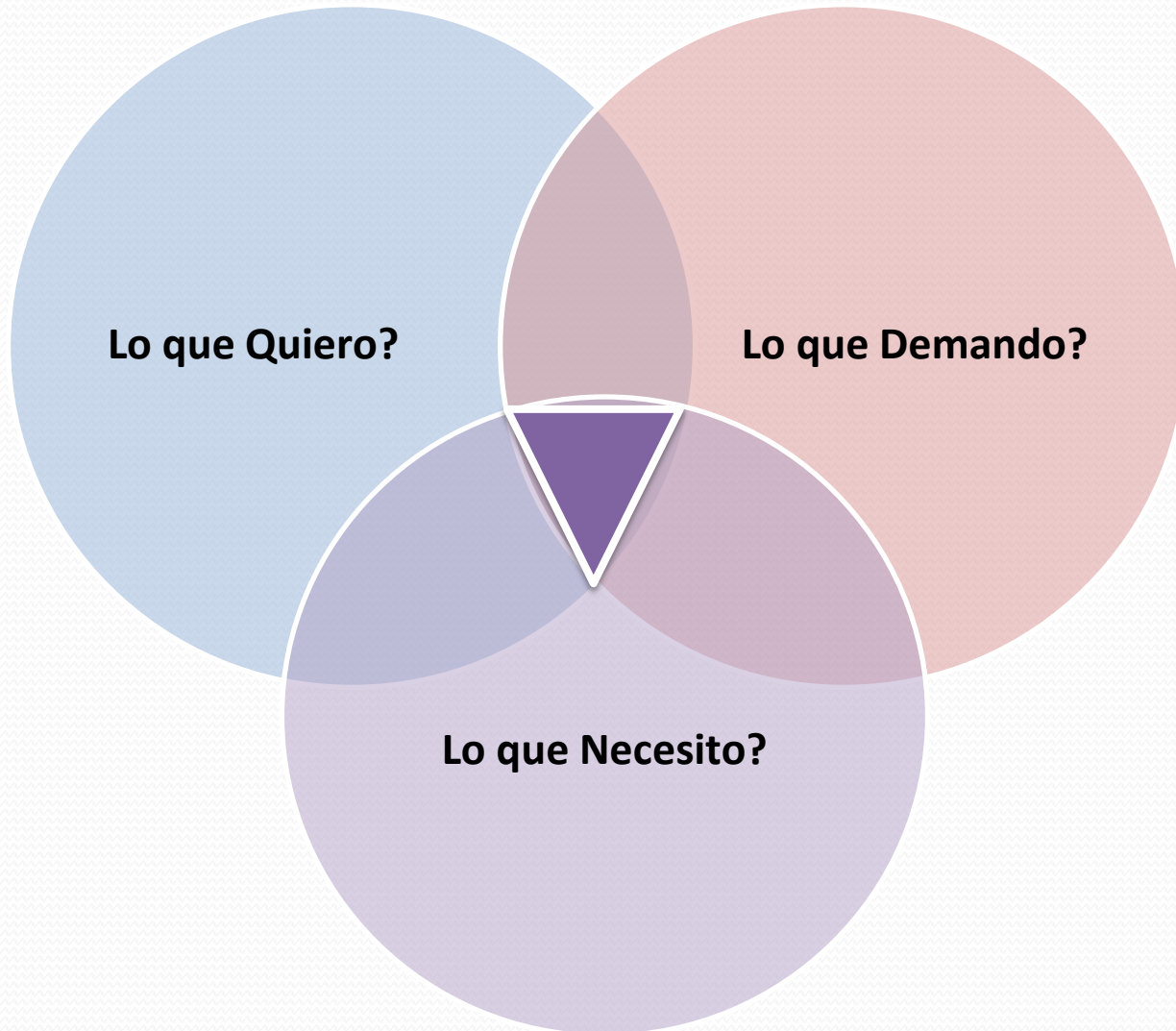


# Conjunto de Prestaciones de Salud

*Que bienes y servicios es necesario financiar?*

# **Volver al principio: que debemos exigirle al sistema de salud?**



# Conjunto de prestaciones de salud

- La aplicación de un conjunto de prestaciones supone establecer una relación de los servicios o prestaciones de salud que son objeto de derechos y obligaciones en un sistema de salud. Dicha relación responde básicamente al qué se produce, pero también puede determinar cómo y para quién... **Y cuanto cuesta y, sobre todo, cuanto debiera costar**



# Conjuntos de prestaciones

Pais	Nombre	Poblacion objetivo	Poblacion cubierta	Nivel de cobertura
Argentina	<b>PMO</b> Programa Medico Obligatorio	OOSS (Ley 23.660/61) y Empresas de M.prepaga	15millones	Integral
Chile	<b>AUGE/GES</b> Aseguramiento Universal a Garantias Explicitas*	Toda	85% (2011)	69 problemas de salud (2011) cubren 60% de la carga de enfermedad.
Colombia	<b>POS</b> Programa Obligatorio de Salud	Toda	96%(2011)	Integral (2012)
Honduras	<b>PBS</b> Paquete Basico de Salud	Poblacion rural pobre	10,7% (2010)	Servicios matenoinfantiles de 1er. nivel de atencion
Mexico	<b>CAUSES</b> Catalogo Universal de Servicios Esenciales en Salud	Poblacion sin seguridad social	50%	Servicios de mediana y baja complejidad
Peru	<b>PEAS</b> Plan Esencial de Aseguramiento en Salud	Poblacion sin seguridad social	67,3%	140 condiciones (cubren 65% de la carga de enfermedad)
Uruguay	<b>PIAS</b> Plan Integral de Atencion a la Salud	Toda	96%	Integral

\*Garantías explícitas y exigibles de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

# OBJETIVOS

- **Concretar el derecho a la salud.**

Al reconocer los derechos de los ciudadanos, otorga instrumentos legales para reclamar mejorar la rendición de cuentas y el empoderamiento de la ciudadanía.

- **Mejorar la equidad en salud.**

Bajo 2 nociones: ***absoluta***, bajo la cual toda diferencia en acceso a la salud entre individuos es considerada inaceptable, y ***relativa***, por la cual las diferencias son aceptables en la medida en que todas las personas accedan a un mínimo. Roberts, Hsiao, Berman y Reich (2008)

- **Aumentar la legitimidad social del racionamiento** al hacerlo ***explícito***.

