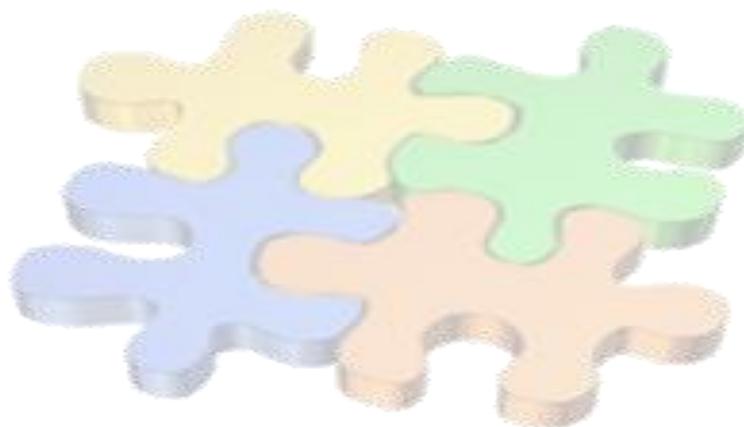




Facultad de Ciencias Económicas y
Administración
Universidad de la República



***ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS DEL PROCESO DE
REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO
DE SALUD EN URUGUAY, CON ÉNFASIS EN EL
FINANCIAMIENTO DE LOS PRESTADORES.***



*Integrantes: Patricia Soto Sellanes
Ma. Luján Rapetti Rolando*

Coordinador: Cr. Dante Giménez

Trabajo de investigación monográfico para la obtención del Título
de Licenciado en Administración – Contador (Sector Privado)
Plan 1990

Montevideo, Noviembre 2009

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecemos al Cr. Dante Giménez, por haber guiado el presente trabajo de investigación, cuya dedicación y aportes fueron fundamentales para la elaboración y el desarrollo del mismo.

A quienes aportaron información, ya sea a través de entrevistas, comentarios y/o sugerencias, lo cual nos permitió contar con múltiples enfoques.

Finalmente al invaluable apoyo de nuestras familias, parejas y amigos, que nos han apoyado incondicionalmente en el transcurso de toda la carrera, principalmente en ésta última etapa.

Los errores y/u omisiones que existan son de nuestra entera responsabilidad.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación monográfico, tiene como objetivo central, analizar el proceso de reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay, poniendo especial énfasis, en el impacto producido sobre el financiamiento de los prestadores que lo integran. Esta reforma se comenzó a implantar en julio de 2007, provocando cambios sustanciales en el funcionamiento del sistema de salud uruguayo.

La elección del presente tema de investigación, se sustenta en la importancia del mismo en relación al gasto en salud del país, y el nivel de atención que recibe la población. La reforma objeto de estudio, se basa en el cambio de los tres modelos que conforman a un sistema de salud: atención, gestión y financiamiento, modificando la relación existente entre los distintos actores y creando nuevos, con el fin de asegurar la viabilidad en el funcionamiento de la reforma.

A partir del estudio de la situación previa a la reforma, la reglamentación vigente y el análisis de la puesta en marcha de la misma, se pretenderá hacer una evaluación lo más exhaustiva y crítica posible, considerando que una reforma de esta magnitud requiere de varios años para poder realizar un análisis cuali-cuantitativo sobre su impacto.

ÍNDICE

ÍNDICE	1
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN EJECUTIVO	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1 MARCO CONCEPTUAL	10
CAPÍTULO 2 RESEÑA HISTÓRICA DEL SISTEMA DE SALUD URUGUAYO	13
CAPÍTULO 3 SISTEMA DE SALUD PREVIO A LA REFORMA	18
CONFORMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD PREVIO A LA REFORMA	19
3.1 - <i>INSTITUCIONES PRESTADORAS DEL SISTEMA</i>	19
3.1.1 - Sub-sector Público.....	19
3.1.2 - Sub-sector Privado	21
3.1.2.1 - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	21
3.1.2.2 - Otras instituciones no IAMC.....	23
3.1.2.3 - Régimen tributario de instituciones prestadoras del Sub-sector privado	24
3.2 – <i>SITUACIÓN FINANCIERA</i>	25
3.2.1 – Fuentes de financiamiento.....	25
3.2.2 – Agentes de financiamiento	30
3.2.3 – Financiamiento de los proveedores de servicios de salud.....	31
3.3 – <i>SEGURO DE ENFERMEDAD DEL BPS</i>	35
3.3.1 Población cubierta por el Seguro de Enfermedad	35
3.3.2 Caracterización de los beneficios otorgados por el Seguro de Enfermedad	37
3.3.3 Financiamiento del Seguro de Enfermedad.....	38
SÍNTESIS DE LAS PRINCIPALES DIFICULTADES DEL SISTEMA	38
CAPÍTULO 4 SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD	45
4.1 – ACCIONES PREVIAS.....	45
4.2 – PILARES FUNDAMENTALES.....	47
4.3 – SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD	48
4.3.1 – <i>Estructura general</i>	48
4.3.2 – <i>Cambios en los Modelos</i>	51
4.3.2.1 - Modelo de Atención.....	51

4.3.2.2 – Modelo de Gestión	54
RESUMEN DEL CAPÍTULO 4	57
CAPÍTULO 5 MODELO DE FINANCIAMIENTO	57
5.1 - ELECCIÓN DE LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO	58
5.2 - FUENTES DE FINANCIAMIENTO	59
5.3 - FONDO DE GARANTÍA PARA LA REESTRUCTURACIÓN DE PASIVOS DE LAS IAMC	61
5.4 - AGENTES DE FINANCIAMIENTO	61
5.5 - FINANCIAMIENTO DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD.....	61
5.5.1 - <i>Cuota Salud</i>	62
5.5.1.1 - Cápitas ajustadas por riesgo	62
5.5.1.2 - Metas asistenciales	64
5.5.2 - <i>Copagos</i>	65
5.5.3 - <i>Venta de servicios</i>	66
5.5.4 - <i>Otros cambios que impactan en el financiamiento de los proveedores de servicios de salud</i>	66
5.5.4.1 - Tecnología médica	66
5.5.4.2 - Medicamentos	67
RESUMEN DEL CAPÍTULO 5	70
CAPÍTULO 6 IMPACTO DEL SNIS EN LOS PRESTADORES	71
6.1 - IMPACTO DEL SNIS EN EL SUB-SECTOR PÚBLICO	71
6.1.1 - <i>Descentralización de ASSE</i>	71
6.1.2 – <i>Usuarios</i>	74
6.1.3 - <i>Inversiones – Infraestructura</i>	77
6.1.4 - <i>Recursos Humanos</i>	77
6.1.5 – <i>Acuerdos de complementación</i>	78
6.2 – IMPACTO DEL SNIS EN EL SUB-SECTOR PRIVADO	79
6.2.1 - <i>IAMC</i>	80
6.2.1.1 - <i>Usuarios</i>	80
6.2.1.2 - <i>Financiero</i>	84
6.2.2 - <i>SEGUROS PRIVADOS</i>	91
6.2.3 - <i>EMERGENCIAS MOVILES</i>	94
CAPÍTULO 7 CONCLUSIONES.....	97
7.1 - FORTALEZAS Y DEBILIDADES	97
7.2 – ASPECTOS AÚN NO IMPLEMENTADOS.....	100
7.3 – CONCLUSIONES	104

7. 4 – SÍNTESIS	117
GLOSARIO.....	119
NOMENCLATURA.....	121
ANEXOS.....	121
1 – SÍNTESIS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS	123
2 - CONTRATO DE GESTIÓN	176
3 – PRINCIPALES LEYES VINCULADAS AL SNIS.	191
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	223

INTRODUCCIÓN

Objetivos y alcance del trabajo

El presente trabajo se enfoca en los cambios que ha implicado la implantación y puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud, reglamentado por la Ley 18.211. Con el propósito de analizar los tres pilares en los que se apoya, que son, el cambio en el modelo de atención, modelo de gestión y modelo de financiamiento, poniendo especial énfasis en el impacto del cambio de éste último sobre los prestadores. Con el objetivo de contribuir a la generación de conocimiento y una mayor comprensión de las modificaciones que se han venido dando en el sistema de salud uruguayo.

En términos generales, los objetivos del trabajo se exponen a continuación:

- ♦ Examinar y evaluar el sistema de salud previo a la reforma, para comprender el punto de partida de la misma.
- ♦ Analizar, sistematizar y conceptualizar, los cambios en el sistema de salud, para poder llegar al grado de conocimiento en la materia que nos habilite a un posterior trabajo de análisis crítico.
- ♦ Extraer conclusiones respecto al grado de avance de la reforma, el impacto sobre los prestadores, esclarecer o eventualmente remarcar vacíos, acerca del proceso y consecuencias de la reforma.

Metodología

Para alcanzar los objetivos planteados se han utilizado básicamente dos enfoques metodológicos.

Por un lado, se basó en el estudio y consulta de material bibliográfico y periodístico, ya que se consideró que dichos instrumentos brindan un marco teórico básico para el trabajo de análisis planteado. Estas fuentes permitieron llegar a cierto grado de conocimiento sobre los pasos previos

a la implantación de la reforma del sistema de salud, así como también sus alcances una vez puesta en marcha la misma.

En segundo lugar, se desarrollaron entrevistas. Primariamente las mismas fueron de carácter exploratorio con expertos en el área de la salud, para complementar el primer enfoque y tener una visión general del sistema de salud uruguayo previo a la reforma y del nuevo escenario planteado. Luego de profundizar el conocimiento en la materia, desarrollamos entrevistas con informantes claves en el área, tomando una muestra representativa de las distintas entidades involucradas en el proceso de reforma, así como expertos en el área de la salud, para realizar un análisis lo más exhaustivo posible sobre el impacto de la reforma con énfasis en el financiamiento de los prestadores y poder así arribar a las conclusiones pertinentes, derivadas de dicho trabajo de investigación.

CAPÍTULO 1

MARCO CONCEPTUAL

Sistema de Salud

Según la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) *“Un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal”*.

Funciones y componentes

Todo sistema de salud puede visualizarse como la articulación de los siguientes componentes:

a) Prestación: Cumple la función de combinar insumos en un proceso de producción dentro de una estructura organizacional particular que conduce a una serie de productos, llamados servicios de salud, los que generan como resultado cambios en el estado de salud del usuario. Deben definirse: qué servicios prestar (tipo de acciones y prestaciones), cómo prestarlos (quienes y con qué criterios) y dónde llevarlos a cabo.

b) Gestión: consiste en establecer, implementar, controlar y brindar una dirección estratégica, al sistema de salud. Es un componente delicado dado que deben considerarse todos los actores del mismo.

De manera más específica consiste en definir los valores que guían al sistema, transformarlos en objetivos, y hacerlos operativos a través de metas cuantificables en determinado periodo de tiempo. Incluye a su vez definir que funciones le competen al Estado.

c) Financiamiento: muchas de las funciones de los sistemas de atención sanitaria están condicionadas al logro previo de una financiación suficiente. Si no se ponen en marcha mecanismos de financiación sostenibles, las ideas innovadoras orientadas a fortalecer la base de atención primaria de los sistemas de atención sanitaria no generarán resultado alguno. Este tiene como cometido definir:

- ◆ **Cuánto debe gastarse**, está relacionado con la población, el modelo de sistema de salud y el tamaño de la economía.
- ◆ **De dónde provendrán los recursos**, generalmente provienen de fuentes primarias (empresas y familias) y secundarias (gobiernos y organismos internacionales).
- ◆ **Cómo se asignaran**, definir los instrumentos o modelos de pago que se utilizaran para la compra de servicios y como se transferirán los recursos a los diferentes actores.

Concepto de Sistema Nacional Integrado de Salud

De acuerdo a la definición propuesta por el Dr. Hugo Villar consiste en "*el conjunto de servicios de salud públicos y privados de una nación, integrados en forma de red en una estructura única de organización, con un organismo central de gobierno que define políticas y normas generales, con niveles de atención definidos e interrelacionados, con niveles de atención intermedios y locales descentralizados, y que tiene como propósitos esenciales asegurar cobertura universal, equidad en las prestaciones y en la financiación, eficacia y eficiencia económica y social, y una atención integral a la salud*"¹

Principios de un sistema nacional de salud

Los más destacables desde nuestra perspectiva son:

¹ Villar, Hugo. "La salud, una política de estado, hacia un sistema de salud". 1era Edición

Equidad: que todos los miembros de la sociedad tengan igualdad de acceso y de trato a los servicios e igualdad de los rendimientos de los mismos.

Solidaridad: consiste en que todos contribuyan al sistema de acuerdo a sus posibilidades en cuanto a su capacidad contributiva, solidaridad intergeneracional, y su estado de salud.

Eficiencia: es la maximización de la calidad de la atención y satisfacción de los usuarios con los menores costes sociales posibles. La eficiencia tiene dimensión temporal debido a los cambios socio-demográficos, tecnológicos y de los recursos disponibles.

Eficacia: se relaciona con el logro de los objetivos definidos, se mide a través de índices apropiados a cada servicio, como por ejemplo mortalidad, morbilidad y calidad de atención.

Calidad: *“la calidad en la atención significa que el paciente es diagnosticado y tratado correctamente (calidad científico-técnica), según los conocimientos actuales de la ciencia médica y según sus factores biológicos (estado de salud óptima posible), con el costo mínimo de recursos (eficiencia), la mínima exposición de riesgo a un daño adicional y la máxima satisfacción para el paciente”,* según la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

CAPÍTULO 2

RESEÑA HISTÓRICA DEL SISTEMA DE SALUD URUGUAYO

Resulta importante esbozar la historia y evolución del Sistema de Salud en Uruguay, para comprender la estructura actual del mismo. El primer Hospital fundado en 1788, fue un albergue para indigentes, mujeres sin hogar, niños abandonados, entre otros, llamándose “Hospital de Caridad”. En 1853 se funda la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, y posteriormente, se crean otras Asociaciones de Ayuda Mutua, de diversas colectividades de inmigrantes. Dando así origen al mutualismo en Uruguay. El concepto de mutualismo proviene pues, de los inmigrantes europeos que procuraban crear fondos comunes para auxiliar a sus afiliados, mediante prestaciones económicas. Cubrían así distintos tipos de necesidades (no sólo de carácter sanitario), y en el caso de la salud, evitaban que concurriesen a los Hospitales públicos, también conocidos como “Hospitales para pobres”. Progresivamente, las mutualistas fueron abandonando las funciones no médicas, pasando a administrar, en forma propia, los servicios médicos ofrecidos. Los usuarios del mutualismo eran los individuos de la clase media, ya que los de mayores recursos, se atendían en forma privada.

La Constitución de la República de 1934, establece en su artículo 43: *“El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social, de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse, en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente, los medios de prevención y de asistencia, tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.”* Ese mismo año se aprobó la Ley 9.202 Orgánica de Salud Pública, con la cual se crea el Ministerio de Salud Pública (MSP). En 1935 se crea el Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), institución médica de atención, organizada por el propio sindicato médico. Este es el pilar fundamental del crecimiento del sector privado de la salud, en el país. En sus inicios, el mutualismo se concentró en Montevideo, por la importancia del flujo migratorio a la capital. A

mediados del siglo XX, comienza a expandirse hacia el interior, universalizándose el acceso a toda la población del país.

Entre 1950 y 1960 se generaliza el mutualismo. Se comienzan a organizar, mediante convenios obrero-patronales, por rama de actividad, diferentes Seguros de Enfermedad, los que paulatinamente van siendo incorporados a la legislación como personas públicas no estatales, que actúan con independencia del Poder Ejecutivo (PE).

El primer seguro parcial² comenzó a funcionar en 1957, con la creación del Hospital Británico.

En 1965, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) del interior se reúnen y fundan la Federación Médica del Interior (FEMI), con el objetivo de lograr una fuerza gremial colectiva más sólida.

Al crearse el MSP, no se estableció a texto expreso ninguna potestad, en cuanto a la fijación de políticas en materia de salud, lo que se concretó en 1967, con la creación de la Dirección Nacional de Salud (DIGESA).

Hasta el golpe de Estado de 1973, los sindicatos manejaban Cajas de Auxilio³, las que fueron intervenidas y unificadas. Generalizándose progresivamente, a través de la Comisión Interventora de los Seguros por Enfermedad e Invalidez, creada por Dec. 736/973 del PE. Cumpliéndose la voluntad de desmovilización social, imperante en dicho gobierno. En el caso particular del CASMU, durante la dictadura, fue intervenido, permitiendo de esta manera, la generalización de la atención de nivel mutual. La forma de organización, fue hasta ese momento, mediante el ingreso de aquellos que poseían convenio, y aportaban un porcentaje de la cuota.

² Son instituciones que brindan a los afiliados una cobertura de tipo parcial.

³ Las Cajas de Auxilio son convenios colectivos entre empresas y al menos dos tercios de sus trabajadores, que tienen una persona jurídica sin fines de lucro, donde estén representados empresarios y trabajadores; las prestaciones que se brinden no deben ser inferiores a las que estén estipuladas legalmente.

En 1975 es aprobada la Ley 14.407, que institucionalizó el conjunto de seguros de enfermedad con la creación de la Administración de Seguros Sociales por Enfermedad (ASSE), como servicio descentralizado. Se unifican los seguros parciales, centralizándolos, con el cometido de asegurar la prestación de la asistencia médica completa, subsidiar económicamente al afiliado durante el período de enfermedad o invalidez temporal, propiciar y coordinar con el MSP, o los servicios especializados que éste indique, un servicio de medicina preventiva y de rehabilitación de los trabajadores amparados.

En el año 1979, se consolida la centralización de la seguridad social, con la creación de la Dirección General de Seguridad Social (DGSS). La denominada ASSE pasa a depender de la DGSS cambiando su denominación a Dirección de Seguros Sociales de Enfermedad (DISSE).

En 1980 comienza a funcionar el Fondo Nacional de Recursos (FNR), que permite que las personas reciban tratamientos y asistencia médica altamente especializada, en forma equitativa.

En ese momento, aparecen los primeros servicios de emergencia móvil, así como otros seguros parciales.

Una vez reinstitucionalizada la democracia, DISSE pasa a integrar el Banco de Previsión Social (BPS) por Ley 15.800, del 17 de enero de 1986.

A partir de la creación de DISSE, la cobertura de salud del trabajador de la actividad privada, se brinda a través de la contratación de una IAMC. La elección de la Institución prestadora recae en el trabajador. La DGSS y luego el BPS, se hace cargo del prepago mensual de dicha asistencia. La IAMC debe prestar la atención, sin límites desde el comienzo de la afiliación, sin poder aplicar el régimen de carencias, vigente para afiliados privados individuales. Este beneficio se extendió a trabajadores amparados al Seguro de Desempleo, patrones que no tengan más de un dependiente, y cónyuges colaboradores de patrones rurales, que no tengan más de un dependiente.

En el año 1981, se promulga el Ley 15.181, reglamentado a través de un conjunto de decretos promulgados en 1983. Se deroga así la anterior reglamentación, que databa del año 1943. Esta nueva reglamentación regula las formas societarias de los prestadores privados, y se establecen tres tipos de IAMC: Asociaciones asistenciales, Cooperativas de producción y Servicios de asistencia (los cuales serán detallados en el capítulo tres).

En el año 1986, y según lo determinado en la Ley 15.800, desaparece DISSE. La misma, es sustituida por el BPS, quedando el seguro de enfermedad incorporado a esta nueva institución.

Hasta Agosto de 2007 el sistema estaba integrado por un conjunto de instituciones muy heterogéneas, que actuaban en forma independiente, superponiendo los servicios prestados, y aplicando criterios de atención muy disímiles, a la población. Estas pueden agruparse en dos sub-sectores: público y privado. Atendiendo aproximadamente el 48% y 52%, de la población respectivamente.

En el primer sub-sector, se encuentra el MSP, Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, Servicio de Sanidad Policial, BPS, Banco de Seguros del Estado (BSE), Entes Autónomos y Servicios Descentralizados, Gobiernos Departamentales y el FNR. El segundo sub-sector se compone por las IAMC, Seguros Parciales e Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP).

Es de destacar, que han existido intentos de reforma del sistema de salud uruguayo, desde hace muchos años. Inclusive, según H. Villar, en los archivos parlamentarios del período 1939-1986, se pueden contar unas 16 iniciativas de reforma, diferentes. Luego del retorno a la democracia se generan muchos proyectos de reforma, que buscan responder a las demandas sociales. Sin embargo no logran concretarse en una propuesta efectiva de transformación del sistema de salud. Una gran barrera a los proyectos de reforma ha sido el “Corporativismo Médico”, debido a su oposición a cambiar estructuras, profundamente arraigadas, vinculadas a intereses personales de

grupos particulares de médicos, que concentran el poder económico de dicho corporativismo. La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), es la primera reforma que se ha logrado implantar cabalmente, aunque no se ha culminado su implementación.

CAPÍTULO 3

SISTEMA DE SALUD PREVIO A LA REFORMA

El gasto en salud en Uruguay en 2004, ascendía al 8.96% del PBI⁴. En América Latina y el Caribe, el gasto promedio en salud ascendía al 6.6%, según el informe de la OMS (2005), Uruguay es pues el país con mayor gasto en salud, en relación al Producto Bruto Interno (PBI).

Asimismo, Uruguay presenta una situación más favorable que el resto de los países de América Latina, excepto Cuba, en cuanto a la cantidad de médicos por habitantes.

Número de médicos por mil habitantes - 2006	
Países	Tasa
Cuba	6.3
Uruguay	3.9
Argentina	3.2
Costa Rica	2.0
Brasil	1.7
Chile	0.9
Paraguay	0.6

Fuente: OPS "Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2009."

En cuanto al personal de enfermería, Uruguay tiene una baja dotación en relación a la cantidad de médicos.

Profesionales cada 10 mil habitantes, 2006

	Uruguay	Cono Sur	Cuba	Canadá
Médicos	38,7	24,2	63,4	19,1
Enfermeros	10,2	4,2	83,8	77,2

Fuente: OPS "Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2009."

⁴ Investigación "Cuentas Nacionales en Salud - 2004" - MSP.

CONFORMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD PREVIO A LA REFORMA

Como se mencionaba en el Capítulo 2, el modelo de salud estaba constituido por un grupo de instituciones muy heterogéneas, que actuaban de forma independiente, superponiendo los servicios prestados, y aplicando criterios de atención muy disímiles.

El sistema de salud uruguayo estaba formado por dos sub-sectores, el público y el privado, y estos a su vez se constituían por distintas instituciones.

A continuación se detalla la conformación de ambos sub-sectores.

3.1 - INSTITUCIONES PRESTADORAS DEL SISTEMA

3.1.1 - Sub-sector Público

El sub-sector público estaba constituido por diferentes instituciones, financiadas con recursos provenientes del Estado. Se identificaban los siguientes actores: ASSE, Universidad de la República, BPS, Intendencias Municipales, BSE, Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, Servicio de Sanidad Policial, Entes Autónomos y Servicios Descentralizados e Instituto de Medicina Altamente Especializada (IMAE). Los cuales están vigentes actualmente.

Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) organiza y gestiona de manera descentralizada, los servicios destinados al cuidado de la salud, en su modalidad preventiva y de tratamiento de la enfermedad. Es el organismo con mayor capacidad instalada del país, cuenta con: 47 hospitales generales, 12 hospitales especializados y 17 centros de salud. Cuenta con un Hospital Departamental, en cada departamento del interior del país, siendo cada uno de éstos, referencia para las demás dependencias ubicadas en el departamento. Cabe destacar que, en aquellos lugares, en los que la asistencia pública no cuenta con suficiente presencia, ASSE contrata

a instituciones privadas, para poder ofrecer un servicio de salud de calidad a la población. Aunque el país cuenta con un marco normativo para la descentralización de competencias, en la administración de sus servicios de salud, se mantiene un fuerte centralismo.

Universidad de la República (Hospital Universitario), realiza funciones de docencia, investigación y asistencia. Cuenta con el Hospital de Clínicas Doctor Manuel Quintela, que es un hospital de alta complejidad. Cubre a la población usuaria del MSP y cuenta, con una capacidad potencial de 1.200 camas, de las cuales 400 están en funcionamiento.

Los servicios estatales de previsión social, se coordinan por el **Banco de Previsión Social (BPS)**, ente autónomo que además, organiza la Seguridad Social. El BPS actúa como intermediario, recibiendo el aporte de los trabajadores y de los empleadores, y contratando a las IAMC. De igual manera, es un prestador directo de algunos servicios de salud, ya que cubre la atención en el embarazo y parto de las esposas de los trabajadores del sub-sector privado, sus hijos hasta los 6 años, y pacientes con malformaciones congénitas, hasta su rehabilitación. Posee un hospital propio en Montevideo, el Sanatorio Obstétrico Perinatólogo, cinco centros materno-infantiles, en el mismo departamento y uno en Pando. En el resto del país contrata servicios al MSP o a una IAMC.

Las **Intendencias Municipales** prestan servicios de atención primaria en salud, a través de policlínicas zonales, policlínicas móviles y odontológicas. No tienen servicios de internación.

El **Banco de Seguros del Estado (BSE)** cubre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Posee un hospital de 160 camas en Montevideo. En el Interior, contrata servicios al sub-sector privado o público.

El **Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas**, depende del Ministerio de Defensa, y brinda asistencia a los funcionarios y ex funcionarios de las Fuerzas Armadas, Ejército, Fuerzas Aéreas y sus familiares. Posee un Hospital Central de 433 camas y cuenta con un servicio de tercer nivel.

El **Servicio de Sanidad Policial**, depende del Ministerio del Interior y presta servicios a funcionarios, ex funcionarios y familiares de los mismos. Posee un hospital con 128 camas. En el interior, contrata servicios privados, o al MSP.

Los distintos **Entes Autónomos y Servicios Descentralizados** cuentan con servicios médicos propios y brindan atención a sus funcionarios y ex funcionarios. Ejemplo de estos son: el Banco Hipotecario del Uruguay (BHU), ANCAP, entre otros.

Instituto de Medicina Altamente Especializada (IMAE) los que también operan bajo el control y financiamiento del FNR, al igual que en el sub-sector privado.

De estas instituciones, la única incluida en el SNIS, desde el inicio es ASSE. En cuanto al Hospital de Clínicas, en Noviembre de 2009, se firmó un acuerdo integrándolo como prestador de servicios a ASSE.

3.1.2 - Sub-sector Privado

Se empezará por analizar en profundidad a las IAMC que son el tipo de organización asistencial privada, más importante en el país, y el de mayor cobertura, para después describir brevemente otras instituciones del sub-sector.

3.1.2.1 - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)

Una IAMC “es un seguro prepago de salud, sin fines de lucro, en el que una institución, al menos parcialmente dirigida por médicos, se compromete a organizar el acceso a un conjunto muy amplio e integral de servicios de salud, brindados a sus afiliados por un cuerpo médico, propio o contratado, en instalaciones propias o contratadas, pero en todo caso, indicadas y gerenciadas por

*la institución*⁵. El término colectivo hace referencia a dos aspectos que definen a este tipo de instituciones. Por un lado, el afiliado no se asocia a un médico individual, sino a un conjunto de médicos, lo cual le garantiza una asistencia integral. Por otro lado, las IAMC cuentan con un grupo relativamente grande de usuarios, que pese a poder afiliarse individualmente, integran un conjunto que financia colectivamente los costos totales de atención, mediante el pago de la cuota. Son organizaciones que realizan simultáneamente dos funciones, que en otros sistemas, suelen ser efectuadas por organismos diferentes. Dichas funciones son de: asegurador y prestador (ya sea por producción propia, o contratación de un tercero).

Están reguladas por la Ley 15.181, mencionada en el capítulo 2, la cual está vigente actualmente, y en la que se establecen, tres tipos de IAMC:

- **Asociaciones asistenciales:** inspiradas en los principios del mutualismo (mutualistas), que mediante seguros mutuos, otorguen a sus asociados asistencia médica, y cuyo patrimonio esté afectado exclusivamente a ese fin. Los propietarios y directores, son los socios, los médicos trabajan en relación de dependencia.

- **Cooperativas de profesionales:** las que proporcionen asistencia médica a sus afiliados y socios, y en las que, el capital social haya sido aportado por los profesionales que trabajen en ellas. Los propietarios son los prestatarios de los servicios. En la práctica, se pueden identificar 2 formas: *cooperativas gremiales*, en las cuales los médicos trabajan en un régimen de semidependencia, ya que participan en el sindicato; *cooperativas de producción*, en las que algunos médicos son socios y otros son contratados.

- **Servicios de asistencia** (en la práctica no son consideradas como IAMC) creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar, sin fines de lucro,

⁵ Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en el Uruguay: Regulación y desempeño, Naciones Unidas

atención médica al personal de dichas empresas, y eventualmente, a los familiares de aquél.

Es de destacar que una IAMC puede celebrar contratos de seguros parciales de salud, tanto con individuos, como con otras IAMC, pero siempre y cuando, la cobertura de estos contratos no supere en un 10% su masa de afiliados.

3.1.2.2 - Otras instituciones no IAMC

Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) se crearon en 1979. Son centros para el tratamiento de afecciones altamente complejas, desde el punto de vista técnico, cuyos tratamientos generan elevados costos. Estos operan bajo el control y financiamiento del FNR⁶.

Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP) son empresas con fines de lucro, que prestan atención integral y reciben una prima de riesgo de prepago. Operan dentro de un marco legal diferente al de las IAMC, y pueden por lo tanto, ofrecer seguros parciales de salud a precios no regulados por el Estado. Sus servicios, de escasa incidencia frente al peso de las IAMC, se orientan a sectores socioeconómicos altos, llamado el sector ABC1 que priorizan una atención diferenciada y personalizada (Ramos, 2004). Dentro de este grupo se encuentran los Seguros Extranjeros.

Seguros parciales (tales como emergencias móviles) son empresas comerciales con fines de lucro, que ofrecen un seguro parcial, a cambio de una cuota prepaga. Brindan una cobertura fundamentalmente asistencialista. La reglamentación establece que los seguros pueden cubrir

⁶ El FNR es un organismo público no estatal, en cuyo gobierno participa el MSP, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el BPS, las IAMC y los IMAE. A través de este Fondo, todas las instituciones públicas y privadas (con excepción de algunos Seguros Privados) re-aseguran a sus beneficiarios para situaciones médicas de alta complejidad; es decir, aquellas que, por su alto costo y baja frecuencia, podrían desfinanciar a una institución. Con el aporte del sub-sector privado y del sub-sector público, se pagan todos los actos de medicina altamente especializada que se realizan en el país, y que se cumplen en los IMAE, previa autorización del Fondo.

emergencia móvil, técnicas de diagnóstico, atención e internación médica, atención e internación quirúrgica y atención odontológica. Desde su nacimiento en los años 80, las emergencias móviles habían venido creciendo sostenidamente en el mercado, ofreciendo servicios no cubiertos por las IAMC y, muchas veces, oficiando como cobertura principal de importantes contingentes de la población. Este tipo de atención es más complementaria, que competitiva con las IAMC. No están integradas.

3.1.2.3 - Régimen tributario de instituciones prestadoras del Sub-sector privado

El Dec. Ley 15.181 establece que las IAMC están exoneradas de toda clase de tributos nacionales y departamentales, con excepción de los aportes de los organismos de seguridad social que correspondan. También están exentos de tales tributos, los bienes de capital que estas adquieran, importen o reciban, con excepción del Impuesto al Valor Agregado (IVA). Las donaciones, efectuadas a nombre de las instituciones de referencia, están exoneradas en todo caso. A partir del año 1992, por el Dec. 783/991, la adquisición e importación de bienes por las IAMC generan IVA, salvo que se trate de bienes, cuya enajenación o importación, se encuentre exonerada por una norma legal. La Ley 17.309 estableció el Impuesto a los Servicios de Salud Asistenciales, con una tasa del 3%.

A partir de la entrada en vigencia de la Reforma Tributaria, el 1 de julio de 2007, por la Ley 18.083, se derogan las exoneraciones genéricas, para el Impuesto a la Renta de las Actividades Económicas (IRAE). Se establecen como rentas exentas a *“Las obtenidas por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y por las asociaciones civiles que, sin revestir tal calidad, realicen las mismas actividades. En ambos casos, se requerirá que las citadas entidades, carezcan de fines de lucro.”* De esta forma, los Sanatorios, Emergencias médicas, Seguros privados y demás servicios de asistencia médica, tendrán sus rentas gravadas por el IRAE.

En cuanto al IVA, se eliminó la exoneración genérica, quedando gravados, a una tasa del 10%, los servicios profesionales vinculados a la salud de los seres humanos. Estableciendo a texto expreso, que los servicios prestados a los beneficiarios FONASA y a los funcionarios de Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) y el Poder Judicial, no están gravados. De lo que se logra interpretar, que los Seguros privados, están incluidos en dicha exoneración, debido a que los mismos se encuentran incluidos en el SNIS.

3.2 – SITUACIÓN FINANCIERA

Hasta la entrada en vigencia del SNIS en Agosto de 2007, el sistema era financiado por fuentes: públicas, privadas y mixtas, sin tener una clara diferenciación del destino final de los recursos.

A continuación se detallan las fuentes y los agentes de financiamiento.

3.2.1 – Fuentes de financiamiento

Las fuentes de financiamiento son los medios a través de los cuales se provee de fondos al sistema, los que serán utilizados por los agentes de financiación. En el primer nivel de clasificación se pueden distinguir tres fuentes de financiamiento que se explican a continuación:

Fuentes financiamiento públicas

1) Tributos

1.1) Impuestos

Estos no se encuentran asociados a ninguna actividad concreta del Estado en relación con el contribuyente. Lo que se recauda por este concepto se destina a Rentas Generales, a través de la

cual se financia la mayor parte del gasto público. Por este medio se financiaba un 21,9% del gasto en salud.

Los impuestos municipales o locales también financian gastos de salud dentro de su propio departamento, los que se destinan ya sea a la prestación de servicios de salud, como es el caso de las policlínicas de la IMM, o a financiar la cobertura de salud de sus funcionarios.

1.2) Contribuciones a la Seguridad Social

Lo recaudado por este concepto se destinaba a la financiación de la Seguridad Social. Los fondos provenían de contribuciones del empleador, el empleado y de los pasivos. Cuando estas contribuciones no cubrían la totalidad del gasto en salud de los contribuyentes, las brechas eran financiadas mediante transferencias del Gobierno Central.

El BPS se encargaba de volcar la recaudación realizada a través de ex – DISSE a las IAMC. Se excluía de este régimen de aporte obligatorio, a los funcionarios afiliados a la Caja Militar, Policial, Notarial, Bancaria y de Profesionales Universitarios.

La estructura de contribuciones a la Seguridad Social se constituía por los siguientes aportes:

- ◆ **Contribuciones del empleado y del empleador**

El empleado y empleador de la actividad privada tributaban un 3% y 5% respectivamente de los salarios nominales. En caso de que el 8% sobre el total de las remuneraciones nominales gravadas de la empresa, no alcanzara a cubrir el valor de la cuota mutual fijada por BPS por la cantidad de empleados, el empleador debía hacerse cargo de la diferencia, lo cual es llamado Complemento de Cuota Mutual (CCM).

Esta reglamentación no regía en todos los casos, como sucedía con las Cajas de Auxilio las cuales recaudan y administran sus propios fondos debiendo aportar al seguro de salud del BPS un 0,5% de lo recaudado.

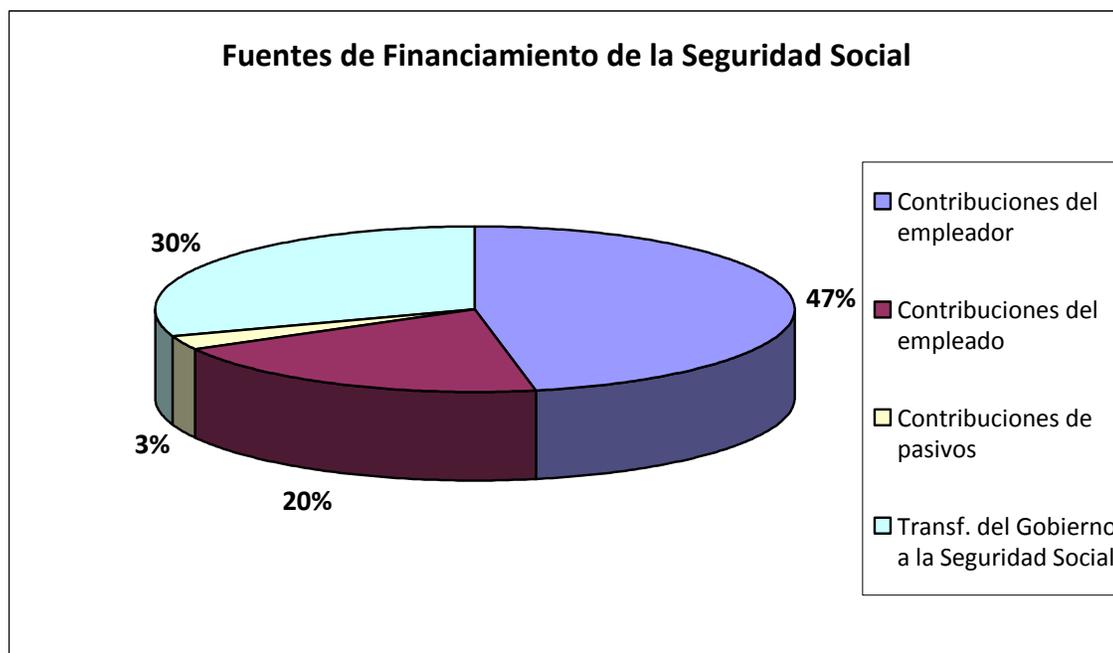
También se incluyen dentro de las contribuciones de los empleadores, los aportes obligatorios que las empresas realizan para financiar la cobertura sanitaria que presta el BSE.

- ◆ Aportes de pasivos

Los pasivos de menores ingresos a partir del año 1997 tenían derecho a ser beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS aportando el 3% del monto de su jubilación, con lo que obtenían cobertura en una IAMC a su elección. Los restantes jubilados que no accedían a este beneficio debían aportar un 1% de su jubilación.

- ◆ Transferencias del Gobierno a la Seguridad Social

Estos recursos no eran suficientes para la cobertura total del sistema por lo cual, el gobierno financiaba el déficit del Seguro de Enfermedad a través de transferencias de Rentas Generales. La coparticipación del Estado en el financiamiento alcanzaba en el 2004 aproximadamente al 10% del total de los egresos del BPS.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la Investigación de "Cuentas Nacionales en Salud - 2004" - MSP

2) Tarifas o precios

Las empresas públicas que prestaban servicios de salud a sus funcionarios o financiaban su cobertura en el sub-sector privado cubrían los costos mediante las tarifas que cobran por sus servicios. O sea, utilizaban parte de sus ingresos para financiar el gasto de cobertura sanitaria de sus funcionarios y/o sus familiares. Ejemplo: Universidad de la República.

Fuentes financiamiento privadas

La principal fuente la constituían los hogares, quienes destinaban los fondos al financiamiento de cuotas de prepago, tasas moderadoras y copagos de los diversos aseguradores del sub-sector privado. Asimismo se consideraba de fuente privada el endeudamiento con organismos de carácter privado.

En el caso de los agentes públicos, los pagos correspondían a proventos (concepto que se asimila al de tasas moderadoras de consumo).

Fuentes financiamiento externo

Son fundamentalmente indirectos ya que ingresan por vía gubernamental. Aunque en algunos casos llegan directamente los fondos a Organizaciones no gubernamentales. Existen fondos reembolsables, que deben ser restituidos ya que se otorgan en calidad de préstamo, y no reembolsables o donaciones.

Financiamiento Público		
Fuente	Mill. \$	%
Tributos	16.092	47,35%
Impuestos	7.456	21,94%
Impuestos Generales y Contribuciones	6.863	20,19%
Impuestos Locales	593	1,74%
Seguridad Social	8.636	25,41%
Contribuciones del empleador	4.047	46,86%
Contribuciones del empleado	1.737	20,11%
Contribuciones de pasivos	249	2,88%
Transf. Del Gobierno a la Seg. Social	2.603	30,14%
Precios: paraestatales y corp. Públicas	787	2,32%
Total Público	16.879	49,67%
Financiamiento privado		
Fuente	Mill. \$	%
Hogares	16.848	49,58%
Endeudamiento	257	0,76%
Total Privado	17.105	50,33%
Total del Gasto	33.984	100,00%
PBI	379.317	
Gasto en salud/PBI		8,96%

Fuente: Investigación "Cuentas Nacionales en Salud" – 2004

3.2.2 – Agentes de financiamiento

Son organismos o instituciones que captaban y canalizaban los fondos provenientes de las distintas fuentes, utilizándolos para comprar servicios de salud. Su cometido era financiar a los proveedores de servicio de salud, sin perjuicio de que en nuestro país muchos agentes de financiamiento eran a su vez prestadores o proveedores del servicio. Sólo algunos pocos cumplían una función exclusiva de agentes financiadores, como ser el Seguro de Enfermedad del BPS, el FNR, etc.

Existen dos tipos de agentes, públicos y privados.

Agentes públicos de financiamiento

ASSE es uno de los principales, recibiendo en el 2004 casi el 14% de los recursos destinados a salud, junto con el BPS que recibía el 15,6% y el FNR que recibía el 5,4% de los mismos.

Agentes privados de financiamiento

Las IAMC recibían un 23% del total de fondos que capta el conjunto de agentes privados, seguidas por los hogares que administran sus propios recursos para contratar bienes o servicios, con un 16,1%.

Recursos obtenidos por los agentes de financiamiento		
I. AGENTES PÚBLICOS DE FINANCIAMIENTO	Millones \$	%
ASSE	4.734	13,93%
MSP	303	0,89%
Sanidad Militar	826	2,43%
Sanidad Policial	571	1,68%
Universidad	671	1,97%
Comisiones Honorarias	123	0,36%
IMM	327	0,96%
Intendencias del Interior	288	0,85%
BPS – Seguro de Salud - Disse	4.600	13,54%
BPS – Área Salud	712	2,10%
BSE	669	1,97%
BHU	66	0,19%
BROU	253	0,74%
ANCAP	99	0,29%
FNR	1.829	5,38%
Otros Org. Públicos	264	0,78%
Chassfose	93	0,27%
TOTAL PÚBLICOS	16.429	48,34%
II. AGENTES PRIVADOS DE FINANCIAMIENTO	Millones \$	%
Caja Notarial	111	0,33%
Seguros Convencionales	650	1,91%
IAMC	7.824	23,02%
Seguros Privados Integrales	1.170	3,44%
Emergencias móviles	1.646	4,84%
Casas de salud	687	2,02%
Asistencia Particular	5.468	16,09%
TOTAL PRIVADOS	17.556	51,66%
TOTAL GASTO EN SALUD	33.984	100,00%

Fuente: Investigación "Cuentas Nacionales en Salud" – 2004

3.2.3 – Financiamiento de los proveedores de servicios de salud

Se entiende por proveedores de salud a todos aquellos organismos o instituciones que reciben dinero proveniente de los agentes de financiamiento para producir los servicios de salud.

A) Financiamiento de ASSE

Los servicios de ASSE para la población de bajos recursos son gratuitos. La única recaudación por vía directa proviene de los servicios brindados a precio subsidiado (atención arancelada) a usuarios con cierto poder de pago pero no afiliados a las IAMC. Por lo tanto, gran parte del presupuesto del Estado para la salud es destinado a dichos servicios.

B) Financiamiento de las IAMC

Las IAMC perciben sus ingresos por diversas vías. Por la cobertura de sus afiliados a través del Seguro de Enfermedad (ex-DISSE) reciben el reembolso del BPS. Por la cobertura de sus afiliados particulares, perciben el monto de la cuota directamente de los propios beneficiarios. En este caso, las mismas IAMC actúan como agente recaudador de cuotas y tasas moderadoras. En tercer lugar, en caso de existir acuerdo de prestación de servicios con empresas que ofrezcan este beneficio a sus empleados, reciben el pago correspondiente a dichas cuotas directamente de estas empresas. Finalmente, las IAMC recaudan ingresos provenientes de la venta de servicios de internación o servicios diagnósticos y terapéuticos a otras IAMC. Asimismo, existen mutualistas que venden servicios al FNR ya que son propietarias de diversos IMAE.

Tanto las personas afiliadas a través del seguro social como aquellas afiliadas en forma particular, abonan además de la cuota mensual, órdenes y tickets de atención (copagos) por cada consulta, examen o medicamento entregado, entre otros. Los copagos se establecieron originalmente con el objetivo de moderar el consumo de los afiliados. Los montos de los mismos eran controlados por el PE hasta 1993, año en el que se liberalizaron, como medida antiinflacionaria⁷.

⁷ La cuota mutual es parte de la canasta básica tomada como referencia para calcular el Índice de Precios al Consumo (IPC), Este es uno de los índices que se utilizan para medir la inflación, por lo cual se acordó, mantener la cuota mutual incambiada, liberalizando a cambio los copagos.

Por lo que los mismos han incrementado significativamente su valor, pasando a constituir un mecanismo de recaudación adicional, siendo una importante fuente de ingresos para las IAMC.

C) Financiamiento de los IAMPP

Sus ingresos provenían en la mayoría de los casos exclusivamente del pago de bolsillo realizado por los afiliados, asociado a la cuota mensual, órdenes y tickets de atención (copagos) por cada consulta, examen o medicamento entregado entre otros. En algunos casos también de la venta de servicios a otras instituciones.

