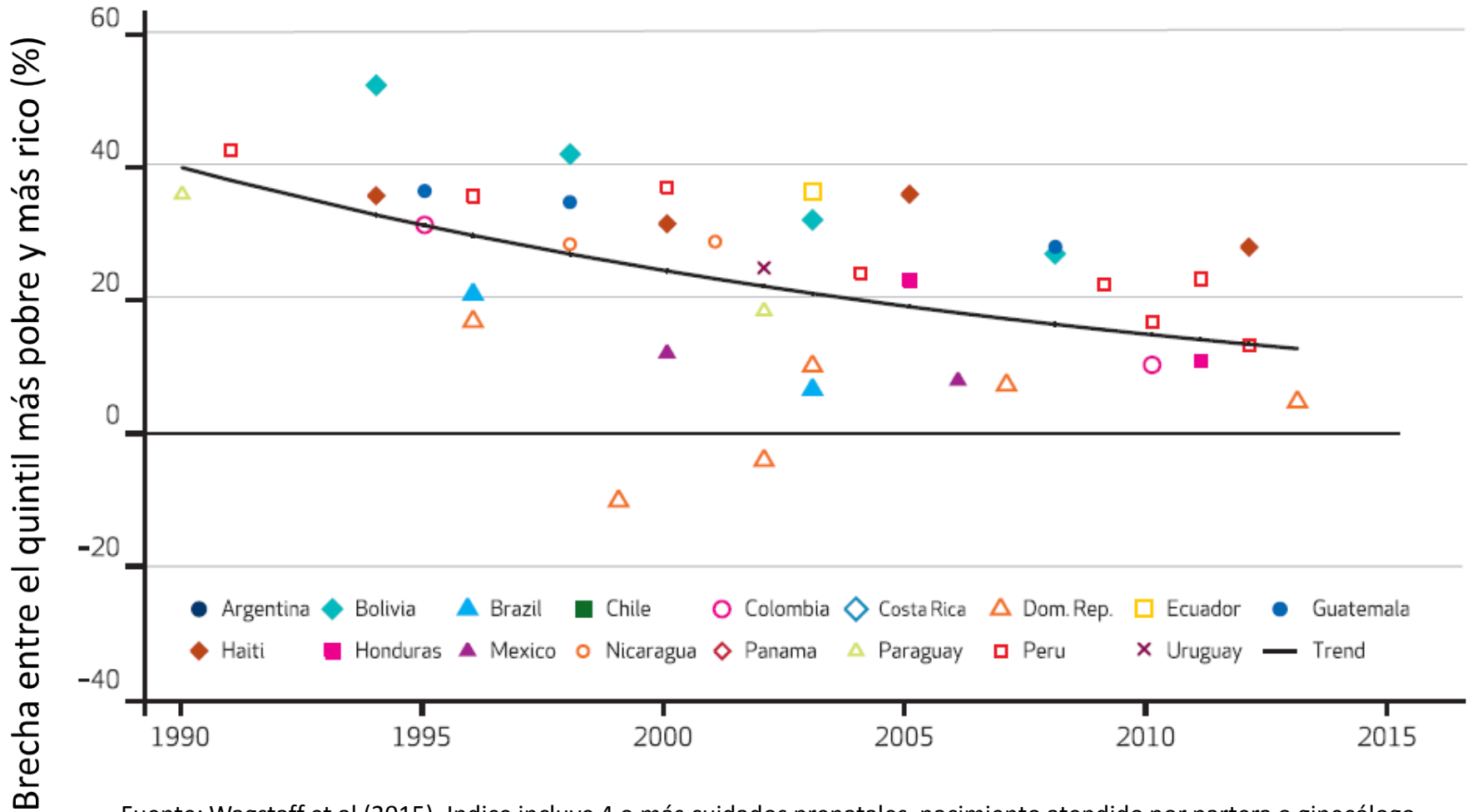


# Tendencias en cobertura de salud materno-infantil en países seleccionados de América Latina



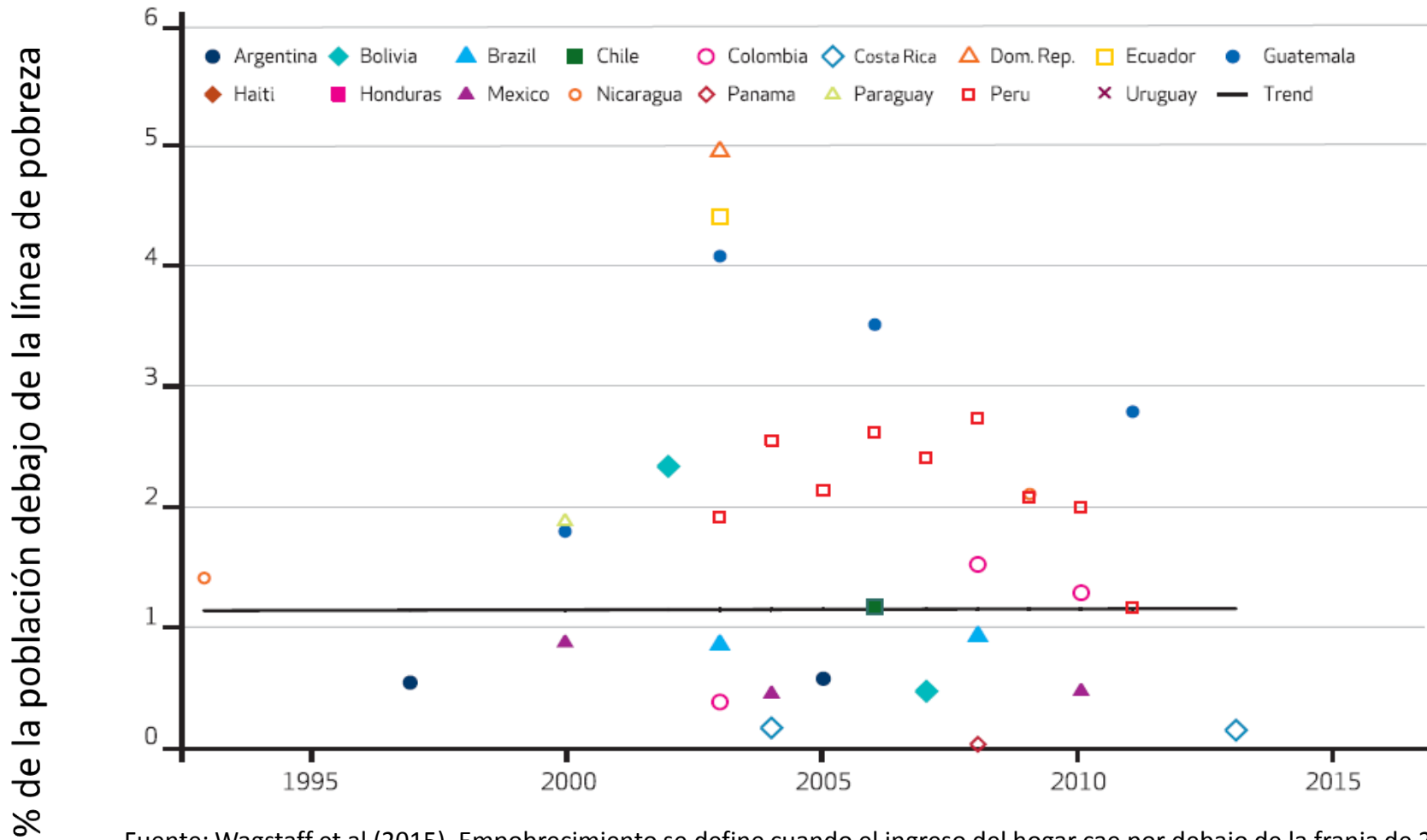
Fuente: Wagstaff et al (2015). Índice incluye 4 o más cuidados prenatales, nacimiento atendido por partera o ginecólogo, niño recibe inmunizaciones, atención adecuada para niños con diarrea y atención adecuada para niños con infección respiratoria alta.

# Brechas en cobertura de salud materno-infantil entre el quintil más pobre y el más rico en países seleccionados de América Latina



Fuente: Wagstaff et al (2015). Índice incluye 4 o más cuidados prenatales, nacimiento atendido por partera o ginecólogo, niño recibe inmunizaciones, atención adecuada para niños con diarrea y atención adecuada para niños con infección respiratoria alta.

# Empobrecimiento como resultados de gastos de bolsillo en servicios de salud en países seleccionados de América Latina



Fuente: Wagstaff et al (2015). Empobrecimiento se define cuando el ingreso del hogar cae por debajo de la franja de 2 dólares por día como consecuencia de sus gastos de bolsillo en servicios de salud.

# Logros y problemas de políticas implementadas

- Modelos de un solo pagador
  - Más efectivo para asegurar acceso equitativo a los servicios de salud
  - Puede llevar a ineficiencias, costos elevados y ausencia de respuesta a las necesidades de la población
- Modelos de expansión de la cobertura y garantías a poblaciones más vulnerables
  - Garantías explícitas han mejorado el acceso y la calidad de los más pobres, pero pueden promover la informalidad
  - Problemas de selección de riesgo: gobierno tiene que ocuparse de riesgos altos
  - Libertad de elección se ha dado solo para población empleada o población con mejor capacidad de pago

# Desafíos

- Organización y gobernanza
  - Aún hay altos niveles de fragmentación en el financiamiento y la provisión.
  - Regulación pobre de sectores privado y público.
  - Escasa rendición de cuentas en procesos de descentralización y en el sistema en general.
  - Escasa transparencia sobre las decisiones de definición de prestaciones garantidas. Faltan lineamientos claros sobre cómo optimizar la priorización del gasto, cómo monitorear calidad.

# Desafíos

- **Financiamiento**
  - Gastos de bolsillo permanecen altos
  - Sostenibilidad del financiamiento ante prevalencia creciente de enfermedades no transmisibles costosas, envejecimiento de la población, compromiso de avanzar hacia cobertura universal, expectativas cada vez mayores de la población y nuevas tecnologías en salud
  - Necesidad de políticas contra-cíclicas
  - Mayor énfasis en mejoras en la eficiencia, por ejemplo a través de compras estratégicas y pagos prospectivos (cápitales, GRD)

# Desafíos

- Modelo de atención:
  - Agenda triple
    - Agenda aún en pie de combate a enfermedades infecciosas y salud materno infantil
    - enfermedades crónicas no transmisibles (cáncer, enfermedades cardiovasculares, mentales, accidentes y uso de drogas) → transición de atención curativa y episódica a un concepto basado en la enfermedad a lo largo del ciclo de vida
    - Efectos del cambio climático y pandemias
  - Mayor impulso e incentivos al desarrollo del primer nivel de atención

# Desafíos

- Salud

- Aún son altas las inequidades socioeconómicas en salud
- Es preciso atacar también inequidades en determinantes sociales de la salud y enfocarse en políticas intersectoriales de promoción y prevención (drogas, polución, accidentes, nutrición y ejercicio, estimulación temprana, stress y aislamiento social)