- **Alinear las metas sanitarias y la asignación de recursos** para maximizar el impacto en salud.

- **Mejorar la gestión** de planeamiento, financiamiento y entrega de servicios.

- **Promover la atención integral y mejorar la calidad de atención**, cuando los servicios se acompañan de instrucciones sobre el uso de estos mediante protocolos o guías de práctica clínica

# Elementos de un CPS

1. **Categorías de servicios financiados** (tratamientos y servicios que se definen como financiables según la normativa del sistema de salud)
2. **El adecuado uso de los servicios**, definido mediante políticas de cobertura explícitas (que especifiquen pacientes y escenarios clínicos basados en evidencias, en protocolos y guías de práctica clínica, y acreditación de centros asistenciales)
3. **Limitaciones financieras**, que disponen qué servicios serán brindados de manera gratuita o cuáles requerirán un pago y cómo se lo definirá.

## Decisiones difíciles

- SE DEBE CUBRIR?
- SE PUEDE CUBRIR?

### COMO DECIR NO ETICA Y POLITICAMENTE?

- A QUIENES?
- A QUE PRECIO?







# Un desafío monumental

- **Fragmentación:** 290 OS, 45% menos de 10 mil afiliados; **descreme**, subsidios cruzados; **perdida de solidaridad** cadenas de pagos desordenadas
- **Exclusión, inequidad**
- **Poco control** sobre distribución y uso de recursos
- Legislación “aspiracional” **desconectada** de costos
- Preocupación en el sector por **alinear incentivos** (*pago por performance, precio basado en valor, umbrales de CO, etc.*)
- **Poca claridad** de como lograr cambio: **Agencia y ya??**

## Acuerdo social de escasez



UN SISTEMA MÁS EFICIENTE (*el que puede satisfacer más necesidades de salud por cada dólar gastado*), **NO ES SIMPLEMENTE UNA NOCIÓN ECONOMICA...**

- Habrá “**desacuerdo razonable**” en límites en salud, hacen falta procesos deliberativos-participativos que incorporen opinión, participación y corresponsabilidad de los ciudadanos, que aumenten la legitimidad social de decisiones difíciles
- Financiadores tienen incentivos para maximizar eficiencia; herramientas (Ec Ev) no reflejan dilemas éticos y sociales
- Requiere ser “solidarios en la escasez” (y transparentes en el proceso de decisión y de gestión)
- Dado que se utilizan recursos pertenecientes a la sociedad:

