

TRANSCRIPCIÓN WEBINAR:

**EL MODELO DE FINANCIAMIENTO Y MONITOREO
DE PRESTACIONES DE ALTO COSTO
EN SALUD DE URUGUAY**

Presentado por la Dra. Alicia Ferreira. Mayo 2018.

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
<http://www.iadb.org/es/salud> - scl-sph@iadb.org

Copyright © 2018 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObras-Derivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



EL MODELO DE FINANCIAMIENTO Y MONITOREO DE PRESTACIONES DE ALTO COSTO EN SALUD DE URUGUAY

Mayo 23, 2018

Presentado por la Dra. **Alicia Ferreira**, Directora General del Fondo Nacional de Recursos de Uruguay.

ENCUENTRA EL WEBINAR EN REDCRITERIA.ORG

INTRODUCCIÓN

(Min. 00:05:22)

Estamos muy orgullosos de que nos hayan invitado para presentar el caso de Uruguay, específicamente el caso del Fondo Nacional de Recursos, porque todos los webinars de la Red Criteria son muy interesantes y tienen muchos elementos y muchas experiencias que se pueden compartir entre los países, entre quienes están en este rol de tratar de mejorar la salud de las personas a través de mejorar el financiamiento y el acceso a las prestaciones.

Le comentaba a Martín que la idea es presentar algunas pinceladas de nuestra presentación y de nuestro sistema de salud en Uruguay. Pero hay muchas cosas más, de repente, que se pueden presentar. Me voy a enfocar en dos aspectos. Uno que tiene que ver con cómo ha sido la historia del Fondo Nacional de Recursos con un enfoque en lecciones aprendidas. Es decir, la posibilidad de compartir cómo ha sido la historia del Fondo. Y el otro es sobre algunos elementos y estrategias que se han usado, y que se siguen usando en el Fondo Nacional de Recursos, para mejorar...

Fondo Nacional de Recursos de Uruguay:

Un modelo de financiamiento y monitoreo de las prestaciones de alto costo

23 de mayo de 2018

Dra. Alicia Ferreira Maia
Directora General



El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)



URUGUAY EN GRANDES NÚMEROS

(Min. 00:08:09)

Primero, un rápido repaso del Sistema Nacional Integrado de Salud y nuestro pequeño país en medio de gigantes. Aquí hay algunos datos generales. De estos datos quiero destacar que Uruguay ha crecido en el índice de desarrollo humano. Estamos ahora en el lugar 54. De los otros datos lo que quería destacar es que la mortalidad infantil en el año 2017 llegó a su nivel histórico más bajo con 6.6 por 1000 nacidos vivos.

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

La Ley 18.211 crea el SNIS a partir del 1º de enero de 2008, y el Seguro Nacional de Salud que administra el Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Algunos de sus principios rectores:

- Cobertura universal
- Accesibilidad
- Sustentabilidad de los servicios de salud

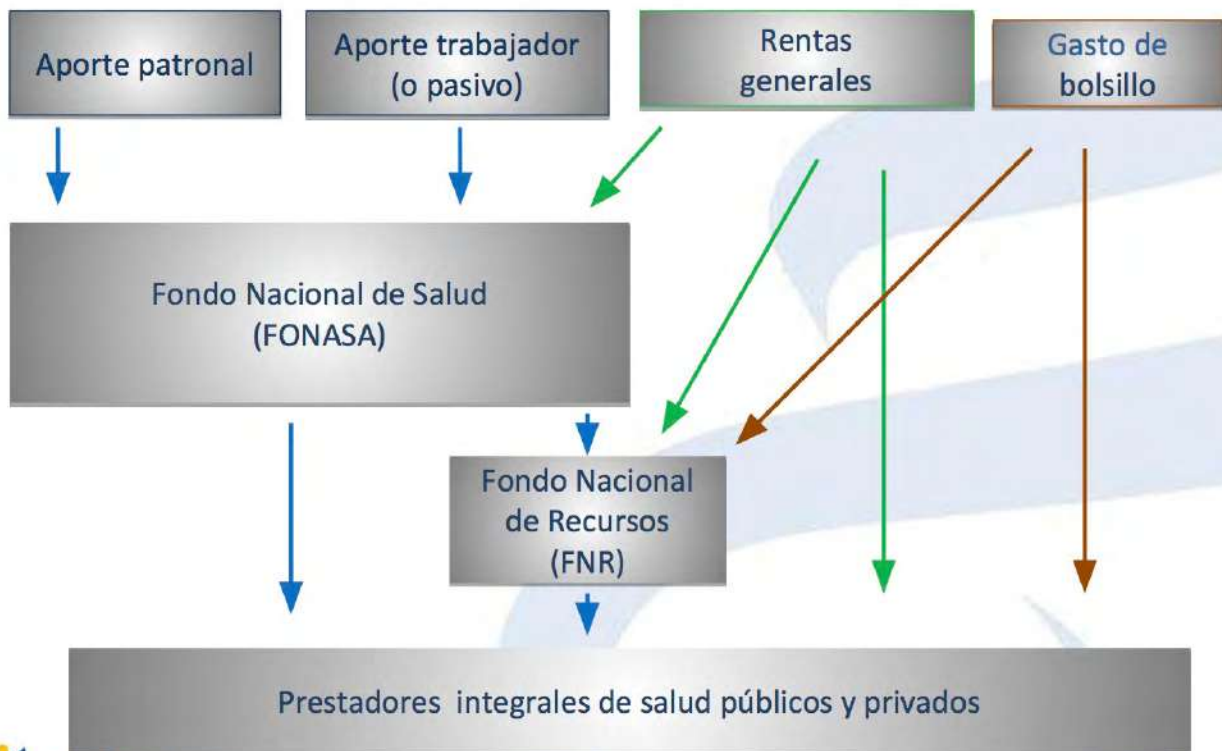
EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS)

(Min. 00:08:48)

En el 2007, y comenzando el 2008, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud con los principios de cobertura universal, accesibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud.

Financiamiento a los prestadores del SNIS

(esquema simplificado)

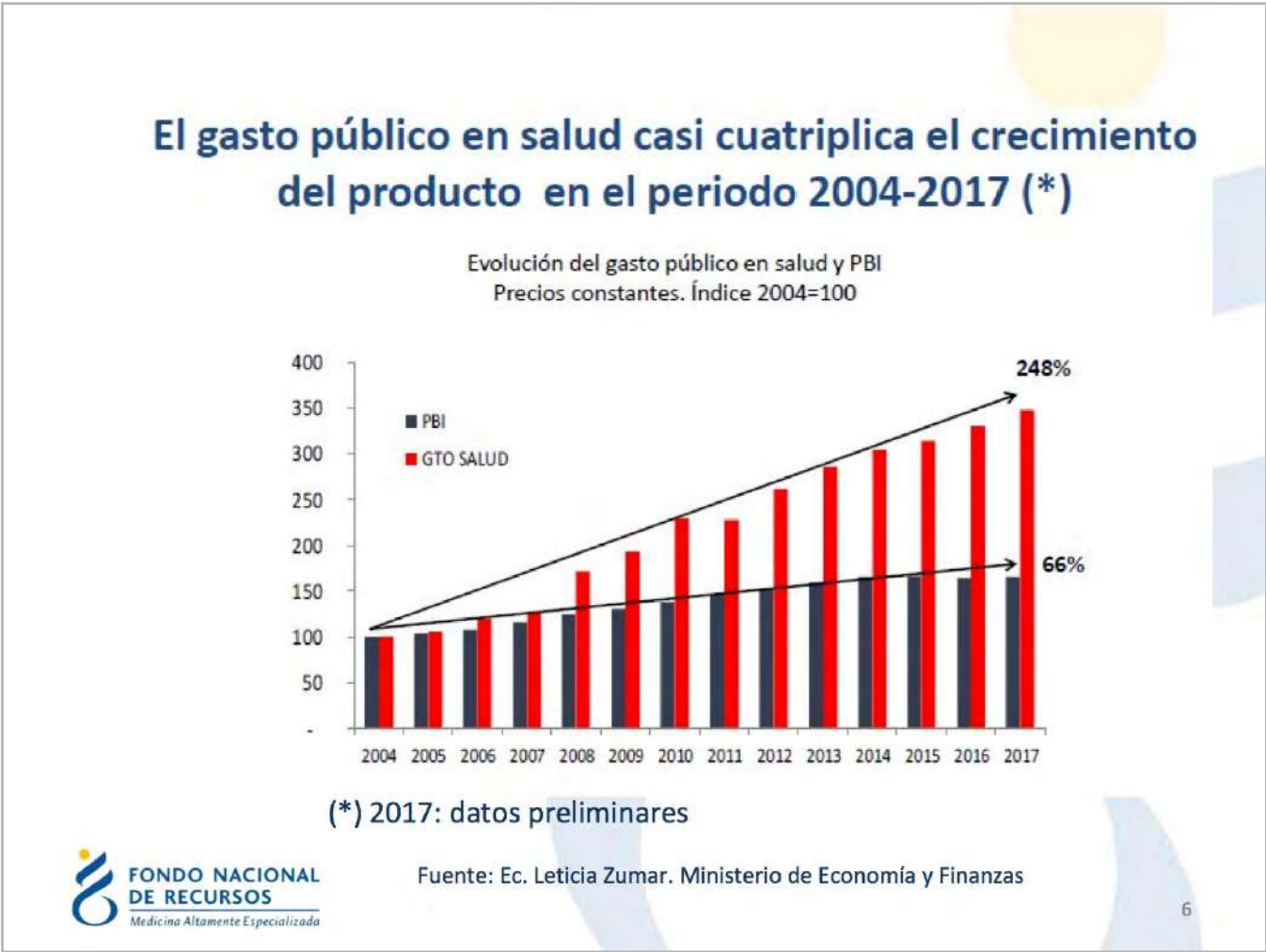


FINANCIAMIENTO A LOS PRESTADORES DEL SNIS

(Min. 00:09:05)

Este es un esquema muy simplificado de cómo es el financiamiento a los prestadores integrales. El sistema es mixto porque los prestadores integrales son públicos y privados. Básicamente, es un sistema que se sostiene en el modelo de Bismarck de la seguridad social. Es un sistema con aporte patronal y un aporte del trabajador, que básicamente es un 5%, y del trabajador entre un 4% u 8% dependiendo del número de personas que están bajo la cobertura. Y estos aportes se van al Fondo Nacional de Salud. El Fondo Nacional de Salud, a su vez, financia a los prestadores integrales a través de una cuota ajustada por nivel de riesgo y por metas prestacionales. Además, el Fondo también recibe aportes de la renta general. Y el Fondo Nacional de

Recursos recibe parte de las transferencias del Fondo Nacional de Salud, pero también recibe transferencias de rentas generales y de gasto de bolsillo, cada vez menos.