D) Financiamiento de Seguros Parciales

Brindaban atención no integral en régimen de prepago. Estas empresas carecen de regulación de precios en sus cuotas de afiliación y en las prestaciones. Generalmente la cuota de afiliación es menor que la de una IAMC y no cobran tickets.

E) Financiamiento de Atención médica particular

Este sub-sector del sistema sanitario tiene escaso desarrollo en Uruguay. Se basa en la atención de un médico de forma particular, a través del pago directo de los servicios por parte de los usuarios.

Destino final de las fuentes de financiamiento

A) Destino final de las fuentes de Seguridad Social

Destino de las fuentes de Seguridad Social	
Agente	%
Hospital Militar	9,4%
Hospital Policial	4,1%
Imaes públicas	0,5%
BPS – Sanatorio	7,7%
BSE – Sanatorio	6,2%
BHU	0,1%
IAMC	59,8%
Emergencias móviles	0,0%
IMAE privado	6,9%
Caja Notarial	0,8%
Consultorios y Farmacias	4,4%
Total General	100,0%

Fuente: Investigación "Cuentas Nacionales en Salud" – 2004

Como se visualiza en el cuadro, el 60% de fondos provenientes de la Seguridad Social (entendida en sentido amplio, y no sólo en el marco del BPS) se destina a las IAMC, lo que resulta comprensible en la medida que la gran mayoría de los contribuyentes (trabajadores y jubilados), obtiene su cobertura en el sector mutual. Las excepciones se encuentran entre quienes reciben atención sanitaria a través de Sanidad Militar, Sanidad Policial, servicios de salud del BHU y algunos trabajadores públicos, a quienes el Estado paga la cuota de cobertura, y pueden elegir Seguros privados integrales.

B) Destino final de los impuestos

Destino final de los impuestos				
PROVEEDOR	Impuestos Generales		Impuestos Locales	
	Millones \$	%	Millones \$	%
ASSE	4.544	66,21%		
MSP	303	4,41%		
Hospital de Clínicas	479	6,98%		
IMAE Públicas	81	1,18%		
Comisiones honorarias	120	1,75%	3	1%
IAMC	713	10,39%	397	67%
Emergencias móviles	0,02	0,00%		
IMAE privado	583	8,49%		
IMAE en el exterior	39	0,57%		
Consultorios y Farmacias	0,48	0,01%		
Policlínicas IMM			127	21%
Intendencias del Interior			67	11%
TOTAL	6.863	100,00%	593	100%

Fuente: Investigación "Cuentas Nacionales en Salud" – 2004

Dos tercios de los fondos provenientes de impuestos nacionales, se destinan al financiamiento de servicios de salud públicos a cargo de ASSE. Las IAMC, por su parte, reciben un 10,4% de dicha recaudación a través del reembolso del FNR en retribución a los servicios que prestan como IMAE, así como a través del pago de cuotas que determinadas empresas efectúan por sus funcionarios.

3.3 – SEGURO DE ENFERMEDAD DEL BPS

Resulta importante realizar un análisis detallado de las características y funcionamiento del Seguro de Enfermedad del BPS (ex - DISSE), en tanto, el financiamiento del SNIS se basó en la ampliación de dicho régimen a nuevos beneficiarios permitiendo comprender así sus implicancias.

3.3.1 Población cubierta por el Seguro de Enfermedad

A modo de síntesis, la población beneficiaria de la ex – DISSE abarcaba a:

Activos:

- ◆ Trabajadores dependientes de la actividad privada, afiliados al BPS, mientras se extendiera la relación laboral, incluyendo a trabajadores del servicio doméstico, cuando cotizaran 13 ó más jornales en el mes, o bien, percibieran un ingreso no menor a 1,25 veces la Base de Prestaciones y Contribuciones (BPC) a partir del mes de enero de 2005, de uno o varios patrones.
- ◆ Trabajadores a domicilio, si cotizan el equivalente a 15 ó más Salarios Mínimos Nacionales (SMN), en los 12 meses anteriores.
- ◆ Quienes no coticen 13 jornales mensuales o 1,25 veces la BPC, a partir del mes de cargo Enero 2005, siempre que los patronos, se hagan cargo del complemento de la cuota mutual, en forma mensual.
- ◆ Maestros y funcionarios no docentes del Consejo de Educación Primaria, sólo tenían derecho a la afiliación mutual, no accediendo a otras prestaciones (según Dec. 373/002 del 26 de setiembre de 2002).
- ◆ Funcionarios del Poder Judicial, sólo tenían derecho a la afiliación mutual, no accediendo a otras prestaciones.
- ◆ Funcionarios, docentes y no docentes, (efectivos, interinos y suplentes) que efectivamente desempeñaran tareas en el ámbito de ANEP, a partir del 1 de julio de 2006.

Pasivos:

- ◆ Jubilados amparados por el art. 186 de la Ley 16.713 del 3/9/95 y que hubieren realizado la opción del art. 187⁸.

Patrones:

- ◆ Empresas unipersonales – Industria y Comercio – hasta con un dependiente.

⁸ El art. 186 establece que los pasivos jubilados como trabajadores dependientes, en actividades amparadas en el BPS, tienen derecho a partir de 1997, al beneficio de la cuota mutual, siempre que sus ingresos totales no superen, a partir del 1º de enero de 1997 la cantidad de \$ 1.050 y a partir del 1º de enero de 1998 en adelante, la suma de \$ 1.250, ambas tomadas a valores de mayo del año 1995. En caso de que el jubilado sea beneficiario de la cobertura de salud, por otro régimen, el art. 187 establece que, podrá optar por el beneficio establecido por la presente ley, en la forma y condiciones que establezca la reglamentación.

- ◆ Empresas unipersonales rurales, con cónyuges colaboradores de patronos rurales, hasta con un dependiente, siempre que efectúen la opción de afiliación mutua.
- ◆ Cónyuges de titulares de empresas unipersonales de Industria y Comercio, si configuran actividad personal, subordinación y remuneración.

Es destacable que al año 2003, el Seguro de enfermedad estaba compuesto por un 88,2% de trabajadores del sector privado, 8,8% de pasivos y un 3% de maestros de primaria. Así como también, la gran heterogeneidad existente en términos de beneficios percibidos por los funcionarios públicos en materia de salud. Algunos recibían cobertura a través del Seguro de Enfermedad, otros se beneficiaban con el pago del valor de la cuota mutua (por ej. Universidad de la República) y otros, carecían de beneficio alguno. En el primer caso, el beneficio sólo cubría al funcionario, mientras que en el segundo, cubría al funcionario y su familia.

3.3.2 Caracterización de los beneficios otorgados por el Seguro de Enfermedad

Uno de los beneficios otorgados, era que ex – DISSE pagaba la cuota de afiliación a una IAMC al momento que el beneficiario iniciaba la relación laboral. La cuota que ex – DISSE pagaba a las IAMC estaba regulada por el Estado y correspondía, en el 2006, al 88,6% del valor de la cuota promedio de los afiliados individuales de cada IAMC, en el caso de los trabajadores activos y el 95%, en el caso de los pasivos.

Adicionalmente, por la aportación del 8% al seguro de enfermedad, el beneficiario obtenía las siguientes prestaciones: subsidio por enfermedad (el BPS puede otorgar hasta un año de cobertura por motivo de enfermedad de un trabajador, con otro de prórroga como máximo, o dos años alternados, dentro de los 4 últimos años, por la misma dolencia), otorgamiento de lentes, audífonos y prótesis, entre otras.

3.3.3 Financiamiento del Seguro de Enfermedad

Las fuentes de financiamiento de la cobertura de los afiliados activos se constituían del aporte patronal del 5%, sobre la nómina de empleados, y una aportación obrera del 3%, de los ingresos respectivos. A partir de 1993, se determinó que el patrono, excepto en el caso de los rurales, debía cubrir la diferencia que pudiera existir entre, las contribuciones vigentes y el valor de la cuota mutual fijada por el PE. A este monto se le llamó Complemento de Cuota Mutual (CCM), que se calcula de la siguiente forma:

$$\text{CCM} = (\text{N}^\circ \text{ de beneficiarios} \times \text{Valor cuota mutual}) - (3\% \text{ aporte básico personal} + 5\% \text{ aporte patronal})$$

En el caso de los pasivos, la cobertura se financiaba mediante los aportes del 1% sobre las pasividades de los jubilados que no percibían el beneficio, y un 3%, sobre los ingresos de los beneficiarios del seguro. Ambos porcentajes se aplicaban sobre la pasividad nominal.

El financiamiento de la cobertura de maestros, funcionarios de primaria, empleados judiciales y funcionarios de ANEP, provenía de Rentas Generales.

SÍNTESIS DE LAS PRINCIPALES DIFICULTADES DEL SISTEMA

A modo de visualizar el escenario anterior a la reforma del sistema de salud uruguayo, enumeramos las principales dificultades por las que se atravesaba:

- ❖ El sistema se caracterizaba por la existencia de dos sub-sectores, público y privado. Constituido por instituciones, con y sin fines de lucro. Conformando un panorama caracterizado por una gran **segmentación** de la población asistida y de la oferta de asistencia médica, una marcada superposición de servicios y subutilización de recursos.

- ❖ Uruguay está pasando por un proceso de **envejecimiento** de la población. Aproximadamente un 14% de la población del país tiene hoy 65 años o más, mientras que en 1996 no llegaba al 13%. A su vez, la población menor a 15 años al día de hoy, es aproximadamente un 23% de la población, y en 1996 era un 25,5%. Esta situación impacta en los costos en salud del país, porque las personas mayores generan costos ampliamente superiores a los de las personas jóvenes.

- ❖ Había una gran **inequidad en el gasto** per cápita, debido a que, por un lado se encontraba el sub-sector público, que según cifras de Cuentas Nacionales en Salud de 2004, recibía 25.36% del gasto en salud, atendiendo a una población estimada en el 48% de los habitantes del país. Mientras que, en el sub-sector privado, se gastaba un 74.64%, atendiendo un 52% de la población.

- ❖ El **modelo asistencial** se centraba en el segundo y tercer nivel de atención⁹, lo cual traía aparejado ineficiencia, en la utilización de tecnología y medicamentos, pues se dejaba de lado, la educación y promoción de la salud, en cuanto a la prevención de enfermedades. Lo que en última instancia, también, repercutía económica y financieramente en el sistema, pues es mayor el gasto que genera la cura de la enfermedad, que la prevención de la misma. A modo de ejemplo, se puede mencionar el cáncer de mama, en el cual, la inversión en tecnología para su detección precoz está realizada. Las usuarias cuentan con un día libre de trabajo, para poder realizarse el estudio. Sin embargo, según datos dados a conocer por el Presidente de la República¹⁰, la concurrencia real, es muy inferior a la población objetivo, mostrando carencia de educación en salud preventiva. Esto trae aparejado que, en muchos casos, se detecte la enfermedad en una etapa avanzada, lo que conlleva un mayor costo,

⁹ Los niveles asistenciales se definen en función del nivel de complejidad. El primer nivel de atención es aquel donde se produce el primer contacto con la población y donde las actividades están dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida y las necesidades básicas de salud con adecuada resolutivez. El segundo nivel de atención está asociado a la atención clínica, quirúrgica u obstetricia en régimen de hospitalización y está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad. Por último el tercer nivel está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización (Ley 18.211).

¹⁰ Dr. Tabaré Vázquez

para la institución prestadora del servicio de salud debido al tratamiento, a las empresas por la ausencia del trabajador, a la familia del mismo por el cuidado de la persona y al Estado a través del seguro de enfermedad del BPS, entre otros.

- ❖ El **MSP** cumplía un doble rol, como organismo controlador y prestador de asistencia médica, para la población de menores ingresos, administrado por ASSE.
- ❖ A través de la Seguridad Social, sólo era posible afiliarse a las IAMC. Generando problemas en cuanto a la **accesibilidad**, debido a que algunos trabajadores de ingresos medios, que no podían asumir el costo de los copagos, se atendían en ASSE (el cual, teóricamente, estaba dirigido a atender a los ciudadanos carentes de recursos), configurándose un subsidio implícito del sub-sector público a las IAMC. Aparejando **doble cobertura**, que se daba también en los trabajadores formales que contrataban un Seguro Privado en forma particular.
- ❖ La **cuota mutual** abonada por el BPS a las IAMC, correspondía en el 2006 al 88,6% del valor de la cuota promedio de los afiliados individuales de cada IAMC en el caso de los trabajadores activos y al 95%, en el caso de los pasivos. Así fomentaba, de cierta manera, la existencia de un sistema "perverso", dado que las cápitas no estaban ajustadas por riesgo (edad y sexo), y a su vez, la cuota mutual variaba de acuerdo a la estructura de afiliado de cada IAMC. Para las IAMC resultaba más atractivo, captar jóvenes, que son los que menos gastos generan, que captar adultos mayores, que son quienes más usufructúan el sistema, obteniendo prácticamente el mismo monto per cápita del BPS en ambos casos.
- ❖ *“Los **aspectos claves del funcionamiento** de una empresa –precios, recursos humanos, inversiones- son reguladas estrictamente por el Estado”¹¹. Considerando, que la principal*

¹¹ Situación de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Propuesta de Solución. Federación Médica del Interior, Plenario de IAMC. Año 1999.

fuelle de financiamiento y quien establece los parámetros de la atención del sistema de salud, es el Estado, las instituciones tienen limitado su campo de acción, en cuanto a innovación, desarrollo empresarial, etc. Incluso, existe por parte del regulador, la voluntad explícita de no cerrar instituciones en dificultades económicas extremas. Provocando que las instituciones se centren en metas cortoplacistas, enfocadas en el manejo de fondos, y no, en metas asistenciales de largo plazo.

- ❖ La **infraestructura** del sistema de salud estaba fragmentada en el sub-sector público y privado, había tecnología en desuso¹² u obsoleta de la cual, no se tenía información oficial por falta de control en este tema. A su vez, en el sub-sector público, debido a la falta de inversión, la infraestructura estaba deteriorada, repercutiendo en que fuera menos atractivo que el privado para los usuarios e impactando en una atención desigual para los mismos.
- ❖ No se contaba con una **estructura sustentable** económica ni financieramente. El sub-sector privado se caracterizaba por estar fuertemente endeudado. El pasivo total al 30 de setiembre de 2007 ascendía a USD 374,8 millones, de los cuales el 68% constituían pasivos de corto plazo. El total de activo corriente correspondía al 24% del activo total, por lo que la razón corriente¹³ era de 0,5. No existiendo ninguna regulación o planificación, para revertir esta situación.
- ❖ En el **personal de la salud** se da una situación de multiempleo¹⁴ que va en detrimento de la calidad de la atención. Un factor que propiciaba esta situación, era la diferencia salarial

¹² Un ejemplo de esto son los mamógrafos, dada la población del país los mismos deberían estar todos utilizados, en la práctica se daba que muchos estaban en desuso.

¹³ Razón corriente= Activo Corriente/Pasivo Corriente. Este indicador mide las disponibilidades actuales de la empresa para atender las obligaciones existentes en la fecha de emisión de los estados financieros que se están analizando. Por sí sólo no refleja, pues, la capacidad que se tiene para atender obligaciones futuras, ya que ello depende también de la calidad y naturaleza de los activos y pasivos corrientes, así como de su tasa de rotación.

¹⁴ “Casi el 55% de los médicos trabaja en más de un lugar y cerca del 20% trabaja en más de tres instituciones” – Ec. Daniel Olesker – Diario El País 17/08/08

entre los sub-sectores. Habiendo también una marcada **sobreespecialización médica**, según cifras del SMU del año 2001, más de un 67% de los médicos tenían posgrados y de ellos, un 73% se desempeñaba en una especialidad, 23% en dos y un 4% en tres especialidades.

- ❖ Los **sistemas de remuneración** difieren en el sub-sector público y privado. Dentro del primero, en ASSE, la modalidad tradicional de pago, es el salario, lo que tiene como desventaja que, al ser fijo el ingreso, si no existen mecanismos que aseguren la productividad, es posible, que se dé un incentivo a realizar el mínimo esfuerzo posible sin involucrarse. Si a esto se le suma que el nivel de remuneración es bajo, se potencia lo anterior, lo que se verificaba en ASSE. En el sub-sector privado las formas más frecuentes y predominantes son, el pago por acto médico y el pago por salario, los cuales suponen diferentes riesgos para las instituciones. En 1993 con la firma del laudo anestésico-quirúrgico, por parte de las instituciones privadas de Montevideo, se modificó el peso relativo del gasto salarial derivado del pago por acto médico. Aumentando sus valores significativamente, impactando en la gestión y economía de las empresas. En ese momento se acordó financiarlo a través del aumento de los copagos. Este pago por acto incentiva un “mal uso de los recursos” de la actividad quirúrgica provocando un aumento en la cantidad de actos médicos.

- ❖ El **corporativismo médico** se configura en una de las mayores trabas para la implantación de cualquier cambio en el modelo asistencial, debido a la oposición al cambio de estructuras profundamente arraigadas vinculadas a intereses personales de un grupo particular de médicos que concentran el poder económico del mismo.

- ❖ En cuanto a la **dotación de los recursos humanos** de la salud, la OPS estableció como meta para las Américas al 2015, llegar a una relación Enfermero – Médico de 1 a 1. En Uruguay en el 2007 esa relación ascendía a 1 enfermero cada 4 médicos¹⁵.
- ❖ En el siguiente cuadro puede observarse la estructura de **recursos humanos en ambos subsectores**, mostrando disparidad en los RR.HH. con que cuentan dado que atienden un porcentaje similar de la población.

Recursos humanos en el sector privado y en el MSP por categorías			
Categoría	MSP	IAMC	Total
Médicos	23%	34%	30%
Enfermeros	28%	23%	25%
No médicos	49%	43%	45%

Fuente: Informe “Primera aproximación a los RR.HH. del sector salud”. MSP

A nivel del MSP y las IAMC, se observa que casi la mitad de los trabajadores (45%) no corresponden al personal médico y de enfermería.

- ❖ Se presentan grandes diferencias al analizar la **distribución territorial de los recursos humanos**. Mientras que en Montevideo, existen 7,3 médicos cada mil habitantes, en promedio, en las restantes zonas del país la relación es de 2 médicos cada mil habitantes¹⁶.
- ❖ Ausencia de un adecuado **sistema de información**, que brinde información oportuna, accesible, confiable e integral, a todo el sistema de salud.

Este análisis procura describir, el escenario planteado al año 2005, para lograr visualizar la necesidad de reformar el sistema de salud uruguayo, el cual mostraba falencias. Esta situación se evidenciaba en intentos de reforma que databan de muchos años atrás. Los distintos actores coincidían en la necesidad de un cambio en el sistema, pero no se lograba viabilizar una reforma

¹⁵ Según cifras de Instituto Nacional de Estadísticas.

¹⁶ De acuerdo a datos de la Caja de Profesionales (CJPPU) presentados en Perfil de Recursos Humanos del Sector Salud en Uruguay, OPS 2006.

debido a los distintos intereses que juegan alrededor del sistema. El actual Gobierno, formuló una propuesta de reforma, alcanzando el consenso de los distintos actores, para ponerla en práctica, basándose en un cambio de modelo sustancial que afecta los tres pilares mencionados. Dicha reforma es conocida como Sistema Nacional Integrado de Salud y es el objetivo de este trabajo el análisis de la misma.

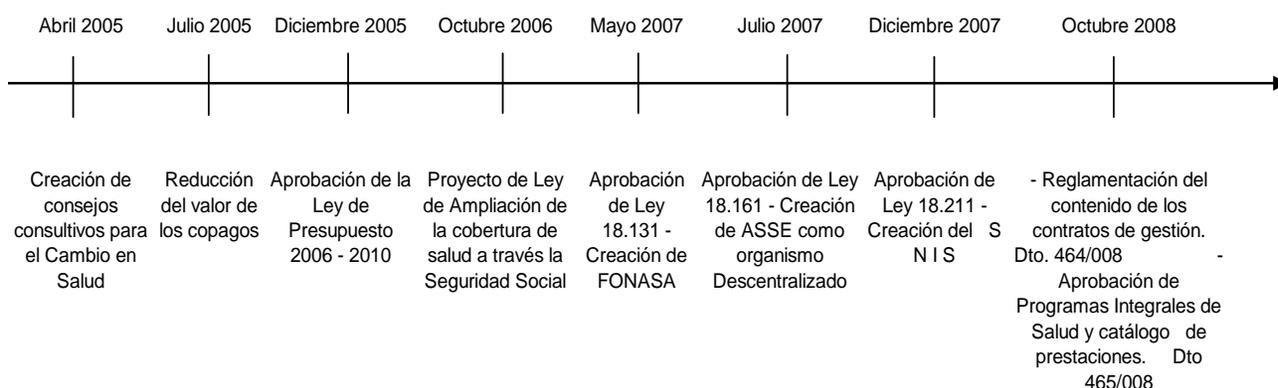
CAPÍTULO 4

SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

El objetivo de este capítulo es describir, qué cambios se han instaurado en el sistema de salud, con la puesta en marcha del SNIS. Analizando los distintos componentes del sistema y describiendo los cambios en los modelos de atención, gestión y financiamiento.

4.1 – ACCIONES PREVIAS

A continuación se presenta una línea cronológica que intenta resumir los cambios más importantes en la normativa, que permitieron la implantación del SNIS, y su funcionamiento.



En 2005, por Dec. 133/005, se crea el Consejo Consultivo para la Implementación del SNIS. Es un órgano no resolutivo, mediante el cual el PE convocó a los distintos sectores (sindicatos, empresas, colegios profesionales, sector público y privado) para debatir los temas ligados a la Reforma. En la parte médica, el Consejo Consultivo se integró inicialmente en forma exclusiva por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y FEMI. Luego se integraron, las Sociedades Anestésico Quirúrgicas y el Plenario de Sociedades Científicas. Su mecanismo de trabajo, fue designar grupos y subgrupos de estudio para temas específicos. Los cometidos de cada uno de estos grupos y subgrupos fueron:

1 - Prestaciones del Seguro Nacional de Salud: análisis de prestaciones a incluir dentro del sistema, o sea, definir la canasta de prestaciones que cubrirá el SNIS. La base de referencia fueron los servicios que brindaban las IAMC. A esto, se le sumó la emergencia, que hasta ese momento, no estaba contemplada.

2 - Complementación del sub-sector público y privado en el Seguro Nacional de Salud (SNS): La idea es poder articular los recursos de forma tal, que las economías de escala permitan, que las instituciones funcionen adecuadamente, evitando la duplicación innecesaria.

3 - Recursos Humanos (dividido en cuatro subgrupos):

1. Estatutos del trabajador de la Salud: pretendía hacer una regulación única y general para los trabajadores de la Salud, médicos y no médicos, del sub-sector público y privado, establecer una serie de condiciones mínimas comunes. Al incluir al sub-sector público, éste debe ser generado por ley, de acuerdo a lo que establece la Constitución.