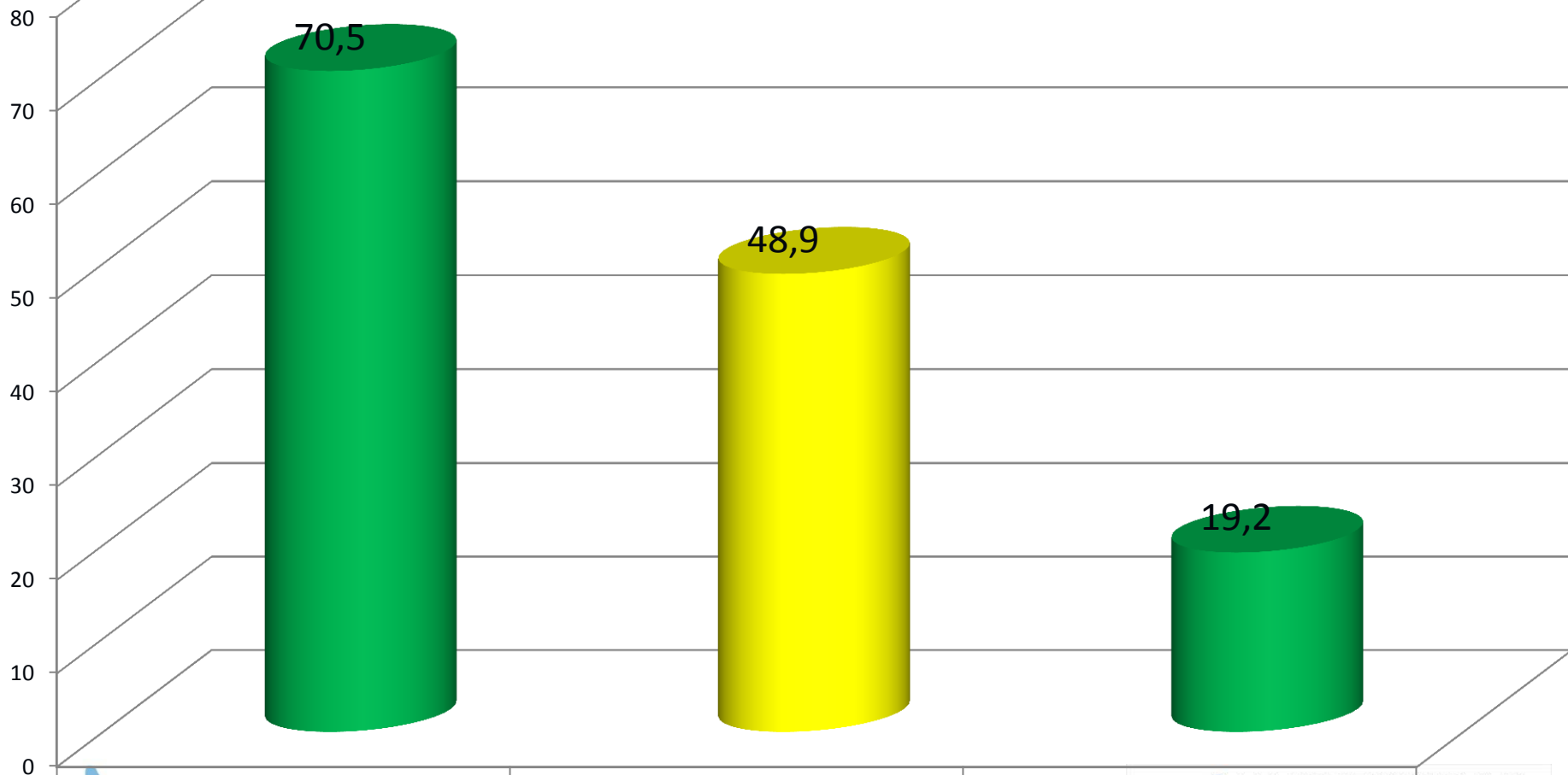
## Priorización explícita

- **Justicia procedural** en ausencia de acuerdo en principio

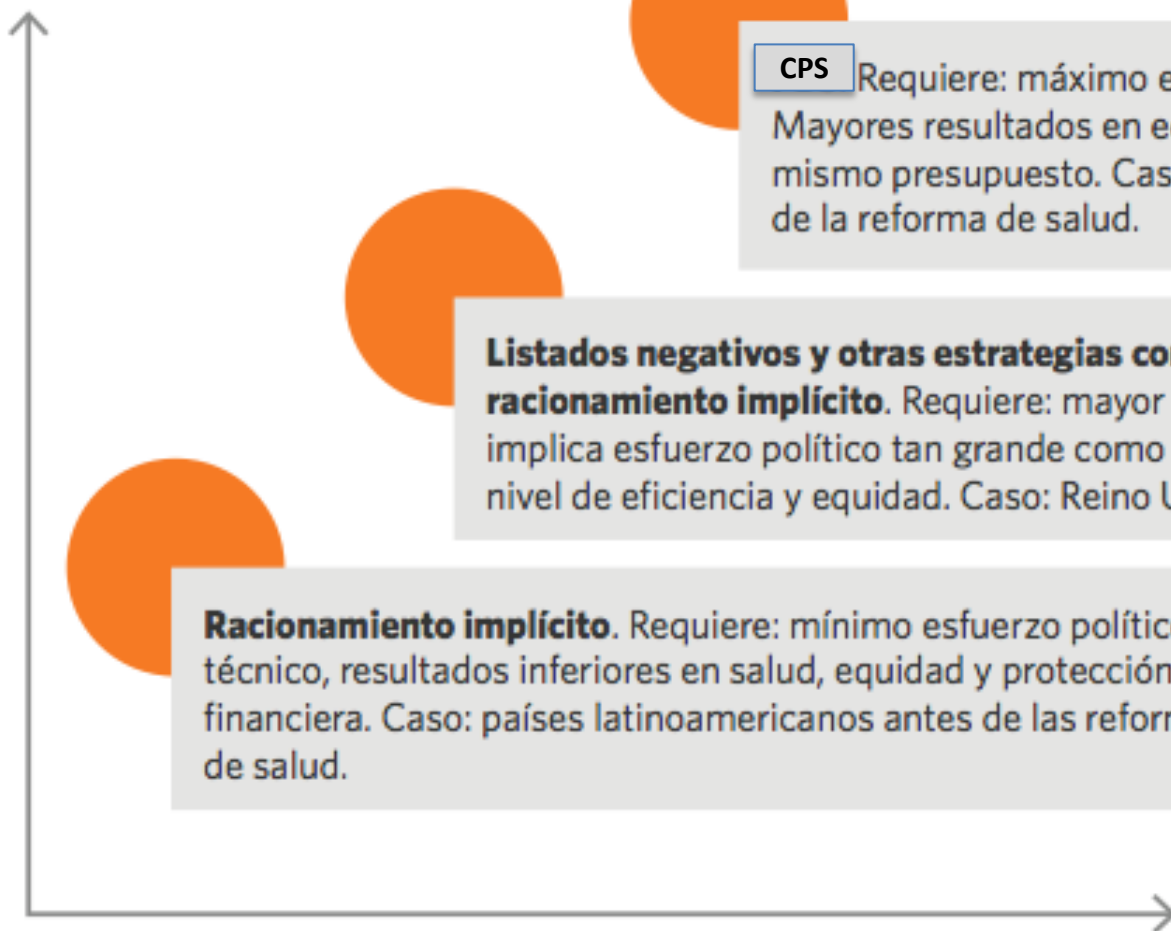
Sino también **UNA PREOCUPACIÓN ÉTICA**, que conduce a un **DILEMA MORAL** (*el énfasis en la “rentabilidad” no necesita ser motivado por el ahorro, o la reducción del costo, sino únicamente por el objetivo de mejorar la salud de la población*).

# Características de la judicialización

16 estudios entre 1991 y 2011-21660 casos



Eficiencia y equidad



CPS

Requiere: máximo esfuerzo político y técnico. Mayores resultados en equidad y eficiencia para un mismo presupuesto. Caso: países analizados luego de la reforma de salud.