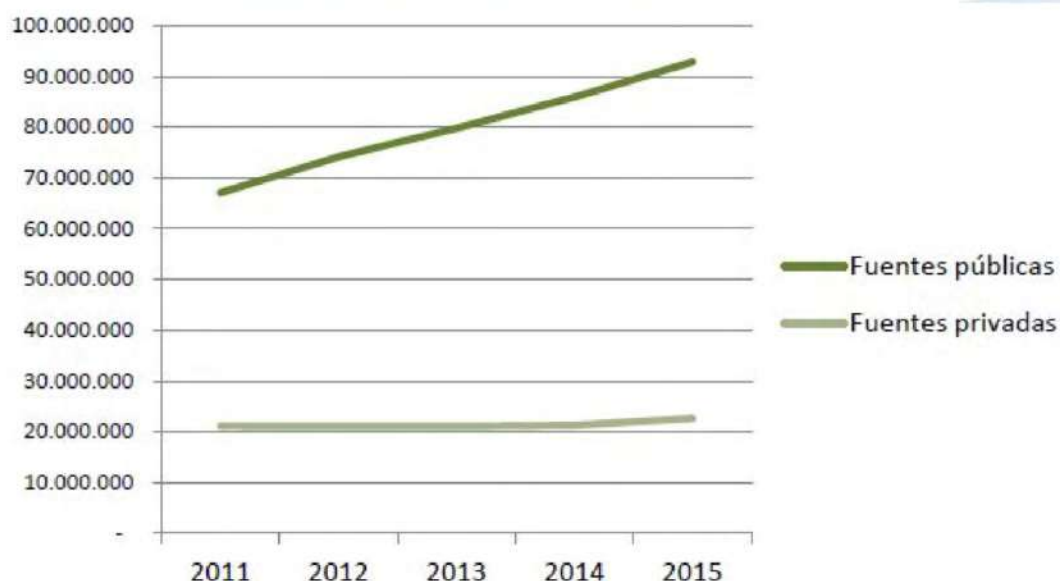
EL GASTO PÚBLICO EN SALUD

(Min. 00:10:17)

Uruguay ha tenido un crecimiento muy importante en lo que es el gasto público en salud en los últimos años, como lo pueden ver en este gráfico.

Evolución de las fuentes de financiamiento en el SNIS 2011 – 2015

Miles de pesos constantes de 2015



Fuente: Cuentas de Salud en Uruguay. 2011 – 2015.
Ministerio de Salud. Dirección General de JUNASA. Área Economía de la Salud
Noviembre, 2017

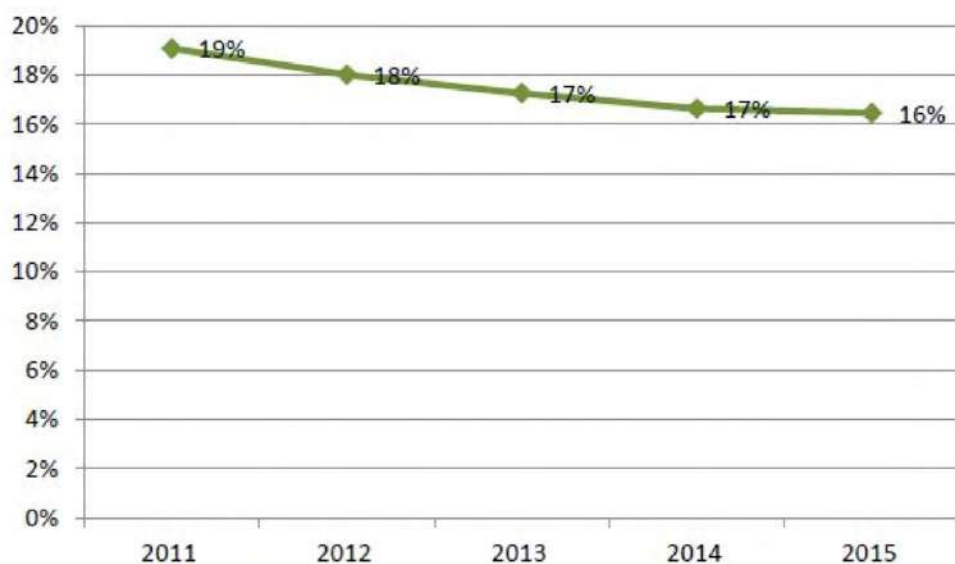


FUENTES DE FINANCIAMIENTO EN EL SNIS

(Min. 00:10:27)

De hecho, las fuentes públicas de financiamiento se ven en este gráfico que proviene del último informe del Fondo Nacional de Salud de Uruguay del 2015. Acá se puede ver cómo el gasto en salud ha ido creciendo.

Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud 2011 – 2015



Fuente: Cuentas de Salud en Uruguay. 2011 – 2015.
Ministerio de Salud. Dirección General de JUNASA. Área Economía de la Salud
Noviembre, 2017



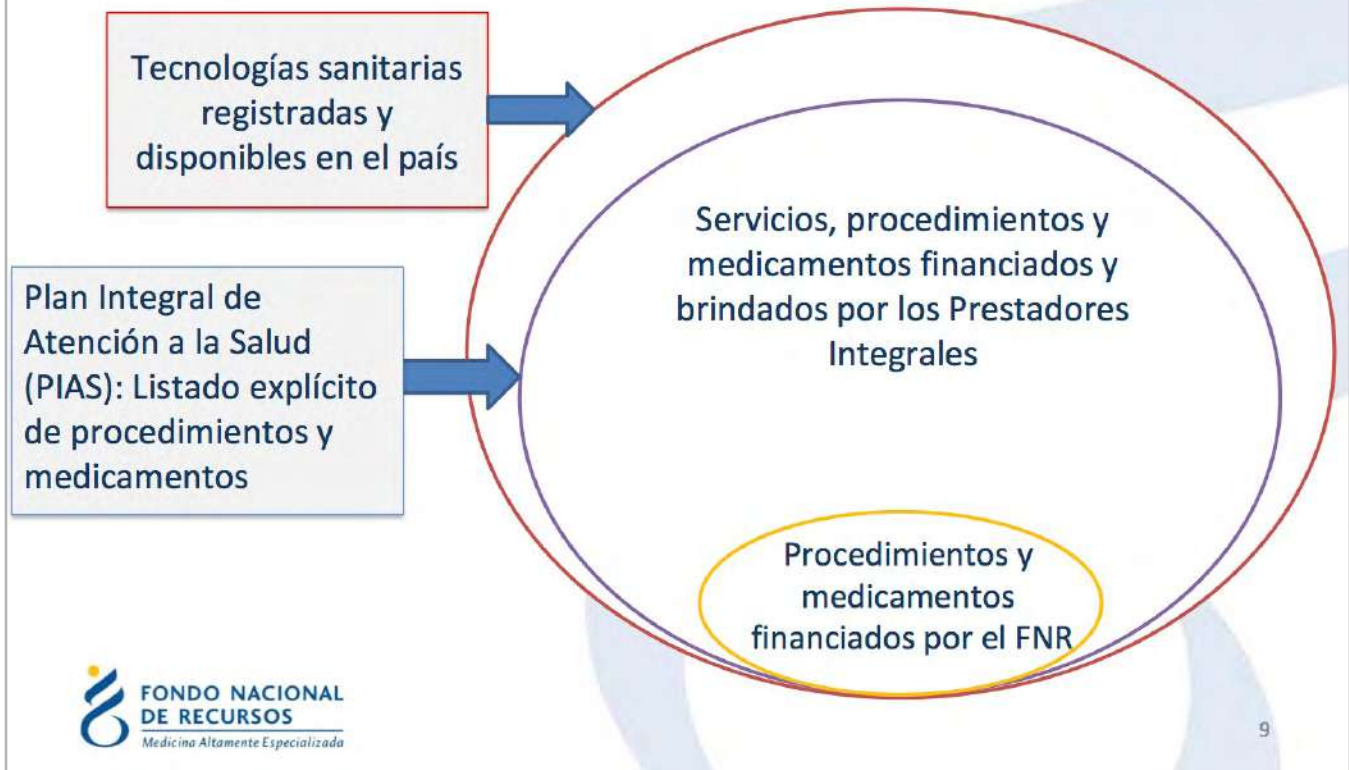
GASTO DE BOLSILLO

(Min. 00:10:48)

En este mismo reporte se ve cómo el gasto de bolsillo ha ido decreciendo.

Cobertura Universal de Salud en el SNIS

Servicios médicos, procedimientos y medicamentos



COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN EL SNIS

(Min. 00:10:55)

El modelo de atención y de financiamiento del nuevo sistema, a su vez, incluyó la creación del llamado Plan Integral de la Atención a la Salud (PIAS), que es similar a los demás POS o planes de beneficios que existen en los otros países de la región, con la particularidad de que en Uruguay el PIAS incluye prestaciones obligatorias para todos los prestadores integrales que son estudios diagnósticos, procedimientos, intervenciones quirúrgicas, medicamentos a través de un formulario terapéutico de medicamentos. Este es el listado obligatorio de prestaciones que tienen que brindar los prestadores y que está además financiado por el Seguro Nacional del Sistema Nacional. Uruguay tiene también un mecanismo, que también algunos otros países tienen, que una vez si los laboratorios, o la industria en general, registran tecnologías sanitarias

en el país es un tema muy significativo, (se reflejan) en este círculo rojo que tiene entonces todo lo que se puede brindar al sector para comercializar en Uruguay. Y como les decía, está el PIAS que es el listado explícito de procedimientos. Acá entonces hay una brecha de prestaciones que no están cubiertas por el sistema y que son la fuente de cada vez más crecientes demandas y la judicialización de la salud, como también la enfrentan otros países de la región. Entonces es la brecha que estamos permanentemente tratando de ver cómo se reduce. Entonces, estos son los procedimientos financiados por los prestadores, y acá adentro (en el círculo amarillo) hay un pequeño grupo de procedimientos y medicamentos que están financiados por el Fondo Nacional de Recursos.

El Fondo Nacional de Recursos (FNR)

Una historia en tres etapas



FONDO NACIONAL DE RECURSOS

(Min. 00:13:14)

Como les decía entonces, la idea es mostrar un poco cómo ha evolucionado este Fondo Nacional de Recursos, y como bien decían, al tiempo de crearlo en los años 80, 25 años antes de que se implementara el Sistema Nacional Integral de Salud.

Primera etapa

El Decreto-Ley 14.897 de 1980 crea los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), y establece su financiamiento a través de un Fondo: el FNR.

En 1993, la Ley 16.343 deroga este Decreto y establece la creación del FNR como "Persona Pública no Estatal". Especifica su estructura, funciones, competencias.

Déficit creciente. Atraso en pagos. Crecimiento del número de actos médicos. Se contratan consultoras internacionales. "El modelo del Fondo está agotado. La situación es crítica".