2. Tercerizaciones: es cuando un médico factura, como si ejerciese en forma liberal su profesión, aunque en realidad está trabajando en relación de dependencia. En la ley de Presupuesto hay un artículo que los incorpora a “salarios”, o sea, que en el sub-sector público estaría solucionado, pero en el sub-sector privado no estaba resuelto.

3. Modelo de Recursos Humanos: la reforma pone especial énfasis en la atención primaria, por lo que los recursos humanos tienen que adecuarse. Este subgrupo analizó los pasos a dar para cumplir con este objetivo.

4. Retribuciones de los Recursos Humanos: tiene como objetivo concebir una retribución única para todos los trabajadores de la salud. Se apunta a determinar las bases que se aplicarán para alcanzar dicho objetivo, estudiando cómo armonizar las modalidades de pago actuales (pago por hora o por acto, por ejemplo), con las que se prevé aplicar en un futuro relativamente cercano (por capitación por ejemplo).

Estos consejos consultivos se disolvieron, al formarse la Junta Nacional de Salud (JUNASA) en diciembre de 2007.

4.2 – PILARES FUNDAMENTALES

La reforma realizada en nuestro país, parte del concepto de salud elaborado por Hugo Villar y Roberto Capote, que definen: *“la salud es una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social”*.

El SNIS tiene como pilares fundamentales: asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad, según normas. Basado en una orientación preventiva, y la promoción de la salud atendiendo los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población. Interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficacia y eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación, mediante un financiamiento solidario y una asignación de recursos sustentable.

Los objetivos que se persiguen (definidos en el art. 4 de la Ley 18.211) son:

- ◆ Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población,
- ◆ Implementar un modelo de atención integral, basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.
- ◆ Impulsar la descentralización de la ejecución, en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación, entre dependencias nacionales y departamentales.
- ◆ Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

- ◆ Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- ◆ Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- ◆ Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

Desde el Gobierno se proponen tres líneas de cambio, que engloban los principios rectores del sistema:

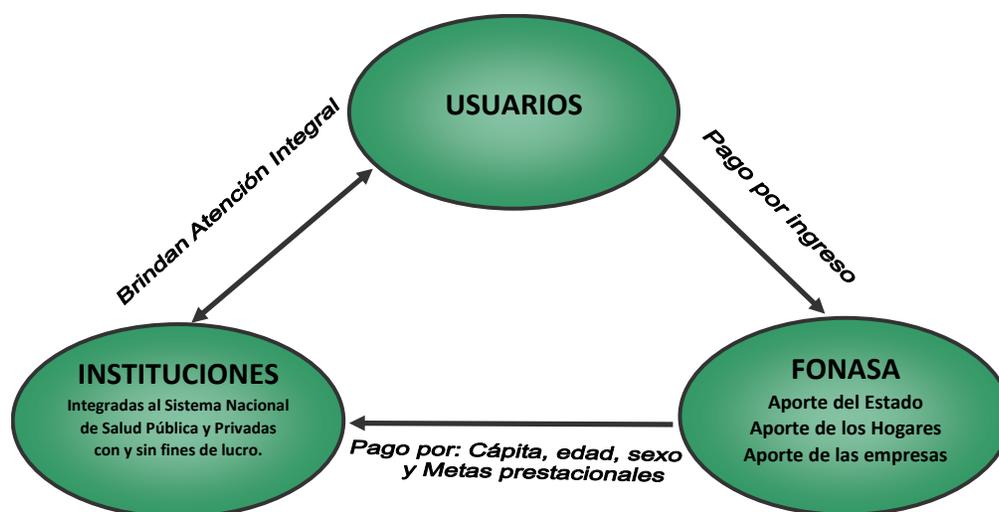
- ◆ La primera, es el cambio en el modelo de atención a la salud, reorientándolo, de forma que se incluyan acciones de promoción y prevención de la salud, asegurando la capacidad de diagnóstico precoz de enfermedades, y su oportuno tratamiento. Estas actividades se desarrollarán en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, asegurando una mayor capacidad resolutive del primer nivel de atención.
- ◆ En segundo lugar, se refiere a un cambio en el modelo de gestión, enfocando al MSP en su función de órgano rector junto a la JUNASA, como responsables de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del mismo, complementándose.
- ◆ Por último, se refiere al cambio en el sistema de gasto y financiación, con lo que busca asegurar una cobertura universal, equitativa y solidaria, a través del SNS.

A continuación se profundiza en las implicancias de estos lineamientos y las acciones que se han tomado y se prevén tomar, para alcanzarlos, poniendo especial énfasis en el financiamiento.

4.3 – SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

4.3.1 – Estructura general

Funcionamiento del Seguro Nacional de Salud



FUENTE: Curso Economía y Gestión de la Salud 2007. Sistema Integrado de Salud.

A continuación se detallan los componentes presentados en el cuadro anterior.

FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA)

Es creado por la Ley 18.131 en Mayo de 2007, constituido en el BPS. Es el encargado de administrar el SNS. Es un fondo único y obligatorio, cuyos cometidos son la recepción de los aportes a la seguridad social, de las partidas presupuestales y extra presupuestales, que se le asignen, y el pago de cuotas salud a los prestadores, de la manera que la JUNASA determine.

USUARIOS

La ley define como usuarios, a todas las personas que residen en el territorio nacional y se registren en una de las entidades prestadoras de servicios de salud que integran el SNIS.

Dentro del SNS encontramos: los trabajadores formales de la actividad privada, que ya estaban incluidos a través de los aportes al BPS y, a partir de Agosto de 2007, los trabajadores públicos sin cobertura. Quedan excluidos, los funcionarios del Ministerio de Defensa y del Ministerio del Interior, con cobertura por sanidad militar o policial y de los Gobiernos Departamentales (facultándose al PE a incorporar a estos últimos). Entre enero y julio de 2008, se incorporaron los

hijos de trabajadores formales, menores de 18 años, los hijos discapacitados (sin límite de edad) y todos los jubilados con un ingreso menor a 2,6 BPC.

Ex – Disse contaba con 718.596 beneficiarios a Julio de 2007. Desde la entrada en vigencia del SNIS, el número de afiliados a través del SNS ha ido en constante crecimiento, llegando en diciembre de 2008 a 1.377.745 beneficiarios. Este aumento se acompaña con un cambio en la estructura de edad de los beneficiarios. A modo de referencia, entre 2007 y 2008 el aumento de beneficiarios menores de 15 años fue de 363.505, lo que explica un 55% del incremento de beneficiarios totales.

INSTITUCIONES PRESTADORAS

El régimen que regula a las mismas, se ha mantenido incambiado, al igual que las instituciones que funcionaban antes de la entrada en vigencia del SNIS. El cambio sustancial en este aspecto se da en cuanto a que el SNS integra a todas las instituciones habilitadas, como prestadoras. En el anterior sistema, sólo estaban incluidas las IAMC, como únicos prestadores de los beneficiarios de la Seguridad Social.

La Ley 18.211 determina, a texto expreso, que podrán integrar el sistema las IAMC, las IAMPP sin fines de lucro, los seguros integrales que, aunque hayan sido creados como sociedades comerciales ya estén funcionando y siempre que la atención que brinden sea igual o mejor, a la establecida por el MSP. A su vez establece la participación de los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, incluyendo así a ASSE¹⁷. Quedan excluidas del sistema, las empresas con fines de lucro, aunque los Seguros privados, desde el punto de vista institucional pueden ingresar. El SNS les cubre por el FONASA la prestación mutual, y el plus que brindan a sus usuarios se da en un régimen de libre contratación, entre los usuarios y el seguro privado. Finalmente, las instituciones de atención privada que no se integren, podrán seguir brindando servicios mediante el régimen de libre contratación.

¹⁷ ASSE pasó a ser persona jurídica pública desde su descentralización del MSP mediante la Ley 18.161 de julio de 2007.

4.3.2 – Cambios en los Modelos

Para lograr los cambios planteados por el SNIS, se han realizado cambios en el Modelo de Atención, de Gestión y de Financiamiento. En el presente capítulo se exponen los cambios en los dos primeros. Puesto que el objetivo de esta investigación pone énfasis en el cambio en el Modelo de Financiamiento, los puntos referentes al mismo, se exponen en el capítulo siguiente.

4.3.2.1 - Modelo de Atención

Este nuevo modelo asistencial se enfoca en la atención primaria en salud, buscando una atención integral y una mayor accesibilidad. Esta última, se refiere no sólo a tener el derecho sino también, a poder hacer uso del mismo.

Herramientas de cambio

- ❖ La Ley 18.211 establece la obligatoriedad para todos los prestadores integrados al SNIS, de suministrar a su población usuaria los **Programas integrales de prestaciones**, aprobados por el MSP. Estos se enmarcan dentro del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). Los Programas integrales de prestaciones están compuestos por un conjunto concreto de prestaciones, que cuentan con indicadores de calidad de los procesos y resultados. La JUNASA audita el cumplimiento de los mismos, para autorizar el pago de cuota salud a los prestadores.

Actualmente, conforme con lo dispuesto en el literal E) del art. 5 y el art. 45 de la Ley 18.211, el MSP ha aprobado los siguientes programas a través del Dec. 465/008.

- ◆ Programa Nacional de Salud de la Niñez
- ◆ Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género
- ◆ Programa Nacional de Salud del Adolescente
- ◆ Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor

- ◆ Programa Nacional de Salud de Salud Bucal
- ◆ Programa Nacional de Salud de Salud Mental
- ◆ Programa Nacional de Salud de Discapacidad
- ◆ Programa Prioritario de ITS-Sida
- ◆ Programa Nacional de Nutrición
- ◆ Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas
- ◆ Programa Nacional para el Control del Tabaco

Los Programas referidos incluyen actividades de promoción, protección, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de las personas, incluyendo el acceso a la tecnología y medicamentos, que son aprobados en el Formulario Terapéutico de Medicamentos.

- ❖ Desde el punto de vista de los **recursos humanos**, se promueve el trabajo en equipos interdisciplinarios con un enfoque integral.

- ❖ La Ley 18.211 prevé en el art. 50 la **libre elección de prestador**¹⁸ y la **no admisión de la doble cobertura**¹⁹ de atención médica integral a cargo del sistema. Para quienes ingresan al FONASA o reingresan luego de 120 días de estar fuera del seguro, le elección de prestador es libre. Rige también para aquellos que opten por pasar a atenderse en un seguro privado integral²⁰. La ley delega en la reglamentación la forma en que el “corralito mutual” será derogado. Desde la entrada en vigencia del SNIS, hasta el momento, se dio una primera apertura en febrero de 2009. Donde se permitió la libre movilidad, entre las instituciones integrantes del sistema de los usuarios que cumplieran:
 - Antigüedad de afiliación mayor a 10 años.

¹⁸ Antes de la entrada en vigencia del SNIS, existía una limitación para los afiliados al ex – DISSE al derecho de “cambiarse” de la IAMC a la que estuvieran afiliados, conocida popularmente como “corralito mutual”. Dicha limitación fue establecida por el Dec. 205/000 del 19/07/00, en principio en carácter temporario, pero que aún se mantiene en vigencia con las precisiones que se expondrán.

¹⁹ Antes se configuraba doble cobertura en el sentido de que una persona podía tener cobertura por el ex – DISSE y a su vez por ejemplo cobertura por la Sanidad Policial, como en el caso de la esposa de un policía que trabajara en la orbita privada.

²⁰ Teniendo el Seguro Privado la potestad de aceptar o no al afiliado

- Nuevos usuarios que quedaron afiliados de oficio a ASSE.

La segunda apertura realizada en Julio de 2009, donde se permite a los afiliados a una IAMC optar por ASSE.

- ❖ El **fortalecimiento de ASSE**, se enmarca en la búsqueda de mayor justicia social. Que cada ciudadano tenga acceso al mismo nivel de atención, independientemente de su capacidad de pago. La ley prevé, con el excedente de la recaudación del FONASA, luego del pago de las cuotas salud a los prestadores, la constitución de Recursos de Afectación Especial con titularidad y disponibilidad de ASSE. Con el fin de utilizar los mismos, para gastos de funcionamiento e inversiones, de acuerdo con lo que determine la Dirección General de ASSE.
- ❖ En cuanto a **accesibilidad** se desarrolló una política de reducción de tickets y órdenes para toda la población. Se pone especial énfasis, en la reducción de los copagos, asociados a algunas patologías específicas (como la diabetes e hipertensión) y a una población específica (como embarazadas, menores de 14 meses y jubilados que ingresen por el FONASA).
- ❖ A partir de Agosto de 2006 se estableció un **Vademécum**²¹ **único**, para instituciones públicas y privadas. Hasta ese momento, existía un Vademécum para el sub-sector público y otro diferente para el privado. Esta medida apunta a brindar igual calidad de atención y de servicios.
- ❖ Se estableció la creación obligatoria, tanto en entidades públicas como privadas, de los **Consejos Consultivos y Asesores (CCA)** representativos de sus trabajadores y usuarios, a través del Dec. 269/008. ASSE los tiene integrados en su directorio, como lo establece su propia ley constitutiva. En el sub-sector privado, las IAMC ya los integraron, excepto las que

²¹ Vademécum – Listado de medicamentos genéricos o formulario terapéutico de medicamentos.

los tienen integrados en sus órganos de dirección. Su fin es permitir que los directamente involucrados en el sistema sanitario, puedan identificar necesidades y demandas, y las canalicen hacia un espacio en el cual participan y resuelven. Así le brindaría celeridad y transparencia al planteo que se realice, dado que, de esta forma, estos nuevos integrantes estarían participando en el proceso de toma de decisiones, aunque no son decisorios. Es responsabilidad de la JUNASA desarrollar los instrumentos que permitan el adecuado funcionamiento de este ámbito de participación social.

4.3.2.2 – Modelo de Gestión

El cambio en el modelo de gestión busca asegurar la coordinación y complementariedad de los servicios, en todos los niveles, la profesionalidad, transparencia y honestidad en la conducción de los mismos, así como la participación de las partes involucradas.

Herramientas de cambio

- ❖ El **MSP** pasó a cumplir acciones reguladoras y de control, dejando de actuar como prestador, a través de la creación de ASSE como servicio público descentralizado, mediante la Ley 18.161 de 2007. Se entendió que la coexistencia de la función de rectoría, con la de prestación de servicios, en un mismo organismo (que a su vez tiene por cometido ejercer la autoridad sanitaria en toda su dimensión), constituía un obstáculo para el correcto cumplimiento de ambas funciones.
- ❖ A partir de la puesta en marcha del SNIS, se firman **“contratos de gestión”** (Anexo 3 – “Contrato de Gestión”) entre la JUNASA y cada uno de los prestadores, públicos y privados. Estos contratos tienen como objetivo el cambio del modelo de atención y la mejora de la calidad asistencial, por lo que son considerados la principal herramienta de contralor de la política pública de salud. En ellos se plasma la lógica del sistema. En estos se establece,

además del cumplimiento de los Programas integrales de prestaciones, un marco sancionatorio por el incumplimiento de las obligaciones.

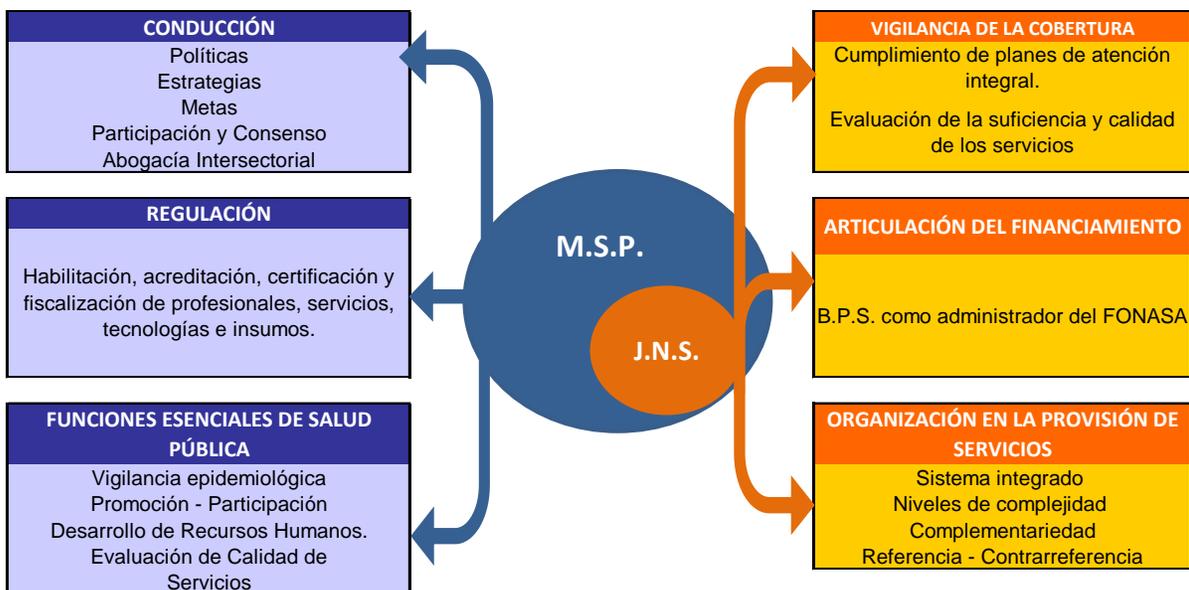
- ❖ Para que el **control** sea ejercido de manera adecuada y eficiente, el MSP y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), reestructuraron la DIGESA para corregir la superposición de tareas de rectoría (normatización, inspección y habilitación). Para tal fin, crean bajo esta dirección, tres nuevas divisiones: Fiscalización, Normas e Investigación y Habilitación Sanitaria. Cada una, con responsabilidades y equipos separados. El MSP pasó de contar con 5 inspectores a 110, según declaraciones de la Ministra de Salud Pública²².

Organismo regulador – JUNASA

Es creada mediante la Ley 18.211 de diciembre de 2007, como organismo de administración del SNS, que se integra con representantes de: MSP (2), MEF (1), BPS (1), usuarios (1), trabajadores (1) y empresas prestadoras de servicios de salud que integren el SNIS (1).

Funciones de rectoría y nuevas herramientas institucionales

²² Dra. María Julia Muñoz - Consejo de Ministros en San Carlos. 28/05/08



Fuente: "La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009" - M.S.P. - 2009

Como se menciona en el apartado anterior, la JUNASA firma contratos de gestión con los prestadores de servicios. Las auditorías sobre el cumplimiento de los mismos, son efectuadas por las nuevas unidades dependientes de la DIGESA. Estas unidades suministran la información auditada a la JUNASA. En base a esta información, ésta última autorizará al FONASA a efectuar los pagos o no, de las cuotas salud y las primas por cumplimiento de metas asistenciales, a cada institución prestadora, así como también llevará un registro de las sanciones aplicadas a cada institución (Anexo 3 –“Contrato de Gestión”).

RESUMEN DEL CAPÍTULO 4

El cuadro que se presenta a continuación intenta resumir los cambios mencionados en este capítulo comparados con la situación anterior del sistema de salud.

Comparación del sistema de salud anterior con el SNIS

	Sistema de Salud anterior	Sistema Nacional Integral de Salud
Modelo Asistencial	- Centrado en lo curativo - Inexistencia de regulación sobre las prestaciones que deben brindar los prestadores	- Enfocado en la atención primaria en salud - Promueve la educación y prevención. - Establece Programas integrales de prestaciones
Cobertura	Existencia de beneficiarios con doble cobertura	No se admite la doble cobertura
Accesibilidad	El valor de los tickets y órdenes estaba librado al juego de libre mercado, lo que provocaba una barrera al acceso	Se desarrolló una política de reducción del valor de los tickets y órdenes, fijando los valores máximos
Usuarios	Los afiliados a la seguridad social	Todas las personas que residan en el territorio nacional y se registren en una entidad prestadora integrada al SNIS
Participación social	Inexistente	Se deben formar consejos consultivos asesores integrados por usuarios y trabajadores
Prestadores	Los beneficiarios de la Seguridad Social sólo podían optar por una IAMC	Los beneficiarios del Seguro de Salud pueden optar por una IAMC, un Seguro Privado o ASSE

Recursos Humanos	Cada médico actuaba en forma independiente dentro de los parámetros de cada institución	Promueve el trabajo en equipos interdisciplinarios con un enfoque integral
MSP	Prestador y regulador	Regulador
Control sobre los prestadores	Era ejercido por el MSP	Es ejercido por el MSP y creación de la JUNASA: - Firma Contratos de gestión; - Realiza auditorias; - Autoriza el pago de las cuotas salud a los prestadores.
Medicamentos	Inexistencia de regulación sobre los principios activos que deben brindar los prestadores	Establecimiento de un Vademécum único obligatorio
Recaudación de fondos	Realizada por el BPS	Realizada el FONASA, que funciona dentro del BPS, y es controlado por la JUNASA.
Asignación de fondos	Realizada por el BPS, de acuerdo a la cantidad de afiliados por la Seguridad Social.	Realizada por el FONASA, controlado por la JUNASA, quien establece y aprueba los pagos que se deben realizar a los prestadores, de acuerdo a la estructura de afiliados y al cumplimiento de los contratos de gestión.

CAPÍTULO 5

MODELO DE FINANCIAMIENTO

Este capítulo tiene como objetivo analizar los cambios instaurados por el SNIS en el financiamiento del sistema de salud uruguayo.

5.1 - Elección de la fuente de financiamiento

Antes de la puesta en marcha de la reforma, se debatió en profundidad, como debía financiarse el SNIS. Las opciones que se manejaron fueron: la financiación a través de impuesto a la renta de las personas físicas (IRPF) o la extensión del fondo a la seguridad social. Esta última fue la elegida. Se creó el SNS, que cuenta con el FONASA como fondo único, y es administrado por el BPS. Las principales razones por las que se descartó la primera opción, para una primera etapa fueron dos. La primera es que, en el momento de la discusión, el IRPF era de carácter individual y no familiar, lo que generaba que existieran personas que formaban parte del sistema, pero no estaban cubiertas

por el IRPF (como es el caso de los hijos menores de 18 años). La segunda razón, es que el SNIS apunta a que el núcleo familiar que ganara menos de \$ 4.000 aproximadamente, no pague por el servicio asistencial, que es lo que daba derecho al Carnet de Asistencia²³, mientras que en el IRPF el monto mínimo no imponible individual, ascendía a \$ 7.400. Lo que significaba que quienes ganaran más de \$ 4.000 pero menos de \$ 7.400 quedarían por fuera y habría que haberles hecho una recaudación especial para que aportaran al Seguro de Salud, aunque no lo hicieran al IRPF.

A continuación se detallan las fuentes de financiamiento y los agentes de financiamiento.