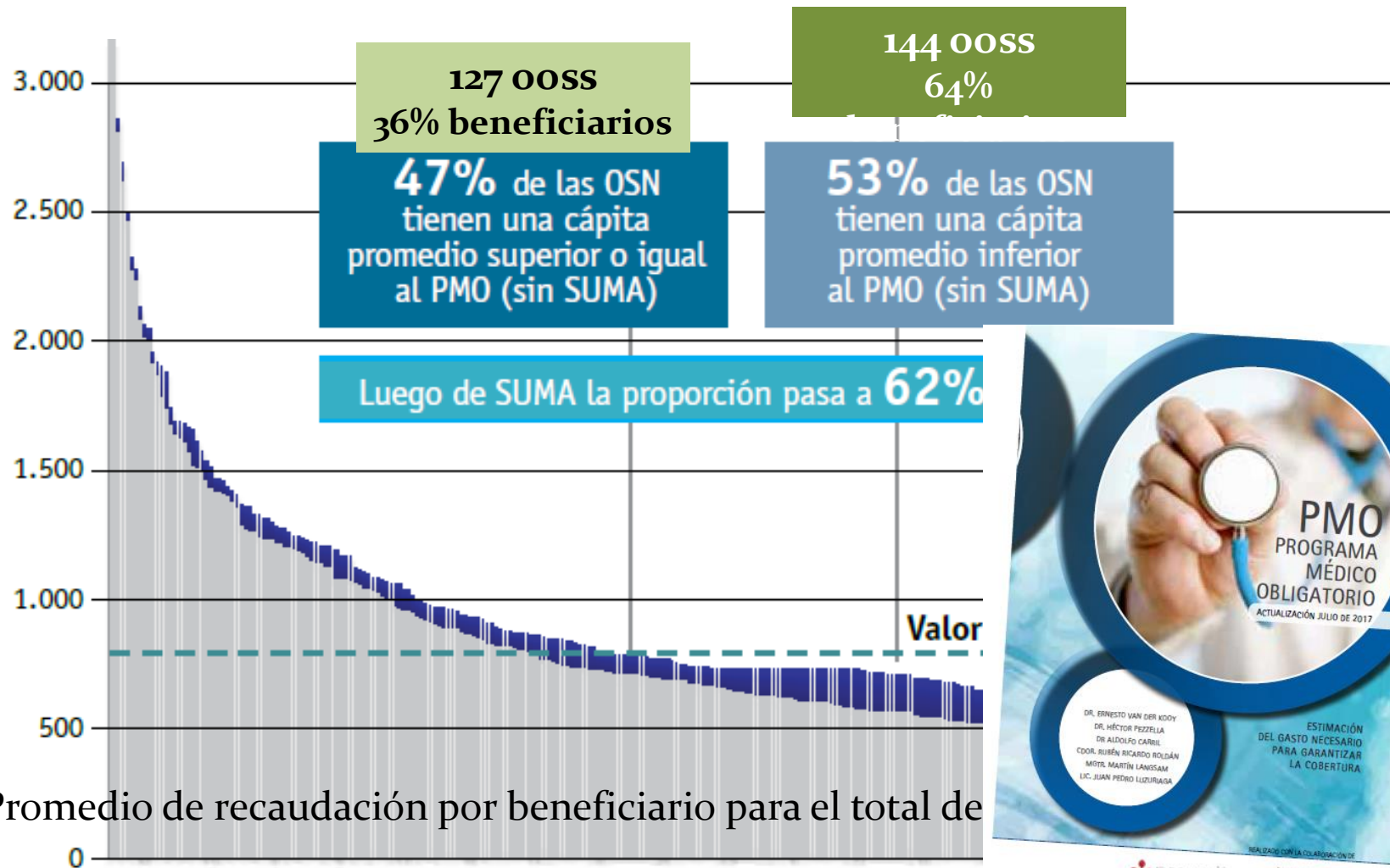
**Listados negativos y otras estrategias complementarias del racionamiento implícito.** Requiere: mayor esfuerzo técnico, no implica esfuerzo político tan grande como un PBS, y logra cierto nivel de eficiencia y equidad. Caso: Reino Unido.

**Racionamiento implícito.** Requiere: mínimo esfuerzo político y técnico, resultados inferiores en salud, equidad y protección financiera. Caso: países latinoamericanos antes de las reformas de salud.

Esfuerzo

# Recaudación per capita de OOSNN y costo del PMO

(sin considerar gastos de administracion)



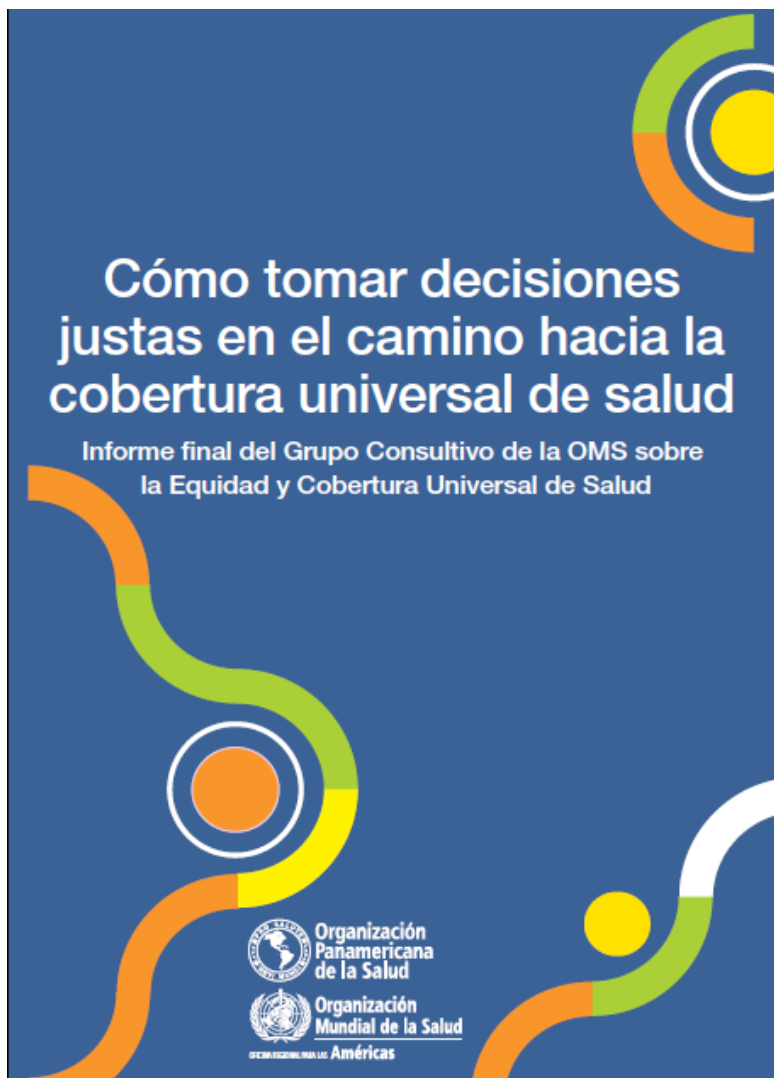
Promedio de recaudación por beneficiario para el total de

Fuente: elaboración propia



arios

AD  
ID



## Decisiones “inaceptables”:

1. Expandir la cobertura para intervenciones de media o baja prioridad cuando todavía no se ha alcanzado cobertura universal para intervenciones de alta prioridad.
1. Dar alta prioridad a intervenciones muy costosas pero de beneficio sanitario pequeño.