"El crecimiento en la utilización de actos médicos responde más a un aumento descontrolado de la oferta de servicios con financiamiento por acto, que a factores demoepidemiológicos".



PRIMERA ETAPA

(Min. 00:13:38)

Entonces hay una primera etapa, que se puede identificar hasta finales del año 2000, en la cual, como lo decía, se crea el Fondo Nacional de Recursos en el año 1980 por el Decreto – Ley 14.897, porque estábamos en plena dictadura militar. Pero lo que se crea en realidad con ese Decreto Ley son los Institutos de Medicina Altamente Especializada y para financiar a estos institutos se crea un fondo que es el Fondo Nacional de Recursos.

En 1993, ya estábamos en una democracia, porque la dictadura acabó en el año 1985, la Ley 16.343 deroga este Decreto y básicamente establece estos mismos criterios, funciones y competencias de este Fondo Nacional de Recursos.

¿Y después qué pasó? En el año 2000 empezaban a crecer las prestaciones financiadas a través del Fondo y empezó la debacle. Empezó un déficit creciente, un atraso en los pagos y un crecimiento del número de actos médicos. Entonces hubo que contratar a dos consultoras internacionales que básicamente estaban diciendo que el modelo del Fondo estaba agotado y que la situación era crítica. Y esa frase que se repite en varios de ellos decía que el crecimiento en la utilización de actos médicos responde más a un aumento descontrolado de la oferta de servicios con financiamiento por acto, y que esto responde más al tipo de financiamiento –como todos los que estamos en el área de salud sabemos que pasa– que a factores demográficos y epidemiológicos.

Primera etapa

- ❑ La ley de 1993 faculta al Poder Ejecutivo a instalar y poner en funcionamiento los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE): Clínicas privadas independientes o Servicios de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y algunos Servicios en los hospitales públicos.
- ❑ Administración a través de una Comisión Honoraria Administradora (CHA) conformada por integrantes del Ministerio de Salud (el Ministro la preside), del Ministerio de Economía y Finanzas, del Banco de Previsión Social, representantes de las IAMC y un representante de los IMAE.



PRIMERA ETAPA

(Min. 00:15:30)

Entonces en la primera etapa la Ley pone en funcionamiento los IMAE, que eran y siguen siendo clínicas privadas independientes o algunos son servicios dentro de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, y algunos servicios también en algunos pocos hospitales públicos.

La administración de este Fondo Nacional de Recursos estaba y sigue estando conformada por una Comisión Honoraria Administradora con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Economía y Finanzas, el Instituto de Seguridad Social, que es el Banco de Previsión Social, y también tiene representantes de las IAMC y un representante de los IMAE.

Primera etapa

- ☐ La normativa estableció que el Ministerio de Economía y Finanzas acuerda con los IMAE el precio de la asistencia prestada. Si no hubiere acuerdo, se estará a lo que determine el Poder Ejecutivo, actuando en acuerdo con los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas.
- ☐ Los actos médicos que realizaban (y realizan) son hemodiálisis crónica, cineangiocoronariografía, cirugía cardíaca, implante de marcapasos, trasplantes, prótesis de cadera, entre otros.
- ☐ El Fondo se financiaba a través de una cuota única que pagaban los afiliados a las IAMC y de transferencias de Poder Ejecutivo en caso de pacientes no afiliados a las IAMC



PRIMERA ETAPA

(Min. 00:16:18)

En esta primera etapa se estableció, y eso también sigue siendo así, que el Poder Ejecutivo negocia con los IMAE el precio de la asistencia a través de acuerdos de aranceles y si no se llega a un acuerdo se establece por el Poder Ejecutivo. Pero en general siempre se terminan acordando.

Ahora estamos en plenos estudios técnicos para acordar estos aranceles. Estos son algunos de los actos médicos y en ese momento, y eso sí cambió bastante, el Fondo se financiaba a través de una cuota única que pagaban los afiliados de las instituciones privadas, que son instituciones de pre-pago, que también son una parte original en la región de estas instituciones que tiene

Uruguay – originales, digo, porque son a la vez seguros y a la vez prestadores. No tenemos, como en la mayoría de los países, diferenciado el asegurador y el prestador. En Uruguay son los mismos los prestadores que también son los que tienen el seguro. Y además para aquellos pacientes que no estaban asegurados a través de esta forma el poder ejecutivo se transfería al Fondo, y esto sigue pasando, el costo de la atención brindada. El Fondo pagaba y el Ministerio de Economía y Finanzas le transfería al Fondo. Lo mismo ocurre con sanidad militar y sanidad policial.

Segunda etapa

Se comienzan a implementar algunas de las recomendaciones de las consultorías. Se fortalece el equipo técnico del FNR.

Se incorporan los medicamentos a la cobertura del FNR. En la ley no se especifica que son medicamentos de alto costo, pero así ocurre en los hechos.

Se fortalecen y se agregan estrategias para el control y evaluación de la demanda, y aseguramiento de la calidad de atención.



SEGUNDA ETAPA

(Min. 00:17:52)

La segunda etapa va de 2002, en plena crisis en la región, hasta el 2007 que fue cuando se creó el Sistema Nacional Integral de Salud. En 2002 se empezaron a implementar algunas de las recomendaciones y se fortaleció el equipo técnico. En el 2005 la Ley incorporó los medicamentos a la cobertura del Fondo. Entonces, hasta acá en realidad el Fondo lo único que sigue haciendo era el financiamiento de las prestaciones de alto costo como cirugías, pero no financiaba medicamentos de alto costo. En el 2005 se incorporaba eso y hoy está en todo mundo este problema de los altos precios de los medicamentos. La Ley no dice qué son medicamentos de alto costo. De hecho, no hay una definición definitiva de lo que es alto costo, como ya sabemos. Pero es un hecho que se incorporaban todos los medicamentos que los

prestadores en este momento no podían o no tenían disponibilidad de comprar y de brindar. Estos medicamentos se incluyeron. El problema es que el PIAS se creó recién en el 2008, o sea que no había un estándar común. En el 2007 se fortalecieron y se agregaron estrategias para la evaluación de la demanda.

Segunda etapa

Algunas de las recomendaciones de las consultoras y las medidas implementadas, incluyeron:

- ☐ Evaluar y proyectar la incidencia de las patologías cubiertas a partir del análisis de la estructura demográfica y epidemiológica de la población.
- ☐ Evaluación y selección de técnicas para las patologías cubiertas en función de criterios de costo – efectividad.
- ☐ Asegurar que el presupuesto, el número de actos y el gasto guarden relación durante el ejercicio correspondiente y tengan mecanismos de corrección e incentivos regulatorios que permitan preservar la viabilidad técnico – económica del FNR.

SEGUNDA ETAPA

(Min. 00:19:22)

Algunas de las recomendaciones, que después vamos a ver, que se implementaron en lo que son las técnicas o estrategias, incluyeron evaluar y proyectar la incidencia de las patologías

cubiertas a partir del análisis de la estructura demográfica y epidemiológica de la población. Eso se hace cada vez que se plantea incorporar una nueva tecnología o un nuevo medicamento; se hace un ejercicio de proyección que proyecta el gasto en esta nueva prestación a cinco y a diez años como una forma de controlar el gasto. Se utilizan también herramientas de evaluación de tecnologías y en este sentido tratar de que el presupuesto, que es anual en el Fondo Nacional de Recursos, se ajuste a medida que se van incorporando las nuevas prestaciones.



TERCERA ETAPA

(Min. 00:20:26)

La tercera etapa ya es la actual; es el Fondo en el Sistema Nacional Integral de Salud. Y es interesante también, y algo que nos preguntan otros países, y cuando llegan acá también

preguntan: ¿pero por qué cuando el sistema se incorporó con este modelo de Seguridad Social, el Fondo Nacional de Recursos siguió manteniéndose? Bueno, la idea en el principio era que se fuera fundiendo este Fondo Nacional de Recursos con el FONASA. Sin embargo, se mantuvo y de hecho la Ley de creación establecía que mantenía la autonomía administrativa pero que las transferencias, estas cuotas por beneficiario, fueran ahora a través del FONASA, como estaba en el esquema inicial. Esta estructura –que tiene sus características particulares en nuestro país– crea un Fondo, que es el FONASA, que separa la mayoría de las prestaciones a través de los prestadores integrales, y un Fondo para los elementos de alto costo y de alta complejidad que, como vamos a ver, en realidad, en este momento son los de mayor gasto. Pero básicamente, el que una tecnología esté financiada a través de este Fondo Nacional de Recursos o esté financiada a través de los prestadores integrales con la cápita, depende sobre todo de qué es más eficiente para el sistema de salud. Es decir, qué cosas son más eficientes que se financien de una manera centralizada y con un estricto y riguroso control de la demanda y qué cosas o qué prestaciones se pueden financiar distribuidas en los 40 prestadores integrales que tenemos en Uruguay. Claramente, los medicamentos de alto precio es mucho más eficiente que los negocien y los compren con un único comprador, como es el Fondo Nacional de Recursos, un monopsonio, a que lo compren 40 prestadores. Y a su vez el control del gasto de estos medicamentos también es más eficiente que sea realizado por un único organismo. Es decir, que se consolida el Fondo como seguro público universal complementario al FONASA y en estos últimos años estamos avanzando en las tecnologías para priorizar. Es decir, que se consolida el Fondo como seguro público universal complementario al FONASA y en estos últimos años estamos avanzando en las tecnologías para priorizar: esa palabra tan difícil que en todos los países estamos trabajando, un poco atrás de los países europeos, pero con un trabajo muy fuerte que se está haciendo. El año pasado hubo una reunión regional que se llevó acabo en Montevideo, justo se trabajó en el marco general que los países queremos implementar para esto de la priorización.

Misión

Financiar en forma eficiente procedimientos de medicina altamente especializada y medicamentos de alto costo, comprendidos en las normativas de cobertura vigentes, para los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, contribuyendo a la mejora de la calidad y la sostenibilidad económico-financiera del sistema.