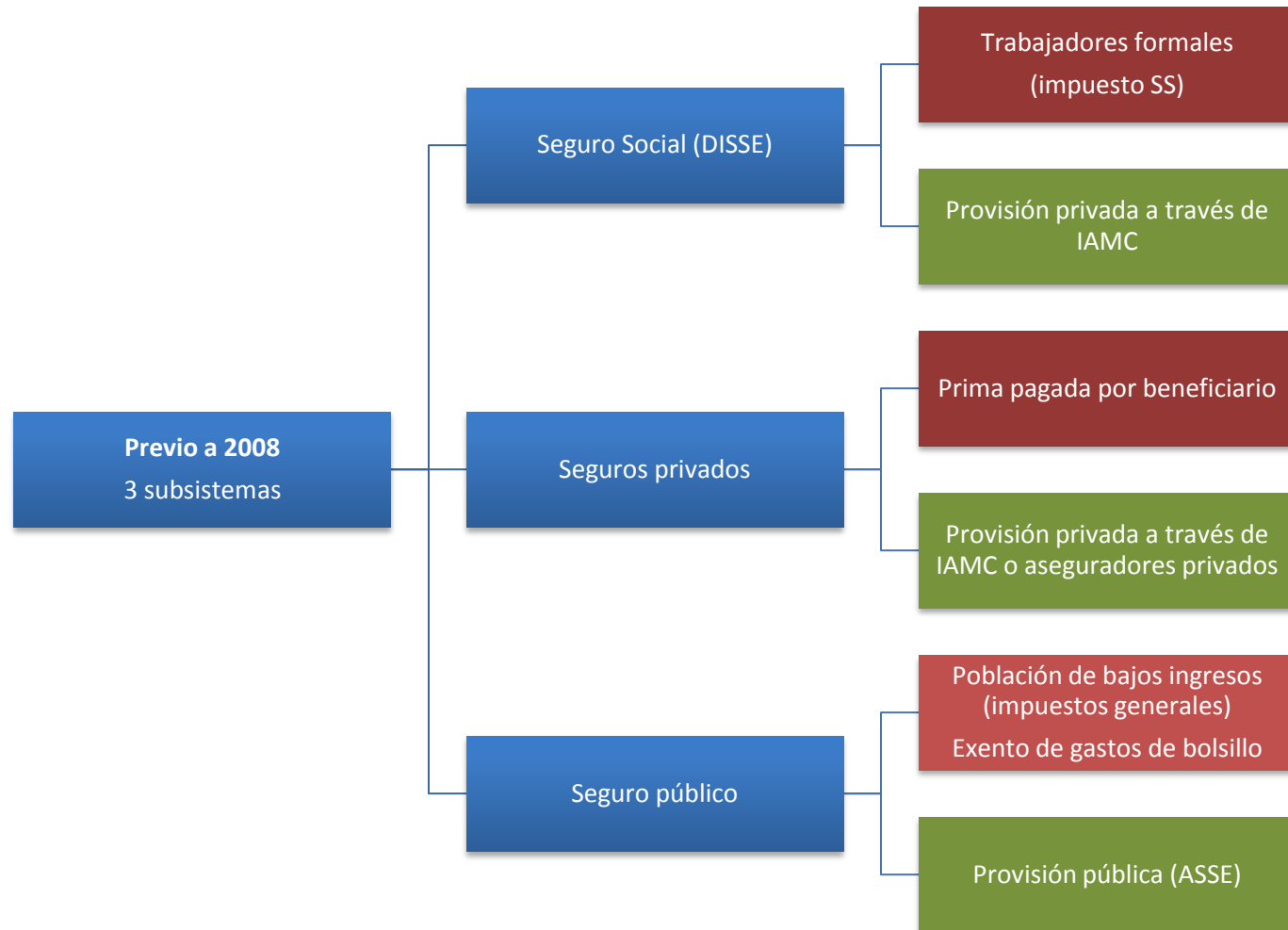
# La Reforma de la Salud en Uruguay

A partir de 2007 Uruguay se embarca en un proceso de reforma tendiente a la configuración de un Sistema Nacional Integrado de Salud.

## Objetivos

- i) Acceso a la salud universal y equitativo
- ii) Atención de calidad socialmente aceptable
- iii) Sistema de financiamiento universal y equitativo
- iv) Fortalecer el primer nivel de atención
- v) Asegurar la participación de la sociedad organizada

# Sistema de salud previo a la reforma



# Ejes de la Reforma 2008

## Cambios en la organización y gobernanza

- Expansión gradual de seguro social a dependientes, cónyuges, pasivos y trabajadores independientes
- Separación del rol regulador del Estado del de prestador

## Cambios en modelo de financiamiento

- Fondo Nacional de Salud (FONASA): fondo mancomunado, solidario y obligatorio
- Aumento tasas de impuesto SS
- Expansión del gasto destinado a población cubierta por seguro público

## Cambios en modelo de atención

- PIAS – canasta de prestaciones garantizadas para todo el sistema
- Contrato de gestión entre JUNASA (administrador del FONASA) y prestadores
- Promoción del primer nivel de atención (metas)

# Ejes de la Reforma 2008

## Cambios en la organización y gobernanza

- Expansión gradual de seguro social a dependientes, cónyuges, pasivos y trabajadores independientes
- Separación del rol regulador del Estado del de prestador

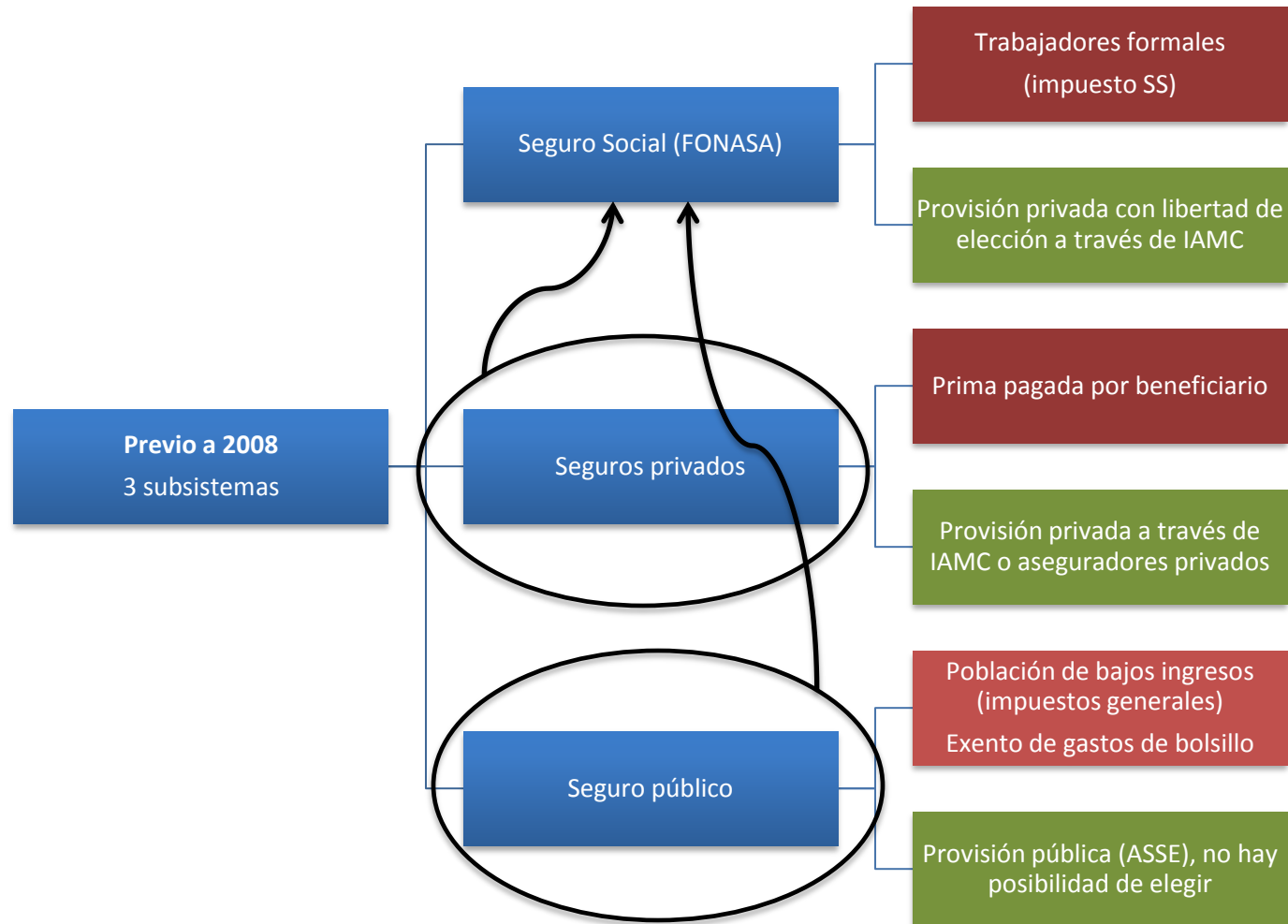
## Cambios en modelo de financiamiento

- Fondo Nacional de Salud (FONASA): fondo mancomunado, solidario y obligatorio
- Aumento tasas de impuesto SS
- Expansión del gasto destinado a población cubierta por seguro público

## Cambios en modelo de atención

- PIAS – canasta de prestaciones garantizadas para todo el sistema
- Contrato de gestión entre JUNASA (administrador del FONASA) y prestadores
- Promoción del primer nivel de atención (metas)

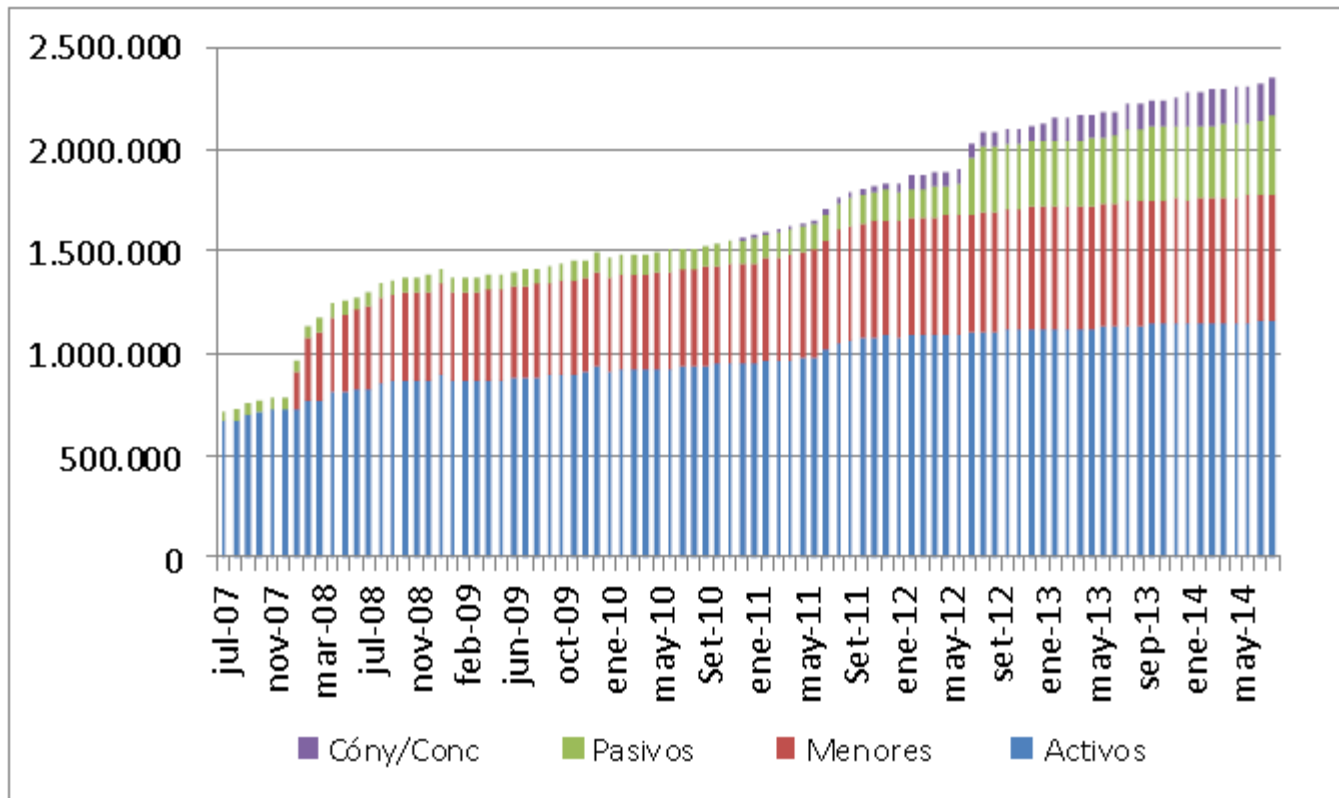
# Organización y gobernanza del nuevo SNS