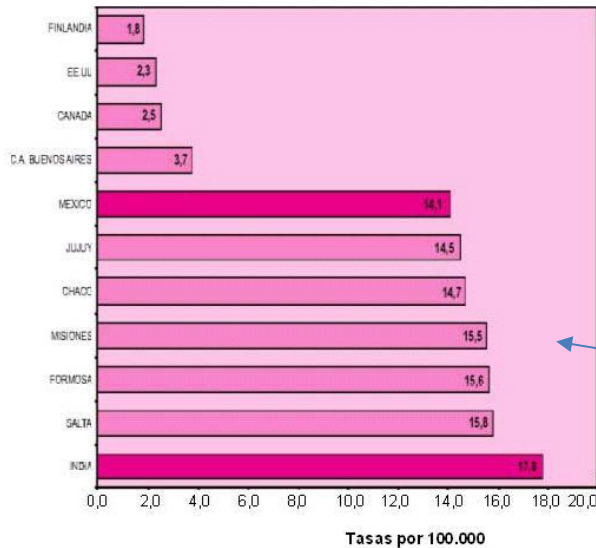
# Objetivos de un sistema de salud

- Mejorar las condiciones de salud
- Garantizar el acceso y la calidad equitativamente
- Otorgar proteccion financiera

# Equidad

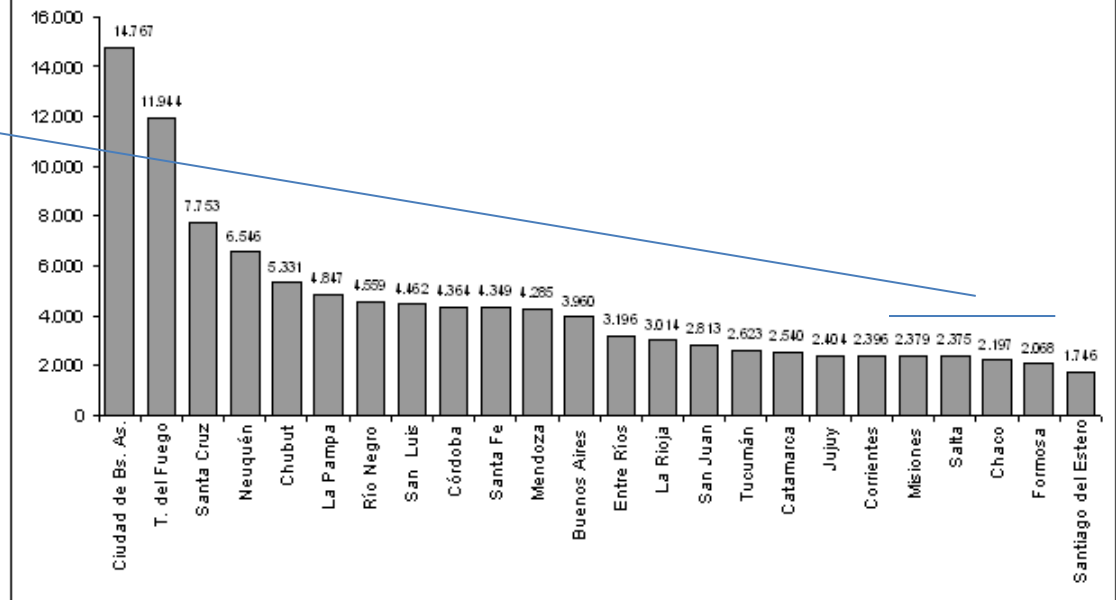
Figura 1.5.

Tasa de mortalidad estandarizada por edad, por cáncer de cuello de útero.  
Jurisdicciones argentinas y países seleccionados<sup>(3)</sup>



Fuente: jurisdicciones argentinas (2003-2005); elaboración propia en base a datos proporcionados por la DEIS, Ministerio de Salud; otros países (2002); Ferlay et al. 2004.

PBI per cápita de las provincias argentinas (en dólares)