5.2 - Fuentes de financiamiento

Considerando la estructura de las fuentes de financiamiento vigentes antes de la reforma, los cambios que se dieron son:

- Las Contribuciones a la Seguridad Social son volcadas al FONASA.
- El conjunto de contribuyentes aumentó, dado el aumento de la población amparada por el SNS, tanto por la sustitución de algunas Cajas de Auxilio, como por la inclusión de nuevos beneficiarios, que antes debían contratar de manera particular. Dependiendo, si tienen o no hijos menores o discapacitados a cargo, deberán aportar un 3% ó 1,5% adicional, respectivamente. En el caso de los nuevos beneficiarios de los organismos públicos, el aporte será inicialmente a cargo de Rentas Generales. Luego, con la aplicación del ajuste de recuperación salarial, los funcionarios aportarán a razón de un 1% acumulativo anual, hasta alcanzar el 3%. La diferencia entre el aporte personal descontado y el 3%, será de cargo de Rentas Generales.

²³ El Carnet de Asistencia era otorgado por el MSP, existiendo 4 tipos:

- carnet gratuito de asistencia para aquellos cuyo ingreso no supere los 2,5 BPC;
- carnet bonificado de asistencia que tiene dos categorías: los que deben abonar el 30% del arancel y los que deben pagar el 60% dependiendo de su nivel de ingresos;
- carnet materno – infantil, para mujeres embarazadas y hasta los 6 meses después del parto y para el niño menor de un año, quienes tienen una atención gratuita;
- carnet gratuito de asistencia vitalicia, que comprende a los pasivos mayores de 65 años y los pasivos menores de 65 años por incapacidad laboral.

Actualmente éste último no se otorga más, y ASSE tiene la opción de recibir socios mediante una cuota prepa de \$890 aproximadamente, debiendo abonar copagos los que se afilien de esta forma.

Por la no admisión de la doble cobertura, regulada en la Ley 18.211, en el caso de contribuyentes que optasen por otro régimen²⁴, siempre y cuando tengan asegurada la cobertura asistencial en un nivel no inferior al que tendrían derecho por el sistema, no se les exonera del pago del aporte a FONASA, pero la cobertura no la recibirán por los prestadores integrados al SNIS.

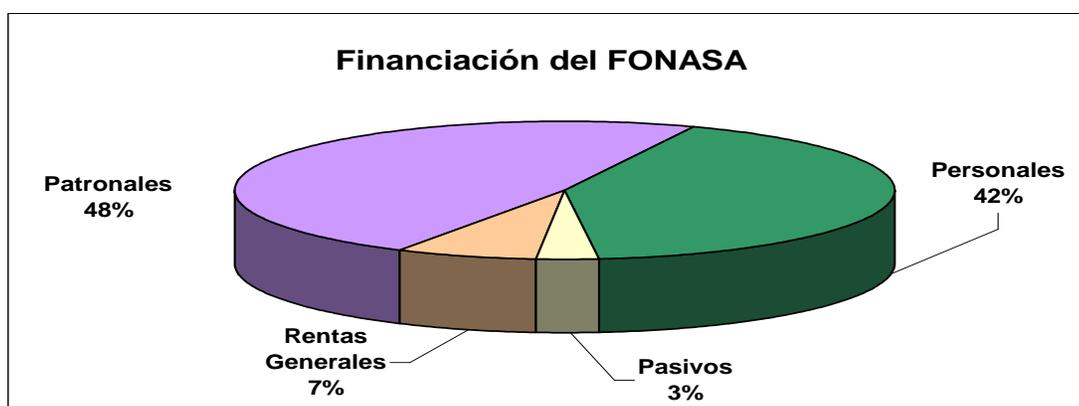
Cuadro de tasas de aportación al SNS personal

Remuneración	Aporte Básico	Adicional		Aporte Total	
		Sin	Con	Sin	Con
Hasta 2.5 BPC inclusive	3%	0%	0%	3%	3%
Mayor 2.5 BPC	3%	1.5%	3%	4.5%	6%
Socios Vitalicios	0%	0%	3%	0%	3%

Fuente: BPS, Resumen General: Régimen de aportación 01/08, 2005

Los Aportes patronales se mantienen en el 5% sobre las remuneraciones sujetas a montepío, así como el CCM que se calculará contemplando exclusivamente la aportación básica.

En resumen, la financiación del FONASA proviene de cuatro aportes: obrero, patronal, pasivo y fiscal, según el Director General de Secretaría del MSP²⁵ en la proporción que se presenta en el siguiente gráfico:



²⁴ A modo de ejemplo los familiares incluidos como beneficiarios de la Sanidad Militar o Policial.

²⁵ Ec. Daniel Olesker – “Balance de Gestión del MSP”.

5.3 - Fondo de Garantía para la Reestructuración de Pasivos de las IAMC

A través de la Ley 18.439, se creó el Fondo de Garantía para la Reestructuración de Pasivos de las IAMC, como un patrimonio de afectación independiente, destinado a garantizar el repago del financiamiento que obtengan aquellas instituciones integrantes del SNIS comprendidas en el art. 11 de la Ley 18.211, que se encontraran en situación de insolvencia o de grave dificultad económica, o que, sin estar en dicha situación, presentaran planes de reestructuración de todo o parte de sus pasivos existentes al 30 de setiembre de 2008, y además, planes que vuelvan viable a la institución.

El objetivo es crear un mecanismo destinado a garantizar el repago del financiamiento que obtengan las instituciones beneficiarias. Porque el principal riesgo que corren los acreedores de estas instituciones, es que las mismas, dejen de existir y no tengan forma de obtener el repago de sus créditos. La particularidad de estas instituciones, respecto de otros sectores de actividad, es que, sus activos son poco atractivos para sus acreedores pues ejecutar una hipoteca de un sanatorio, o una prenda de un equipo médico, en los hechos, es prácticamente imposible. Por consiguiente, el activo más atractivo con que cuentan, son los créditos FONASA, que están supeditados a la existencia de la entidad. Con este mecanismo, el MEF junto al MSP, evalúan la racionalidad y viabilidad de la reestructuración que se presenta, y de ser aprobado, aseguran al proveedor el cobro de su crédito contra el Fondo de Garantía.

5.4 - Agentes de financiamiento

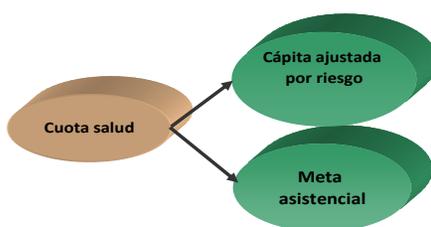
Se mantiene la estructura previa a la reforma, descrita en el Capítulo 3 (inciso 3.2.2.).

5.5 - Financiamiento de los proveedores de servicios de salud

Se dieron cambios sustanciales que se describen a continuación. Estos cambios alcanzan únicamente a las instituciones prestadoras integradas al Sistema: ASSE, las IAMC y los Seguros privados (por los afiliados FONASA). El resto de las instituciones mantiene incambiado su financiamiento.

5.5.1 - Cuota Salud

La Cuota Salud se compone de dos elementos: por un lado, las cápitas ajustadas por riesgo, y por otro, de las metas asistenciales. En el sistema anterior las cuotas se pagaban de acuerdo al promedio de las cuotas de los afiliados de cada institución.



5.5.1.1 - Cápitas ajustadas por riesgo

Las cápitas que paga el SNS constan de un componente que se ajusta por riesgo, asignando diferentes pagos por grupo de población, según edad y sexo. De esta manera se atienden las distintas necesidades de salud de la población, así como los costos diferenciales que genera.

La cuota es fijada por el PE, en acuerdo con el MEF y el MSP, tomando en consideración las economías derivadas de costos de cobranza, financieros, gestión de cobro y otros costos de gestión.

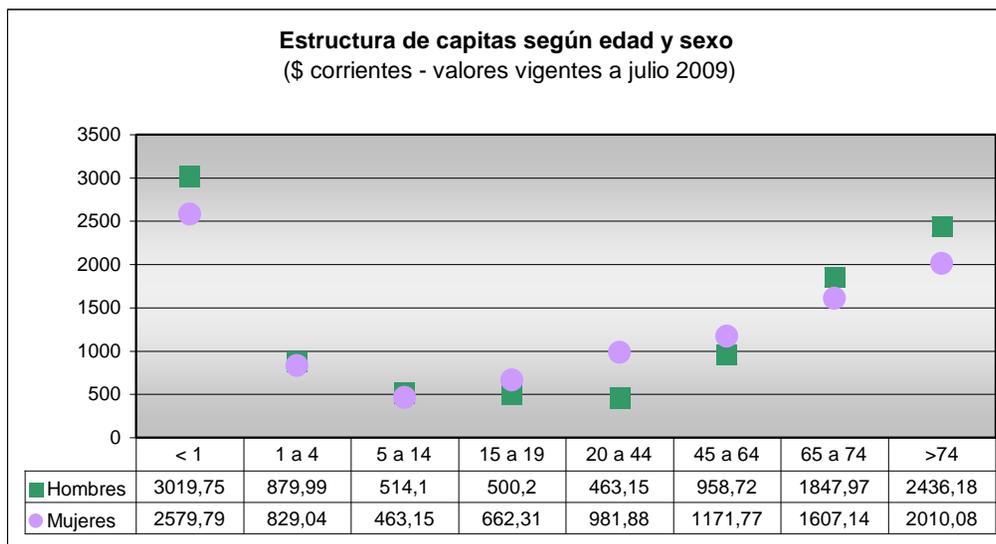
Se busca incentivar a los prestadores a tener una política activa de promoción y prevención en salud, desarrollando la estrategia de Atención Primaria en Salud. Es un estímulo, ya que genera más interés por mantener a las personas sanas, y evitar los costos de la atención de la enfermedad.

De acuerdo a las características de edad y sexo la estructura relativa de capitas a aplicar, es la que se observa en el siguiente cuadro:

Edad	Hombres	Mujeres
< 1	6,52	5,57
1 a 4	1,90	1,79
5 a 14	1,11	1,00
15 a 19	1,08	1,43
20 a 44	1,00	2,12
45 a 64	2,07	2,53
65 a 74	3,99	3,47
>74	5,26	4,34

Fuente: Dec. 276/007

A continuación se presentan los valores de la cuota salud, aplicando la cuota base vigente a julio 2009 (\$ 463,15), de acuerdo a edad y sexo que FONASA paga por los beneficiarios del SNIS a cada institución.



Fuente: Elaboración propia en base al Dec. 298/009.

5.5.1.2 - Metas asistenciales

La JUNASA ha establecido un programa de metas asistenciales que son incentivos para los prestadores en áreas concretas. El cumplimiento de estas metas, implica el cobro por parte de los prestadores por el desempeño asistencial en dichas áreas. Las mismas no son obligatorias pero sí implican un gran incentivo a cumplirlas, por el pago asociado a las mismas. De hecho, pueden cumplirse parcialmente y cobrar el prestador, en igual porcentaje al cumplimiento de la meta.

La primer meta asistencial, propuesta en 2008, tiene relación con el programa de salud Materno-Infantil (las instituciones deben cumplir un control de todas las mujeres embarazadas y 9 controles gratuitos para los niños de hasta 14 meses). Se paga \$51,44²⁶ por cada afiliado FONASA que posea el prestador, si la meta es cumplida.

En el 2009 se definieron como Metas Asistenciales:

- ❖ La Capacitación de los RRHH en el primer nivel asistencial, sobre los siguientes temas: Hipertensión, Diabetes, Tabaquismo y Violencia Doméstica. La capacitación deberá tener una carga mínima de 24 horas por semestre y contar con un sistema de evaluación. Por esta meta se paga \$19,19²⁷ por afiliado.

- ❖ El establecimiento del médico referente, con especial énfasis en los usuarios menores de 15 años y mayores de 44 años. En un primer momento, la designación del médico de referencia busca que sea realizada en acuerdo con el usuario. Si el afiliado no elige su médico referente, la institución podrá designarle uno de oficio, que luego podrá ser cambiado, si el usuario lo desea. Según palabras del presidente de la JUNASA²⁸, esta última meta apunta a que los profesionales de la salud dediquen más tiempo a una institución, lo

²⁶ A valores de julio 2009.

²⁷ A valores de julio 2009.

²⁸ Dr. Jorge Basso. Diario: "La Republica" – 1º de abril de 2009.

cual conlleva a la mejora del trabajo médico, evitando el multiempleo. El cumplimiento de esta meta conlleva el pago de \$15,-²⁹ por cada usuario FONASA.

- ❖ Se estableció el “Carnet del Adulto Mayor” por el que cada institución deberá darle a sus usuarios mayores de 65 años un carnet donde figuren las patologías que padece y la medicación que toma para cada una de ellas, de manera que si la persona es atendida por otro doctor o se va de viaje tenga una constancia de los datos mas importantes de su estado de salud. Está vigente desde julio 2009 y se abonará en una primera instancia \$69,-³⁰ por afiliado mayor que tenga el carnet. Posteriormente se incluirá el control del correcto llenado del mismo como parte de la meta.

Las auditorías y el monitoreo, sobre el cumplimiento de las metas, está a cargo de la División Fiscalización, que depende de la DIGESA, que reporta los resultados a la JUNASA.

5.5.2 - Copagos

La política de copagos apunta a que éstos vayan disminuyendo gradualmente, hasta eliminarlos para que no constituyan una barrera de acceso. Los Seguros privados no están comprendidos en esta regulación. Durante 2005 - 2008 los tickets de medicamentos se rebajaron un 50% a precios constantes, se estableció gratuidad de: acceso para la población diabética, de exámenes para el control de embarazo y de exámenes preventivos para mujeres, como por ejemplo Mamografía y Papanicolaou³¹.

En Agosto de 2007, el BPS firmó un acuerdo con 21 IAMC y ASSE para que los jubilados, usuarios del SNIS, tuviesen ciertos beneficios, como órdenes gratuitas y medicamentos a mitad de precio.

²⁹ A valores de julio 2009.

³⁰ A valores de julio 2009.

³¹ En el caso de los copagos para los cuales se decretó la Gratuidad se refiere al copago en si mismo, teniéndose que abonar el valor de los timbres de la Caja de jubilaciones y pensiones de profesionales universitarios asociados. Los copagos están gravados por IVA.

De esta manera comenzaron a tener tres órdenes gratuitas mensuales (una para consultorio, otra para policlínica y otra de urgencia), dos tickets para medicamentos o análisis a mitad de precio y derecho a un análisis gratuito anual de orina, sangre y placa.

Algunas IAMC han comenzado a ofrecer a los nuevos beneficiarios, órdenes y tickets gratis, adicionales a los establecidos por ley, para captar mayor cantidad de afiliados, dado que éstos, con el paso del tiempo, continuarán perdiendo participación relativa dentro de la estructura de ingresos.

Por otra parte ASSE mantuvo su política de no cobro de copagos.

5.5.3 - Venta de servicios

En lo que respecta a la venta de servicios, se aspira a que los múltiples prestadores integrales públicos y privados comiencen un proceso de complementación, coordinación e integración asistencial a nivel nacional, que supere la visión fragmentada e ineficiente de las instituciones. El que se realizará mediante convenios, teniendo la JUNASA, la potestad de establecer y regular los mismos, de acuerdo a protocolos y aranceles. Históricamente la venta de servicios no ha tenido gran peso relativo en la estructura de ingresos de las instituciones, aproximadamente un 8% de los ingresos operativos, pero es habitualmente utilizada por todos los prestadores. Por ello es esperable, que no sufra modificaciones significativas.

5.5.4 - Otros cambios que impactan en el financiamiento de los proveedores de servicios de salud

5.5.4.1 - Tecnología médica

Antes de la puesta en marcha del SNIS, el Departamento de Tecnología Médica del MSP, realizó un censo de equipamientos de mediana y alta complejidad, con el objetivo de racionalizar su adquisición y distribución territorial. Este censo es considerado un instrumento esencial para el

diseño de una política nacional de desarrollo en equipamientos y tecnologías sanitarias. El mecanismo utilizado para mantenerlo actualizado, es la obligación por parte de las instituciones, al momento de solicitar nuevas habilitaciones, presentar las altas y bajas que han tenido, respecto a la solicitud anterior. En las evaluaciones que se realizan para aprobar la incorporación de nueva tecnología, se consideran diversas variables, entre ellas, se mencionan: demográficas, epidemiológicas y de utilización de servicios. Este análisis (luego de la reestructura del MSP, propuesta por la OPP, con motivo de lograr oposición de intereses) lo realiza el departamento de Evaluación de tecnología del MSP, que depende de la DIGESA. Las evaluaciones Costo-efectividad y de factibilidad económica, están a cargo de la División Economía de la Salud, que depende de la Dirección de Secretaria de Salud (DISESA).

5.5.4.2 - Medicamentos

Según estimaciones del Centro de Investigaciones Económicas (CINVE), en 2006, el gasto directo de bolsillo representaba en Uruguay, cerca del 70% del gasto total en medicamentos. Según datos del SINADI se identificaba que el gasto farmacéutico en las IAMC correspondía a un 75% de medicamentos en consultas y 25% destinado a internación.

La Ley 18.211, establece que se debe recetar por principio activo y no por marca. Buscando con esta medida disminuir el valor de compra de dichos medicamentos, ya que se elimina el peso de la marca de cualquier laboratorio, y la dependencia hacia estos.

Es de importancia señalar, que el mercado de medicamentos en Uruguay se caracteriza por la inexistencia de regulación, en cuanto al precio de venta o el margen de ganancia de los laboratorios o vendedores mayoristas. Existen alrededor de 70 empresas farmacéuticas. La distribución de medicamentos se realiza por los siguientes canales de distribución:

- ◆ Droguerías 33,6%

- ◆ Farmacias externas 8,3%
- ◆ Instituciones prestadoras de servicio de salud 58,1%

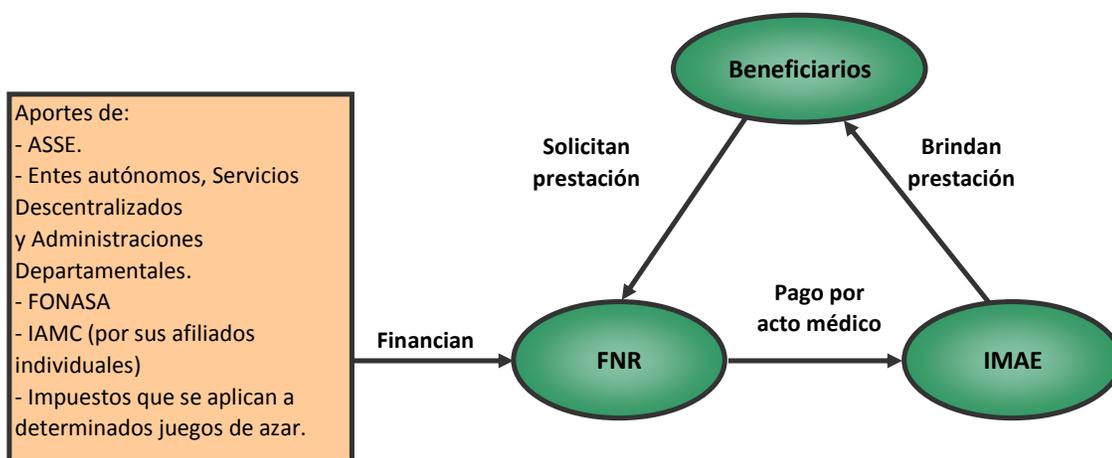
Se ha intentado contrarrestar el poder de mercado de los laboratorios, mediante la centralización de las compras. A nivel estatal a través de la Unidad Centralizada de Adquisiciones de Medicamentos y Afines del Estado (UCAMAE), y a nivel de los prestadores privados, FEMI cuenta con la Cooperativa de Compras de Entidades Médicas del Interior (COCEMI).

El FNR pasó a incluir dentro de sus prestaciones, nuevos medicamentos de alta tecnología y alto costo, que están incluidos en el Anexo II del Formulario Terapéutico de Medicamentos. Esto apunta a la igualdad de acceso para toda la población, con cobertura del FNR³². Con la ampliación de la cobertura de los medicamentos de alto costo, el FNR busca centralizar su indicación en base a protocolos, que garanticen el seguimiento del paciente y la evaluación de resultados del tratamiento. Resolviendo el problema de equidad y heterogeneidad en la calidad. La discriminación positiva y explícita de los medicamentos, no sólo consolida derechos, sino que otorga un marco de mayor previsibilidad de gastos y apoya la regulación de prestadores y prestaciones. Se trata de patologías de baja prevalencia y alto costo, que de manifestarse y no estar cubiertas por el FNR producirían un “efecto catastrófico” tanto en los prestadores, como en los usuarios. Comparando los medicamentos de alto costo cubiertos por el FNR, respecto a los países de América Latina, Uruguay cuenta con una posición privilegiada³³.

A continuación se presenta un esquema que representa las distintas partes involucradas en la estructura de financiamiento y gasto del FNR.

³² Todas las instituciones de asistencia integral tienen la obligación de brindar a sus afiliados las prestaciones incluidas en el FNR. En el caso particular de los Seguros Privados no están obligados a asegurar a través del FNR a sus afiliados particulares. Siempre y cuando lo brinden a través de otro seguro con las mismas prestaciones que el FNR como mínimo.

³³ “Respuestas de los países para promover el acceso a los medicamentos de alto costo” – 2009, Gabriela Hamilton, Esteban Lifschitz y Federico Tobar



Esta diversidad de fuentes de financiamiento, le otorga al FNR una relativa autonomía y estabilidad financiera, la cual resulta indispensable en el momento de programar y concretar adquisiciones.

Los medicamentos contenidos en el mencionado Anexo, incluyen: medicamentos oncológicos para tratar el cáncer de colon, cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer de riñón y leucemia. Además se agregaron drogas moduladoras a los rechazos de transplantes de órganos y otros medicamentos para tratar diversas enfermedades, como diabetes y esclerosis múltiple, etc.

RESUMEN DEL CAPÍTULO 5

El cuadro que se presenta a continuación resume los cambios mencionados a lo largo de éste capítulo, comparados con la situación anterior del sistema de salud.

Comparación del financiamiento del sistema de salud anterior con el SNIS

Financiamiento	Sistema de Salud anterior	Sistema Nacional Integral de Salud
Fuentes	- Aporte de los activos 3%	- Aporte de los activos 3% (ingresos <2,5BPC), 4,5% (sin hijos), 6% (con hijos)
Pago	Cuota promedio	Cuota salud, con un componente cápita y un componente meta
Cápita	La cuota promedio, es el 88,6% para los activos y 95% para los pasivos, de las cuotas cobradas por el prestador a sus afiliados particulares, por lo cual el importe es diferente en cada institución	La cápita es ajustada por edad y sexo, y se abona de acuerdo a la estructura de afiliados de cada institución
Meta	-	Se establecen metas que surgen de objetivos asistenciales específicos, que son asociadas al pago por cumplimiento
Fondo de Garantía para la Reestructuración de Pasivos de las IAMC	-	Creado como mecanismo para revertir la situación financiera deficitaria de las IAMC
Copagos	Liberalizados, siendo una importante fuente de ingreso para las IAMC	Se redujo el valor de los copagos en un 50%, y sólo se permite ajustarlos como establezca el PE
Venta de servicios	- No existe regulación - Existen acuerdos de complementación en bajas cantidades	- La JUNASA tiene previsto regularlos de acuerdo a protocolos y aranceles - Se fomentan los acuerdos de complementación para evitar duplicación de servicios
Medicamentos	-	El FNR comenzó a suministrar medicamentos de alta tecnología y alto costo
Tecnología Médica	La regulación vigente era la misma pero no se aplicaba	Se comenzó a aplicar la regulación existente, permitiendo entre otras, realizar evaluaciones considerando la capacidad instalada

CAPÍTULO 6

IMPACTO DEL SNIS EN LOS PRESTADORES

A continuación se plantea el impacto en los prestadores, tanto públicos como privados, ocurridos como consecuencia de los cambios de los distintos componentes del sistema de salud. El objetivo es analizar el impacto en los modelos de atención, gestión y financiamiento, poniendo especial énfasis en este último.

