

Encuentro Internacional de derecho a la salud

Cobertura universal e integralidad posible

Sistema Nacional Integrado de Salud
de Uruguay



Belo Horizonte – noviembre 2016



Contenidos

1. El sector salud en Uruguay previo al SNIS
2. Concepción de la Reforma. Propuestas de cambio
3. Proceso de cambio hacia el SNIS
4. Fundamentos del SNIS
5. La Reforma del Sistema de Salud
6. ¿Qué es la rectoría en salud?
7. Los usuarios del SNIS
8. Los prestadores: ¿Quiénes integran el SNIS?
9. Estrategia de la Reforma de la Salud
10. Cambios en el Modelo de Gestión (I) La Junta Nacional de Salud
11. Cambios en el Modelo de Gestión (II) La JUNASA y los Contratos de Gestión
12. Cambios en el Modelo de Gestión (III) Papel de usuarios y trabajadores en el SNIS
13. Cambios en el Modelo de Atención(I) El Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS)
14. Cambios en el Modelo de Atención(II) Complementación y Redes
15. Cambios en el Modelo de Atención(III) Cargos de alta dedicación
16. Cambios en el Modelo de Financiamiento(I) Conformación del Seguro Nacional de Salud (SNS)
17. Cambios en el Modelo de Financiamiento(II) El pago a los prestadores: CÁPITAS
18. Cambios en el Modelo de Financiamiento(III) El pago a los prestadores: METAS
19. Cambios en el Modelo de Financiamiento(IV) El pago a los prestadores
20. El Fondo Nacional de Recursos (FNR)
21. Flujos de financiamiento entre los diferentes actores del sistema de salud
22. Cuentas de salud Matriz de fuente de financiamiento (I) , Matriz de agente de financiamiento (II), Matriz de costo de los factores (III)



El sector salud en Uruguay previo al SNIS

Principales problemas previos a la Reforma

Gasto y financiamiento

- El subsector público brindaba asistencia al 50% de la población con la tercera parte del gasto del subsector privado.
- Inequidad en el financiamiento de la cobertura en salud de los hogares. Segmentación de la cobertura

Cobertura del sistema de Seguridad Social

- Cobertura asistencial “solo” para trabajadores privados y jubilados de menores ingresos (no para su familia)
- Afiliación compulsiva al sub-sector privado (IAMC)
- El beneficio cesaba cuando el trabajador se jubilaba.
- Pago cuota DISSE no vinculado al riesgo de la población

Debilidad de la función de Rectoría

- Discontinuidad en las orientaciones del MSP. Prioridad de función asistencial



El sector salud en Uruguay previo al SNIS

Principales problemas previos a la Reforma

Fragmentación en el Modelo de Atención

- Modelo de atención: curativo- medicalocéntrico y hospitalocéntrico, que priorizaba el segundo y tercer nivel y la atención más especializada
- Ausencia de un equipo de salud responsable de la continuidad en la atención del individuo y su familia
- Duplicación, dispersión y subutilización de los recursos disponibles. Escasa o nula coordinación entre prestadores.

Oferta de Recursos Humanos del Sector

- La formación de recursos humanos en salud no estaba en relación ni con el perfil epidemiológico del país ni con las actuales necesidades del mercado.
- Diferencias en las condiciones de trabajo para quienes cumplen la misma función dentro del sector.