Visión

Ser la organización referente en la gestión del financiamiento de prestaciones médicas de alto costo del Sistema Nacional Integrado de Salud, reconocida por sus niveles de excelencia y transparencia

Valores y principios

- ✓ Responsabilidad en la gestión de los recursos públicos
- ✓ Vocación de superación y servicio
- ✓ Compromiso
- ✓ Ética, transparencia y autonomía técnica
- ✓ Desarrollo del conocimiento



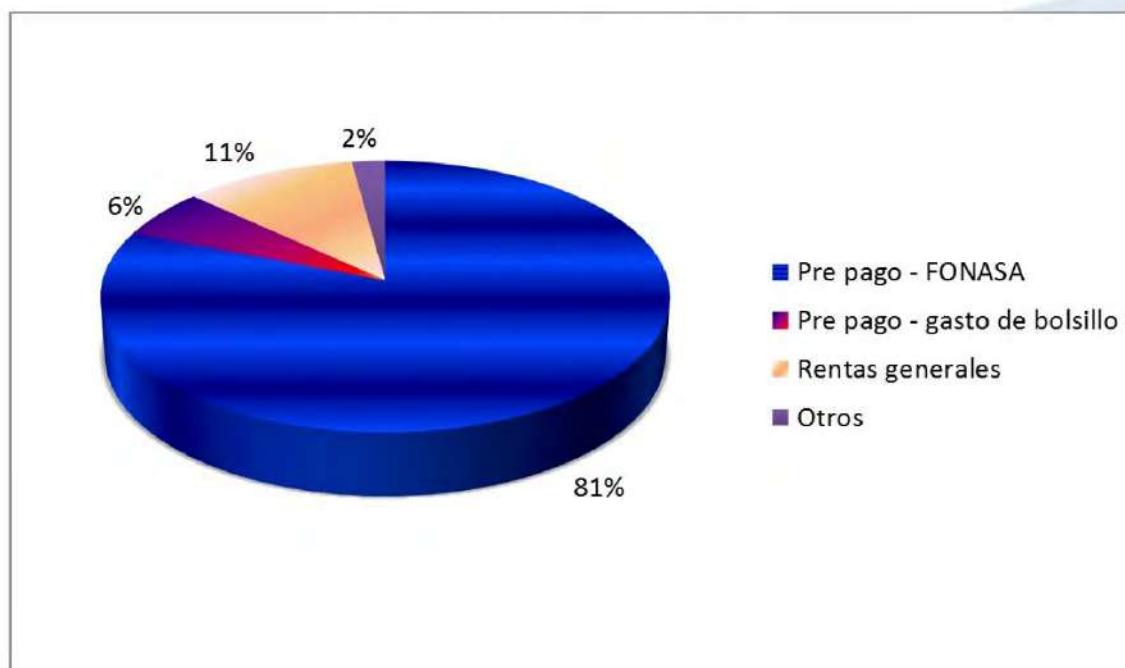
17

MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

(Min. 00:23:26)

Entonces esta es la misión, la visión y los valores, y principios.

Ejecución presupuestal 2017. Origen de los ingresos USD 260 millones

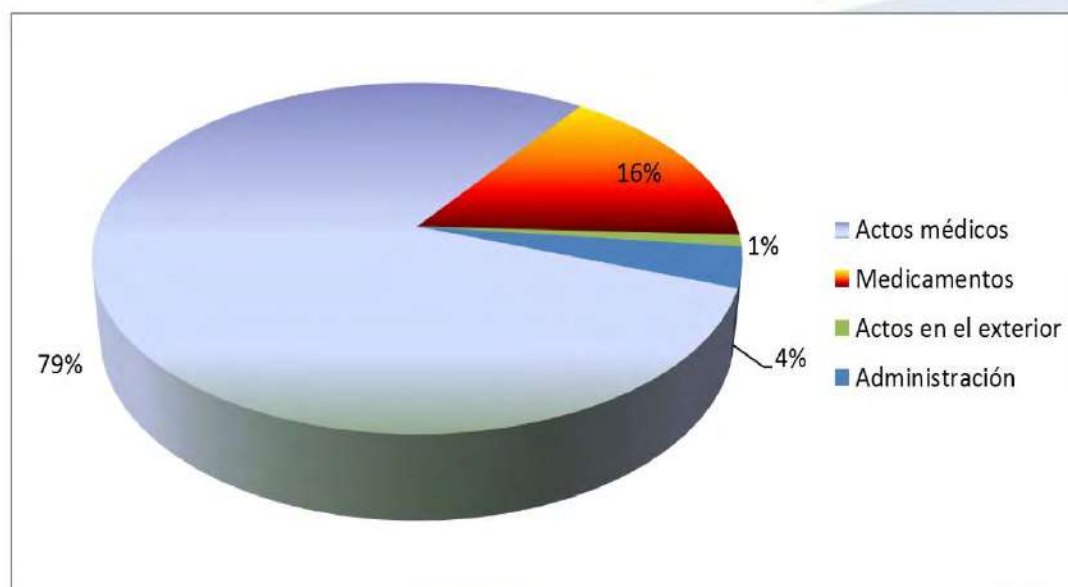


EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

(Min. 00:23:32)

Esta es la ejecución presupuestal del año pasado. El Fondo maneja 260 millones de dólares, como vemos acá. El 80% es el prepago a través de las transferencias del Fondo Nacional de Salud. Hay un pequeño porcentaje que sigue siendo pre-pago de gasto de bolsillo. Y este 11% son las transferencias, que eso en realidad no es en forma de un seguro porque el Ministerio de Economía y Finanzas transfiere al Fondo Nacional de Recursos cada vez que un paciente no asegurado recibe un medicamento o recibe una prestación a través del IMAE, el Ministerio de Economía y Finanzas transfiere exactamente lo que el Fondo gastó en esa prestación.

Ejecución presupuestal 2017. Conceptos del gasto

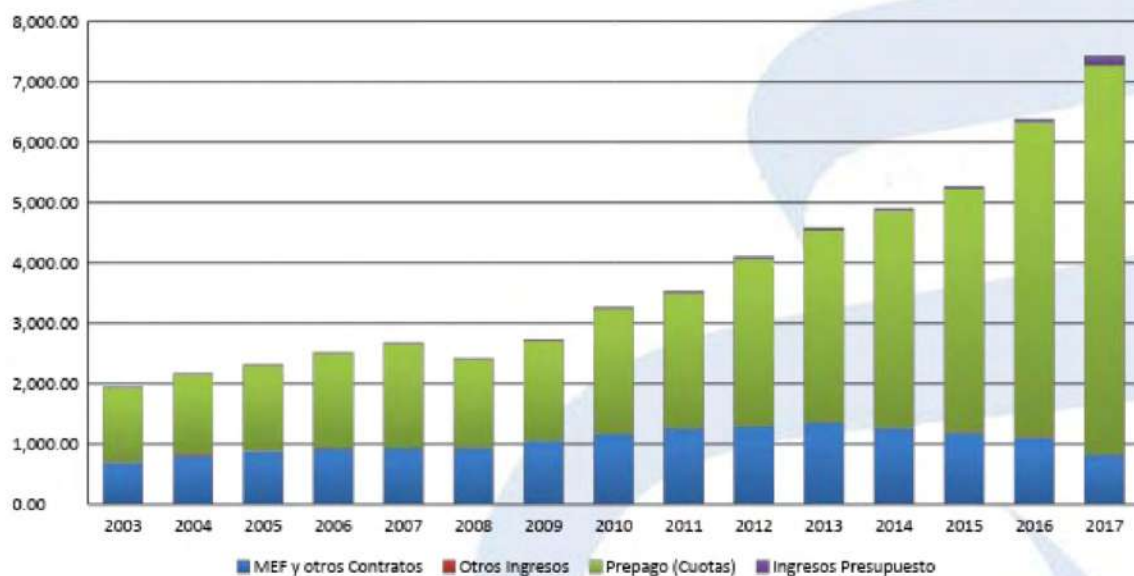


EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

(Min. 00:23:32)

Y esto es cómo se distribuye el gasto. La mayor parte sigue siendo el gasto a través de los Institutos de Medicina Altamente Especializada en actos médicos. Y un 16%, que viene creciendo claramente, se gasta en medicamentos de alto costo y un porcentaje menor en actos médicos que se realizan al exterior del país, especialmente en Argentina, en Buenos Aires, como el trasplante de pulmones o de hígados en niños, que se realizan en la Fundación Favaloro y en el Hospital Italiano de Buenos Aires, también financiados por el Fondo Nacional de Recursos.

Evolución Ingresos (en millones \$)

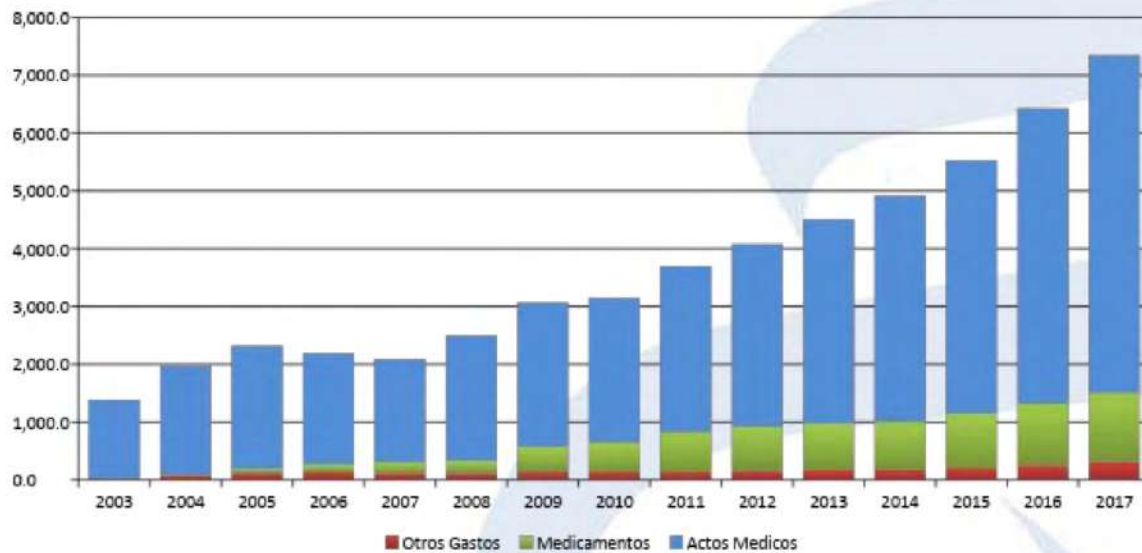


EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

(Min. 00:25:04)

Esta es la evolución de los ingresos. Como vemos, ha crecido mucho lo que es el pre-pago de las cuotas.