“Las organizaciones sanitarias se orientan a la producción de un bien intangible de alta valoración y sensibilidad social, cuyo impacto en la población es de difícil determinación. De alguna manera los objetivos del sistema sanitario se trasladan a las empresas que lo integran, de forma tal que las mismas apuntan, no sólo a dar respuesta adecuada a las necesidades de salud y a la demanda de la población, sino también a asegurar su cobertura asistencial”³⁴.

6.1 - IMPACTO DEL SNIS EN EL SUB-SECTOR PÚBLICO

6.1.1 - Descentralización de ASSE

El principal cambio en el sub-sector público, como se mencionara con anterioridad, es la descentralización de ASSE del MSP, reglamentada por la Ley 18.161 de Julio de 2007. Pasando a ser una persona jurídica pública, regulada como un prestador privado. Esto implica desde el punto de vista de la prestación, que es controlada por el MSP, y en cuanto a la gestión, que es autónoma.

³⁴ “El sector salud y sus empresas privadas – Desayunos de trabajo” CINVE – Agosto 2009.

Es dirigida y administrada por un Directorio compuesto de cinco miembros, entre ellos un representante de los funcionarios y otro de los usuarios. A su vez cuenta con un Consejo Asesor Honorario Nacional y Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, con la participación de usuarios y trabajadores. Estos Consejos, realizan actividades de asesoramiento, proposición y evaluación, mediante informes presentados al Directorio de ASSE, no teniendo los mismos, carácter vinculante.

El Directorio tiene entre otros, los siguientes poderes jurídicos sobre ASSE: administrar el patrimonio y los recursos; dictar los reglamentos internos y, en general, realizar todos los actos jurídicos y operaciones materiales; fijar aranceles y contraprestaciones por sus servicios, con aprobación del PE; fiscalizar y vigilar todos los servicios y dictar las normas y reglamentos necesarios, para el cumplimiento de sus fines; suscribir con otros servicios de salud, públicos o privados, compromisos de gestión concertada, evitando la superposición de servicios y la subutilización de los recursos humanos y materiales.

◆ Sistema de Información

Al estar regulado como un prestador privado, integrado al SNIS, debe comenzar a brindar información al Sistema Nacional de Información (SINADI). Puesto que como ente público, llevaba contabilidad presupuestal que era presentada mediante la rendición de cuentas anual del Gobierno Central, ahora se está trabajando en llevar contabilidad patrimonial, al igual que los prestadores privados, haciendo de esta manera, que la información sea uniforme y comparable al interior del SINADI.

Asimismo, deben llevar los registros establecidos por la JUNASA, para poder ser auditados en el cumplimiento de las metas asistenciales.

◆ Financiación de ASSE

Estar integrado al SNS, le da derecho al cobro de las cuotas salud por los beneficiarios del Seguro que hayan elegido su cobertura por ASSE. Desde 2008, cobra las cuotas salud por sus afiliados FONASA, pero como ese año se le había asignado una partida adicional al presupuesto, se acordó retener el importe de estas cuotas, como pago de dicha partida. En cuanto al componente meta asistencial de la cuota salud, ASSE no cumplió totalmente con las mismas, por lo cual cobró en proporción al porcentaje de cumplimiento. De esta forma se visualiza que los principales cambios en el financiamiento aún no se han concretado en su totalidad, por lo que no es posible analizar aún el impacto del SNIS en este aspecto.

Considerando que ASSE continúa prestando asistencia a usuarios que no forman parte del SNS, continuará recibiendo los créditos de Rentas Generales, que se ajustarán mensualmente, de acuerdo al monto de la recaudación de dicho organismo por concepto de cuota salud, de acuerdo a la información que suministre el FONASA al MEF. Simultáneamente se reducirán los créditos correspondientes a la financiación de Rentas Generales, en el importe anualizado resultante de la variación mensual en el número de usuarios amparados por el SNS, inscriptos en el padrón de la ASSE, multiplicado por el costo promedio por usuario de dicho organismo, que será determinado por el MEF y el MSP.

A su vez la Ley 18.131 establece, como otra fuente de financiamiento de ASSE, el excedente que surja luego de abonar la totalidad de las cuotas salud, a los prestadores del sistema, el cual se constituirá como Recursos de Afectación Especial con titularidad y disponibilidad de ASSE. No se computará como base de cálculo de ninguna retribución, comisión o cualquier otro complemento de naturaleza salarial o no salarial, establecida por otras disposiciones legales. Dichos créditos se distribuirán por unidad ejecutora para gastos de funcionamiento e inversiones, de acuerdo con lo que determine la Dirección General de ASSE.

Históricamente, las unidades ejecutoras de ASSE, han recibido los fondos de acuerdo al presupuesto que se valúa por “Criterio Histórico”³⁵, por lo que estos créditos de afectación especial son un recurso no destinado a las actividades habituales, sino a invertir en la mejora de ASSE. Su infraestructura se ha venido a menos por el paso del tiempo y falta de inversiones. Así se volverá más competitiva, que es uno de los objetivos intrínsecos de la reforma.

6.1.2 – Usuarios

Con la entrada en vigencia del SNIS, se logró uno de los objetivos, que era desobstruir Salud Pública, que desde la crisis de 2002 había tenido un importante incremento en el número de usuarios. La disminución en el número de afiliados entre diciembre de 2007 y noviembre de 2008, fue de 105.000 aproximadamente, según cifras del MSP. Esto impacta en mayor cantidad de recursos para los mismos, o sea, en un aumento del gasto per cápita de ASSE.

MES	Tipo de cobertura			
	FONASA	CARNET	CONVENIO	TOTAL
Dic-07	25.713	1.198.903	83.977	1.308.593
Nov-08	96.095	1.051.437	56.170	1.203.702

Fuente: “Evolución de usuarios del SNIS a diciembre de 2008” - Div. Economía de la Salud – 04/2009

Los usuarios que obtienen cobertura mediante convenios lo hacen, principalmente, a través del Ministerio de Desarrollo Social y Sanidad Policial.

Aún así, es la tercera institución del país en cantidad de afiliados FONASA. A continuación se presenta la composición de los afiliados FONASA que optaron por ASSE.

³⁵ Criterio histórico: el presupuesto del año anterior más un ajuste por diferentes conceptos, por ejemplo la inflación.

Afiliados FONASA que optaron por ASSE

Edad	Hombres	Mujeres	Total	Participación %
<1	181	169	350	0,34%
1 a 4	2.487	2.393	4.880	4,69%
5 a 14	9.356	8.688	18.044	17,36%
15 a 19	5.054	3.489	8.543	8,22%
20 a 44	26.261	15.682	41.943	40,35%
45 a 64	14.992	11.496	26.488	25,48%
65 a 74	1.985	1.181	3.166	3,05%
>75	338	190	528	0,51%
Total	60.654	43.288	103.942	100%
% según sexo	58,35%	41,65%	100%	

Fuente: "Informe FONASA agosto 2009" - División Economía de la Salud – Noviembre 2009

Uno de los grandes atractivos que mantiene ASSE para sus afiliados, es el no cobro de copagos. Esto además de ser un atractivo, elimina la barrera económica de acceso a la asistencia. Igualmente según ASSE, la población cubierta por ellos, tiene otra importante barrera, la cultural. Por lo cual se están tomando medidas para contrarrestarla, como por ejemplo: el programa ADUANA, que establece para los niños recién nacidos y lactantes hasta 2 años, la obligación de realizar 14 controles. Actualmente cualquier niño que nace, queda automáticamente referenciado a la policlínica de la zona donde vive. En caso de que el niño no asista a los controles, la policlínica tiene que hacer por lo menos 2 visitas a la casa para instar a los padres a llevarlos, entre otras razones, para tener derecho al cobro de Asignaciones Familiares³⁶.

Respecto a los usuarios además se pueden visualizar 2 grandes problemas:

- ♦ La **definición** de sus usuarios, ya que si bien los usuarios FONASA y los que tienen Carnet de Asistencia están expresamente definidos, en los hechos ASSE, atiende a

³⁶ Asignación Familiar – es una de las prestaciones que da el BPS de acuerdo a los ingresos, composición del hogar y sus integrantes; la vulnerabilidad socioeconómica; la inscripción y concurrencia asidua del beneficiario a institutos de educación autorizados, excepto en casos de beneficiarios discapacitados, y que se constata periodicidad de controles de asistencia médica brindada a través del sistema público o privado.

todos los que no tienen ninguna otra cobertura³⁷. Uno de sus objetivos es atender a las personas que no tienen recursos para contratar con otro prestador.

- ♦ No existe un **sistema de información** con registros confiables y actualizados, lo cual genera un agravamiento de la situación, permitiendo aún la existencia de la doble cobertura, sobre todo en el caso de la Sanidad Policial, dado que la misma no aporta información al Registro Único de Cobertura Asistencial Formal³⁸ (RUCAF).

ASSE maneja dos sistemas de información para el control de los usuarios habilitados a recibir asistencia: el RUCAF y uno propio. El RUCAF permite chequear que el usuario no esté afiliado a otra institución, y mediante lo que ellos llaman “registro negativo” determinar que es un usuario habilitado de ASSE. Mediante el sistema propio, se aspira a tener un “registro positivo” de usuarios, que por el momento sólo le es posible tenerlo actualizado para los usuarios afiliados por FONASA, ya que la información es suministrada por el BPS.

Respecto al resto de los usuarios, las razones que inhabilitan a tener el sistema de información propio actualizado son: el RUCAF (que actúa como instrumento de control del sistema propio) que en la práctica tiene 40 días de atraso. Puede ocasionar que una persona que cuenta con carnet de asistencia, y pasa a estar cubierta por el FONASA, opta por otro prestador, pero hasta que no se actualiza el RUCAF, se mantiene como usuario habilitado de ASSE. Las defunciones se actualizan una vez al año; no todos los puntos de contacto de ASSE, cuentan con una computadora con conexión al sistema. Impidiendo la verificación de la habilitación del usuario. Hay ausencia de información confiable ya que hasta el año 2006 arrojaba unos 4 millones de usuarios, al día de hoy, se ha logrado depurar dando una cifra aproximada de 1,4 millones de usuarios, que si bien no refleja la realidad, se asemeja más a la misma.

³⁷ Para acceder a la asistencia de ASSE, sin carnet de asistencia y sin ser beneficiario FONASA de la institución, se debe firmar una Declaración Jurada en la cual se deja constancia de carecer de recursos económicos para contratar servicios asistenciales mediante el pago de una cuota prepaga.

³⁸ Todos los prestadores deben suministrar los datos mensualmente sobre su masa de afiliados a este registro administrado por la DIGESA.

6.1.3 - Inversiones – Infraestructura

En el año 2008, se realizaron importantes inversiones en infraestructura, aumentando un 175% respecto al 2007 a precios constantes, según cifras suministradas por el MSP. Igualmente, cabe señalar que estas inversiones no son suficientes, según palabras de la Ministra de Salud³⁹. Por eso, entre otras cosas, se está trabajando en:

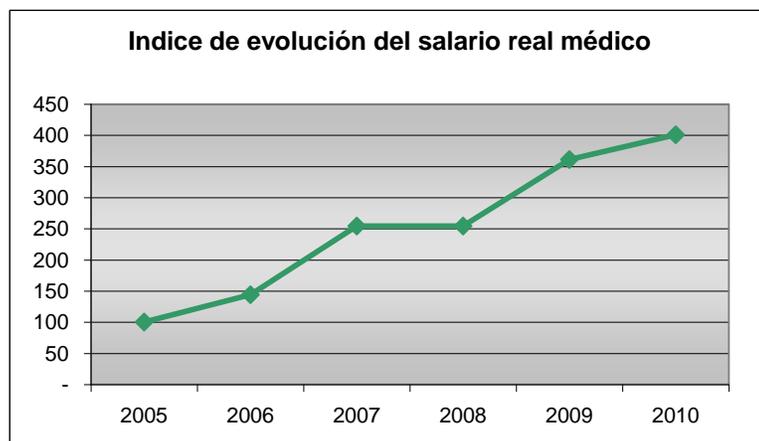
- ◆ La creación del Laboratorio Público Único Departamental;
- ◆ La creación del primer Banco de Sangre regional en el departamento de Maldonado;
- ◆ Se han comprado 25 ambulancias en 2008.

Para estas inversiones se cuenta además de la partida extrapresupuestal (ya mencionada), con un préstamo de U\$S 20:000.000 que otorgará el Banco Mundial para equipamiento de ASSE.

6.1.4 - Recursos Humanos

Se ha dado un aumento de los salarios de los trabajadores en los últimos cuatro años; el salario médico se incrementó en 400% y el no médico en 35%, respecto a los valores de 2005. En todas las categorías salariales, los salarios son iguales o mayores, que los del sub-sector privado. En particular, en las Licenciadas en Enfermería, el salario medio de ASSE es 20% superior, al laudo del sub-sector privado. Junto a ello se incorporan en el marco de estas mejoras salariales, una parte del pago asociado al rendimiento y al cumplimiento de las cargas horarias correspondientes de los médicos. Ya que previo a esta regulación existían casos de personal, que teniendo previsto trabajar 20 horas semanales, en la práctica realizaban 4 ó 6 horas, lo cual impacta directamente en la atención a los usuarios.

³⁹ Dra. María Julia Muñoz - Consejo de Ministros en San Carlos. 28/05/08



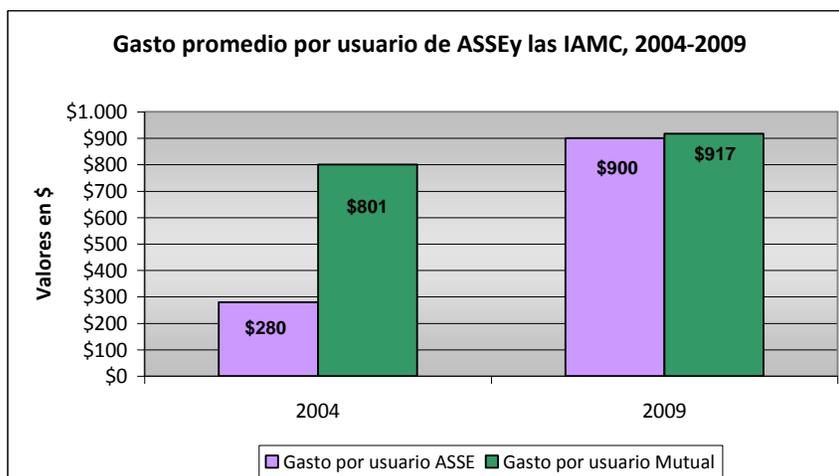
Fuente: "Rendición de Cuentas FONASA" – Informe de la JUNASA

6.1.5 – Acuerdos de complementación

Antes de la implementación del SNIS, ASSE ya contaba con algunos acuerdos, pero no eran significativos en términos de cantidad, debido entre otras cosas, a que no había incentivos para los mismos. A modo de ejemplo, un peón rural que aportaba a la Seguridad Social, tenía como única alternativa la elección de una mutualista y vivía a una distancia significativa de la misma que le impedía acudir en forma oportuna. El prestador no tenía incentivos para brindarle un mejor servicio, o sea más cercano, debido a que era un ingreso seguro y el afiliado no tenía otra opción. Con la entrada en vigencia del SNIS y la habilitación de ASSE como prestador del SNS, las reglas de juego cambiaron. ASSE tiene la mayor cobertura asistencial a nivel nacional, lo que incluye policlínicas en pequeños poblados, las IAMC están interesadas en hacer acuerdos con ASSE para la atención de sus socios en esas zonas, porque de otra manera los perderían, ya que no es viable instalar policlínicas en todas las áreas rurales. Generalmente se ha acordado que la mutualista le paga a ASSE por el uso del servicio, o refuerza los recursos humanos que tiene ASSE a nivel de las policlínicas rurales, ya que hay carencia de profesionales capacitados en esas áreas geográficas del país. Actualmente existen más de 90 acuerdos de complementación.

A modo de resumen en el año 2005 el gasto público promedio, en los beneficiarios de Salud Pública era de \$280,- frente a \$880,- de una cuota IAMC (una relación 3 a 1) pero a partir del presupuesto 2009 el gasto público promedio por mes por beneficiario de Salud Pública será de \$750,- (un 90% del gasto de las IAMC), lo cual muestra el impacto del presupuesto de ASSE.

En el siguiente cuadro se visualiza la evolución del gasto promedio por usuario de ASSE y las IAMC en el período 2004-2009.



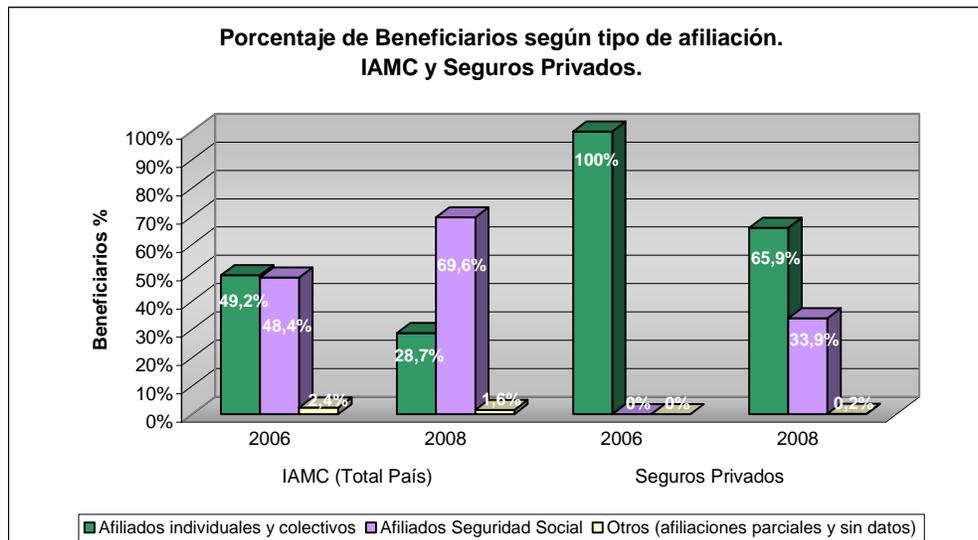
Fuente: "Rendición de Cuentas FONASA" – Informe de la JUNASA

6.2 – IMPACTO DEL SNIS EN EL SUB-SECTOR PRIVADO

La población afiliada al sub-sector privado, ha presentado un incremento sostenido en los últimos años. A Abril de 2009, los afiliados a éste sub-sector, constituían 1.895.791 personas, representando un 56,6 % de la población total del país.

El peso relativo de cada grupo es: 56,9% las IAMC de Montevideo, 39,8% las del interior y 3,3% los Seguros privados. Esta proporción se ha mantenido, relativamente constante, en los últimos años.

El mayor porcentaje de variación de afiliados, corresponde al período 2006-2008, coincidiendo con la creación del FONASA. Siendo el grupo con mayor aumento porcentual, en dicho período, el de las IAMC del interior (33%).



El 33,9% de afiliados mediante la Seguridad Social a los Seguros privados, repercutió en una disminución en igual medida en las IAMC. Estos usuarios estaban afiliados por la Seguridad Social a las IAMC y pagaban de su bolsillo la afiliación a los Seguros privados.

6.2.1 - IAMC

Los principales elementos que impactaron en las IAMC son:

6.2.1.1 - Usuarios

En 2008, las afiliaciones mediante la Seguridad Social a las IAMC del país, se incrementaron aproximadamente un 20%, respecto a 2006, pasando de 48,4% a 69,6%.

Estructura de afiliados Diciembre 2007					
Región	Hombres	Mujeres	Total	Seg. Social	No Seg. Social
Montevideo	432.784	475.409	908.193	436.296	471.897
Interior	320.997	262.684	583.681	326.861	256.820
Total	753.781	738.093	1.491.874	763.157	728.717

Estructura de afiliados Diciembre 2008					
Región	Hombres	Mujeres	Total	FONASA	NO FONASA
Montevideo	505.865	545.134	1.050.999	714.679	336.320
Interior	409.923	345.828	755.751	566.813	188.938
Total	915.788	890.962	1.806.750	1.281.493	525.257

Fuente: Elaboración propia con datos de "Informe Sistema Mutual 2007-2008" - Div. Economía de la Salud – 04/2009

El peso relativo de las afiliaciones por FONASA en 2008, es superior en las IAMC del interior, donde alcanza un 74,6% del total de afiliados.

Cabe destacar, que los afiliados no FONASA contratan de manera particular, financiándolo mediante pago de bolsillo. Para estos usuarios, las cuotas que deben abonar a las IAMC es una cuota promedio, no ajustada por riesgo como en el caso de los FONASA.

A octubre de 2008, de las 40 instituciones de asistencia médica existentes, sólo 3 de ellas se repartían el 33% de los afiliados al sub-sector privado, las instituciones son: CASMU, Médica Uruguay y Asociación Española.