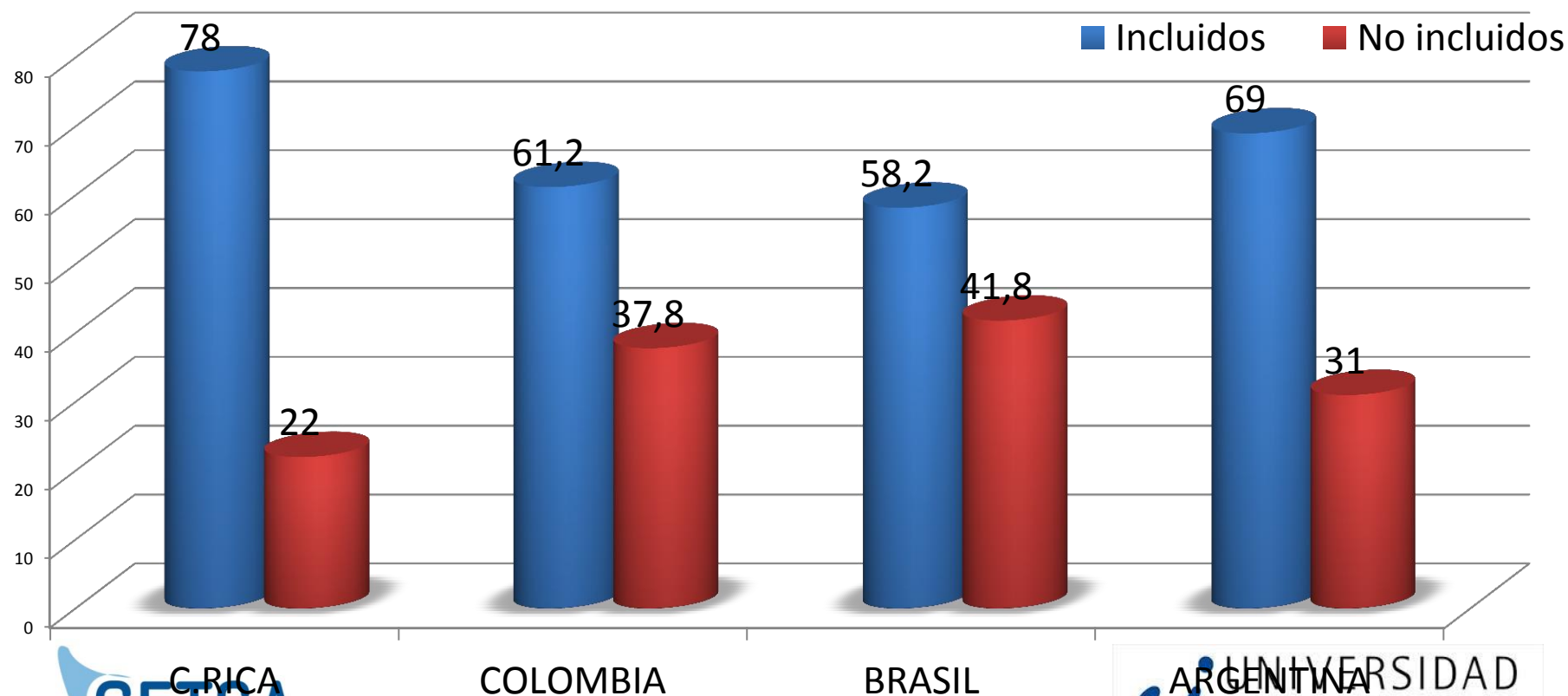


# Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura

Ludovic Reveiz,<sup>1</sup> Evelina Chapman,<sup>1</sup> Rubén Torres,<sup>1</sup> James F. Fitzgerald,<sup>1</sup> Adriana Mendoza,<sup>1</sup> Mónica Bolis<sup>1</sup> y Osvaldo Salgado<sup>1</sup>

Forma de citar

Reveiz L, Chapman E, Torres R, Fitzgerald JF, Mendoza A, Bolis M, et al. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(3):213–22.

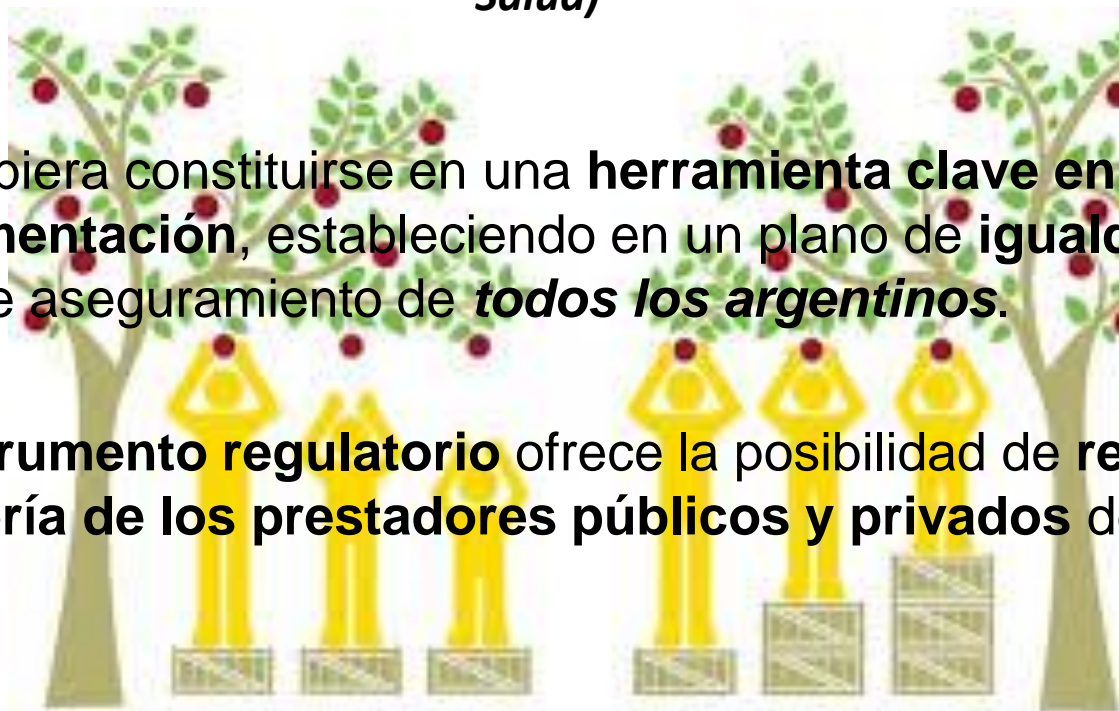


Fuente: elaboración propia en base a datos de OPS sobre 990400 tutelas y/o amparos en C.Rica, Brasil y Colombia y datos de 4.443.211 beneficios de obras sociales (Ley 23660) en Argentina.

# Programa Medico Obligatorio

*Una herramienta de equidad en el camino a la Salud Universal (Cobertura Universal de Salud)*

- El PMO debiera constituirse en una **herramienta clave en la reducción de la fragmentación**, estableciendo en un plano de **igualdad la garantía de aseguramiento de *todos los argentinos***.
- Como **instrumento regulatorio** ofrece la posibilidad de **reglar sobre la gran mayoría de los prestadores públicos y privados** de la Argentina.



	Seguridad Social Nacional (289 O. Sociales)	Otras Obras Sociales	Obras Sociales Provinciales (24)	PAMI (INSSJyP)	Medicina prepaga	Sector Público (Nacional provincial y municipal)
Beneficiarios	Obligatorios: trabajadores formales y familiares a cargo Monotributistas Adherentes Servicio domestico Jubilados	IOSFA* (637/2013) S.P. F. Policía Federal O.S.Universitarias (30) O.S. P.Legislativo O.S. Poder Judicial	Empleados públicos provinciales, jubilados, y familiares a cargo. Adherentes	Jubilados y pensionados nacionales, cónyuges, hijos y otros. May. 70 años. Veteranos de Malvinas	Privados individuales; y por opción de cambio de la seguridad social nacional (individuales y corporativos)	Todos los argentinos
Financiamiento	Cotizaciones sociales (Aportes y contribuciones salariales. Trabajadores activos)*	Cotizaciones sociales (Aportes y contribuciones salariales. Trabajadores activos)*	Cotizaciones sociales (Aportes y contribuciones salariales. Trabajadores activos)*	Cotizaciones sociales (Aportes y contribuciones salariales. Trabajadores activos y pasivos)	Prima de bolsillo Cotizaciones sociales (Aportes y contribuciones salariales. Trabajadores activos) + pago de bolsillo	Rentas generales
Población	16.903. 319**		6.606.172	4.465.624	1.800.000 <sup>1</sup>	42.435.154
Cobertura de seguros	29.975.115 (70,2%)					12.660.039 (29,8%)
PMO	SI	NO	NO	NO	SI	NO