Evolución Egresos (en millones \$)

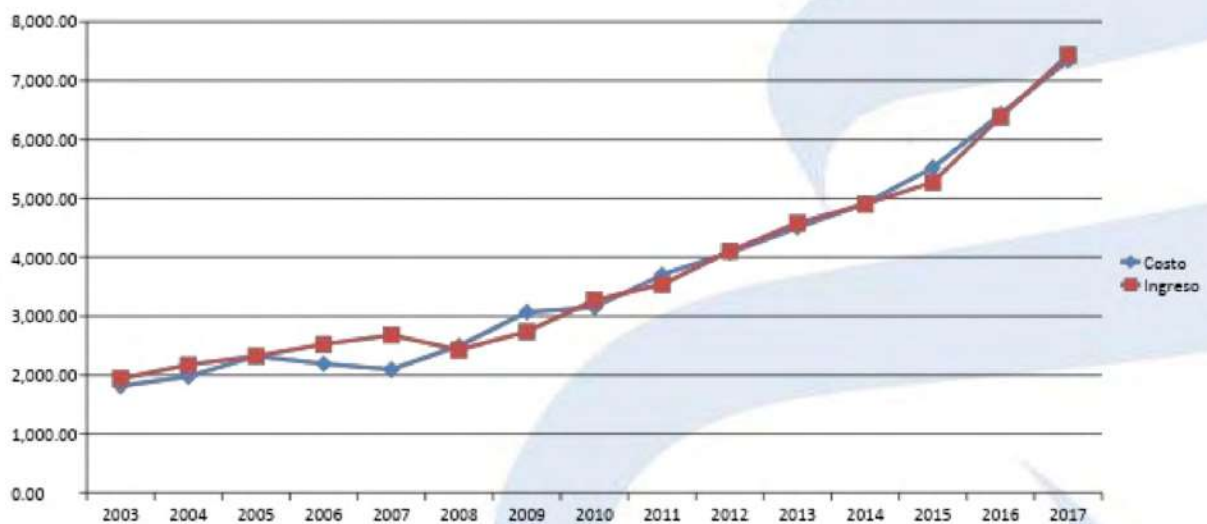


EVOLUCIÓN EGRESOS

(Min. 00:25:10)

Y en la evolución de los egresos lo que notamos es cómo ha empezado a crecer el gasto en los medicamentos de alto costo.

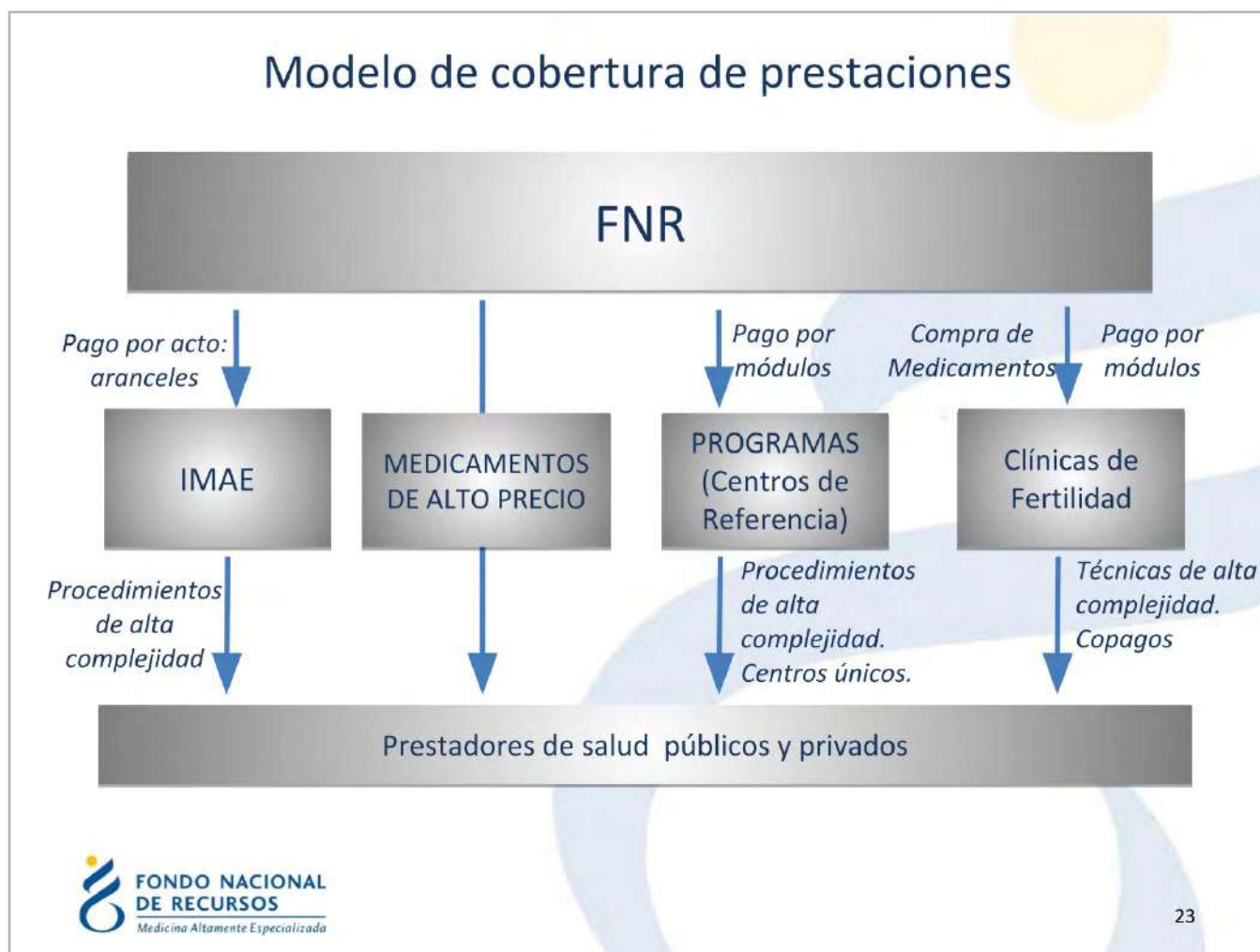
Evolución de Resultados (área entre las curvas)



EVOLUCIÓN DE RESULTADOS

(Min. 00:25:20)

Y esta es una muestra también de cómo hemos podido mantener un balance entre los ingresos y los costos.



MODELO DE COBERTURA DE PRESTACIONES

(Min. 00:25:30)

Entonces, actualmente ¿el Fondo qué financia y cómo? A través de los Institutos de Medicina Altamente Especializada, se paga por acto, o sea por aranceles, que básicamente son pagos por la prestación que el IMAE realiza y se brindan entonces a los Prestadores Integrales de Salud públicos o privados. Después se compran y se distribuyen a través de los laboratorios a las farmacias y a los prestadores los medicamentos de alto precio. En los últimos años se han empezado a financiar programas, que son programas en centros de referencia. Por ejemplo, el Centro de Trasplante de Hígado, que funciona como un hospital militar que no es un IMAE. Es un centro de referencia nacional y el pago no es por aranceles sino por cada uno de los módulos. Y hace tres años el parlamento aprobó la Ley para el financiamiento de

procedimientos de reproducción asistida de alta complejidad a través del Fondo Nacional de Recursos.

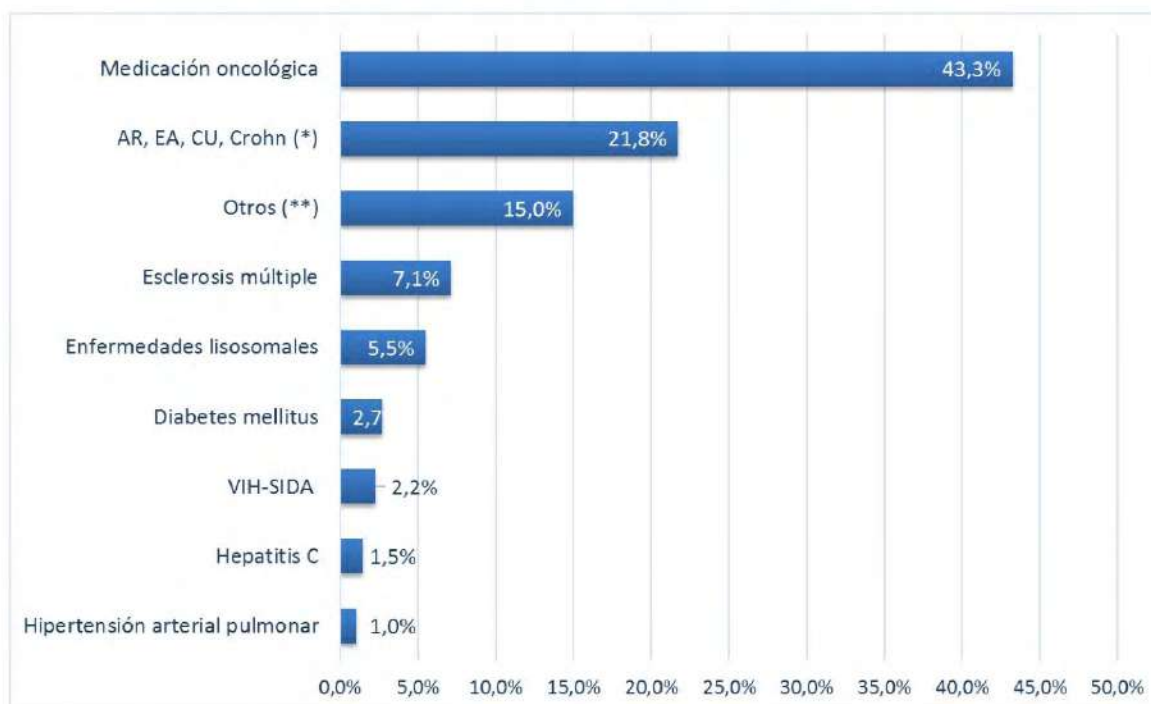


PORCENTAJE DE GASTO EN ACTOS MÉDICOS

(Min. 00:26:44)

Estos son los actos médicos o los procedimientos que se financian y el porcentaje en el gasto. El mayor gasto, o la mayor inversión, como queramos decirlo, es en el hemodiálisis y diálisis peritoneal y luego en cirugía cardíaca.

Porcentaje del gasto en medicamentos



(*) Artritis reumatoidea, Espóndiloartritis, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn

(**) Citomegalovirus, Espasticidad y distonias, Fibrosis quística, Mieloma múltiple, Prevención del VRS, Fibrinolíticos en el IAM, Inmunosupresores, Eritropoyetina

PORCENTAJE DE GASTO EN MEDICAMENTOS

(Min. 00:27:02)

Y en los medicamentos, la mayor parte, como puede ser obvio de imaginar, es en medicamentos oncológicos, la mayor parte, como puede ser obvio de imaginar, es en medicamentos oncológicos y en los famosos biológicos para el cáncer, y en los medicamentos de artritis reumatoide o espóndiloartritis, que son varios de ellos los Anti-TNF como Adalimumab y Tocilizumab.