# Organización y Gobernanza

## Expansión gradual de la cobertura

Afiliados FONASA por categoría

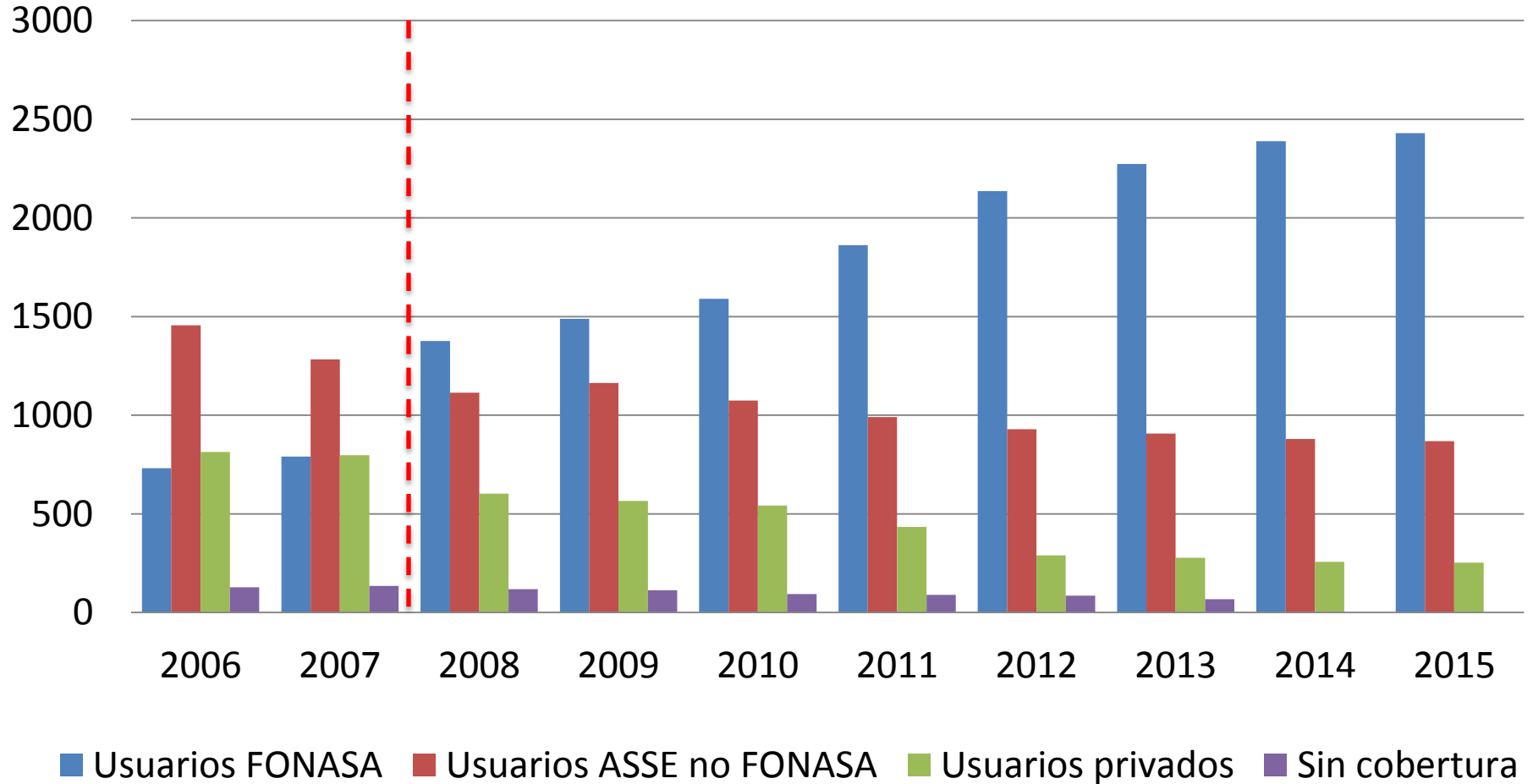


Fuente: BPS

# Organización y Gobernanza

## Expansión de la cobertura FONASA

En miles de habitantes



# Ejes de la Reforma 2008

## Cambios en la organización y gobernanza

- Expansión gradual de seguro social a dependientes, cónyuges, pasivos y trabajadores independientes
- Separación del rol regulador del Estado del de prestador

## Cambios en modelo de financiamiento

- FONASA: fondo mancomunado, solidario y obligatorio
- Aumento tasas de impuesto SS
- Expansión del gasto destinado a población cubierta por seguro público
- Pago a IAMC a través de cápitas ajustadas por riesgo

## Cambios en modelo de atención

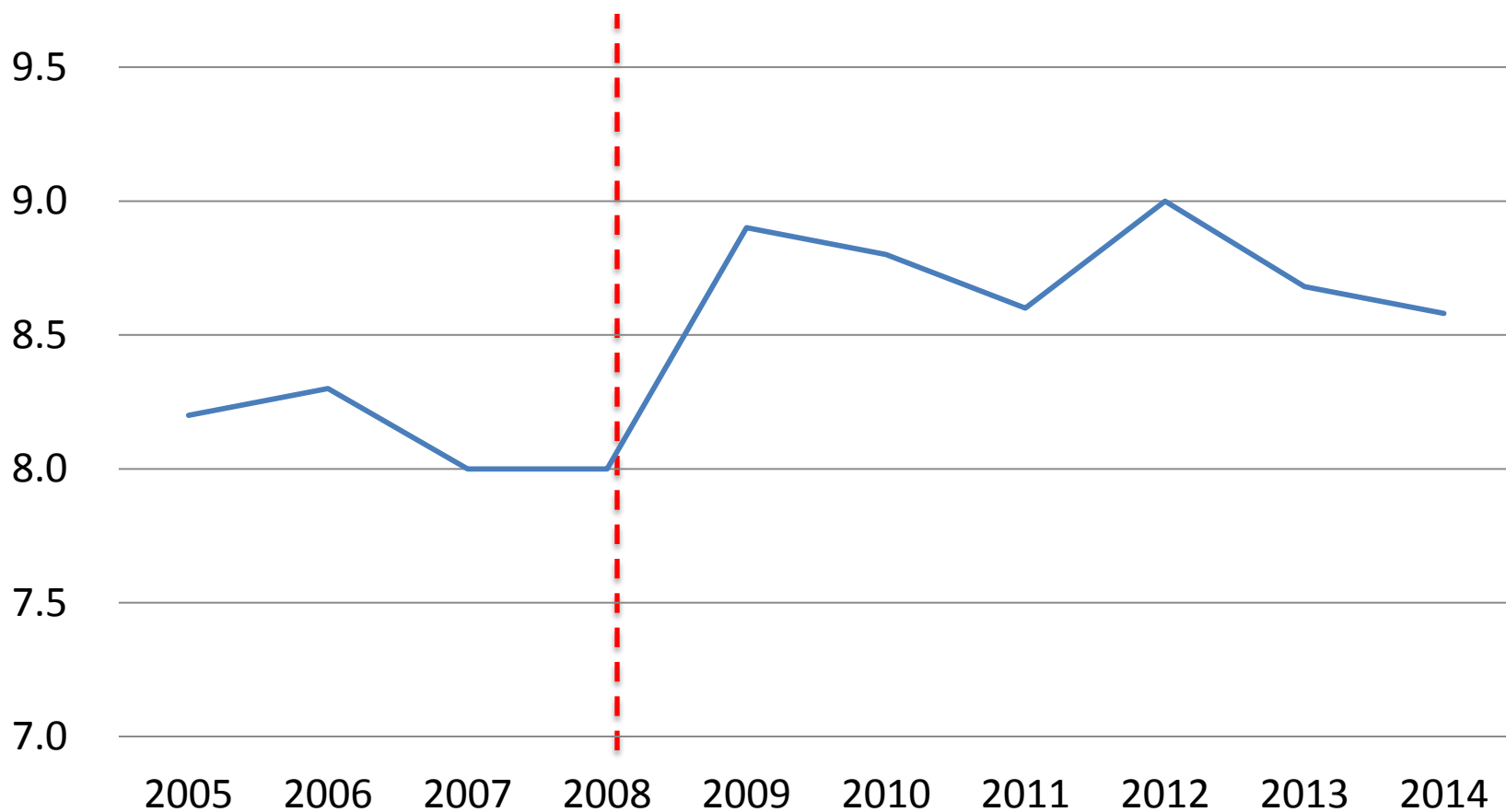
- PIAS – canasta de prestaciones garantizadas para todo el sistema
- Contrato de gestión entre JUNASA (administrador del FONASA) y prestadores
- Promoción del primer nivel de atención (metas)