Concepción de la Reforma

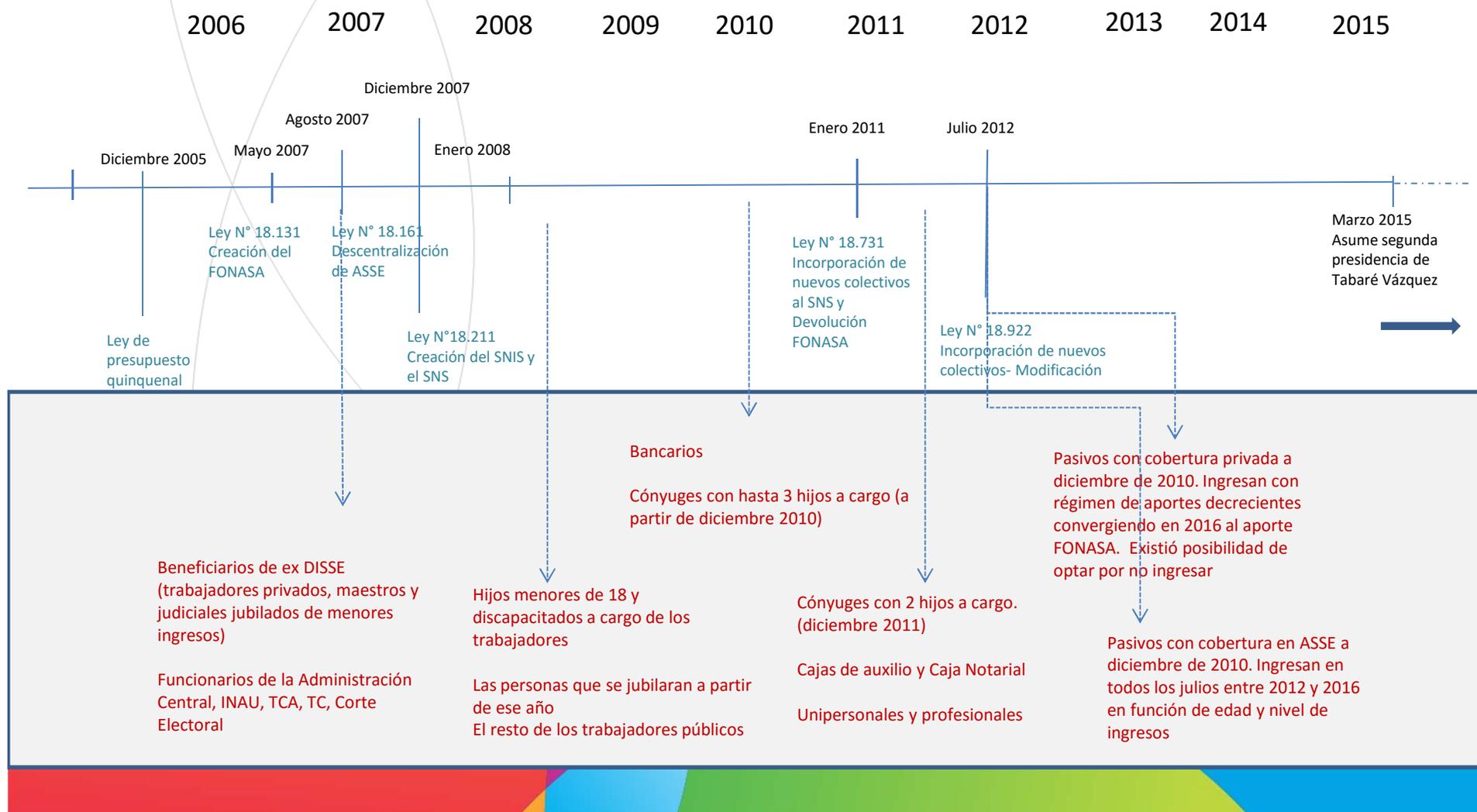
Propuestas de cambio

- El diagnóstico de los principales actores del sector sobre la situación en que se encontraba el sistema era ampliamente compartido (fuertes disparidades en infraestructura, importantes inequidades salariales, multiempleo, altos precios de tasas moderadoras y cuotas mutuales, elevados tiempos de espera, atención centrada en la hospitalización y no en la atención primaria, necesidad de que el MSP no fuera a la vez rector del sistema y proveedor de servicios e importantes inequidades en cuanto a cobertura y financiamiento entre trabajadores) (Fuentes, 2010)
- La propuesta de reforma del Sistema de Salud presentada por el Frente Amplio en su programa de gobierno se concibió a partir de ideas compartidas e insumos vertidos por importantes actores del sistema: en particular la central de trabajadores PIT-CNT (FUS), el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), y la Federación Médica del Interior (FEMI).
- La convergencia respecto a los principios generales es notoria y es un punto imprescindible a la hora de entender el por qué del éxito de la implantación de la Reforma.

Proceso de cambio hacia el SNIS



Cronología de la Reforma del Sistema de Salud





Fundamentos del SNIS

- **Salud como Derecho Humano.** Desde el punto de vista individual, el derecho a la salud implica el derecho de cada ciudadano a unas condiciones de vida adecuadas para poder contar con un buen estado de salud. En lo colectivo, implica el derecho a que la organización de la sociedad responda a las necesidades de salud de todos los ciudadanos.
- El objetivo central de la reforma del sistema de salud es la **universalización de la atención en salud a toda la población en niveles de accesibilidad y calidad homogéneas y con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano**

La Reforma del Sistema de Salud



Principales ejes

El **cambio en el modelo de atención**, con énfasis en la estrategia de atención primaria en salud, y el funcionamiento en redes de un sistema integral de atención.

Al mismo tiempo exige **cambios en el modelo de gestión**, incluyendo la participación de trabajadores y usuarios en la conducción institucional

A esto se suman los cambios **en el modelo de financiamiento** del sector. Es en este último punto en el que se han logrado los mayores avances.



La rectoría en el SNIS

La reforma instala un nuevo modelo de gobernanza

Incrementa los controles públicos estableciendo una lógica de funcionamiento diferente dentro del SNIS que incluye la Participación social

Ministerio de Salud Pública – Autoridad sanitaria

Junta Nacional de Salud - Administra el Seguro Nacional de Salud y vela por el cumplimiento de los objetivos del SNIS

Juntas Departamentales de Salud y Juntas Locales (o Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales) – representaciones más amplias de los actores involucrados en la atención en salud en el territorio



Los prestadores: ¿Quiénes integran el SNIS?



ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado): prestador público con alcance nacional.

IAMC (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva): instituciones de carácter mutual o cooperativas de profesionales, sin fines de lucro y reguladas por el MSP, 37 instituciones en todo el país.

Seguros Privados Integrales: instituciones privadas con fines de lucro, reguladas por el MSP, 6 en Montevideo.