A continuación se presenta la **distribución de afiliados de las IAMC según sexo, edad y tipo de afiliación.**

❖ Diciembre 2007

SEXO	EDAD	INDIVIDUAL	VITALICIO	COLECTIVO	BPS	PARCIAL	SIN DATOS	TOTAL
MASCULINO	< 1	4.385	0	1.697	10	1.236	5	7.333
	1 a 4	11.320	0	5.663	10	2.791	60	19.844
	5 a 14	24.723	5	23.825	45	3.639	278	52.515
	15 a 19	12.127	3	13.831	13.233	1.014	47	40.255
	20 a 44	26.340	9	40.733	259.112	1.076	0	327.270
	45 a 64	29.541	116	44.407	124.763	981	1	199.809
	65 a 74	22.302	143	15.900	19.257	640	0	58.242
	> 74	25.993	168	12.907	8.209	573	0	47.850
	s/d	62	10	51	177	180	183	663
Total	156.793	454	159.014	424.816	12.130	574	753.781	
FEMENINO	< 1	4.248	0	1.519	2	1.179	17	6.965
	1 a 4	11.034	1	5.420	6	2.621	64	19.146
	5 a 14	23.639	2	22.766	26	3.411	251	50.095
	15 a 19	12.108	8	14.061	7.111	1.231	59	34.578
	20 a 44	32.828	8	40.942	194.759	1.551	2	270.090
	45 a 64	42.796	188	40.725	104.919	1.767	0	190.395
	65 a 74	37.823	244	17.086	20.405	1.252	0	76.810
	> 74	57.500	341	18.233	11.859	1.350	1	89.284
	s/d	120	10	140	163	186	117	736
Total	222.096	802	160.892	339.250	14.548	511	738.099	
TOTAL PAIS	378.889	1.256	319.906	764.066	26.678	1.085	1.491.880	

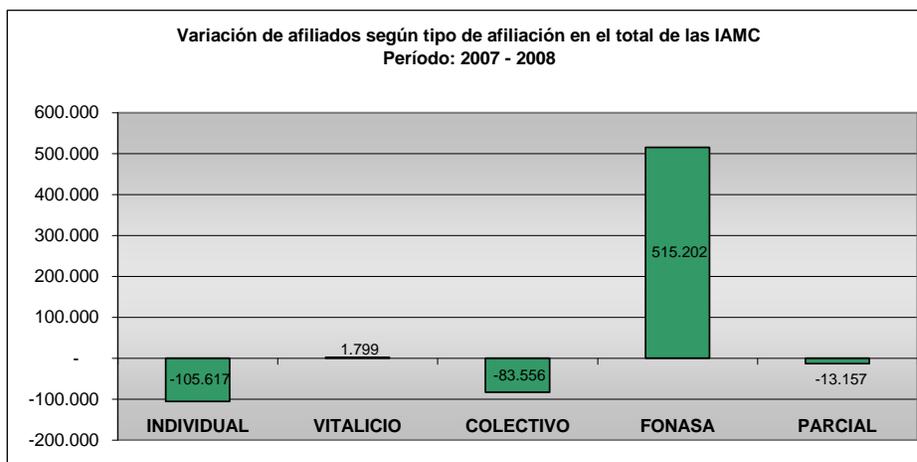
Fuente: SINADI

❖ Diciembre 2008

SEXO	EDAD	INDIVIDUAL	VITALICIO	COLECTIVO	FONASA	PARCIAL	SIN DATOS	TOTAL
MASCULINO	< 1	750	0	701	10.600	280	46	12.377
	1 a 4	1.617	0	1.911	44.431	761	44	48.764
	5 a 14	4.119	2	7.327	117.034	935	187	129.604
	15 a 19	4.529	0	6.292	48.511	428	70	59.830
	20 a 44	23.207	78	37.032	281.232	1.037	103	342.689
	45 a 64	25.401	536	37.483	147.461	975	256	212.112
	65 a 74	19.277	294	15.137	25.386	392	12	60.498
	> 74	24.050	316	13.061	11.475	482	39	49.423
	s/d	8	10	45	114	0	0	177
Total	102.958	1.236	118.989	686.244	5.290	757	915.474	
FEMENINO	< 1	787	0	474	9.950	287	39	11.537
	1 a 4	1.559	1	1.745	42.427	706	56	46.494
	5 a 14	3.995	1	6.789	112.338	932	152	124.207
	15 a 19	4.947	0	6.552	42.601	540	69	54.709
	20 a 44	29.779	71	34.555	220.565	1.503	82	286.555
	45 a 64	38.642	565	32.914	125.327	1.570	100	199.118
	65 a 74	34.408	475	15.586	25.559	1.000	8	77.036
	> 74	55.984	696	18.663	14.155	1.340	15	90.853
	s/d	9	10	11	100	0	0	130
Total	170.110	1.819	117.289	593.022	7.878	521	890.639	
s/d	204	0	72	2	353	6	637	
TOTAL PAIS	273.272	3.055	236.350	1.279.268	13.521	1.284	1.806.750	

Fuente: SINADI

La variación de afiliados según el tipo de afiliación es:



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI

De este cuadro se desprende que el aumento neto de afiliados FONASA fue de 314.870, lo que se explica por el ingreso de usuarios que antes se atendían en Salud Pública y optaron por afiliarse a las IAMC. Si bien, al observar la variación en ASSE (mencionada en el apartado 6.1.2) es una disminución de aproximadamente 105.000 usuarios, el mayor aumento en las IAMC se condice con lo expuesto de que ASSE no cuenta con registro “positivo” de usuarios. O sea, 209.000 usuarios de Salud Pública no contaban con carnet de asistencia ni estaban comprendidos en los usuarios por convenio. A su vez la variación de afiliados FONASA, tuvo una variación negativa por la pérdida de afiliados que optaron por los Seguros privados, que conforman el segmento ABC1 de la sociedad (del nivel socio-económico más alto). La mayoría de estos afiliados ya pertenecían a los Seguros privados, pero antes lo abonaban de su bolsillo, por que ex - DISSE no les permitía afiliarse a uno de ellos.

6.2.1.2 - Financiero

El impacto financiero en estas instituciones se debe básicamente a:

- a) Cambio en la Cuota Salud
- b) Copagos

a) Cuotas Salud

Los prestadores debieron afrontar un cambio muy importante ocasionado por el cambio en la forma de pago de las cuotas salud⁴⁰. En este aspecto, el cambio no sólo se dio en cuanto a la cápita abonada por el FONASA (antes ex – DISSE) que pasó a estar ajustada por riesgo (edad y sexo), sino que ahora también la cuota salud tiene un componente variable, en base al cumplimiento de metas asistenciales fijadas por la JUNASA, para los socios FONASA.

a.1) Capitas

El componente cápita de la cuota salud, impactó “negativamente” principalmente en aquellas instituciones que cuentan con proporción mayor de afiliados de más de 65 años⁴¹ y una baja proporción de afiliados jóvenes.

A continuación, se analiza el impacto del cambio en la forma de pago de las capitas por los afiliados FONASA, en los ingresos totales de las IAMC.

⁴⁰ Es conveniente recordar que el cálculo de la cuota salud antes de entrada en vigencia del SNIS, se realizaba mediante la aplicación de un porcentaje sobre el valor de las cuotas promedios que cobraba cada institución en forma de prepago, por lo cual recibían prácticamente un mismo ingreso independientemente de la estructura de afiliados.

⁴¹ Al momento los mayores de 65 años afiliados por FONASA son los que cobran menos de aproximadamente \$4.500,- y los que se jubilen a partir de la entrada en vigencia del SNIS.

Realizando una comparación de: los ingresos declarados por las IAMC por concepto de: “Cuotas Afiliados DISSE” y “Cápitales FONASA⁴²” en los estados contables de setiembre 2007⁴³; con los ingresos que percibirían las mismas, considerando las capitas FONASA vigentes y la composición de afiliados, a diciembre 2007. Se puede observar el impacto monetario que implica el cambio en la forma de pago, si no existen variaciones en la cantidad de usuarios por edad y sexo, y en su composición por tipo de afiliación⁴⁴.

Ingresos declarados en el Estado de Resultados anual a setiembre 2007		Estimación de ingresos aplicando cuota FONASA con estructura de afiliados a dic. 2007			
DISSE	5.539.798.124	SEXO MASCULINO	EDAD	CAPITA	TOTAL
FONASA	1.123.115.057		< 1	2.732	27.320
Total anual	6.662.913.181		1 a 4	796	7.960
Estimación de ingreso mensual	555.242.765		5 a 14	465	20.925
			15 a 19	453	5.994.549
			20 a 44	419	108.567.928
			45 a 64	867	108.169.521
			65 a 74	1.672	32.197.704
			> 74	2.204	18.092.636
			s/d		212.577
		Total		273.291.120	
		SEXO FEMENINO	< 1	2.334	4.668
			1 a 4	750	4.500
			5 a 14	419	10.894
			15 a 19	599	4.259.489
			20 a 44	888	172.945.992
			45 a 64	1.060	111.214.140
			65 a 74	1.454	29.668.870
			> 74	1.818	21.559.662
			s/d		189.936
			Total		339.858.151
		TOTAL PAIS		613.149.271	

Impacto en \$	57.906.506
----------------------	-------------------

Fuente: Elaboración propia en base a los Estados Contables de las IAMC a setiembre 2007, la estructura de afiliados y el valor de la cápita vigente.

⁴² Los colectivos incluidos dentro de éste concepto son los funcionarios públicos de: Administración Central, Tribunal de Cuentas, Corte Electoral, entre otros, que ingresaron en julio 2007.

⁴³ Es de destacar que aún no se encuentran publicados los estados contables de las IAMC a setiembre 2008, debido a que una institución aún no los ha presentado.

⁴⁴ Supuestos considerados en el análisis:

- las cuotas para los afiliados incluidos en “s/d” se calcularon como un promedio lineal de las demás capitas.
- los ingresos del período 01.10.06 al 30.09.07 se distribuyen linealmente cada mes.
- todas las IAMC tienen la misma estructura de afiliados, y de ingresos.

Se desprende que si la población afiliada mediante ex – DISSE se hubiese mantenido constante, y el único cambio radicara en el ingreso por cuota salud de la cápita ajustada por riesgo, las instituciones en conjunto hubiesen visto incrementados sus ingresos en aproximadamente \$58 millones.

Levantando el supuesto de población afiliada constante, y considerando que el aumento de afiliados FONASA, no sólo se explica por los usuarios que vienen del sub-sector público, sino también por el cambio en el tipo de afiliación. El impacto fue mayor y por ello son objeto de este análisis, los afiliados individuales y colectivos, que pasaron a estar comprendidos como usuarios FONASA⁴⁵.

El cuadro que se presenta a continuación compara la variación de ingresos que produciría el cambio de tipo de afiliación, considerando la cápita constante para ambos años.

⁴⁵ Supuestos considerados en el análisis:

- las cuotas para los afiliados incluidos en “s/d” se calcularon como un promedio lineal de las demás cápitras.
 - los ingresos del período 01.10.06 al 30.09.07 se distribuyen linealmente cada mes.
 - todas las IAMC tienen la misma estructura de afiliados, y de ingresos.
 - cada afiliado individual y colectivo paga la misma cuota independientemente de la edad y sexo.
 - cuota promedio por afiliado individual = total de ingresos por cuotas individuales/12/cantidad de afiliados a Dic.2007.
 - cuota promedio por afiliado colectivo = total de ingresos por cuotas colectivos /12/cantidad de afiliados a Dic.2007.
-

		VARIACIÓN DE INGRESO POR AFILIADOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS				VARIACIÓN DE INGRESOS AFILIADOS FONASA		
		2007		2008		CAPITA	2007	2008
SEXO	EDAD	INDIVIDUAL	COLECTIVO	INDIVIDUAL	COLECTIVO		FONASA	
MASCULINO	< 1	3.767.067	1.220.437	644.310	504.141	2.732	27.320	28.959.200
	1 a 4	9.724.790	4.072.679	1.389.133	1.374.341	796	7.960	35.367.076
	5 a 14	21.239.044	17.134.308	3.538.552	5.269.384	465	20.925	54.420.810
	15 a 19	10.418.068	9.946.888	3.890.775	4.525.040	453	5.994.549	21.975.483
	20 a 44	22.628.177	29.294.093	19.936.678	26.632.432	419	108.567.928	117.836.208
	45 a 64	25.378.093	31.936.337	21.821.500	26.956.780	867	108.169.521	127.848.687
	65 a 74	19.159.210	11.434.858	16.560.492	10.886.129	1.672	32.197.704	42.445.392
	> 74	22.330.076	9.282.372	20.660.883	9.393.125	2.204	18.092.636	25.290.900
	s/d	53.263	36.678	6.873	32.363	-	212.577	136.914
	Total	134.697.789	114.358.652	88.449.197	85.573.733	Total	273.291.120	454.280.670
FEMENINO	< 1	3.649.373	1.092.425	676.096	340.888	2.334	4.668	23.223.300
	1 a 4	9.479.093	3.897.920	1.339.306	1.254.958	750	4.500	31.820.250
	5 a 14	20.307.801	16.372.703	3.432.026	4.882.469	419	10.894	47.069.622
	15 a 19	10.401.745	10.112.298	4.249.871	4.712.025	599	4.259.489	25.517.999
	20 a 44	28.201.890	29.444.401	25.582.554	24.851.040	888	172.945.992	195.861.720
	45 a 64	36.765.204	29.288.340	33.196.584	23.670.876	1.060	111.214.140	132.846.620
	65 a 74	32.492.997	12.287.798	29.559.237	11.209.038	1.454	29.668.870	37.162.786
	> 74	49.397.121	13.112.690	48.094.755	13.421.935	1.818	21.559.662	25.733.790
	s/d	103.090	100.684	7.732	7.911	-	189.936	116.525
	Total	190.798.314	115.709.260	146.138.162	84.351.138	Total	339.858.151	519.352.612
s/d	-	-	175.252	51.780	-	-	753.651	
TOTAL PAIS	325.496.103	230.067.912	234.762.611	169.976.652	TOTAL PAIS	613.149.271	974.386.933	
TOTAL INDIV + COLEC	555.564.014	404.739.263						

Variación de ingresos 2007
- 2008

-150.824.751

361.237.662

Impacto neto en \$ 210.412.911

Fuente: Elaboración propia en base a los Estados Contables de las IAMC a setiembre 2007, la estructura de afiliados y el valor de la cápita vigente.

De este cuadro surge, que el cambio en el tipo de afiliación, impacta positivamente sobre el ingreso del conjunto de instituciones. Considerando los ingresos obtenidos en el cuadro anterior y el número de afiliados en cada año, se desprende que el ingreso promedio por afiliado disminuiría en 2008 respecto a 2007.

Este análisis está hecho en forma global, sin diferenciar Instituciones del Interior y Montevideo ni estructuras, suponiendo que la cuota individual y colectiva promedio es igual para todas las instituciones, por lo que no es posible sacar conclusiones sobre el impacto en cada Institución individualmente considerada.

La relación ingreso-costo de la población afiliada varió por:

- ♦ Pérdida de afiliados que se atendían en los Seguros privados. A los efectos de la Seguridad Social estaban afiliados a una IAMC y dejaron de constituir un ingreso para estas últimas, ya que pudieron optar por afiliarse al Seguro Privado.
- ♦ Nuevos afiliados provenientes del sub-sector público, en muchos casos con una situación socio-económica muy diferente a la de los afiliados que tenían antes de la reforma estas instituciones. Presentando carencias importantes, como ausencia de agua potable, saneamiento, etc. Muchos de estos usuarios tenían un “atraso asistencial”, como es el caso de cirugías no coordinadas, etc. lo que provocó que las instituciones tuvieran que aumentar la cantidad de recursos para poder “poner a punto” a estos usuarios. Afectando en muchos casos la asistencia brindada a los afiliados existentes antes del SNIS.
- ♦ Establecimiento del programa de prestaciones que se deben brindar a los afiliados, muchas instituciones debieron adecuarse para poder cumplirlas, lo cual les generó mayores costos.

A modo de referencia un costo adicional que tendrán las Instituciones, por el que no recibirán una contraprestación económica, es la creación de los CCA. En una primera instancia se estableció que fuesen nombrados por la institución, en la segunda deberán realizar elecciones, con emisión de listas, y establecer un mecanismo que asegure el correcto funcionamiento de esta elección, entre otras cosas. Este requisito lleva un alto costo asociado y no se ha establecido una contraprestación económica para realizarlo.

En el último informe presentado por la JUNASA sobre el sistema mutual, Noviembre de 2009, se expone la evolución del promedio mensual del ingreso y costo operativo por afiliado a precios

contantes a marzo de 2008, considerando el período 2004 – primer semestre 2009. A continuación se muestra el gráfico presentado por la JUNASA.



Fuente: "El desempeño del Sector Mutual 2004 – 2009" - División Economía de la Salud - MSP - Octubre 2009

Manifiestan que "La variación en todo el período fue un decrecimiento de los ingresos promedio por afiliado de 5,5% y de los gastos por afiliado de 5,2%. Esto se explica por un crecimiento de afiliados (36,2%) superior al de los ingresos y costos operativos (28,7% y 29,1% respectivamente)"⁴⁶.

a.2) Metas asistenciales

Las metas asistenciales surgen a raíz de la Reforma, ya que antes de ésta, no había pagos asociados al cumplimiento de objetivos asistenciales. No son obligatorias, pero generan un gran caudal de dinero por cumplirlas, por lo que las Instituciones se ven en la necesidad de hacerlo.

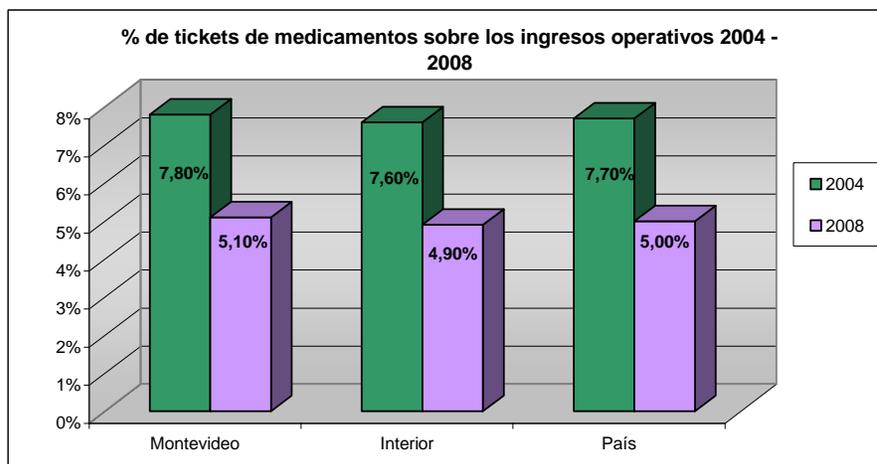
⁴⁶ "El desempeño del Sector Mutual 2004 – 2009" - División Economía de la Salud - MSP - Octubre 2009

Los Contratos firmados entre los prestadores y la JUNASA, establecen que cada exigencia considerará el costo asociado a efectos de no provocar desequilibrios económicos por las nuevas prestaciones. Las Instituciones no han podido determinar el costo exacto de cumplir con algunas metas. Sin embargo, muchas de ellas se quejan de que lo que reciben por cada meta, no es suficiente para cubrir los costos. En el caso de la capacitación de los RR.HH. en áreas específicas, el costo puede ser fácilmente cuantificado. Sin embargo en el caso de seguimiento de un embarazo no es así, para pagar la meta se requiere que se realice los controles obligatorios, si la mujer por falta de educación u otros motivos no asiste, la Institución intentará contactarla, pero no puede obligarla a realizárselos, y lograr que el 100% de las embarazadas se realice los controles puede resultar casi imposible, en algunas instituciones, por más que se realicen inversiones para revertir la situación, por lo cual la determinación del costo que se asocia al logro de éste cumplimiento, puede ser muy diferente de acuerdo a cada institución.

b) Copagos

Desde su liberalización en 1994, los copagos han constituido una importante fuente de ingresos para estas instituciones, constituyendo en algunos casos una barrera al acceso para los usuarios. Siguiendo uno de los objetivos de la reforma, la accesibilidad a los servicios de salud, estos se han ido reduciendo, tanto es así que desde 2005 a la fecha, cayeron a precios constantes un 50% en promedio. Por esta reducción las Instituciones desde 2008, no recibieron ningún tipo de contrapartida.

Este cambio se nota al calcular el peso de los tickets de medicamentos como porcentaje de los ingresos operativos que se ve en el siguiente gráfico:



Fuente: "Los tickets de medicamentos en el costo mutual" División Economía de la Salud - MSP

El costo de los copagos está directamente relacionado con el grado de competencia que tienen los prestadores de salud. La Ley 18.131, introdujo la posibilidad de elegir como prestador por la seguridad social a ASSE, que al no cobrar copagos presiona a la baja de los mismos en las IAMC. Por decreto se estableció que cuando una tasa moderadora se baja para atraer afiliados luego no puede volver a subirse, aún cuando se tenga autorización de precio tope mayor. Es decir la oferta se mantiene mientras dure la afiliación.

Hay convicción de que el precio de los copagos es un factor de importancia en la elección de las personas y su alto precio es un impuesto a la enfermedad, por lo que se busca transformarlo en una tasa moderadora del consumo, objetivo por el que fueron creadas.

6.2.2 - SEGUROS PRIVADOS

En Uruguay funcionan siete Seguros privados, algunos de ellos como sociedades comerciales, y otros como sociedades civiles sin fines de lucro. El Seguro Americano, es la única sociedad comercial sin fines de lucro. Esto impacta directamente en la regulación que tienen las sociedades comerciales, pues se rigen por la Ley 16.060. Por ejemplo, en el caso de la venta de servicios, cuyos

aranceles serán regulados por la JUNASA, a ellos no los alcanza, por regirse a través de contratos privados.

Sus usuarios se afiliaban mediante un régimen de libre contratación que financiaban a través del pago directo. Antes de la implementación del SNIS estas instituciones no contaban con afiliaciones por BPS. Desde la entrada en vigencia, cuentan con afiliados FONASA, con la particularidad de poder realizar selección de riesgo. O sea, pueden no admitir la afiliación de un usuario, y ajustar la cuota de acuerdo a su criterio, a excepción del resto del sistema.

A setiembre 2008, el porcentaje de afiliados FONASA ascendía al 34%, gran parte de este porcentaje se explica por usuarios preexistentes, que tenían doble cobertura, por estar afiliados a una mutualista por ex – DISSE y libre contratación, al entrar los Seguros privados al SNIS optaron por esta cobertura. Los Seguros privados estiman que tuvieron un crecimiento por nuevos afiliados en promedio de un 5 - 7 %, este sería el mayor impacto que tuvieron por la incorporación al sistema, ya que los afiliados existentes no representan un mayor ingreso, debido a que las cuotas individuales no sufrieron modificación.

A agosto 2009, los afiliados a los Seguros privados por FONASA representan el 1,8% del total de afiliados FONASA del país. A continuación se presenta la composición de los afiliados FONASA que optaron por Seguros privados.

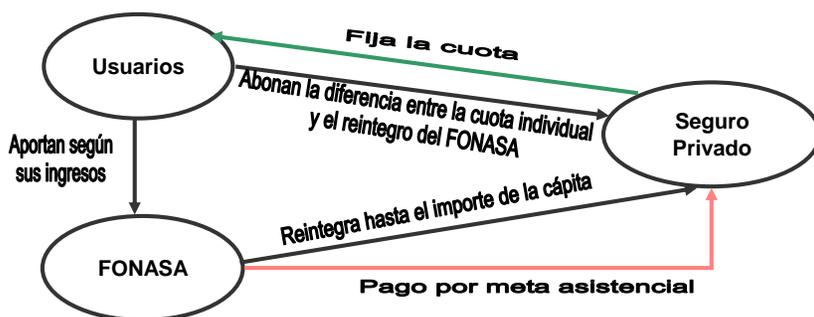
Afiliados FONASA que optaron por un Seguro Privado

Edad	Hombres	Mujeres	Total	Participación %
<1	370	294	664	2,60%
1 a 4	1.655	1.585	3.240	12,70%
5 a 14	3.094	2.928	6.022	23,60%
15 a 19	809	770	1.579	6,19%
20 a 44	3.587	5.382	8.969	35,15%
45 a 64	2.194	2.501	4.695	18,40%
65 a 74	173	133	306	1,20%
>75	30	9	39	0,15%
Total	11.912	13.602	25.514	100%
% según sexo	46,69%	53,31%	100%	

Fuente: "Informe FONASA agosto 2009" - División Economía de la Salud – Noviembre 2009

El FONASA reintegra al seguro como máximo, la capita estipulada por la JUNASA asociada al usuario⁴⁷. El resto, hasta cubrir la cuota contratada por el usuario en el Seguro Privado, lo debe abonar de su bolsillo. En caso de que el aporte obrero-patronal, que se realice por el usuario al FONASA no llegue a cubrir la cápita, este último reintegra al seguro, sólo el monto del aporte realizado.