# Financiamiento

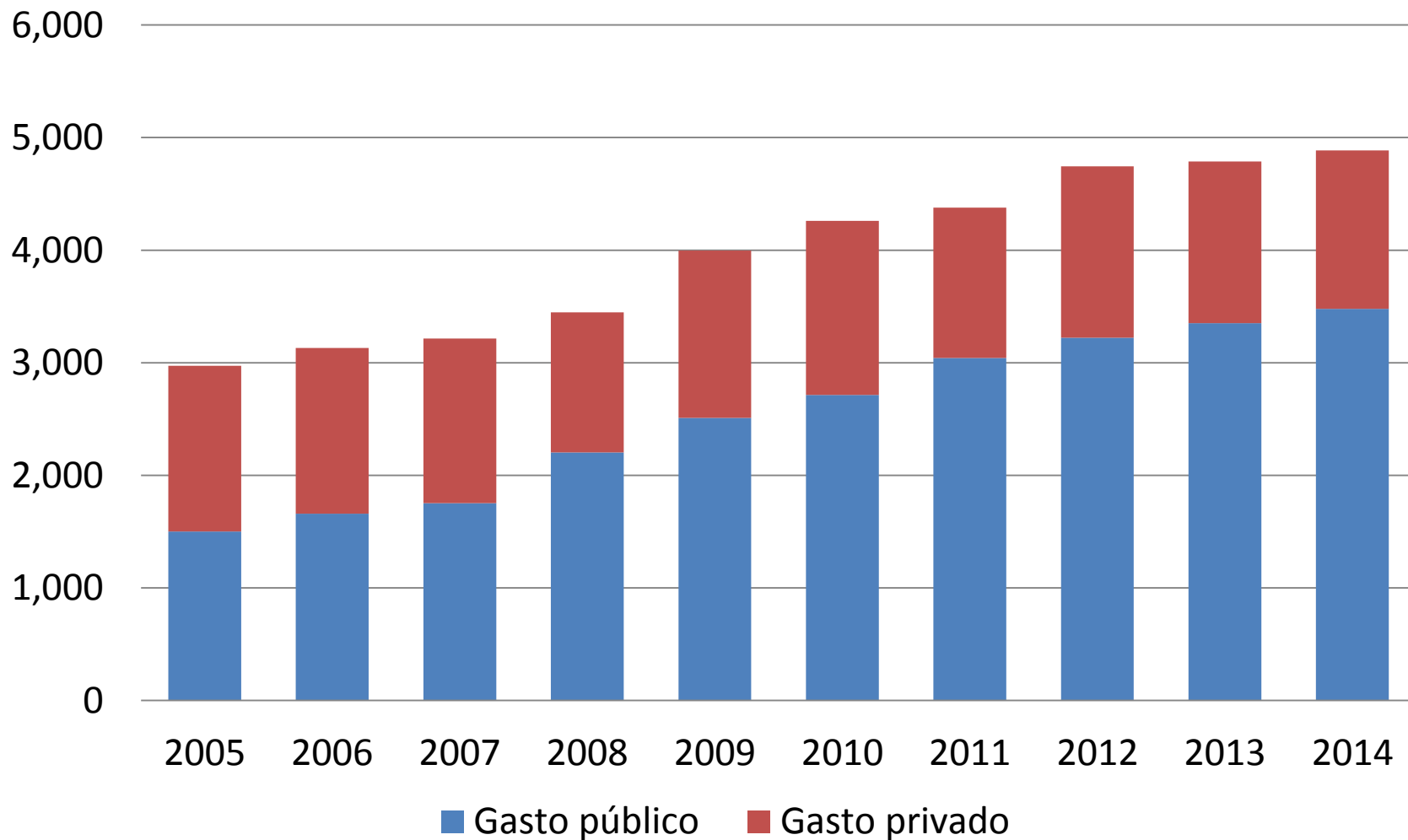
Tipo de seguro		Beneficiarios	Financiamiento	Primas	Gasto promedio por usuario (US\$ 2013)
Seguridad social	Previo a la reforma (2006-2007)	Trabajadores formales	Empleado: 3% salario Empleador: 5% salario Copagos	Cápita plana US\$ 480	US\$ 675
	Luego de la reforma (2008-2010)	Trabajadores formales, dependientes, cónyuges y pasivos	Empleado: [4,5-8]% salario (exento para muy bajos salarios) Empleador: 5% wage Copagos topeados Rentas generales	Prima ajustada por riesgo (edad, sexo) Varón 20-44: US\$ 216 X 3,5 si < 1 año X 6,5 si > 65 años	US\$ 742
Seguro privado	Previo y luego de la reforma		Prima y copagos	Prima individual ajustada por riesgo	US\$ 1230 US\$ 1480
Seguro público	Previo y luego de la reforma	Hogares de bajos ingresos	Rentas generales	Presupuesto	US\$ 424 US\$ 660

# Gasto en salud aumenta entre 0,5 y 1% del PBI



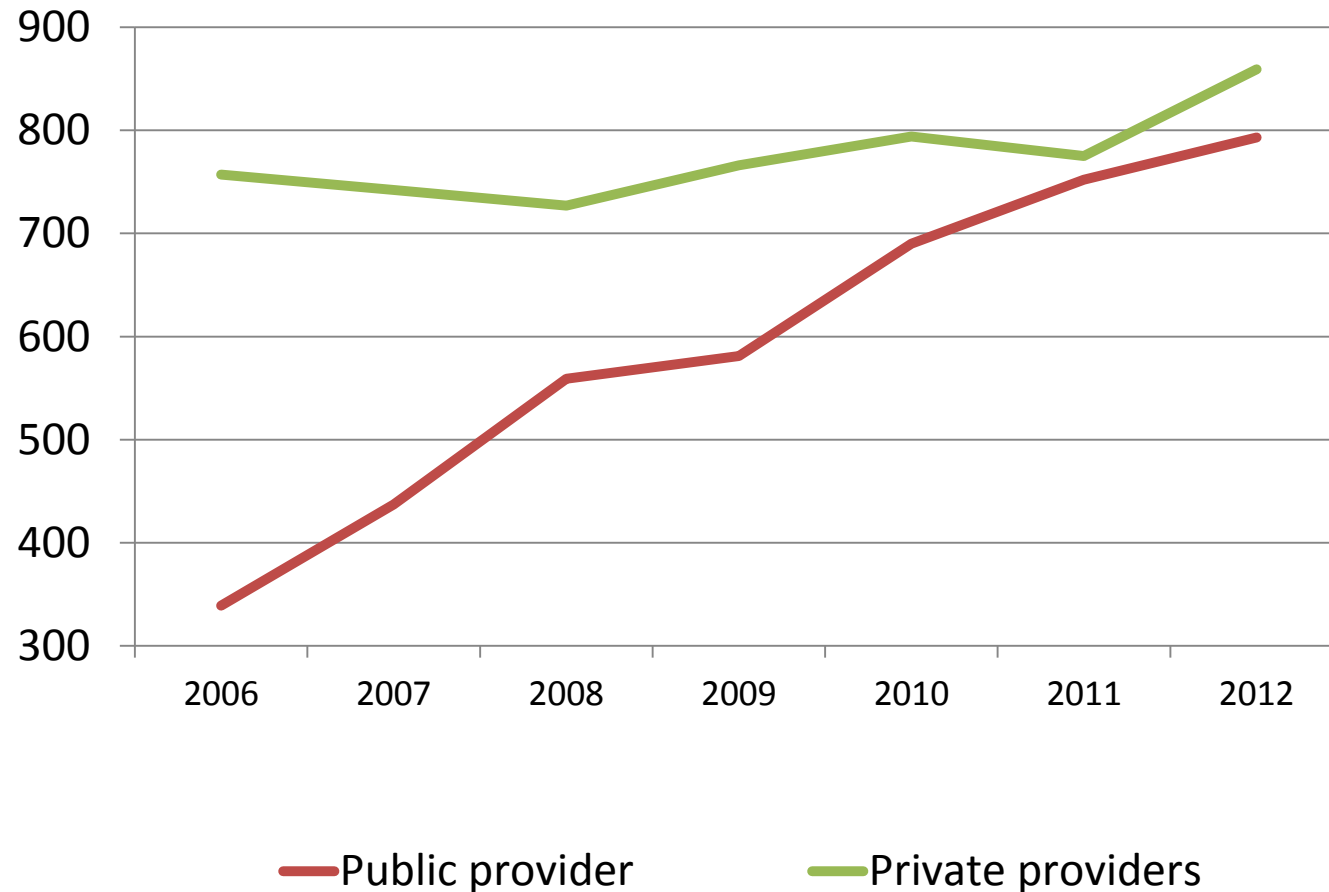
# Gasto en salud por origen del gasto

(millones de US\$ constantes de 2013)



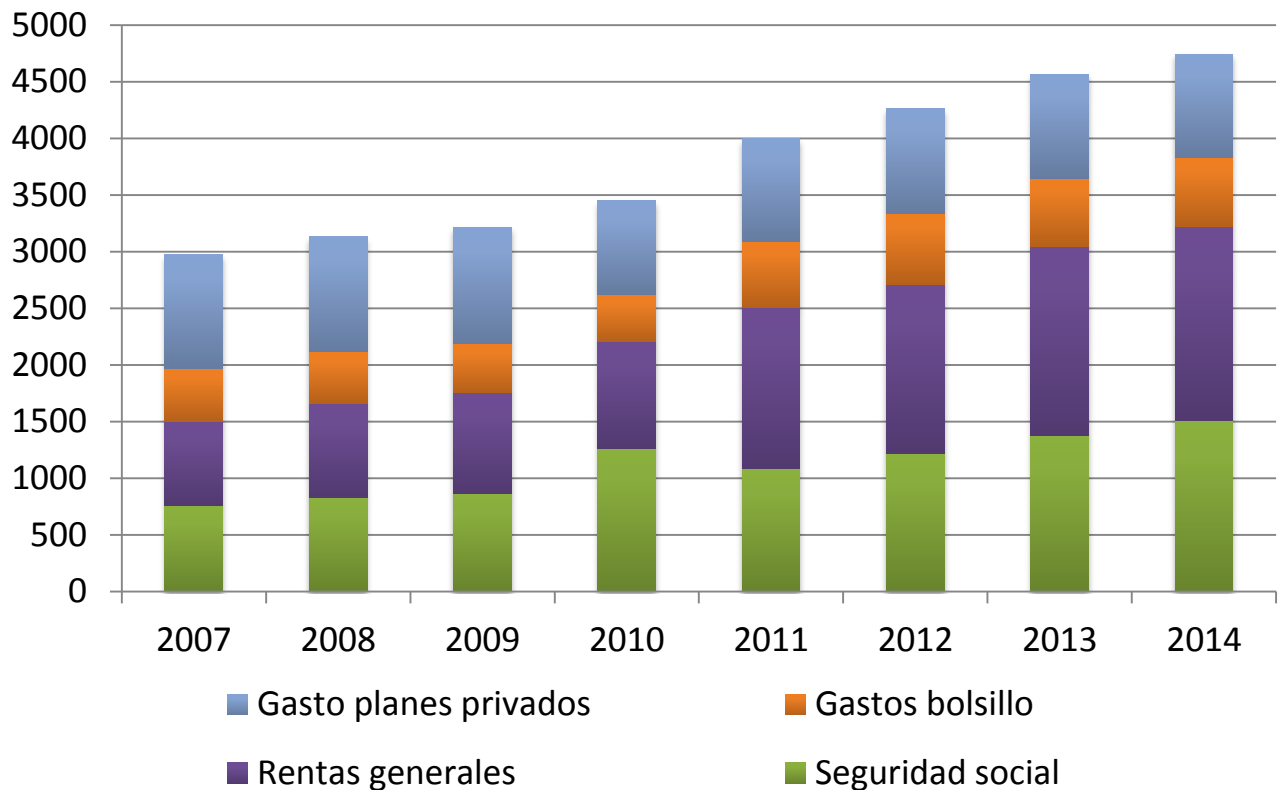
# Mayor gasto per cápita en seguro público

Gasto en salud per cápita (US\$ de 2013)



# Fuentes de financiamiento del SNIS

## En millones de US\$ constantes de 2013



	2007	2014
Seguridad social	25%	32%
Rentas generales	25%	36%
Gastos bolsillo	16%	13%
Gasto planes privados	34%	19%

# Impacto redistributivo de la reforma

- El nuevo sistema de salud aumentó la fracción de gasto público en salud (neto de contribuciones) dirigido a hogares en los deciles de ingreso más bajos y disminuyó la fracción dirigida a hogares en los deciles altos (Llambi et al. 2010)
  - 1<sup>er</sup> decil aumentó participación en gasto público en 1 pp (de 11.5% en 2005 a 12.5 en 2008)
  - 10<sup>o</sup> decil perdió participación en una magnitud similar (de 7.5% a 6%).