Prestadores Integrales con quienes contrata la JUNASA para brindar atención a los afiliados a través del SNS

Otros prestadores del SNIS pero no del SNS

- Hospital de Clínicas
- Hospital Policial
- Hospital Militar
- Sanatorio del Banco de Previsión Social
- Sanatorio del Banco de Seguros del Estado
- Policlínicas de las Intendencias Municipales
- Policlínicas de Empresas Públicas para sus funcionarios y familias
- Instituto de Medicina Altamente Especializada (IMAE)

- Seguros Parciales
- Emergencias Móviles
- IMAE





Los usuarios del SNIS

Usuarios individuales

- Quienes pagan una cuota en ASSE (individual o familiar)
- Quienes tienen carné de asistencia gratuita en ASSE
- Quienes pagan una cuota en una mutualista
- Quienes pagan un seguro privado

Usuarios del Hospital Militar y Hospital Policial

Trabajadores y ex trabajadores de los Ministerios de Defensa y del Interior respectivamente y sus familias

Usuarios FONASA

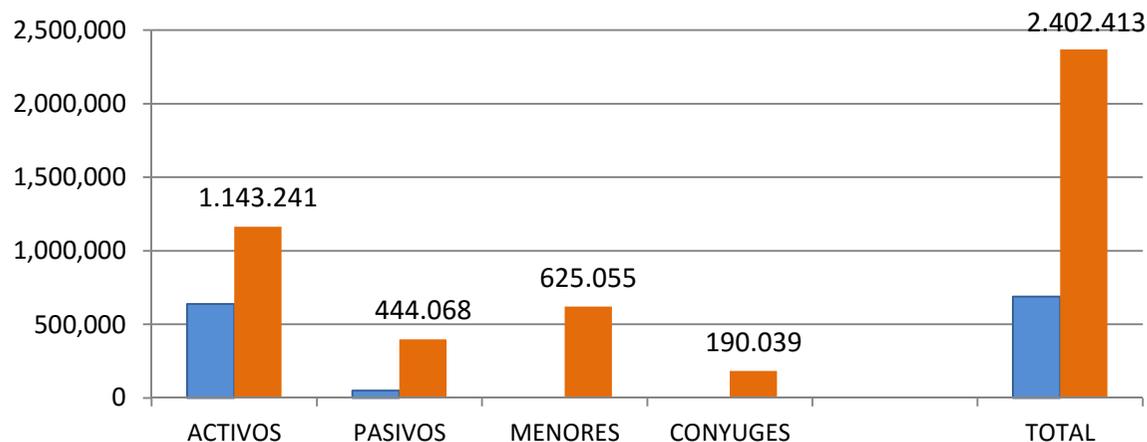
- **¿Quiénes tienen derecho?** Los trabajadores públicos y privados, los menores o discapacitados a cargo de un trabajador, los cónyuges y los pasivos.
- **¿Dónde pueden atenderse?** Pueden optar por tener cobertura en ASSE, una IAMC o un Seguro privado

Los usuarios del SNIS



En 2015 más del 70% de la población del país está cubierta por el FONASA

Evolución usuarios amparados por la Seguridad Social
Pre reforma vs diciembre 2015



Movilidad regulada: Los usuarios amparados por el FONASA que al 31 de enero de cada año tengan por lo menos tres años de afiliación a una misma institución de asistencia médica pueden afiliarse a otra de las que integran el SNIS durante el mes de febrero. También pueden cambiarse los afiliados de oficio a ASSE.

Además de estos cambios, durante todo el año la JUNASA autoriza la movilidad de aquellos usuarios que:

- demuestren disconformidad con la atención recibida, configurándose la ruptura del vínculo asistencial
- por cambios de domicilio que conlleven a no tener garantías en el acceso a la asistencia

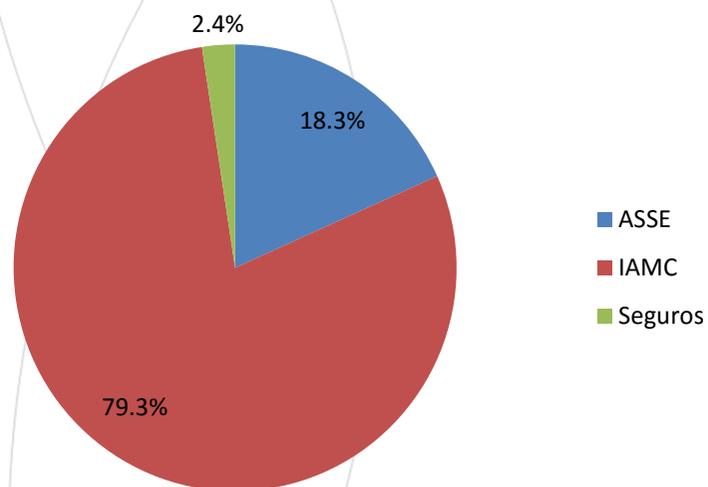
A su vez, en todo momento los usuarios pueden:

- cambiarse a ASSE
- cambiarse a un Seguro Integral
- suspender su afiliación a un Seguro Integral, debiendo regresar a su anterior Institución de Salud.