Medicamentos bajo cobertura financiera

Medicamentos	Patología o tratamiento
Erolotinib, Gefitinib	Cáncer de pulmón
Adalimumab, Etanercept, Infliximab, Tocilizumab, Golimumab, Rituximab	Artritis Reumatoidea. Espondiloartritis. Enf. de Crohn, Colitis Ulcerosa
Valganciclovir	Prevención y tto infección por CMV pacientes trasplantados
Bevacizumab	Cáncer colo-rectal
Insulina glargina y detemir	Diabetes
Interferón b , acetato de glatiramer	Esclerosis múltiple
Bosentan, Iloprost	Hipertensión Pulmonar
Bortezomib, Lenalidomida	Mieloma múltiple
Tacrolimus, Everolimus	Inmunosupresión en trasplantados
Temozolamida	Tumores del Sist. Nervioso Central

Medicamentos bajo cobertura financiera

Medicamentos	Patología o tratamiento
Cladribine	Tricoleucemia
Palivizumab	Profilaxis de infección por VRS
Sofosbuvir, Sofosbuvir/Ledipasvir, Paritabrevir/Ombitasvir/Dasabuvir, Sofosbuvir/Velpatasvir	Hepatitis C
Imatinib, dasatinib, nilotinib, sunitinib	Leucemias y Gist
Toxina botulínica	Espasticidad y distonías
Rituximab	Linfomas y LLC
Trastuzumab, lapatinib, fulvestrant, pertuzumab, ado-trastuzumab/emtansine	Cáncer de mama HER2 +
Tobramicina , Alfa dornasa	Fibrosis quística
Tenecteplase	Infarto agudo de miocardio
Pazopanib, Sorafenib, Sunitinib	Cáncer de riñón
Darunavir, Etravirina, Raltegravir	HIV-SIDA resistentes

MEDICAMENTOS BAJO COBERTURA FINANCIERA

(Min. 00:27:27)

Estos son los medicamentos que el Fondo financia para las patologías. Esto lo voy a pasar rápido porque está en la página web. La mayor parte de esto está en la página web.

Monitoreo de las prestaciones

Control de la demanda, aseguramiento de la calidad y de la sostenibilidad económica.

MONITOREO DE LAS PRESTACIONES

(Min. 00:27:36)

Esta es la última parte de la presentación y es sobre el monitoreo de las prestaciones, acerca de cómo hacemos todos los días en el Fondo Nacional de Recursos para mantener el control de la demanda, para que no ocurra esta demanda descontrolada que hasta el año 2000 ocurría; cómo hacemos, a su vez, para asegurar la calidad de las prestaciones y para mantener este equilibrio que tenemos hoy.

Estrategias de corto y mediano plazo

- ☐ Normativas de cobertura financiera.
- ☐ Evaluación de pacientes: Equipos de evaluadores contratados por el FNR realizan visitas en el domicilio o al paciente internado, previamente a la autorización de la cobertura.
- ☐ Segunda opinión: Análisis de las solicitudes por médicos especialistas asesores.
- ☐ Evaluación y seguimiento de los IMAE: Estructura, proceso y resultados
- ☐ Negociación de precios con proveedores y fijación de aranceles con los IMAE

ESTRATEGIAS DE CORTO Y MEDIANO PLAZO

(Min. 00:28:12)

Se han implementado estrategias de corto y mediano plazo y estrategias de más largo plazo. Lo más importante, en lo que me quiero detener, es en las normativas de cobertura financiera. Estas normativas no son guías clínicas, son normativas que establecen las prestaciones, las inclusiones y las exclusiones de la cobertura. Ahora lo vamos a ver un poco mejor.

También está la evaluación de pacientes. El Fondo contrata equipos técnicos médicos, o especialistas en general, que van al domicilio del paciente, o que van al hospital donde está

internado para hacer un historial clínico más integral del paciente. Ellos lo ingresan en el sistema informático del Fondo y el médico autoriza o no finalmente esta prestación. Se ve asesorado por esta evaluación que hace este equipo médico. Además, hay una segunda opinión que son profesores o médicos especialistas de la Facultad de Medicina, que son contratados también por el Fondo, que lo que hacen es analizar la situación sobre todo en algunos casos. Como todos sabemos, en la medicina hay muchos “grises”, cuando hay estos casos el médico del Fondo puede o no tener dudas de su autorización o cuando son pacientes muy añosos. En el Fondo no hay límite de edad para ninguna de las prestaciones, pero sí cuando son pacientes muy añosos se analizan bien los casos. En los casos de los medicamentos que financia el Fondo, estos asesores siempre actúan en el sentido de evaluar cómo los médicos del Fondo y la prestación de un medicamento está acorde a la normativa. Pero ahí se hace entonces una evaluación y seguimiento de los IMAE, que evalúa la estructura, los procesos y los resultados y, sobre todo, en el caso de los medicamentos se hace una negociación de precios sistemática. Casi todos los días tenemos reuniones con los proveedores.

Normativas de cobertura financiera

<http://www.fnr.gub.uy/tecnica>



NORMATIVAS DE COBERTURA FINANCIERA

(Min. 00:30:24)

Las normativas de cobertura financiera están publicadas acá, por lo menos algunas. Como les decía, no son guías clínicas. Son normativas pero sí están basadas en la evidencia científica. Se hace una revisión de la literatura. El Fondo es el centro (...) en Uruguay y tenemos técnicos especialistas en revisiones sistemáticas. Lo que hacen entonces es analizar la literatura. Estas normativas contienen, como les decía, el listado explícito de las inclusiones y exclusiones. Además, se revisan en forma periódica y son auditadas. Tenemos un convenio con el IETS de Argentina que estamos generando justamente para el cumplimiento de estas normativas.

Evaluación y seguimiento de los IMAE



<http://www.fnr.gub.uy/publicacionesFNR>

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS IMAE

(Min. 00:31:16)

Para la evaluación y seguimiento de los IMAE el Fondo ha sacado esta segunda edición de estándares para la evaluación y seguimiento de los IMAE. Eso también está en la página.

Evaluación y seguimiento de los IMAE

Los Estándares de Calidad que se evalúan como prioritarios en este instrumento fueron acordados entre el FNR y los respectivos IMAE en los contratos de gestión

- ☐ Consentimiento Informado,
- ☐ Toma de decisiones,
- ☐ Oportunidad y continuidad,
- ☐ Sistema de información,
- ☐ Instalaciones y equipamiento,
- ☐ Actividades de capacitación,
- ☐ Manuales, normas y protocolos,
- ☐ Comité de infecciones y Seguridad
- ☐ Ateneos, Resultados, Competencias profesionales.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS IMAE

(Min. 00:31:30)

Todos estos criterios están acordados entre los IMAE y el Fondo. Básicamente, se analizan, como decía, la estructura, las operaciones y el equipamiento de cada uno de los servicios, como las áreas quirúrgicas o las de internación, pero sobre todo áreas de cirugía y además el proceso de atención es lo que se evalúa también.

Evaluación y seguimiento de los IMAE

Equipo multidisciplinario de auditores (FNR y MSP)

- ☐ Licenciadas de Enfermería.
- ☐ Médicos especializados en gestión y medicina intensiva.
- ☐ Ingeniero Químico del MSP.
- ☐ Ingeniero biomédico.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS IMAE

(Min. 00:31:55)

El equipo técnico que realiza estas visitas presenciales en cada una de las IMAES está conformado por un equipo multidisciplinario. Hay un acuerdo con la Facultad de Ingeniería y de la Facultad de Medicina, que van a revisar cada uno de los equipamientos médicos de estos centros.

Evaluación de resultados



Ins

Resultados Angioplastia

Año 2016

- * Metodología
- * IMAE- Asociación Española Primera de Socorros Mutuos
- * IMAE- Casa de Galicia
- * IMAE- Hospital de Clínicas
- * IMAE- INCC
- * IMAE- ICI
- * IMAE- Sanatorio Americano

Año 2015

- * Metodología

<http://www.fnr.gub.uy/resultado>

S



35

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

(Min. 00:32:20)

Además, hay la tercera parte de esta evaluación que es la evaluación de resultados. Se realiza a través de un equipo técnico que analiza los resultados de cada una de las técnicas y se publican también.

FONDO NACIONAL DE RECURSOS

Programa de evaluación de resultados: datos de angioplastia coronaria IMAE Asociación Española. Año 2016

Los resultados del IMAE se comparan con los obtenidos en el total de la población tratada a nivel nacional con cobertura del FNR en el mismo año. En los casos señalados con (*) la diferencia es estadísticamente significativa.

	AEPSM	Valor nacional ¹
Total de pacientes tratados ²	433	4042
Angioplastia primaria dentro de las 6 horas del inicio del infarto ³	86,8% (*)	70,0%
Mortalidad cruda a 30 días del procedimiento		
Pacientes sin infarto de miocardio (IAM)	1,4%	1,8%
Pacientes con IAM sin inestabilidad hemodinámica	5,8%	4,7%
Pacientes con IAM con inestabilidad hemodinámica o shock	66,7%	37,3%
Total de pacientes estandarizada ⁴	4,0%	3,4%
Mortalidad a 30 días ajustada por modelo logístico nacional ⁵		
Mortalidad observada / mortalidad esperada ajustada para la población 2003-2006	1,00	1,09
Mortalidad observada / mortalidad esperada ajustada para la población 2015	0,91	1,0
Nuevo procedimiento de revascularización a 6 meses ⁶		
Nueva revascularización a 6 meses	12,5%	10,1%

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

(Min. 00:32:35)

Aquí hay un ejemplo de uno de los IMAE, donde se presentan los datos comparados con el valor nacional. Son indicadores de resultados clásicos en general que se publican.

Negociación de precios

- ❑ Cada tres a cuatro años, el Poder Ejecutivo realiza la negociación de aranceles con los IMAE, y se firman compromisos de gestión. El equipo técnico del FNR analiza previamente los costos de cada una de las técnicas.
- ❑ Los precios de los dispositivos y medicamentos se negocian y adquieren con diferentes métodos: llamado a presentación de ofertas, esquemas de riesgo compartido, compras conjuntas con países del Mercosur o UNASUR, o a través del Fondo Estratégico de OPS.

NEGOCIACIÓN DE PRECIOS

(Min. 00:32:54)

La otra estrategia de control, además del control de la demanda, la sostenibilidad económica y de la calidad, es la negociación de precios. Ahora estamos en plena negociación. Se negocian los aranceles y estamos analizando estrategias más innovadoras de pago o de reembolso a los prestadores. Eso daría también para otra charla.

Y en el caso de los medicamentos también es interesante ver las estrategias que se utilizan en otros países. Estamos colaborando con los laboratorios y los esquemas de riesgo compartido –“risk-sharing”– como se les llama. Hemos hecho algunos de estos contratos

interesantes para poder tener entonces el acceso a medicamentos que en algunos casos son más costo-efectivos porque claramente son medicamentos de altísimo precio. Pero con los esquemas de riesgo compartido se puede acceder a ellos.

Estrategias de largo plazo

- ❑ Programas de prevención como estrategias de control del riesgo: tabaquismo, obesidad, salud renal, prevención secundaria cardiovascular.
- ❑ Comisión de Educación Profesional Continua.
- ❑ Mesa de Diálogo: En 2017 se firmó un acuerdo entre el MSP, el FNR, la Suprema Corte de Justicia y el Instituto de Derechos Humanos, para trabajar con diferentes miradas sobre equidad, priorización, acceso y mandatos constitucionales en salud.