# Ejes de la Reforma 2008

## Cambios en la organización y gobernanza

- Expansión gradual de seguro social a dependientes, cónyuges, pasivos y trabajadores independientes
- Separación del rol regulador del Estado del de prestador

## Cambios en modelo de financiamiento

- Fondo Nacional de Salud (FONASA): fondo mancomunado, solidario y obligatorio
- Aumento tasas de impuesto SS
- Expansión del gasto destinado a población cubierta por seguro público

## Cambios en modelo de atención

- PIAS – canasta de prestaciones garantizadas para todo el sistema + contratos de gestión
- Promoción del primer nivel de atención (metas asistenciales)

# Modelo de Atención

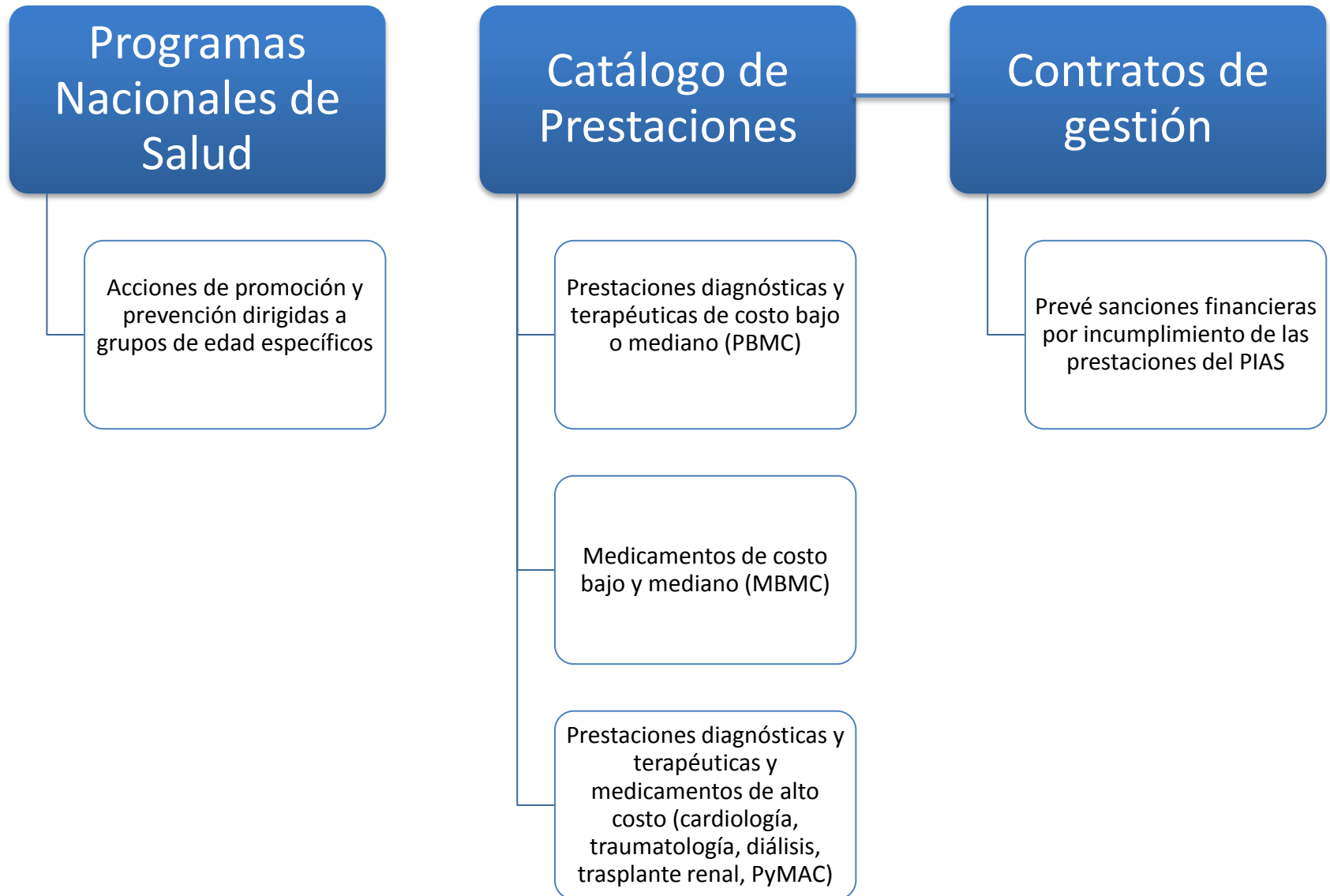
## PIAS: Plan Integral de Atención a la Salud

El **PIAS** constituye el conjunto de prestaciones que deben garantizar a sus beneficiarios las instituciones acreditadas como prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud (octubre 2008).

- Lista explícita de prestaciones
- Cobertura universal
- Abordaje integral: atención primaria, secundaria y terciaria
- Empieza a normativizar criterios de inclusión



# PIAS: Componentes



# Desafíos del PIAS

- Proceso de ajuste de PIAS poco transparente (selección de expertos sin criterios explícitos) y poco vinculados con costo-efectividad e impacto presupuestario
- PMBC reguladas por MSP; MPAC reguladas por FNR, 2 organismos independientes
- Judicialización versus aceptación de los límites de cobertura.
- Monitoreo del control del cumplimiento de contratos de gestión (JUNASA) aún débil (recursos insuficientes)

# Modelo de Atención

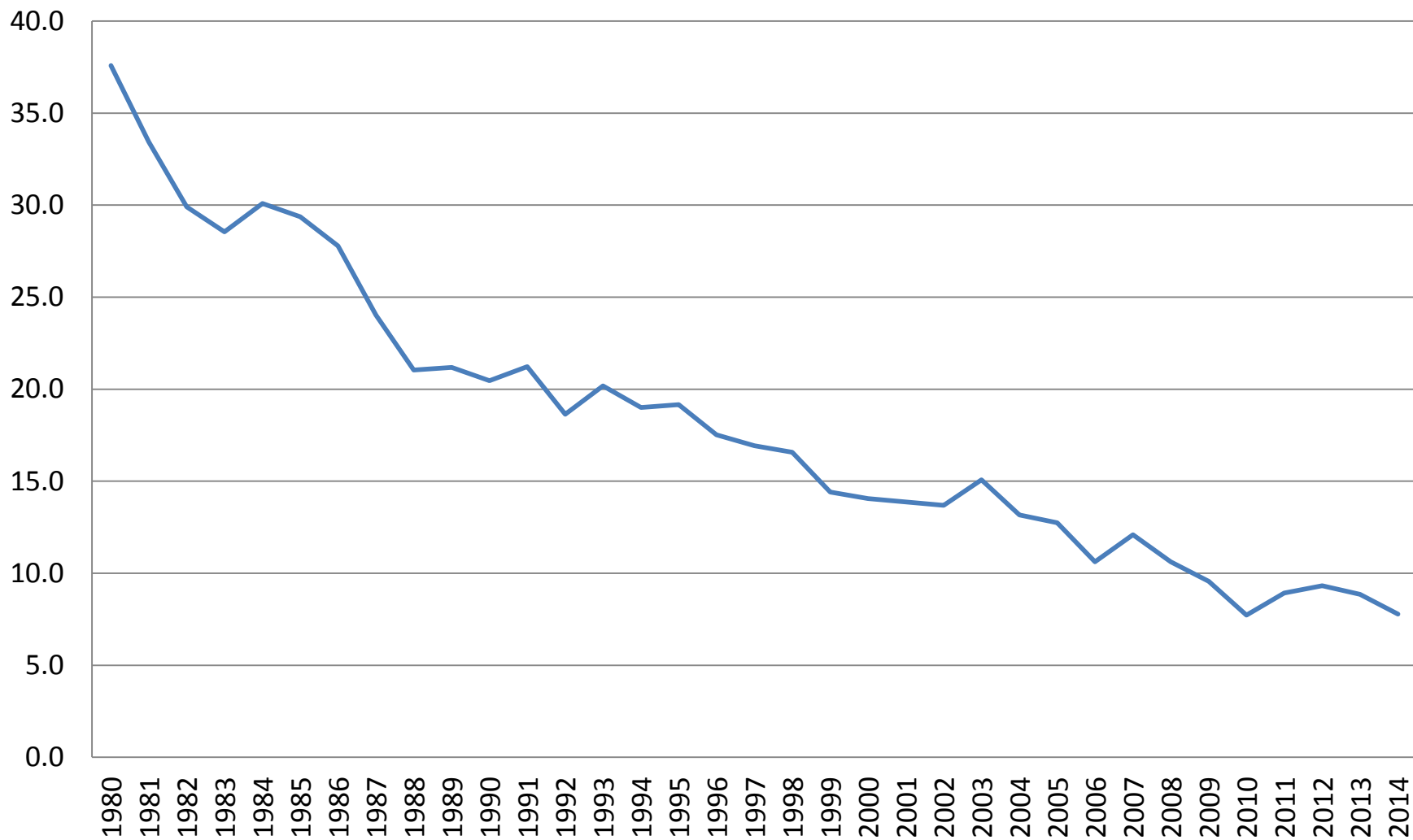
## Atención primaria

- Pago por metas asistenciales: los proveedores reciben un adicional per cápita por cumplir con una serie de metas
  - 100% mujeres embarazadas iniciando cuidados prenatales en 1er trimestre
  - Por lo menos 6 controles durante el embarazo
  - Controles del recién nacido
  - Controles anuales del niño
  - Asignación de médico de referencia
  - Personal médico de alta dedicación