Usuarios por prestador

Usuarios FONASA por prestador Diciembre 2015



Fuente: Elaboración propia en base a Censos SINADI

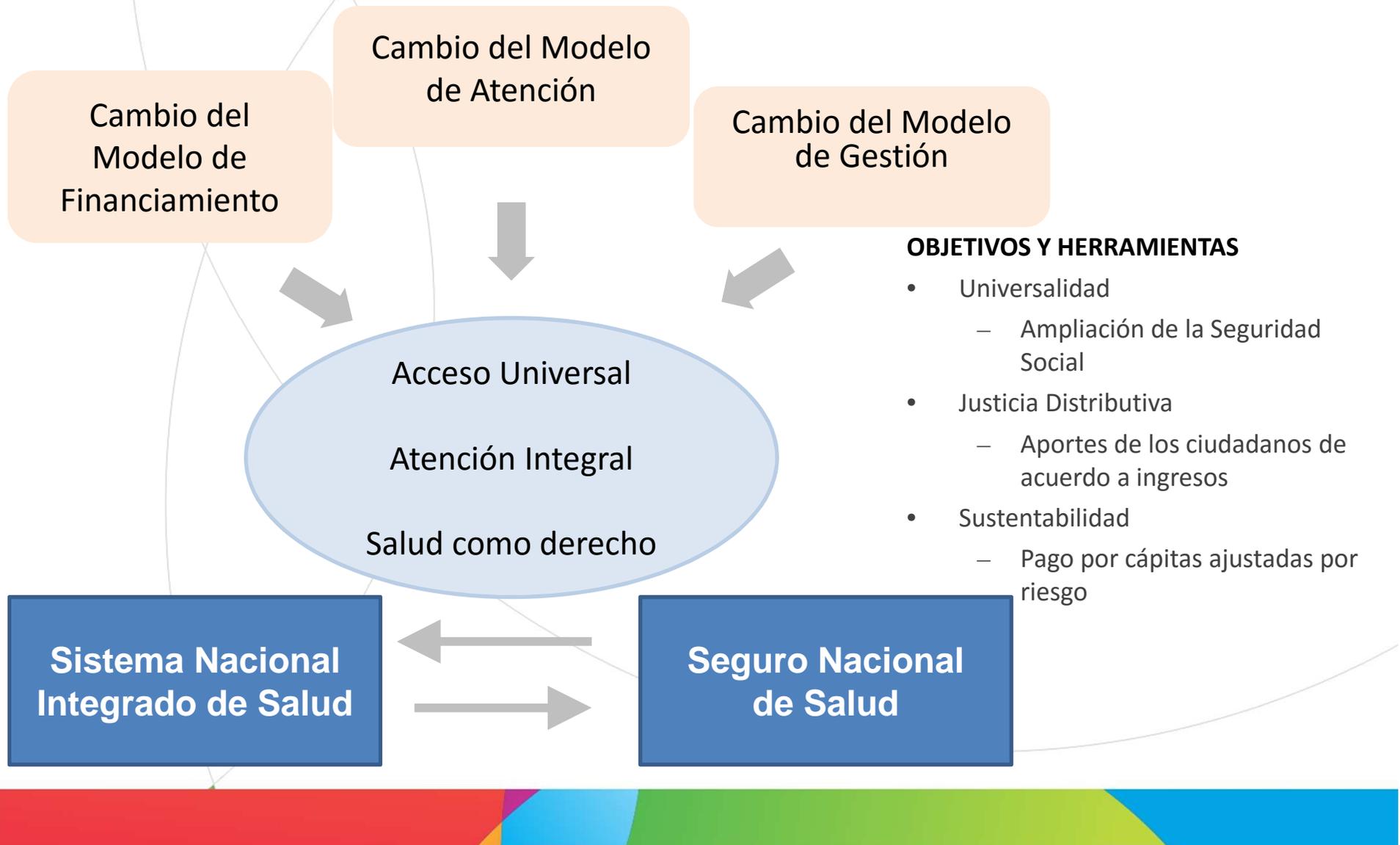
Casi el 80% de los beneficiarios FONASA tiene cobertura en una IAMC

Usuarios SNIS por prestador

	%
ASSE-HC	27,8
IAMC	57,1
Seguro Privado	2
Policia-Militar	6,9
BPS	0,2
Policlínica Municipal	1,4
Otro	2,7
No cubierto	2
Población País	100



Estrategia de la Reforma de la Salud



Cambios en el Modelo de Gestión (I)



Se dan a diferentes niveles de la gestión y van de la mano o incentivan cambios en los otros dos ejes de la reforma

La Junta Nacional de Salud (JUNASA)

- Organismo desconcentrado del MSP.
- Directorio con 7 miembros: 4 por el Poder Ejecutivo : 2 a propuesta del MSP, uno de los cuales lo presidirá; 1 a propuesta del MEF y otro del BPS; 1 representante de los prestadores de servicios de salud que integren el SNIS, 1 representante de los trabajadores y 1 representante de los usuarios
- Competencias de la JUNASA (Ley 18.211) :
 - Administrar el Seguro Nacional de Salud (SNS). Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el SNS, previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.
 - Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)
 - La compra del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) para la cobertura en salud de la población beneficiaria del SNS se realiza a través de la firma de los Contratos de gestión que luego serán controlados y monitoreados por el MSP y la JUNASA