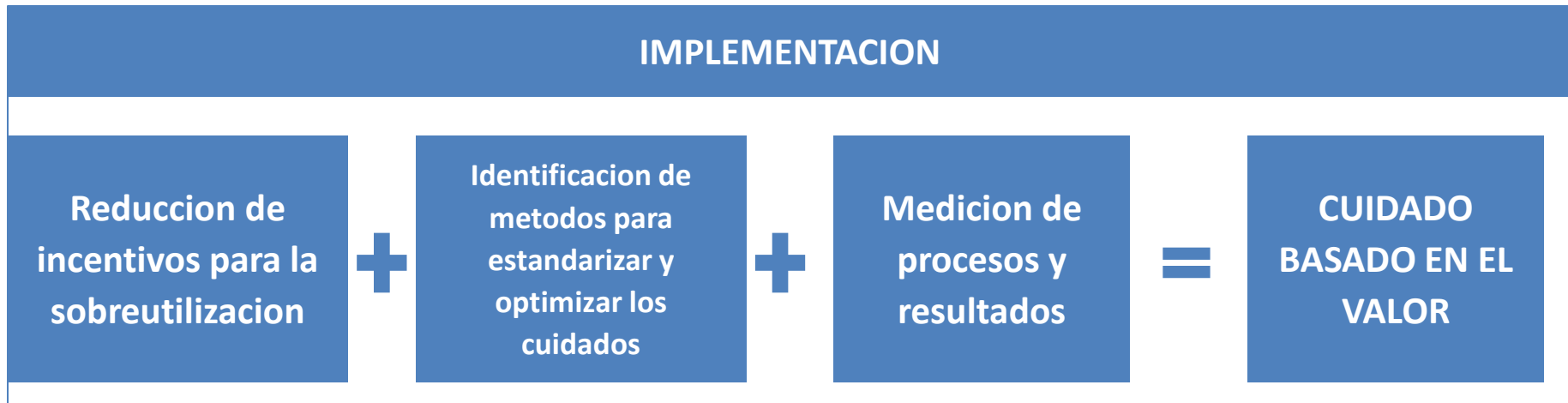
# El PMO como instrumento de política sanitaria:

1. **Debiera reconocer la heterogeneidad en las estructuras de demanda utilización, necesidades y oferta.**  
*(Posibilidad de implementación a nivel Nacional; grado de experiencia profesional requerida).*
- 2) **Incluir una metodología de actualización de costos mediante un set seleccionado de variables de índole demográfico, epidemiológico, y de estructura del mercado prestador.** *(Análisis de impacto presupuestario)*
- 3) **Dotarlo de mayor flexibilidad frente a diferentes necesidades y perfiles sanitarios y demográficos, y un marco metodológico riguroso y con capacidad de actualización sistemática.**

# Hacia una politica de innovacion y actualizacion del PMO

- Definicion de un **Marco de Valor** que permita la priorizacion para la actualizacion del PMO
- **Evaluacion de Tecnologias Sanitarias:** evidencias clinicas y economicas para la evaluacion del impacto presupuestario.
- Definicion de reaseguro
- Introduccion de nuevas tecnologias:
  1. Politicas de cobertura explicitas ( especificar pacientes y escenarios clinicos basado en evidencias)
  2. Acreditacion de centros asistenciales / Guias de practica Clinica
  3. Real World Evidence