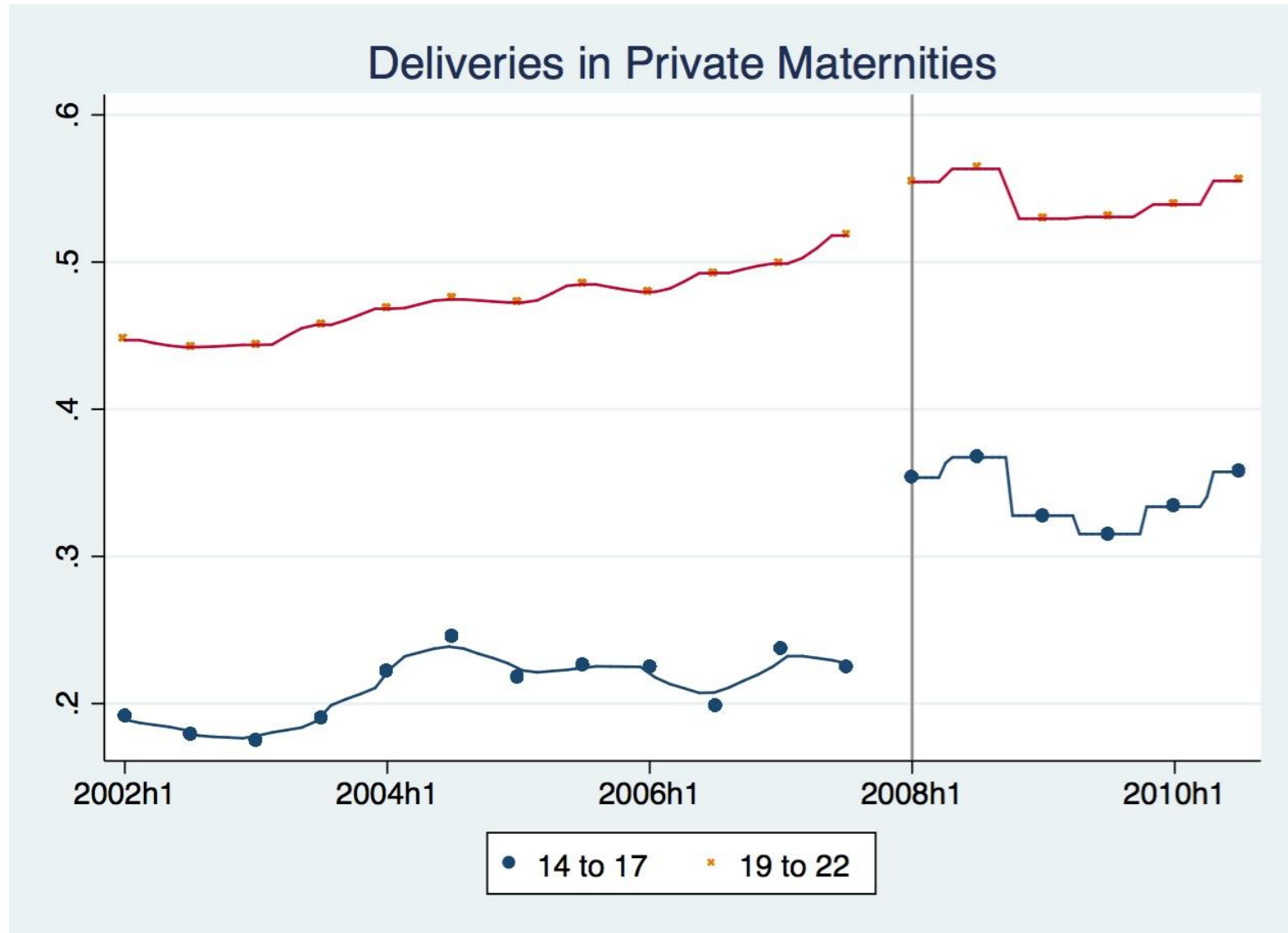
# Resultados de la reforma

- Se expandió cobertura y se redujo gasto privado en salud
- No se dispone de datos de utilización para evaluar mejora en el acceso y caída en el gasto privado
- ¿Efecto en la salud?

# Tasa de mortalidad infantil Uruguay



# Balsa y Triunfo (2016): Impacto de la reforma sobre la salud perinatal



# Resultados Diferencias en Diferencias

	Proveedor privado	Peso recién nacido	Bajo peso	Prematurez	Controles iniciados 1er trim	Al menos 6 controles
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2007 categ. omitida						
Adolescent * 2008	0.059*** (0.013)	17.641 (15.938)	-0.007 (0.009)	0.001 (0.009)	-0.001 (0.014)	0.002 (0.013)
Adolescent * 2009	0.087*** (0.012)	20.260 (16.138)	-0.007 (0.009)	-0.011 (0.009)	-0.025* (0.014)	-0.015 (0.013)
Adolescent * 2010	0.115*** (0.012)	41.230*** (16.004)	-0.020** (0.008)	-0.029*** (0.009)	-0.007 (0.014)	-0.013 (0.013)

p<.1, \*\* p<.05, \*\*\* p<.01; Robust standard errors in parentheses; N=107,001

Additional controls: adolescent dummy, mother's education, marital status, baby's gender, 2002-2006 and 2008-2010 year fixed effects, and department fixed effects.

- Mejora el peso y cae el bajo peso ¿Mejor calidad de prestaciones IAMC?
- ¿O más gasto per cápita en sector público? ¿CCT? ¿Campaña anti-tabaco?

# Políticas de demanda en el período

- Política anti-tabaco, desde 2005
  - 2005
    - Smoking prohibited in public spaces
    - Warnings must cover 50% of the pack
  - 2008
    - All advertising banned except at point of sale
  - 2009
    - Brands restricted to a single presentation
  - 2010
    - Warnings must cover 80% of the pack
- CCT (transferencias – asignaciones familiares)
- UCC (Uruguay Crece Contigo)



# Desafíos del SNIS en la organización y gobernanza

- Permanece la segmentación de sectores vulnerables, que solo acceden al seguro público
- ASSE (prestador público) mantiene serios problemas de eficiencia pese a aumento del financiamiento
- Se requiere aumentar la rendición de cuentas (indicadores, evaluaciones)
- Participación social (trabajadores, usuarios y prestadores) en gobierno de la JUNASA da lugar a conflictos de interés

# Desafíos del SNIS en el financiamiento

- Copagos actúan como freno al acceso para determinados sectores en FONASA
- IAMC se ven enfrentadas a exigencias de regulación crecientes sin aumentos en las cápitras y con restricciones crecientes en la fijación de copagos
- Sostenimiento del sistema ante crisis (necesidad de actuar contra ciclos) y ante población con mayores demandas (envejecimiento, enf.crónicas, más tecnología)
- Cómo promover innovación y ajuste a las necesidades de la población de los proveedores cuando se regulan precios, tipo de prestaciones y calidad de una única canasta
- Promover eficiencia a través de la mejora de las compras estatales, uso de pagos prospectivos más refinados, incorporación racional de tecnología

# Desafíos del SNIS en el modelo de atención

- Modelo de atención primaria aún incipiente
- PIAS no cubre salud mental ni bucal
- Proceso de ajuste del PIAS y de autorizaciones a la incorporación de tecnología poco transparentes
- Se requieren mayores estímulos a la promoción y prevención, y cambios en la formación médica

# Morbilidad

Encuestas de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles	2006 (25 a 64 años)	2013 (25 a 64 años)
Fumadores diarios *	32,7%	28,8%
Consumo de alcohol puntual excesivo *	12,1%	9,5%
Menos de 5 porciones al día de frutas y verduras *	84,9%	90,8%
Bajo nivel de actividad física *	35,1%	30,1%
Hipertensión arterial *	30,4%	38,7%
Sobrepeso y obesidad *	56,6%	64,7%
Glucosa elevada en sangre	5,3%	7,8%
Colesterol elevado en sangre	29,2%	23,1%

# Causas de defunción

Defunciones registradas según causa de muerte. Uruguay 2014		
Grandes Grupos según CIE 10		Porcentaje
Enfermedades Infecciosas & Parasitarias	(A00-B99)	2.1
Tumores (Neoplasias)	(C00-D48)	<b>25.1</b>
Enfermedades de la sangre & los Organos Hematopoyeticos	(D50-D89)	0.5
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	(E00-E90)	3.8
Trastornos mentales & del Comportamiento	(F00-F99)	2.2
Enfermedades del Sistema Nervioso	(G00-G99)	3.7
Enfermedades del Sistema Circulatorio	<b>(I00-I99)</b>	<b>27.0</b>
Enfermedades del Sistema Respiratorio	(J00-J99)	<b>9.7</b>
Enfermedades del Sistema digestivo	(K00-K93)	4.1
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	(L00-L99)	0.5
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	(M00-M99)	0.9
Enfermedades del sistema genitourinario	(N00-N99)	3.3
Embarazo, parto & puerperio	(O00-O99)	0
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	(P00-P96)	0.5
Malformaciones congénitas, deform & anomalías cromosómicas	(Q00-Q99)	0.5
Síntomas, signos y hallazgos, no clasificados en otra parte	(R00-R99)	8.8
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	(V01-Y98)	<b>7.4</b>
Total		100

# Economía política de la Reforma

- Crecimiento económico
- Mayoría parlamentaria, 1er gobierno del Frente Amplio, amplio apoyo social
- Se expande seguro social con un buen nivel de valoración social
- Para las IAMC la reforma significa mayores usuarios, lo que les da mayor escala y viabilidad a su modelo
- Implementación gradual en contexto de crecimiento con aumento de beneficios para un % importante de la población mitiga descontento por aumento impositivo
- Apoyo de sindicatos (funcionarios no médicos y médicos) y de las IAMC en los inicios

Muchas gracias

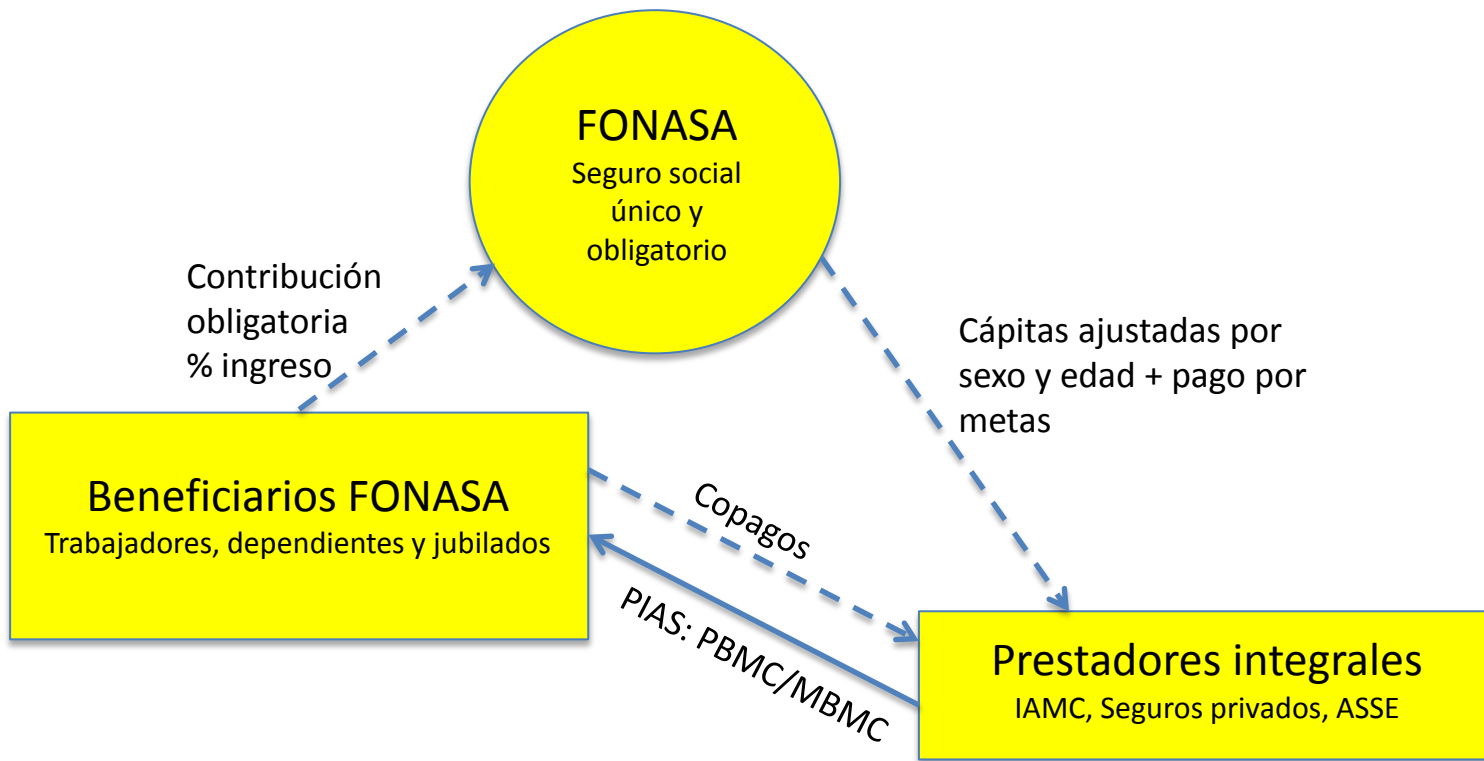
		URUGUAY				CHILE	
	Tipo de seguro	SEGURO PUBLICO	SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO (FONASA)	SEGURO PRIVADO		FONASA	SEGURO PRIVADO ISAPRES
ORGANIZACIÓN C I ÓN Y G O B R A N Z A	Regulación	MSP	MSP	MSP		MINSAL - Subsecretaría de Salud Pública	Superintendencia de Salud
	Ente asegurador	Contratación directa de la provisión	IAMC (instituciones de asistencia médica colectiva sin fines de lucro)	IAMC, 5 seguros integrales		Uno, el Estado	14 ISAPRES
	% de la población 2014	25%	66%	9% (6% IAMC, 3% Seguros integrales)		76,5%	17,5%
	Beneficiarios	Desempleados, trabajadores informales de bajos ingresos	Trabajadores formales, sus cónyuges y dependientes, jubilados	Individuos que adquieren seguro individual o trabajadores de altos ingresos que eligen transferir su derecho Fonasa a un seguro privado, pagando extra		Trabajadores dependientes y pensionistas, desempleados, indigentes, independientes a partir de 2018	Trabajadores de altos ingresos
	Cobertura (garantías explícitas)	PIAS	PIAS	PIAS		AUGE	AUGE
	Asegurador puede rechazar	NO	NO	SI		NO	SI
	Asegurador puede restringir cobertura por preexistencia	NO	NO	SI		NO	SI, por 18 meses
	Libertad de elección	NO	SI	SI		SI, salvo FONASA en modalidad institucional	SI