Cambios en el Modelo de Gestión (II)



La JUNASA y los Contratos de Gestión

- Herramienta estratégica que explicita las exigencias del SNIS, busca incentivar a los prestadores a cumplir un conjunto de actividades específicas tendientes al logro de los objetivos de política sanitaria y establece sanciones por incumplimiento.
- La asignación de los recursos destinados a la cobertura en salud de la población FONASA, está condicionada por el cumplimiento de los Contratos de gestión cuyo no cumplimiento da lugar a sanciones económicas.
- El ejercicio de la función de compra de forma estratégica, habilita la incorporación de incentivos al cambio en el modelo de atención y a una gestión más eficaz y eficiente de los recursos
- Permite evaluar el desempeño de los prestadores, tanto en sus niveles y calidad de atención como en su gestión administrativa





Cambios en el Modelo de Gestión (III)

Papel de usuarios y trabajadores en el SNIS

La reforma incrementa los controles públicos con el propósito de establecer una lógica de funcionamiento diferente dentro del SNIS.

- Usuarios y Trabajadores participando en el Directorio de ASSE y la Junta Nacional de Salud.
- Creación de Juntas Departamentales de Salud – JUDESAS – y Juntas Locales de Salud
- En los Prestadores: Consejos Consultivos
- En múltiples acciones y comisiones: salud mental, salud sexual y reproductiva, CONASIDA, bioética, seguridad del paciente, Salud.uy y Agenda de Consulta Externa.

La gestión participativa del SNS y el SNIS permite incentivar cambios en el modelo asistencial así como mejorar la equidad en el acceso de la población





Cambios en el Modelo de Atención(I)

El Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS)

- Ley 18211 art. 45. Todos los prestadores del SNIS deben brindarlo
- Garantía explícita de derechos de atención en salud
- Contenido del PIAS: Catálogo explícito de prestaciones articulado en torno a programas
 - Modalidades de atención según complejidad
 - Especialidades médicas y técnicas para el control y recuperación de la salud
 - Procedimientos diagnósticos
 - Procedimientos a terapéuticos y de recuperación
 - Salud Bucal
 - Formulario terapéutico y de vacunas
 - Transporte Sanitario
 - Medicamentos (FTM)

Cambios en el Modelo de Atención(II)



Complementación de servicios

- La cooperación y la complementación asistencial son principios de la reforma que deben ser fomentados a través de la JUNASA
- Se enfrenta a diversos intereses y lógicas de mercado presentes en mayor o menor medida en distintos actores.
- Impacto potencial en un mejor aprovechamiento de los recursos limitados, evitando duplicaciones y aprovechando economías de escala.



Cambios en el Modelo de Atención(III)



Cargos de Alta Dedicación Nuevo laudo médico

- Cargos de dedicación 40 o 48 horas semanales.
- Mayor horario para consulta de policlínica
- Población referenciada
- Seguimiento de los pacientes en todos los niveles de atención (domicilio, internación).
- Horas mensuales para educación continua, trabajo en equipo, discusión de casos.
- Obligatorio para cargos de ingreso a partir de julio 2014..

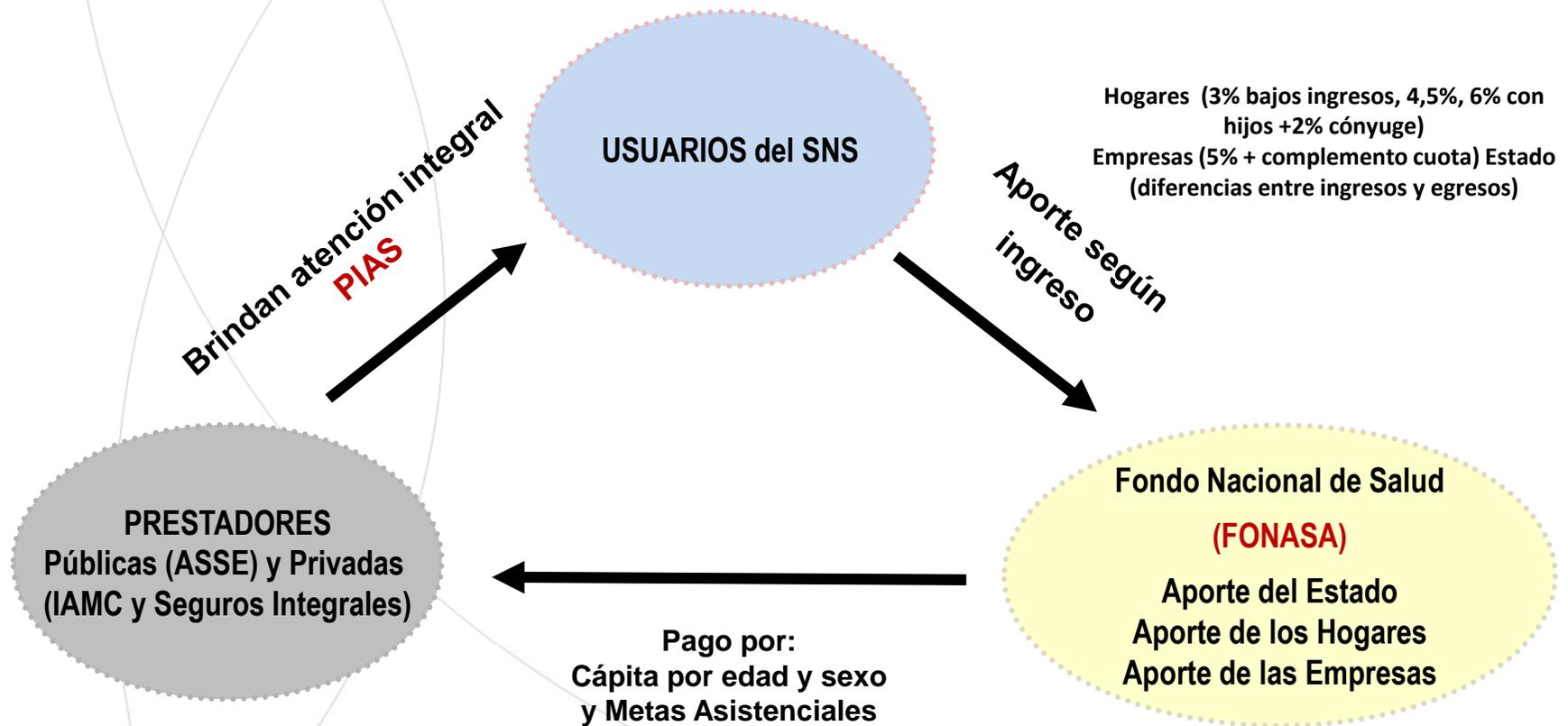
Vigente para: medicina general, ginecología, pediatría, medicina interna e intensiva