NEGOCIACIÓN DE PRECIOS

(Min. 00:34:02)

Y después, por último, las estrategias de largo plazo. El Fondo ha trabajado por varios años en programas de prevención. Y se podría decir ¿por qué el Fondo Nacional de Recursos, que es un seguro, que es un financiador, trabaja en programas de prevención –que obviamente es un rol del Ministerio de Salud Pública–? Bueno, pero el Fondo ha empezado

a trabajar en esto como un control de riesgo. En aquellos factores de riesgo que claramente inciden a veces directamente en las prestaciones que el Fondo financia... la prevención secundaria cardiovascular, claramente tenemos más de diez años en el seguimiento de los pacientes porque el sistema de información es un sistema hecho por los informáticos del Fondo; tiene una enorme cantidad de variables y datos que nos permiten analizar y hacer el seguimiento de los pacientes. Cada vez que un paciente se realiza estudios después se le incluye, de forma voluntaria, en un grupo de trabajo y en un tratamiento protocolizado, sistematizado, con medicación y con controles clínicos de su cardiografía.

También hay grupos de obesidad, obviamente tabaquismo, y un grupo de equipos técnicos para salud dental que también tienen muchos años de tener sus actividades. Todo esto está en la página web, por si les interesa.

Después, también se ha conformado una Comisión de Educación Profesional Continua. El Fondo Nacional de Recursos también está asociado con la Facultad de Medicina, donde también damos cursos selectivos, sobre todo de temas que tienen que ver con la seguridad del paciente, calidad de atención y gestión clínica –sobre todo, ese tipo de contenidos. Y en el año 2017 se firmó un acuerdo sobre una Mesa de Diálogo entre el Fondo Nacional de Recursos, el Ministerio y la Suprema Corte de Justicia y el Instituto de Derechos Humanos, para trabajar en esto que viene creciendo en el país que es la judicialización de la salud.

Estrategias de control del riesgo.

Programas de prevención



ESTRATEGIAS DE CONTROL DE RIESGO

(Min. 00:36:45)

Estas son los programas de prevención que están en la página web del Fondo.

Comisión de Desarrollo Profesional Continuo (CDPC)

- ❑ La CDPC se creó en el 2004 con el objetivo de promover la el desarrollo profesional y actualización de conocimientos, en términos de seguridad del paciente, gestion, y calidad de atención.
- ❑ La población objetivo de los cursos y talleres está integrada por medicos que solicitan prestaciones al FNR, personal de salud de los IMAE y de los prestadores.

COMISIÓN DE DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO

(Min. 00:36:45)

Aquí está la información de la Comisión de Desarrollo Profesional Continuo.

Algunos desafíos

- ❑ Mantener la continuidad de la atención: El financiamiento a través del FNR de algunos procedimientos, puede provocar la fragmentación en la atención.
- ❑ Creciente judicialización de la salud: Demandas y condenas al FNR y al MSP por prestaciones no incluidas en el PIAS.
- ❑ Incorporación de nuevas prestaciones nuevas de muy alto precio, manteniendo la sustentabilidad económica.

ALGUNOS DESAFÍOS

(Min. 00:36:56)

Por último, solo les puse tres desafíos, pero en realidad hay una enorme cantidad de desafíos, como en todas las organizaciones. Hemos tenido muchos desafíos, pero quise resaltar estos tres. Uno es mantener la continuidad de la atención. Probablemente, algo de eso se ha hecho en el Fondo con algunos de los colectivos que han venido de otros países. Pero en realidad es tener un financiamiento aparte para algunas de las técnicas, como por ejemplo la factura de una cadera y la prótesis de cadera. Para poner una prótesis, es lo que definitivamente financia el Fondo, en vez de hacer algún otro tipo de tratamiento que tiene un costo para el prestador. Esto efectivamente es algo en lo que venimos trabajando desde

hace un tiempo con los prestadores de tratar de que esto no ocurra, pero más que nada para mantener la continuidad de la atención.

El otro ya lo mencioné. Es la creciente judicialización de la salud. Y por último el desafío de mantener una incorporación sistemática de prestaciones nuevas. Muchas de ellas son de muy alto precio. Pero hemos podido incluir algunos medicamentos biológicos; por ejemplo, para el cáncer –como pueden ver en la página web–, que otros países, incluso europeos, no los tienen incluidos, a través de estos mecanismos de negociación y mecanismos de riesgo compartido.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

(Min. 00:39:16)

Pregunta de Miguel Zúñiga:

¿Siguiendo el Fondo Nacional de Recursos una persona jurídica no estatal? ¿Actualmente se mantiene así?

Respuesta:

Sí, eso está en una de las diapositivas, pero lo pasé muy rápido. El Fondo Nacional de Recursos fue creado como persona pública no estatal y sigue teniendo ese estatus.

(Min. 00:39:18)

Pregunta de Adriana Caballero:

¿Cuáles son los criterios para decidir qué está cubierto?

Respuesta:

Este es un proceso que también tienen otros países. Es un proceso que se ha ido amoldando a través del tiempo. A través del tiempo el Sistema Nacional Integral de Salud se ha fortalecido en nuestro país. ¿Por qué digo esto? Porque si vamos a la Ley del 1993, cuando ni siquiera se menciona el Sistema Nacional Integral de Salud, y la Ley que nos dice qué es el Fondo Nacional de Recursos, a través de su comisión en el área administradora, quien resuelve qué tecnologías se incluyen en el financiamiento y cuáles no. Es decir, el Fondo tenía una autonomía, desde el punto de vista incluso de las prestaciones de salud. Entonces esta Ley, que sigue vigente hasta ahora, y ahora se están planteando algunos

cambios, pero claramente a partir de la implementación del sistema entraría quien toma la decisión de todas las prestaciones del PIAS –las que se incluyen en el PIAS, incluyendo las que están financiadas por el Fondo– termina siendo el Ministerio de Salud. Es el Ministerio de Salud que termina tomando estas decisiones. Pero previamente a esa incorporación hay todo un proceso, paso a paso, de análisis de las técnicas o medicamentos que se pueden incluir al financiamiento de los prestadores que es per cápita, como al Fondo Nacional de Recursos. Lo que pasa es que en el otro Fondo, que no es el Fondo Nacional de Recursos, se trabajaba más con esta metodología por las particularidades de su enorme impacto presupuestal en algunos casos, sobre todo por las tecnologías de alto costo.

Entonces, primero lo que se hace –y eso viene en el Decreto también– es solicitar la incorporación de la tecnología. Y para esto hay varias vías: puede ser a través de la asociación de pacientes, por la propia Facultad de Medicina, y obviamente el propio Ministerio Público a través de la Dirección General de Salud. Son tecnologías que tienen que tener algunos de los criterios que están en los criterios de administración y en el marco de valores que decíamos. Pero claramente para los medicamentos, quien solicita el ingreso a la cobertura, en este caso al Fondo, en su mayoría es la industria. Si la industria tiene el registro de medicamentos nuevos en el país, lo que hace es inmediatamente buscar que ese medicamento se financie a través del Fondo Nacional de Recursos. Entonces solicita el ingreso. Una vez que se solicita el ingreso, lo que se hace son varias etapas. Primero, obviamente, se analiza su eficacia, su seguridad, se hace un análisis de costo-efectividad –en algunos casos y en otros no. Y lo que se evalúa es si el medicamento o la técnica son de un precio muy elevado, que claramente no es costo-efectivo, pero tiene todos los demás criterios como que sirve para la enfermedad, tiene valor clínico agregado, lo que se hace en el Fondo es que se empieza a negociar. Empezamos a negociar el precio con el proveedor para lograr que el precio sea accesible y el impacto presupuestal sea asumible por el Fondo. Entonces, una vez que se logra ver el impacto presupuestal, que se calcula con un software basado en un modelo que tienen los técnicos del Fondo y se calcula cuál va a ser el gasto en esa nueva técnica, y se hace el análisis de evidencia, se elabora la normativa de la cobertura financiera que como tanto establece cuáles son aquellos grupos de pacientes que se van a incluir en la cobertura financiera. Luego de todo este proceso se aprueba por el área administradora y recomiendan al Ministerio de Salud Pública su incorporación. Es un proceso que lleva algunas etapas más específicas. Sólo lo transmití de la manera más esquemática posible. Pero básicamente ese es el proceso de incorporación.

(Min. 00:45:11)

Pregunta:

¿Cuáles son los beneficios entonces de tener un Fondo especial para poder dar cobertura a estas intervenciones de alto costo? ¿Y cuáles son los desafíos que se presentan en la coordinación con el otro Fondo que cubre aquello que no es catastrófico?

Respuesta:

La ventaja que hemos visto de tener este Fondo separado... que además vieron es un Fondo aparte, es decir no forma parte del Fondo Nacional de Salud. El Fondo Nacional de Recursos se conforma/ se integra, o sea su financiamiento es a través del seguro individual, pero en realidad es a través del Fondo Nacional de Salud que transfiere una cuota que hoy está en siete dólares. Son siete dólares por persona asegurada. Es decir, tanto la persona que paga su cuota a la institución directamente, como las personas que están aseguradas por el Seguro Nacional de Salud, se le transfiere al Fondo estos siete dólares por cada una de las personas. Estos ingresos son variables. Son variables porque varía el número de personas que tienen trabajo formal o que están dentro del grupo familiar de quien tiene trabajo formal. Ha aumentado en los últimos años porque han aumentado los colectivos de personas que se han incorporado, es decir los jubilados o los pasivos que se han incorporado, y ha aumentado el número de estas cuotas fijas que han ajustado la cápita de estos prestadores integrales. Entonces este ingreso de fondos a su vez lo tenemos que utilizar en el pago a los IMAES y en la compra de medicamentos. ¿Cuál es la ventaja? La ventaja es que es una administración encapsulada del Fondo. Es decir, si bien estos ingresos pueden ser variables, son ingresos que se pueden presupuestar claramente. Cuando se elabora el presupuesto, que va del 1 de octubre al 30 de septiembre del año siguiente, más o menos un año calendario, se hace un análisis de cuánto van a ser estos ingresos de pre-pago. Solamente los pre-pagos porque en realidad las personas que no están aseguradas es un reembolso absoluto del gasto donde no tenemos riesgo financiero. Pero sí tenemos riesgo financiero con los pre-pagos. Entonces una vez que se hace el presupuesto se calcula esto, se calcula cuánto vamos a tener de ingresos, y cuánto se va a gastar en el año siguiente. Y en este gasto del año siguiente se hace todo un análisis de cuánto van a aumentar o no los procedimientos, las diálisis, las cirugías, las prótesis. Hay que aclarar que no tenemos tiempo de espera para ninguno de estos procedimientos. Esto es interesante. Es decir, no alargamos el tiempo de espera por un control de gasto. Entonces se calcula, como decía, cuánto va a ser el gasto. Y si se incorporan en ese año nuevos procedimientos, lo que hace el Ministerio de Economía y Finanzas es establecer un aumento en esta cuota. La cuota del Fondo se incrementa de acuerdo a un porcentaje, que puede ser entre el 2% hasta el 5%, todos los años a partir de este análisis del gasto. Así logramos el equilibrio. Es decir, el Ministerio

de Economía establece un aumento, con base en lo que es económicamente posible en el país, para poder asumir estos gastos incrementales que van a ocurrir al año siguiente. Esta es una ventaja porque permite el acceso a la alta tecnología de alto costo a través de un modelo de gestión que ha sido, y que es, eficiente.