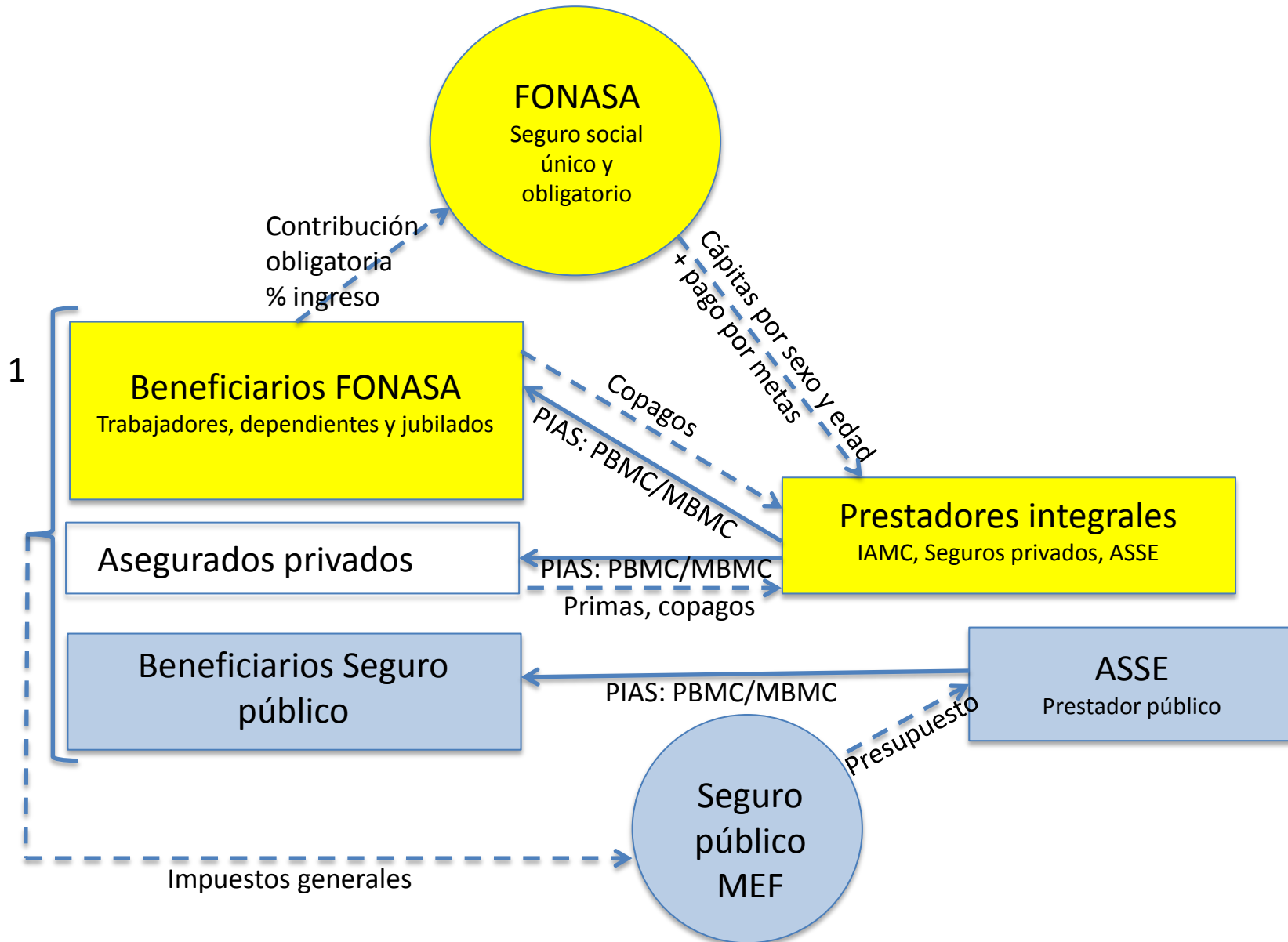
		URUGUAY				CHILE	
	Tipo de seguro	SEGURO PUBLICO	SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO (FONASA)	SEGURO PRIVADO		FONASA	SEGURO PRIVADO ISAPRES
F I N A N C I A M I E N T O	Fuente	Impuestos generales	Impuestos SS (4,5% - 8%) e impuestos generales	Impuestos SS + pago extra de individuos, primas individuales		Impuestos SS (7%) y gales	Impuestos SS + pago extra de individuos, primas individuales
	Fondo de redistribución		FONASA	No hay fondo de compensación		FONASA	Fondo de Compensación de ISAPRES asociado a las prestaciones con GES
	Prima que recibe asegurador		Cápita ajustada por sexo y edad	Prima dependiente de sexo, edad y preexistencias			Base GES (igual para todos los beneficiarios) + prima plan complementario (= valor base * factor individual que depende de edad, sexo, condición de cotizante)
	Copagos	NO	SI	SI		SI, mayor copago cuanto mayor es la cotización	SI, depende del plan

		URUGUAY				CHILE	
	Tipo de seguro	SEGURO PUBLICO	SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO (FONASA)	SEGURO PRIVADO		FONASA	SEGURO PRIVADO ISAPRES
P R O V I S I O N	Prestadores	ASSE (Administración de Servicios Sanitarios del Estado)	IAMC (proveedores integrados verticalmente, 54%), y ASSE, 12%	Subcontratación médicos y hospitales		Servicios de salud y red asistencial MINSAL, municipios, y prestadores privados	
	Pago a prestadores	Salarios, presupuestos	Salarios, pago por servicio	Salarios, pago por servicios, tarifas negociadas		Presupuestos históricos, por servicio retrospectivo y prospectivo, municipios reciben cápitas	Pago por servicio, retrospectivo y prospectivo