Cambios en el Modelo de Financiamiento(I)



Conformación del Seguro Nacional de Salud (SNS)

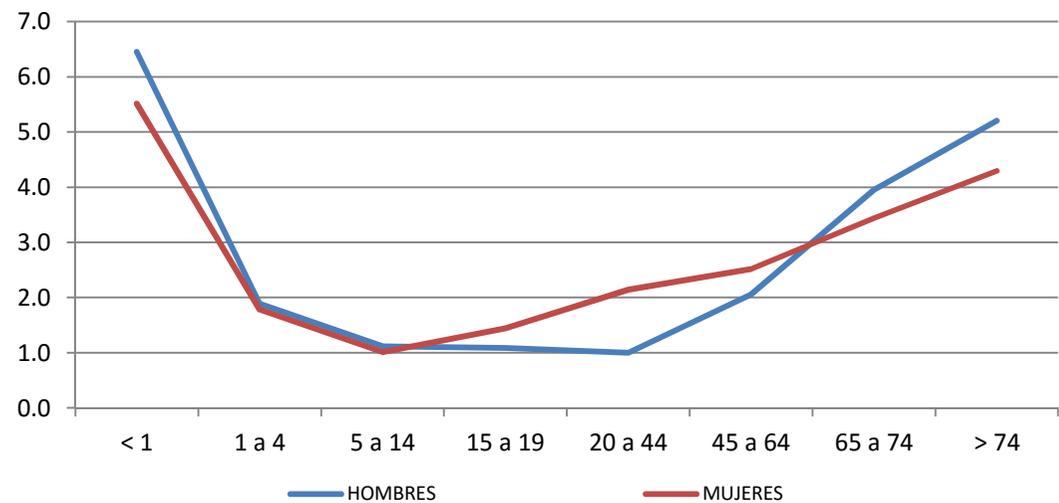


Cambios en el Modelo de Financiamiento(II)