# Cuidado basado en el valor



Recortes de reembolso de subsidios

No cobertura de procedimientos

**Criterios de uso apropiados**

**Pago por rendimiento**



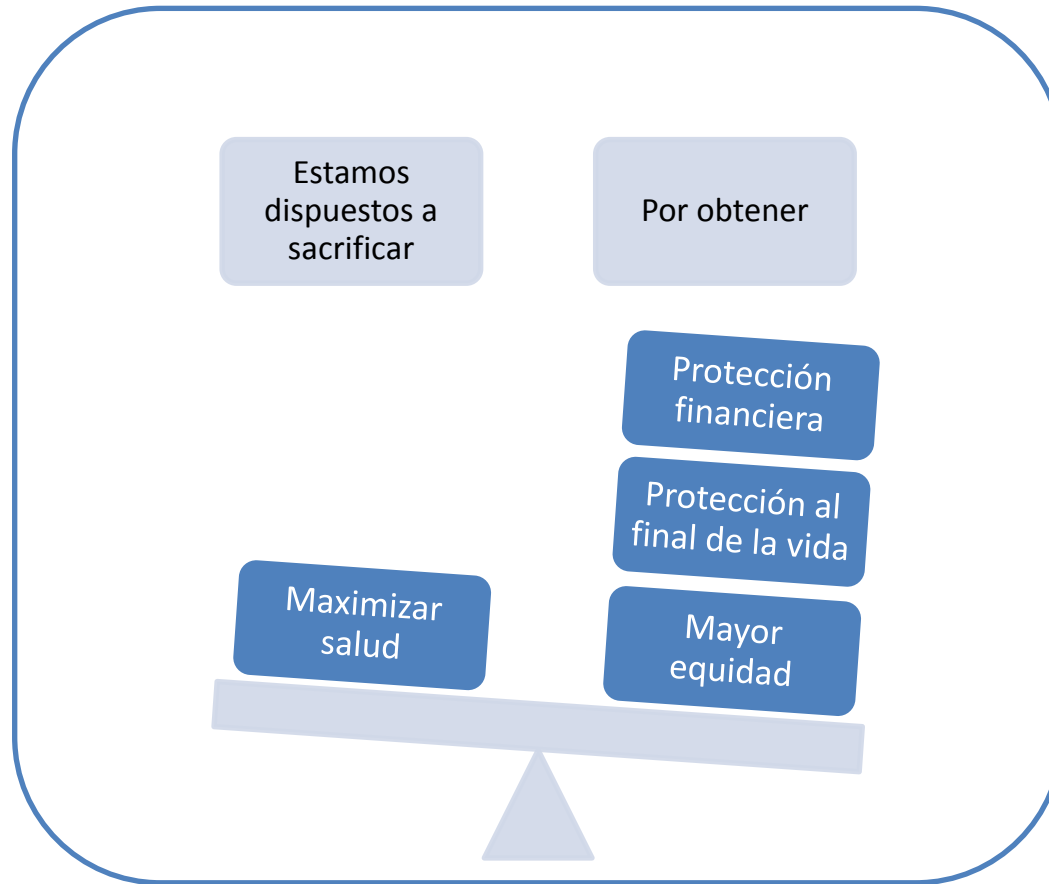
**Evaluaciones de Tecnología**

Adquisición basada en el valor

Agrupación




# Transacciones...



RECURSOS  
LIMITADOS



# Centrarnos en excelencia clínica

- Todos buscamos **excelencia** + todos necesitamos que sea sustentable = quiero lo mejor (*“affordable excellence”*: lo mejor que se pueda pagar);
- Solidaridad social, con clara **consciencia de escasez**
- Hay que definir ambas de común acuerdo
  - Abriendo los procesos políticos que llevan a su aceptación: empezando por ***equidad y acceso universal a prestaciones básicas***
  - Acciones, decisiones y políticas que pueden limitar un derecho individual son aceptables solo si permiten aumentar contenido de derechos comunes (si ese objetivo común es considerado deseable y legítimo por la mayoría)
  - Todo esto es imposible sin un mínimo grado de confianza mutua
- Esa confianza mutua es el **“mínimo acuerdo social de escasez”**
  - Calidad y transparencia en la administración pública, con datos auditables
  - Confianza en la gestión
  - Combate y condena enérgica a la corrupción sistémica
- La  **AGNET** no basta



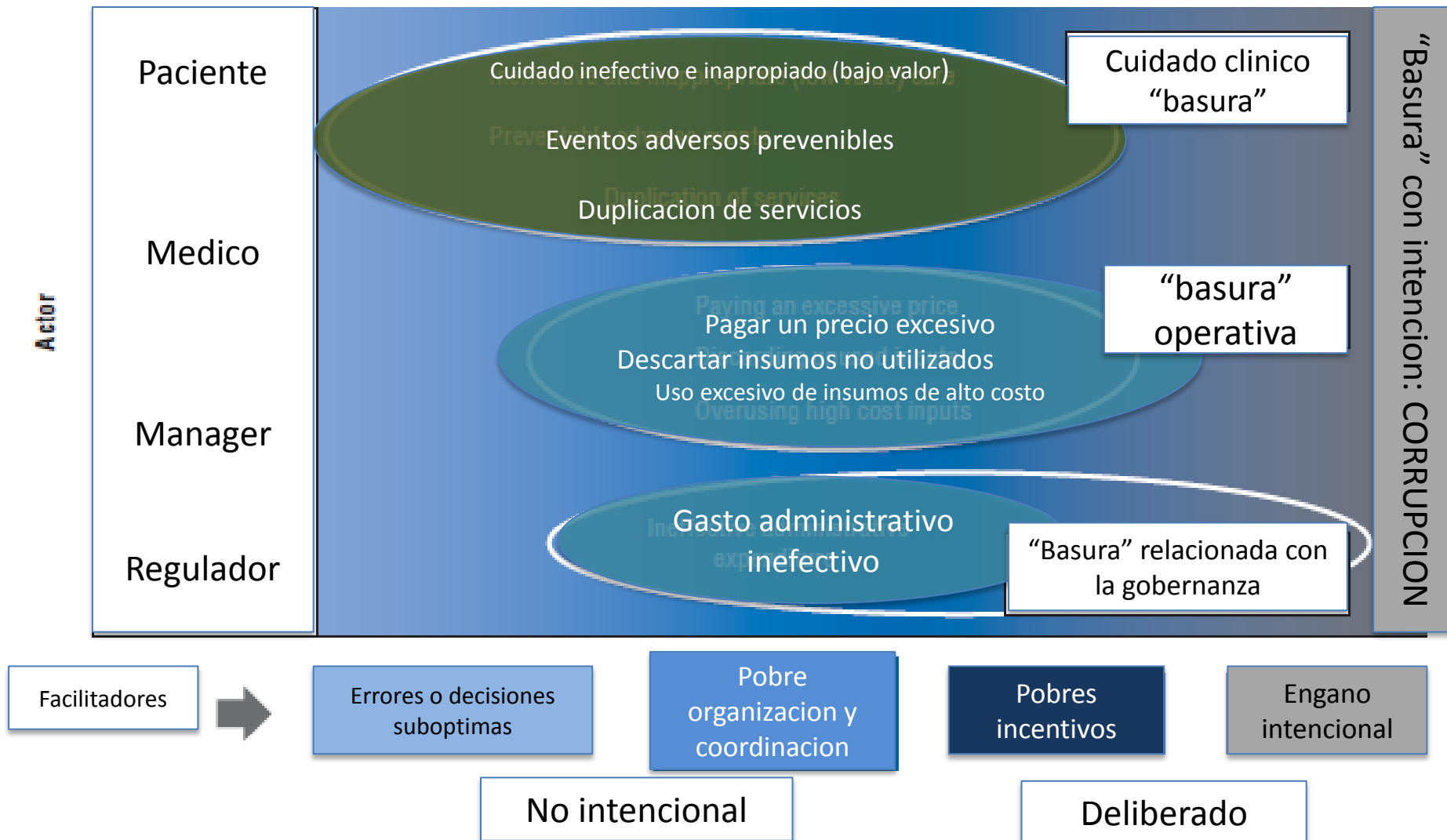
# Las tres cosas mas importantes

(Hayley, 2013)

1. **Reputación y credibilidad de una Agencia**
2. La correcta integración de actores en sus procesos de evaluación
3. La calidad científica y metodológica (robustez) de los productos que genere

# Tres categorías de “basura”

## Actores involucrados y facilitadores





**El enfoque  
“ofertista”, no  
construye  
derechos ni  
produce salud, se  
limita a poner  
oferta a  
disposición de la  
población.**