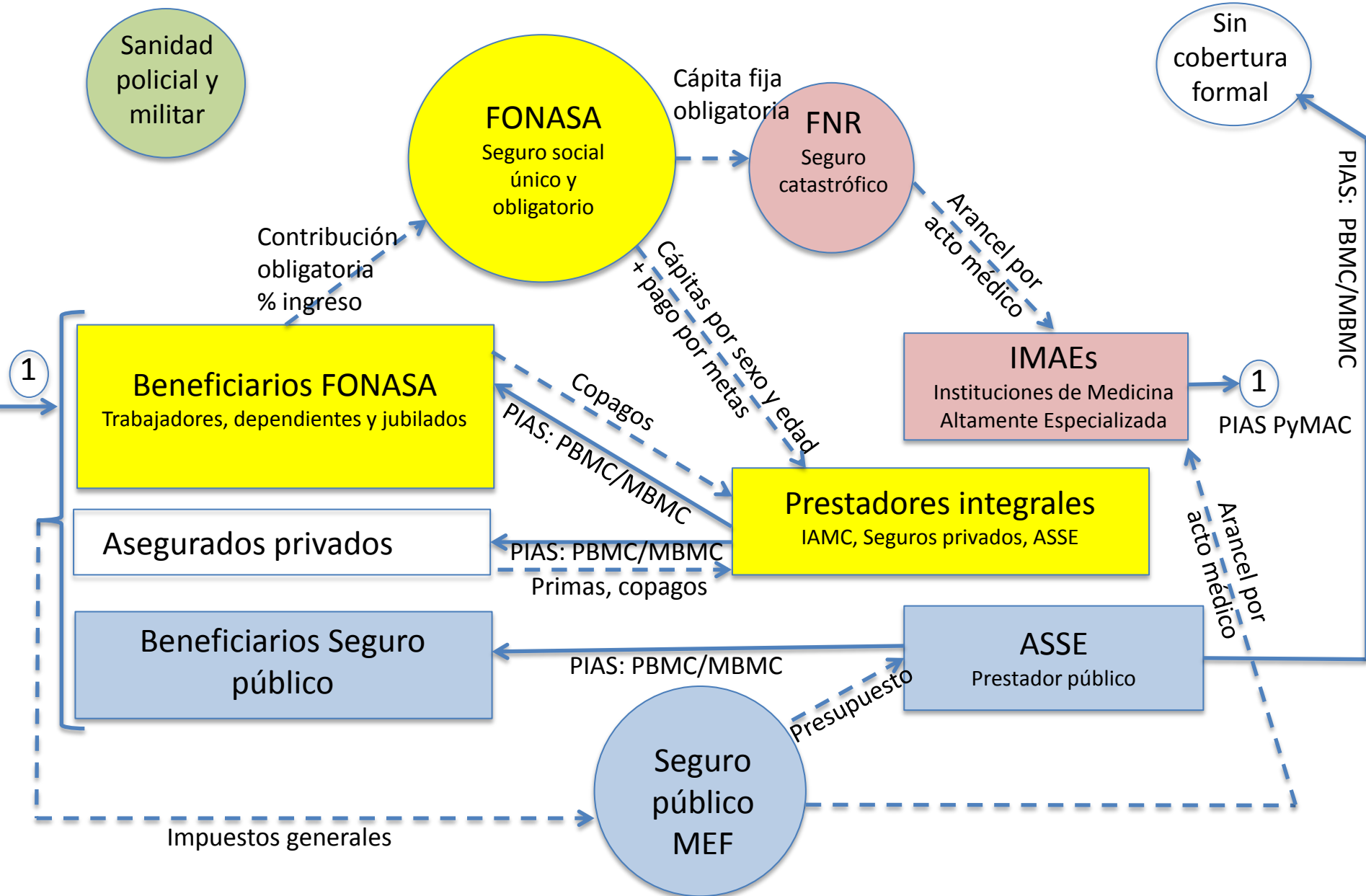
# Reforma de la Salud 2008



# Sistema Nacional Integrado de Salud

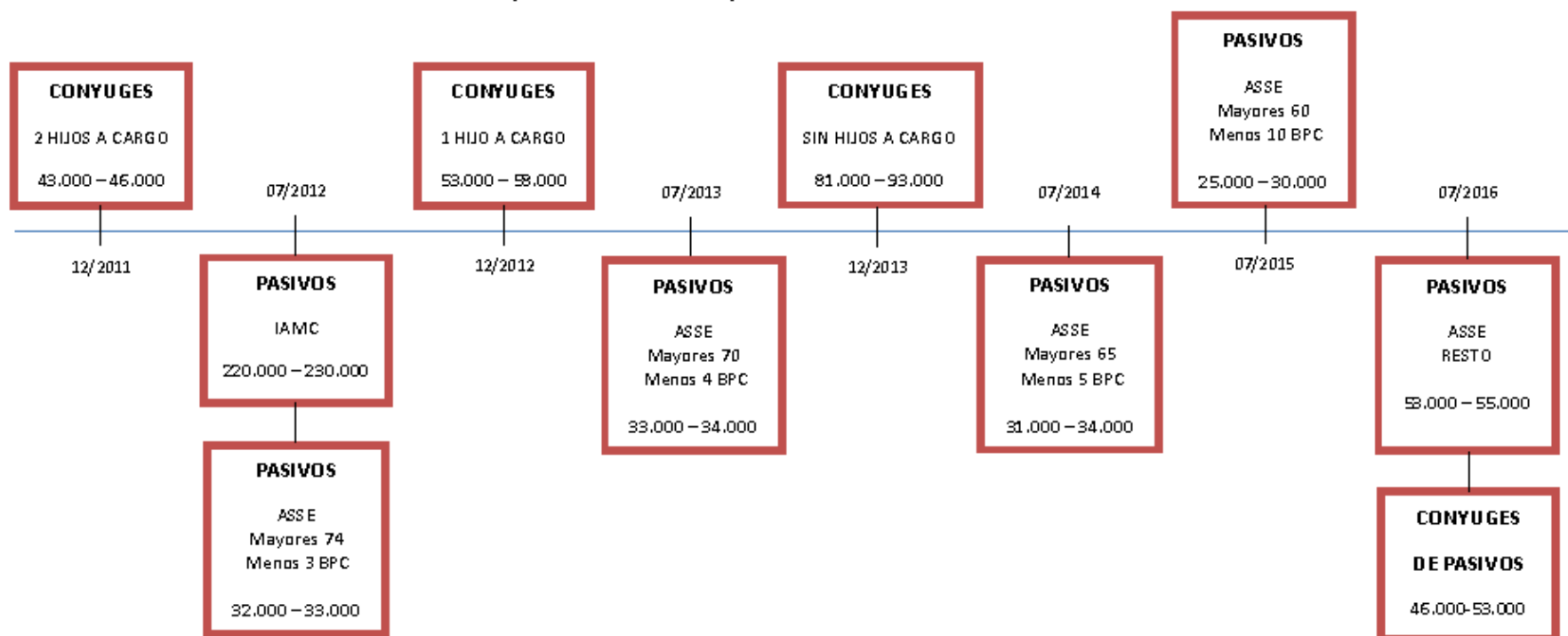


# Sistema Nacional Integrado de Salud



# Expansión de la cobertura SS

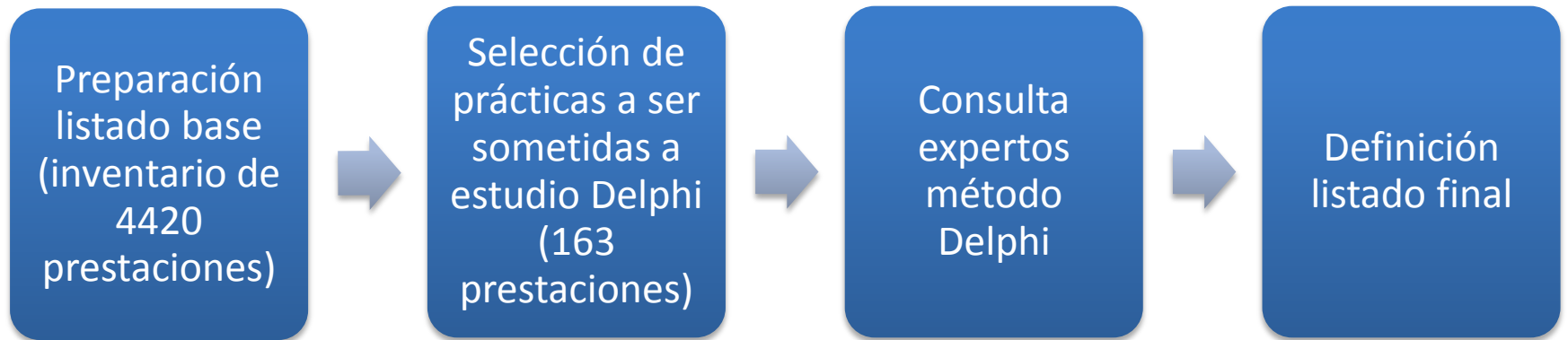
**Cuadro 3:** Esquema de incorporaciones al FONASA 2011-2016



Fuente: “El camino hacia la Cobertura Universal en Salud en Uruguay” (2012), OPS-OMS / DIGESNIS- DES

# Elementos adicionales PIAS

# Diseño y costeo del PIAS: PBMC





# Listado final del PIAS PBMC

## 1) Prácticas incluidas sin normativización

- Bajo uso y costo
- Poca variabilidad
- Difícil definir limitaciones en alcance de indicaciones
- No es costo-efectivo limitar indicaciones

## 2) Prácticas que serán normativizadas

- Efectividad comprobada, es preciso definir indicaciones en que sería recomendado su uso

## 3) Prácticas no incluidas en listado inicial pero con evidencia sólida de efectividad

## 4) Prácticas no incluidas porque hay dudas sobre eficacia o costo-efectividad

# Catálogo PIAS PBMC

- Modalidades de atención (ambulatoria, urgencia, internación)
- Profesionales y técnicos
- Procedimientos diagnósticos (alrededor de 1600)
- Procedimientos terapéuticos y de rehabilitación (casi 3000)
- Salud bucal
- Medicamentos y vacunas
- Transporte sanitario

# Catálogo PIAS PBMC

Modalidades de atención médica:

- atención ambulatoria coordinada en consultorio y domicilio.
- urgencia institucional y domiciliaria.
- internación en sus diferentes niveles de cuidados.
- otras modalidades: internación domiciliaria, hospital de día, cirugía de día o corta estadía, cirugía ambulatoria.
  - atención en centro quirúrgico.
  - atención en sala de partos.
  - cuidados paliativos.

# Prestaciones PIAS PyMAC (FNR)

- Cateterismo cardíaco (diagnóstico y tratamiento)
- Angioplastia coronaria
- Cirugía cardíaca
- Marcapaso
- Cardiodesfibriladores
- Diálisis
- Grandes quemados
- Implante coclear
- Prótesis de cadera y rodilla
- Trasplantes cardíaco, pulmonar, hepático, renal, médula ósea
- Tratamientos con medicamentos de alto costo

# Diseño y costeo del PIAS

## Prestaciones Bajo y Mediano Costo

A cargo de MSP y FNR con asesoría técnica del Instituto de Efectividad Clínica Sanitaria de Argentina y expertos clínicos

2008: Lista explícita de prestaciones basadas en canastas ya ofrecida por el sector mutual (+ de 4000) y evaluación de 163 prestaciones por método Delphi

No se calculan costos, se usaron gastos per cápita declarados por las IAMC

## Medicación Bajo y Mediano Costo

A cargo de la Unidad del Formulario Terapéutico de Medicamentos de la DIGESA, MSP

UFT ya definía listas de medicamentos cubiertos previo a la reforma

## Prestaciones y Medicación Alto y Mediano Costo

A cargo del FNR (independencia financiera total y orgánica parcial del MSP)

Su definición fue previa al PIAS y se mantuvo

Cálculo de costos de prestaciones toma en cuenta costo-efectividad e incidencia presupuestaria

# Proceso de Ajustes al PIAS

Ley 18211 prevé que el MSP “*actualizará periódicamente estos planes integrales basado en la evidencia científica, demográfica y epidemiológica de la población uruguaya y en la factibilidad financiera del sistema de salud.*”

# Proceso de Ajustes al PIAS

## Prestaciones Bajo y Mediano Costo

A cargo del MSP, comisión que no incluye profesionales a tiempo completo

Corrección de omisiones y eliminación de técnicas obsoletas o sustituidas; Normativización de prestaciones; Evaluación de inclusión de nuevas prestaciones

Todas las incorporaciones deben tener financiamiento específico a través de aumento de la cápita o copagos

## Medicación Bajo y Mediano Costo

A cargo de la Unidad del Formulario Terapéutico de Medicamentos de la DIGESA

Se apoya en la revisión de pruebas, el análisis de costo-efectividad y seguridad, análisis fármaco-epidemiológicos, el lugar en la lista terapéutica y los costos para el SNIS

Revisión permanente y actualización anual (aunque puede ser menor). Solicitudes de incorporación deben ser presentadas por escrito y fundamentados

## Prestaciones y Medicación Alto y Mediano Costo

A cargo del FNR: a) informe de comisión técnica asesora (3 miembros, MSP, facultad de Medicina y 3º designado); b) comisión administradora (5 miembros) vota o no inclusión/exclusión

Comisión administradora tiene potestad de autorizar los gastos necesarios para cumplir los objetivos del FNR

Se evalúan prestaciones según la evidencia científica de costo efectividad, usando orientaciones de NICE, y según impacto presupuestario y disponibilidad y acceso.

# Implementación del PIAS: PBMC

- Contratos de gestión
  - Se firman entre JUNASA y prestadores
  - Acuerdo incluye:
    - Garantizar prestación del PIAS y cumplir con metas asistenciales
    - Asegurar condiciones de acceso óptimas a las prestaciones (tiempos de espera máximos, horarios de atención, coordinación de consultas) e información a usuarios.
    - Forma de pago de la cuota salud y sanciones en caso de incumplimiento



# Implementación del PIAS: PyMAC

- FNR paga a las IMAE arancel por prestación
- Compra medicamentos, dispositivos y prótesis en forma centralizada a través de concurso de precios
- Seguimiento estrecho de las prestaciones

# Desafíos pendientes PIAS (1)

- Procesos de priorización y ajuste del PIAS poco claros
  - Criterios de selección de expertos no explícitos, lo que hace al sistema susceptible de presiones corporativas
  - Profesionales a cargo de ajuste del PIAS PBMC no tienen dedicación plena a esta tarea
  - Definir procesos transparentes, independientes y rigurosos
  - Mayor énfasis en costo-efectividad e impacto presupuestal
  - Hacerlo más consultivo a interesados (gremios médicos, pacientes o políticos) y explicitar procesos de negociación

# Desafíos pendientes PIAS (2)

- 2 listas de prestaciones independientes, con financiamiento y gestión de 2 instituciones diferentes sin ámbito jerárquico superior. Falta más coordinación entre FNR y MSP (ej. implante coclear o programas preventivos)
- ASSE: Problemas de financiamiento de prestaciones nuevas y costos asociados (difícil presupuestar)
- Judicialización versus aceptación de los límites de cobertura. Debe difundirse y educarse a la población respecto de las prestaciones incluidas

# Desafíos pendientes PIAS (3)

- Falta de planificación de largo plazo y armonización del PIAS con orientación del SNIS hacia políticas sanitarias de primer nivel
- Monitoreo del control del cumplimiento de contratos de gestión (JUNASA) aún débil (recursos insuficientes)
  - Tiempos de demora son altos
- Datos pobres sobre satisfacción de los usuarios, acceso a prestaciones puntuales, utilización y resultados de salud