El pago a los prestadores: CÁPITAS

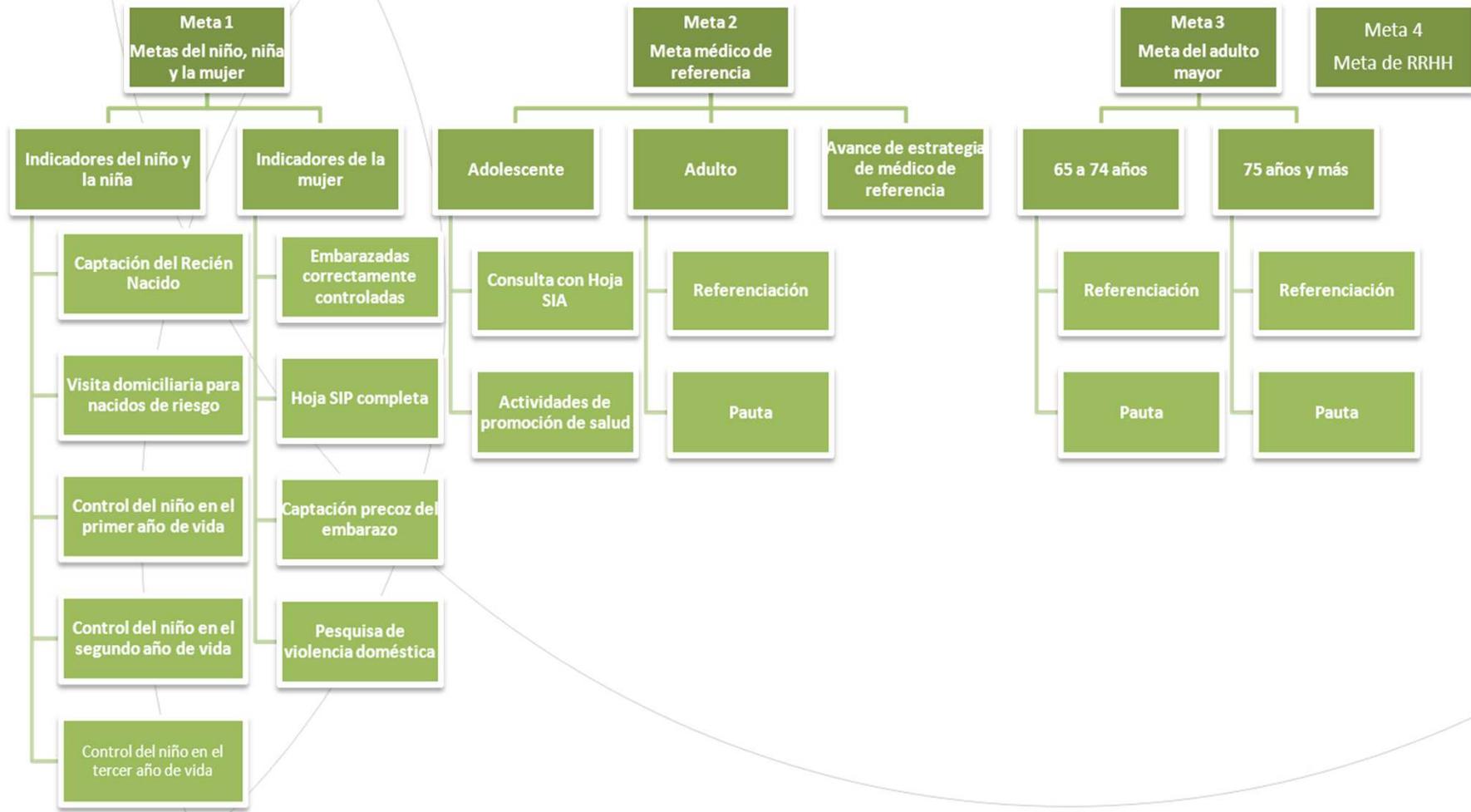
- Buscan expresar el gasto esperado por usuario según la edad y el sexo.
- Mayor racionalidad del financiamiento
- Se desincentiva la selección de riesgos
- Se promueve un gasto más eficiente
- Asignación más equitativa de los recursos



Cambios en el Modelo de Financiamiento(III)



El pago a los prestadores: METAS



Cambios en el Modelo de Financiamiento(IV)



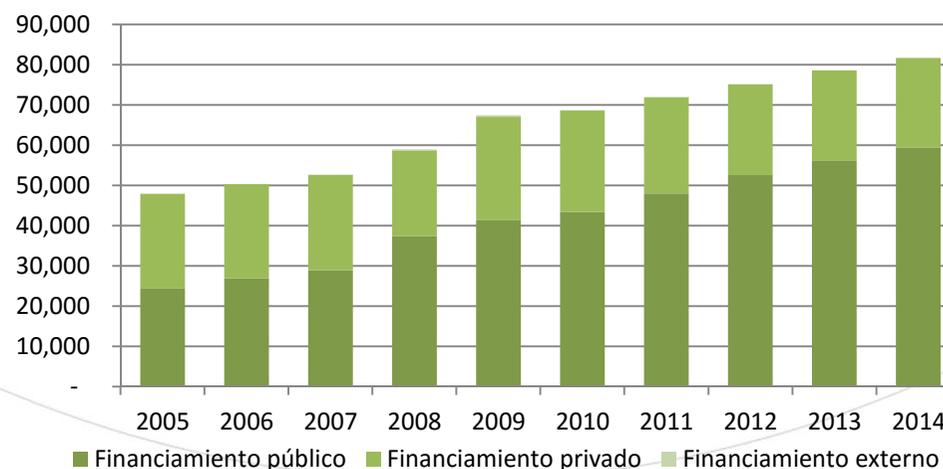
Política de Tasas Moderadoras

- Teóricamente deberían ser un instrumento capaz de moderar la demanda de servicios y bienes de salud
- Década del 90, liberalización y desregulación de su precio, son hoy en día parte importante del financiamiento de las IAMC y una barrera de acceso para el usuario en muchos casos.
- Con posterioridad al 1º de julio de 2005 se prohibió la creación de nuevas tasas constituyéndose ésta en la primera medida de retorno a la regulación de las tasas moderadoras.
- Priorización de algunos programas de salud y poblaciones específicas: se han rebajado, establecido topes y exonerado algunos precios.
- Copagos: Salud Mental y reproducción asistida – al incluirlas en el PIAS

Fortalecimiento presupuestal público

El gasto en salud de ASSE creció un 163% en términos reales entre 2005 y 2014

El financiamiento público, en tanto, se multiplicó por 2,43 en igual período.