Las desventajas son, sobre todo, lo que decíamos hoy. Es decir, cuando el Fondo financia una prestación al prestador integral no va contra sus gastos. Y hasta ahora no hay nada que los obligue, por ejemplo, a realizar programas de prevención o trabajar para evitar que el gasto en el Fondo Nacional de Recursos ocurra. Ese es un problema y necesitamos, y de hecho lo estamos haciendo, tratar de que eso sea más un *continuum* entre obligaciones mutuas entre los prestadores y el Fondo Nacional de Recursos para que el gasto esté equilibrado en ambos sectores, tanto en el Fondo Nacional de Salud como en el Fondo Nacional de Recursos. La etapa en el caso de los medicamentos es carísima. Un laboratorio, por ejemplo, quiere que un medicamento entre a Uruguay, que es un país muy pequeño, pero si el Fondo Nacional de Recursos no compra ese medicamento, nadie lo compra en Uruguay. Somos un monopsonio y eso creo que es un estímulo para que traten justamente de bajar el precio.

(Min. 00:51:27)

Pregunta de Mario Sánchez:

¿Por qué en 1993 se cambió el FNR a una persona jurídica no estatal? ¿Actualmente se mantiene así?

Respuesta:

La JUNASA es la Junta Nacional de Salud. Yo no lo mencioné en la presentación. El Fondo Nacional de Salud es administrado por una Junta, que se crea en la Ley de la creación del sistema. Aprovecho para decir que esta Junta tiene una composición de integrantes que está formada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía, el Instituto de Seguridad Social y representantes de los prestadores de salud, los trabajadores de salud y de los usuarios. Entonces esta Junta Nacional de Salud tiene esta conformación bastante avanzada de tener representantes de los trabajadores y los usuarios. La convención honoraria del Fondo no tiene una representación de los usuarios. Por lo menos hasta ahora, en lo que estamos es justo tratando de que –dado que la Junta Nacional de Salud firma compromisos de gestión con los prestadores desde el principio y que tienen sus metas prestacionales, ya que el prestador recibe fondos adicionales por controles a los pacientes, por mejorar su sistema de

información, y hay una cantidad de metas por las cuales se pagan a los prestadores—, lo que nosotros estamos intentando hacer es que justamente dentro de este compromiso de gestión también exista un compromiso de gestión, por ejemplo, que el Fondo Nacional de Recursos pueda ser más eficiente. Pero hace diez años que estamos con esto y todavía somos un sistema joven. Esto de la interacción eficiente entre ambos fondos es algo que tenemos en vías adelante.

(Min. 00:53:39)

Pregunta de Sergio Prada:

¿Qué tanto dependen los ingresos del Fondo Nacional de Recursos del crecimiento económico? ¿Existe alguna regla de “congelamiento de gasto” en caso de una disminución de ingresos?

Respuesta:

Bueno, en realidad Uruguay ha venido creciendo. A veces ni nosotros lo creemos pero, si bien hay un retraso en el crecimiento, seguimos teniendo un crecimiento económico como país. De todas maneras, lo que nos pasa es interesante porque es al revés lo que le puede pasar al país si hay un decrecimiento económico y si hay un aumento del desempleo. ¿Por qué digo esto? Porque el Fondo como seguro recibe esta cuota única, que se ha ajustado en el proceso, de quienes están en el mercado formal de trabajo. O sea que cuando aumenta este colectivo, como está pasando ahora, tenemos mayores desafíos para poder brindar la cobertura de salud y financiar las técnicas que financiamos con un pre-pago que son siete dólares por persona. Por ejemplo, en los adultos mayores, mayores de 65 años, que son la mayoría de los que, por ejemplo, están en el plan de diálisis, que esta cuota mensual de siete dólares por persona no cubre claramente lo que cuesta. Es ocho veces menos de lo que en realidad este paciente gasta en las prestaciones del Fondo. Cuando las personas no están aseguradas en realidad lo que hace el Ministerio de Finanzas es transferirnos exactamente lo que gastamos. En el pasado ocurrió, y cuando el país entró en una crisis, como todos en el 2002, sí hubo atrasos en los pagos de las transferencias del Fondo Nacional de Recursos y hubo atraso del Fondo de pagarle a los IMAES. Pero en realidad no existe un blindaje como tal, un blindaje normativo. Lo que existe es un modelo de gestión, que en la medida que justamente tenemos todas estas estrategias de control de la demanda y las proyecciones que se analizan cada año... y con base en estas proyecciones de crecimiento en estas cuotas, que definitivamente se transfiere del Fondo Nacional de Salud, creo que es un modelo que resulta eficiente y que está bastante blindado de las diferencias en el crecimiento de la economía del país.

(Min. 00:56:55)

Pregunta de Eric Rodríguez:

¿Cuál es el porcentaje del aporte inicial y el actual de los patronos y trabajadores?

Respuesta:

De acuerdo a la Ley del Seguro Nacional de Salud para los patronos, tanto públicos como privados, el porcentaje es del 5%. Y de los trabajadores o de los pasivos es un 4%, o un 5% si es únicamente la persona que está cubierta. Si tiene hijos a cargo, o cónyuges, va aumentando al 6% y el máximo es el 8%. Es un aporte a la Seguridad Social que, como decíamos, van a este Fondo Nacional de Salud, que en realidad en estos últimos años ha tenido que recibir, como vieron en aquel esquema, transferencias de rentas, generales porque lo que se recauda con este Fondo no resulta suficiente para el pago de las cápita a los prestadores integrales.

(Min. 00:58:23)

Pregunta de Adriana Caballero y Miguel Zúñiga:

¿Cómo están financiando los medicamentos de enfermedades huérfanas?

Respuesta:

De las enfermedades raras, o huérfanas, que también sabemos que no hay una definición muy consensuada en general, nosotros estamos financiando algunas enfermedades lisosomales con medicamentos enzimáticos de alto precio, no todas. Y lo que existe en Uruguay es que se está conformando en los últimos años de manera más fortalecida, un centro que se llama CRENADECER, que es el centro de enfermedades raras, que está a cargo del Instituto de Seguridad Social. Está financiado y gestionado por el Instituto de Seguridad Social, que gestiona la solución de las enfermedades raras en Uruguay.

(Min. 01:00:05)

Comentario:

Permítanme destacar dos aspectos, entre tantos. Creo que algo que es muy importante tener en cuenta es la materialización del principio de equidad en Uruguay. Lo inició el Fondo Nacional de Recursos teniendo un único esquema de cobertura para todos los uruguayos, con igualdad de cobertura y de calidad. Y que después terminó de consolidar la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud. Me parece que este es un aspecto muy importante porque cuando empieza el Fondo estamos hablando allá por

los años 80. Y luego, que también creo que quedó muy bien explicitado, es cómo el Fondo se esfuerza por usar un conjunto de medidas y de intervenciones para cumplir con su doble objetivo, cómo asegurar la mejor cobertura de salud para la población y cómo lograr también que el sistema sea sostenible. Como Alicia contaba, desde las evaluaciones de impacto presupuestal, las iniciativas de negociación de precios y de compra estratégica, las compras conjuntas, la coordinación con el Poder Judicial, las auditorías y las evaluaciones, un conjunto de instrumentos para poder cumplir con ese doble objetivo.

Y yo agregaría uno más que es la calidad organizacional diferencial que tiene el Instituto. A mí me ha tocado interactuar con Alicia y con el equipo que trabaja en el Fondo y, además de ser muy competentes, todos tienen una gran experiencia en la gestión en salud pública y además un gran compromiso con lo que hacen. Así que también en este sentido yo creo que explica por qué Uruguay es un modelo para la región en la cobertura de intervenciones de alto costo.

Si quieren saber más sobre el Plan de Beneficios de Salud de Uruguay, el PIAS, encontrarán información y documentos también muy interesantes en la Red Critería. Está un Webinar de María Buglioli contando la experiencia del diseño y la implementación del PIAS en Uruguay. También ustedes conocen el libro de Planes de Beneficios de Salud en América Latina del BID, que lideró Úrsula Giedion. Quizás tiene más de 30.000 bajadas y ahí tiene también un capítulo particular, creo que es el capítulo 3, que habla sobre Uruguay, tanto desde la perspectiva del Fondo Nacional de Salud como desde el Fondo Nacional de Recursos. Hay un blog muy interesante que recientemente escribió Úrsula con un título provocador: “Todos son iguales pero algunos son más iguales que otros en los sistemas de salud”, hablando de los esquemas de cobertura. A veces se llevan grandes recursos a estos esquemas diferenciales que utilizan gran parte de los recursos de los sistemas de salud y quizás estén llegando a un número reducido de personas que padecen de estas intervenciones o estas patologías de carácter catastrófico. Y, por último, les recomiendo también, que está en su versión Breve y en versión video, “La cobertura de las intervenciones de alto costo en Chile: una mirada crítica de la Ley Ricarte Soto”. También lo encontrarán en nuestra página web. Alicia, ¿quieres hacer algún comentario final?

(Min. 01:00:05)

Alicia:

Quiero agradecerles mucho por esto. Los intercambios siempre nos aportan. Tenemos este modelo particular que tiene mucha virtud pero también, como vieron, muchos desafíos. Y solo una escena que

muestra lo que acabas de decir. En Uruguay las personas de mayores recursos, si necesitan una diálisis se están dializando en una institución al lado de una persona que puede tener los menores recursos. Es decir, hay una igualdad en el tratamiento de estas técnicas. La asistencia para los diferentes niveles económicos es exactamente igual para todos. De hecho, no hay co-pagos, excepto en la reproducción asistida que tiene co-pagos según el ingreso de las parejas. Pero en todo el resto de las técnicas y los medicamentos no hay ningún co-pago. En las técnicas más complejas las personas reciben exactamente la misma atención con la misma calidad en las mismas IMAE que todas las personas en Uruguay.



redcriteria.org



Red Criteria



@RedCriteria