El Fondo Nacional de Recursos (FNR)



- **A quiénes da cobertura?**

A los beneficiarios del FONASA, a quienes poseen carné de asistencia en ASSE, a los usuarios individuales a una IAMC o Seguro Integral y a los usuarios de Sanidad Militar y Policial.

- **Cómo se financia?**

Recibe aportes mensuales del FONASA por todos sus beneficiarios, aportes del Estado para el pago de los actos médicos de los usuarios de ASSE, el aporte mensual de las IAMC y Seguros por sus afiliados individuales, el reintegro del Sanidad Militar y Policial por los actos médicos realizados a sus beneficiarios; el aporte por afiliación directa de las personas que deseen contratar individualmente un seguro para estas prestaciones y el producido de impuestos que se aplican a determinados juegos de azar previstos especialmente por la ley.

- **Qué cubre?**

Cubre las prestaciones y medicamentos de alto costo y baja prevalencia del PIAS

- **Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)**

Son instituciones públicas o privadas que se encargan de la medicina altamente especializada a las que el FNR contrata para la prestación de los servicios que debe cubrir.





Matriz: Fuente de financiamiento-Agente de financiamiento

Muestra la composición de las fuentes de financiamiento de los distintos agentes de financiamiento del sistema. Informa sobre la procedencia de los fondos que intermedia cada agente de financiamiento.

Fondos Públicos:

- Impuestos Generales
- Impuestos Departamentales
- Empresas públicas (Precios)
- Contribuciones a la Seguridad Social (contribuciones del empleador, del empleado, contribuciones de pasivos y transferencias del Gobierno a la Seguridad Social)
- Fondos del Gobierno Territorial
- Otros Fondos Públicos

Fondos Privados:

- Hogares
- Otro Financiamiento Privado

Fondos del Resto del Mundo:

- Financiamiento Externo





Agentes de Financiamiento	Fuentes de Financiamiento										Total	
	Fuentes de Financiamiento			F5.1 Fondos Públicos				F5.2 Fondos Privados				F5.3 Fideicomisos del Banco del Mundo
	F5.1.1 Fuentes del Gobierno Territorial			F5.1.2 Otros Fondos Públicos				F5.2.1 Ingresos Privados	F5.2.2 Otros Financiamientos Privados	Financiamiento Externo		
	F5.1.1.1 Ingresos Generales	F5.1.1.2 Ingresos departamentales	F5.1.1.3 Empresas públicas (Prestos)	Contribuciones del empleador	Contribuciones de patrones	Transferencias del Gobierno a la seguridad social	F5.2.1 Ingresos Privados					
Agente de Financiamiento	F5.1 Fondos Públicos										Total	
	F5.1.2 Otros Fondos Públicos											
HF.1 Gobierno general												
HF.1.1 Gobierno territorial												
HF.1.1.1 Gobierno estatal												
HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud												
ASSE												
ISSP												
HF.1.1.1.2 Otros ministerios												
Sanidad Militar												
Sanidad Pública												
Otros Ministerios												
HF.1.1.2 Estado/Gobierno provincial												
Intendencia de Maritímar												
Intendencia del Interior												
HF.1.2 Fondos de seguridad social												
SMS - JUJULA - SPS												
HF.1.3 Corporaciones paraestatales												
IFRU												
ANCAP												
Clasifina												
HF.1.4 Entidades extrapresupuestarias												
Universidad												
Comitatos Honorarios												
BPS - Sanatario												
ISE												
PNR												
Otros Org. Públicos												
HF.2 Sector privado												
HF.2.1 Ingresos sociales privados												
Cap. Social												
Seguros Convencionales												
HF.2.2 Seguros privados												
IANCS												
Seguros Privados Integrales												
Seguros parciales												
HF.2.3 Gasto directo de las empresas												
Pagos directos de las empresas												
Total												





Matriz: Agente de financiamiento-Proveedor (AxP)

Muestra los flujos de recursos que cada agente de financiamiento canaliza hacia los distintos prestadores de salud.

Algunos agentes de financiamiento son agentes puros (no proveen servicios asistenciales, simplemente actúan como intermediarios de recursos), por ejemplo el Seguro Nacional de Salud- FONASA.

La gran mayoría de los proveedores, son, a la vez, agentes de financiamiento de todos o parte de sus gastos.

Por ejemplo: las IAMC

- parte de los recursos de estos prestadores es canalizado a través del agente FONASA.
- el resto del financiamiento es de las IAMC como agente de sus propios recursos (afiliaciones particulares).

Esta matriz resulta muy útil para observar las contrataciones de servicios asistenciales que se realizaron en el sector.





Matriz de Costo de los Factores (C-P)

Presenta los costos de los distintos proveedores del sistema clasificados según las retribuciones a los diferentes factores de producción.

Clasificación de los costos de los factores:

Desembolsos Corrientes

- Remuneraciones de empleados
- Medicamentos
- Otros suministros y servicios
- Gastos financieros y otros
- Consumo de capital fijo

Gastos de Capital

- Inversión en estructuras
- Inversión en equipos
- Transferencias de capital



Muchas gracias



Belo Horizonte – noviembre 2016