Están incluidos en las metas asistenciales, debiendo cumplir con los mismos requisitos y formalidades, que el resto de los prestadores incluidos en el SNIS, para acceder al cobro de las mismas. El financiamiento de este pago, es el mismo que al resto de los prestadores, constituyendo un plus en los ingresos, ya que no es descontado de las cuotas que abonan los afiliados.



⁴⁷ Con usuarios nos referimos al trabajador activo y a los hijos comprendidos en el FONASA.

Los Seguros privados, están exonerados de conformar CCA, no obstante, deberán proporcionar a las organizaciones de trabajadores de la institución, la información a que refiere el art. 3 del Dec. 269/008 de 2 de junio de 2008⁴⁸.

A estas instituciones, tampoco les alcanza la regulación de los copagos, por lo cual pueden fijar sus precios libremente, de tickets de medicamentos y órdenes para consultas.

Resumiendo, el impacto en estos prestadores es favorable ya que le permitió captar nuevos afiliados, manteniendo prácticamente la regulación incambiada.

6.2.3 - EMERGENCIAS MOVILES

La Ley 18.211, en su art. 46 define que: *“Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán ofrecer a su población usuaria prestaciones de emergencia médica incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública. La reglamentación definirá las modalidades y fecha de aplicación de esta disposición”*. Este artículo se reglamenta en el Dec. 309/008, que definió, que la prestación a brindar a los usuarios sería el llamado **“Clave 1”**, o situaciones con riesgo de vida.

Los llamados se clasifican de acuerdo al riesgo de vida asociado, de la siguiente manera:

- ◆ **Clave 1**: son llamados con riesgo de vida, o también denominados “Clave roja”, es la situación más dramática en términos de salud que se puede presentar en una persona, ya que su vida corre peligro en forma inmediata. En ese caso la asistencia médica debe brindarse como máximo en un lapso de 15 minutos. Ejemplo: paro cardiorrespiratorio.

⁴⁸La información incluirá: a) Estados de resultados; b) Ingresos y egresos de caja; c) Estado patrimonial y composición de los pasivos; d) Número y estructura de afiliados; e) Estructura de recursos humanos. La información correspondiente a los literales a), b) y d) será entregada en forma trimestral, la del literal e) semestral y la del c) anual.

- ◆ Clave 2: son llamados de urgencia, es una situación en la cuál los síntomas pueden ser importantes en términos de dolor y/o ansiedad, pero la vida no corre riesgo inminente. Ejemplo: cólicos nefríticos.

- ◆ Clave 3: son llamados de baja complejidad, es la solicitud de atención médica por situaciones que no son dramáticas del punto de vista objetivo, en las que la persona no corre riesgo de vida. Ejemplo: gripes.

Los llamados de acuerdo a la clasificación planteada son:

- ◆ Clave 1: 5%
- ◆ Clave 2: 25%
- ◆ Clave 3: 75%

Se estimó que quedaría implementado en el 2008, integrándose las emergencias móviles al SNIS. Aún no se ha llegado a un acuerdo entre éstos y el MSP, debido entre otras cosas: a que el país esta entrando en una etapa de recesión y esto requiere mayor cantidad de recursos de los presupuestados; muchas emergencias cuentan con policlínicas y prestaciones accesorias que son brindadas por otros prestadores ya incluidos en el SNIS, por lo que esta infraestructura “extra” queda fuera del sistema; las emergencias consideran que la división que se realiza entre urgencia⁴⁹ y emergencia⁵⁰ es una división artificial, difícil de determinar en muchos casos antes de ver al paciente.

El Dec. 309/008, redefine los requisitos a cumplir por las emergencias móviles para ser habilitadas por el MSP. Estos no han entrado en vigencia, por no haberse concretado la integración al SNIS de las emergencias.

⁴⁹ Urgencia: Clave 2

⁵⁰ Emergencia: Clave 1

Actualmente hay 50 emergencias móviles habilitadas en todo el país, de las cuales casi el 95% están nucleadas en la Cámara Emergencias Móviles⁵¹. Esta, cuenta con 970.000 afiliados y 5.000 funcionarios.

La entrada en vigencia de la reforma, impactó negativamente en el número de afiliados, ya que muchos usuarios se desafiliaron creyendo que quedarían cubiertos por los prestadores integrales. Según palabras del Presidente de la Cámara de Emergencias Móviles: *"...Nosotros estimamos que en Montevideo se dio una baja de un 10%, 15% y en el interior un promedio del 30%, lo que hizo que quedaran muchas empresas con una gran inestabilidad.... De hecho en algunos casos se llegó al cierre de algunas emergencias..."*.

El mecanismo de integración al SNIS, que ha planteado el MSP, es que los prestadores integrales, contraten la emergencia móvil, y el monto por afiliado que se le abone a las mismas lo realicen los prestadores. Como aún no se ha llegado a un acuerdo entre las Emergencias y el MSP, la integración de las mismas, según palabras del Director General de Secretaría del MSP⁵², ha quedado postergada hasta el 2011.

⁵¹ Dr. Jorge Vidal, entrevista presentada en el Anexo 1.

⁵² Ec. Daniel Olesker.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

Antes de plantear las conclusiones, es importante puntualizar que aunque el análisis pretende ser exhaustivo, las conclusiones son muy prematuras. Un proyecto tan ambicioso como lo es la Reforma de la Salud, apuntando a cambios medulares del sistema, necesita mucho tiempo para mostrar los resultados reales, en los cambios de los modelos de atención, gestión y financiamiento propuestos.

En este apartado, se incluyen puntos de vista de los distintos actores, que si bien en algunos casos pueden no ser compartidos por los autores, se entiende procedente incluirlos en tanto reflejan parte de la opinión pública, de expertos y de los actores involucrados. Facilitando el arribo a conclusiones que propicien una interpretación de los aspectos claves de la reforma.

7. 1 - Fortalezas y Debilidades

A continuación se presenta un análisis de las principales fortalezas y debilidades de la reforma.

Fortalezas:

- ✓ Haber logrado implantar una Reforma, el sistema anterior presentaba muchas dificultades que lo hacían insostenible, en el corto – mediano plazo, lo cual hacía inminente la necesidad de un cambio en el sistema de salud, aún no se ha llegado a su total implantación, pero los cambios instaurados han permitido un avance en muchos aspectos. Esta opinión es compartida en su totalidad por los diferentes entrevistados.

- ✓ Integración del sub-sector público y privado, permitiendo que los beneficiarios del SNS, puedan optar por el prestador que mejor se adecue a sus necesidades. Evitando la doble cobertura descrita como uno de los problemas del sistema de salud anterior.
- ✓ La “Solidaridad en el financiamiento” permite financiar a más personas con el aporte que se realiza a la seguridad social.
- ✓ Cambio en el mecanismo de pago de la cuota salud, con un componente de cápita ajustada por riesgo (edad y sexo), y un componente de meta asistencial.
- ✓ La incorporación de metas asistenciales al SNIS, es una innovación que permite guiar al sistema mediante incentivos económicos a los prestadores.
- ✓ Separación de ASSE y MSP, pasando ASSE a ser un prestador más del sistema con los mismos derechos y obligaciones que los prestadores privados, y permitiendo al MSP, actuar como policía sanitaria, estableciendo políticas en materia de salud, y asegurando el correcto funcionamiento del sistema de salud.
- ✓ Creación de la JUNASA, como organismo de contralor del SNIS, permitiendo a los diferentes actores del sistema tener participación en las decisiones, que marcan el rumbo del mismo, y asegurar el correcto funcionamiento de los cambios instaurados. Aunque la participación de los delegados de los funcionarios, usuarios y prestadores es limitada, ya que los representantes del Gobierno son mayoría.
- ✓ Contratos de gestión, entre la JUNASA y los prestadores, estableciendo los derechos y obligaciones de ambos.
- ✓ Establecimiento de Vademecum Único de Medicamentos y del PIAS, lo que permite tener una lista taxativa y obligatoria de las prestaciones a brindar a los usuarios.
- ✓ Se comenzaron a realizar auditorías de historias clínicas, para verificar el cumplimiento de las metas asistenciales, en el marco del rol rector del MSP y la JUNASA.
- ✓ Creación del “Fondo de Garantía para la Reestructuración de Pasivos de las IAMC”, con el objetivo de revertir la situación de endeudamiento agudo de las IAMC.

- ✓ Incentivo a la complementación de servicios entre prestadores públicos y privados, con el objetivo de atacar la duplicación de servicios y hacer un uso más eficiente de los recursos existentes.
- ✓ Cambio en el modelo de atención, de enfocarse en lo curativo, a lo preventivo, o sea, el primer nivel de atención.
- ✓ Establecimiento de programas de salud preventiva por parte de las IAMC y ASSE, ya que antes del SNIS sólo los Seguros privados contaban con los mismos.
- ✓ Aumento de las prestaciones financiadas por el FNR, que cumplen un doble rol. Asegurar el acceso a los usuarios a tratamientos de enfermedades de alto riesgo y baja frecuencia de ocurrencia, y reducir el peso económico que tienen estas patologías sobre los prestadores.
- ✓ Disminución del peso de los copagos, permitiendo una mayor accesibilidad a los usuarios. Procurando que vuelvan a tener una función moderadora de la demanda y no de financiamiento de las instituciones.
- ✓ Elección del BPS para la administración del FONASA, debido a que el BPS ya contaba con la infraestructura y experiencia para administrarlo.

Debilidades:

- ✘ Los usuarios del sistema no integrados aún al FONASA, siguen contratando directamente con la mutualista, abonando una cuota diferente al de su cápita FONASA, imposibilitándolos de integrarse al SNS mediante el aporte en forma particular al FONASA.
- ✘ Aumentó la dependencia económica que tiene los prestadores hacia el Estado, no permitiendo a los mismos diversificar su riesgo.
- ✘ El sistema no se autofinancia, y le da la potestad al PE de poner la diferencia entre la recaudación y los pagos que se deben realizar, con lo cual no se vislumbra con claridad lo que puede suceder frente a una crisis económica.
- ✘ Los medicamentos y tickets tienen distinto costo dependiendo de la Institución prestadora.

- ✘ El pago de las metas no es uniforme, algunas se pagan por los afiliados FONASA y otras por toda la población afiliada.
- ✘ Los Seguros privados mantienen capacidad de selección de riesgo, y no tienen regulado el monto máximo a cobrar a sus afiliados.
- ✘ No existen previsiones concretas sobre como se realizará la incorporación de las emergencias móviles al SNIS.
- ✘ No se tuvo en cuenta en la planeación del sistema, la capacidad instalada con que cuentan las emergencias móviles en cuanto a policlínicas y demás servicios que brindan.
- ✘ No se integró la Sanidad Policial, Sanidad de las Fuerzas Armadas, ni el Hospital de Clínicas, en una primera instancia. Así como tampoco se tiene previsto un mecanismo de complementación entre las prestaciones que se brindan por parte de las Intendencias Municipales, y los entes autónomos y servicios descentralizados. Respecto al Hospital de Clínicas se prevé su incorporación al SNIS, en breve, como proveedor de servicios a ASSE.
- ✘ La definición del Sistema no se discutió de manera abierta con los distintos actores, generando ciertas resistencias y no involucramiento con los objetivos que guían la reforma.
- ✘ Exclusión de la variable endeudamiento en la fijación de las capitas, las IAMC presentaban niveles diferentes de endeudamiento. Esto, junto a la composición de la cartera de afiliados, son determinantes de la viabilidad de las instituciones. Aunque se determinó un tope de endeudamiento para integrarse al SNIS.

7. 2 – Aspectos aún no implementados

A continuación se realiza un análisis, enumerando una lista no taxativa de los aspectos aún no implementados de la Reforma, basado en la revisión de la reglamentación y la comparación con los avances hasta ahora obtenidos.

Incorporación de los nuevos afiliados: Esta previsto en la Ley 18.211 que se integren:

- ❖ **Conyugue o concubino:**

- ◆ Antes del 31 de diciembre de 2010: cónyuge o concubino del aportante con 3 o más hijos menores de 18 años a cargo.
 - ◆ Antes del 31 de diciembre de 2011: cónyuge o concubino del aportante con 2 hijos menores de 18 años a cargo.
 - ◆ Antes del 31 de diciembre de 2012: cónyuge o concubino del aportante con 1 hijo menor de 18 años a cargo.
 - ◆ Antes del 31 de diciembre de 2013: cónyuge o concubino del aportante sin hijos menores de 18 años a cargo.
- ❖ **Jubilados:** A partir del 1 de enero de 2011.
 - ❖ **Cajas de Auxilio o Seguros convencionales:** Tienen hasta el 1 de enero de 2011 para integrarse.

Asimismo el PE esta facultado a postergar las fechas de ingreso establecidas, si fuera necesario para asegurar la sostenibilidad de las cuentas públicas.

Emergencias móviles: Su integración está postergada, y el PE tiene la potestad de determinar su fecha de ingreso. Aún no se vislumbra la manera en que se realizará la integración. El MSP plantea que la contratación sea hecha por los prestadores integrales y las Emergencias móviles quieren que sea a través del FONASA para recibir directamente el pago.

La infraestructura con que cuentan, no fue considerada a la hora de evaluar los recursos existentes en el punto de partida de la Reforma. El MSP alega que la necesidad que tiene el SNIS con respecto a las prestaciones de las Emergencias es sólo la “Clave 1”. Sin embargo, éstas brindan más prestaciones pues la gente demandaba servicios, que los prestadores no le daban en las condiciones deseadas (sólo el 5% de las llamadas que reciben corresponden al llamado “Clave 1). Las prestaciones accesorias que brindan son necesarias para cumplir con los programas integrales de prestaciones, pero le son exigidos a los prestadores integrales.

En lo que refiere a la “Clave 1”, bajo el principio del SNIS de evitar la duplicación de recursos, el MSP no autorizará, siempre que le sea posible, la creación de nuevas emergencias, debiendo los prestadores privados que no cuentan con emergencias propias, contratar con las existentes.

A pesar de que las emergencias tienen más que ver con lo asistencial que con lo preventivo, es importante que el usuario reciba una respuesta rápida cuando se encuentra con un malestar y no puede asistir a ninguna institución. De hecho ante la epidemia de influenza que vivió el sistema, las emergencias cumplieron un rol muy importante en la descontracturación del mismo, debido a que su infraestructura esta planeada para una rápida respuesta a domicilio entre otras cosas, tal es así que el MSP decretó que las mutualistas aceptaran recetas de las emergencias para la compra del medicamento utilizado para esta enfermedad.

Regulación de la venta de servicios por la JUNASA: ésta medida tiene por objetivo fomentar los acuerdos de complementación entre los prestadores. El Director General de Secretaría del MSP⁵³, expresó que aún no se cuenta con los recursos suficientes para implementar esta medida cabalmente, pues la Ley 18.211 expresa en el art. 41 que le competirá a la JUNASA revisar todos los contratos que haga cualquier prestador integrado en cualquier ámbito. La ley también expresa que la JUNASA tiene 30 días para expedirse, si no lo hace en ese plazo se considera aprobada la propuesta presentada. En el caso de que un prestador presente un contrato, se revisa y la JUNASA se expide, pero no se está incentivando activamente a que se presenten, por lo que por ahora esta pendiente su implementación en la forma que la ley lo prevé hasta que haya una adecuación de los recursos necesarios.

Modelo de Atención: Como se mencionara a lo largo del trabajo, hubo un cambio de enfoque, pasando de lo asistencial a lo preventivo. Para lograr el cambio, es necesario modificar varias cosas que por ahora no se han logrado resolver. Según expresa el Director General de Secretaría del MSP, uno de los puntos vitales para alcanzarlo es cambiar el sistema de remuneración a los

⁵³ Ec. Daniel Olesker.

médicos, pues es necesario contar con médicos generales. En Uruguay, se premia la especialización debido al anterior sistema, remunerando mejor a quien tenga más especializaciones, en áreas lo más complejas posibles. A su vez, el posgrado de Médico de Familia no cuenta con muchos egresados, pues esta rama no ha tenido incentivos hasta ahora. Entonces, el punto de partida de la aplicación, son pocos médicos generalistas con capacidad de cumplir la función planteada en la meta del médico de referencia. La idea es que el médico pueda solucionar en el primer nivel, problemas que no requieren de un especialista, y a su vez al estar referenciado el médico conocerá a sus pacientes y podrá brindarles una asistencia más integral, en cuanto al conocimiento que tenga de él y al seguimiento que podrá realizarle enfocándose en lo preventivo. Se ha avanzado en conseguir especializar a médicos en esta área, pero aún no se ha modificado el sistema de remuneración vigente.

Otro punto básico para alcanzar el modelo propuesto, es la educación en salud en los aspectos determinantes de la misma, o sea los aspectos físico, mental y social. Se han realizado algunos programas vinculados a la educación sexual, tabaquismo, drogas, alimentación saludable, etc. Todavía queda mucho por hacer en esta área y la salud esta relacionada con otros factores del entorno como el saneamiento, agua potable, etc., que afectan el bienestar de las personas y que deben ser solucionados.

En este sentido, sería deseable que la autoridad sanitaria, ya sea la JUNASA o el MSP, estipulara el número máximo de afiliados por institución considerando la capacidad instalada y los medios de la misma, lo que repercutiría en mejores tiempos de espera y atención a los usuarios sin saturación de los servicios. Resulta claro que la posibilidad de contratación de servicios a terceros existe y es viable, pero generalmente las instituciones privadas lo hacen para el segundo o tercer nivel de atención. La fijación de parámetros que indiquen cuando una institución debe contratar servicios, repercute en que no se pierda la calidad asistencial. Se reconoce que no es sencillo realizar estas estimaciones, pero este aspecto es muy importante para avanzar en la equidad del sistema, buscando solucionar eventuales superpoblaciones en detrimento de la calidad de la asistencia.

7. 3 – Conclusiones

A continuación se expone un detalle más profundo de las conclusiones discriminadas en función de los distintos aspectos que conforman la reforma del sistema de salud.

Cambio en la forma de pago a los prestadores

1. Capitas ajustadas por riesgo

Antes de la entrada en vigencia del SNIS, en las IAMC, se presentaba el fenómeno de “selección adversa” de socios, o sea por individuos con riesgo diverso las IAMC cobraban una misma prima a ex – DISSE. Es un importante avance que la cápita se haya comenzado a ajustar por riesgo, pues de esta manera, no se incentiva a que los prestadores prefieran atraer a cierto tipo de población, en desmedro del resto. Las variables que se tomaron para reflejar el riesgo, son la edad y el sexo. Estas variables, no representan fielmente el riesgo asumido por los prestadores, debido a que hay otras variables importantes en juego, como: la carga genética del afiliado, el estilo de vida (por ejemplo si hace deporte o lleva una vida sedentaria), la regularidad con que controla su salud, contexto socioeconómico, etc.

Considerando el riesgo inherente a través de la edad y el sexo como únicas variables se hace una sobre simplificación del mismo, ya que puede ocurrir que 2 instituciones con una cartera idéntica de afiliados (mismo tamaño y estructura en términos de edad y sexo), incurran en costos diferentes recibiendo el mismo ingreso.

Cabe destacar que esta sobre simplificación fue analizada por los propulsores de la reforma, ya que al inicio se considero ajustar la cápita al riesgo real inherente, pero debido a la complejidad del mismo para una primera etapa se realizó la simplificación antes mencionada. Basados en otras

experiencias en el mundo, el MSP explica que no se han considerado más variables, pues agregan poca certidumbre y son muy costosas.

El Plenario de las IAMC, afirma que sus costos se han incrementado, pues la población que ingresó por FONASA desde Salud Pública, presentaba serias carencias asistenciales, lo que requirió de mayores recursos para nivelar la situación con el resto de su población usuaria. Esta problemática no es compartida por el MSP, basado en la información asistencial que los prestadores presentan al SINADI, concluyó que del análisis de esas cifras, no se desprende tal situación.

Por otra parte, en el cambio en el mecanismo de pago de las capitas, se preveía que los que gastan más tengan una cuota acorde a su gasto, y que en promedio los prestadores continúen recibiendo un ingreso similar al anterior. Sin embargo, el ingreso a FONASA de los mayores de 65 años se prevé para el 2011, impidiendo llegar al equilibrio deseado por el sistema desde un primer momento. Según el MSP, este desequilibrio momentáneo, es parte del proceso de implantación de la reforma, pero a partir del ingreso del colectivo mencionado los ingresos aumentarán. Lo que se ha realizado, es quitar de los ingresos de las instituciones el descreme del mercado por los jóvenes, cobrando el valor real de acuerdo al riesgo y no un promedio que contenía un “plus” de ingresos no sustentado en los costos.

2. Metas asistenciales

El pago por Metas asistenciales es un instrumento, que guía al SNIS hacia la consecución de los objetivos que persigue. Con éstas, se plantean los diferentes pasos que los prestadores deben ir siguiendo, para llegar al cambio de modelo de atención deseado, a través de un estímulo económico. No son obligatorias, pero implican un importante ingreso para los prestadores, por lo que de cierta manera están “obligados” a cumplir con ellas.

Debido a la importancia para los usuarios, por el acceso a un mejor sistema, y para los prestadores, en el plano económico, es primordial que a la hora de determinar metas, se persiga un criterio de eficiencia, enfocándose en la resolución de los problemas existentes y no sólo persiguiendo fines teóricos. Esto permite que los prestadores se involucren con el fin que se persigue y se vean motivados, no sólo económicamente, a alcanzarlas.

Se percibe cierta incongruencia, porque dependiendo de la meta, se evalúan los afiliados FONASA, o toda la población afiliada, para verificar el cumplimiento de las mismas y se paga en base a ello. No teniendo certeza de que ocurre con los usuarios no comprendidos en el FONASA, en cuanto al cumplimiento de las metas en que estos quedan excluidos.

Disminución de los copagos

El precio de los tickets y órdenes, sufrió un aumento sostenido y significativo desde 1994, por lo que habían dejado de cumplir su función de moderadores de la demanda, convirtiéndose en fuentes de financiamiento para las instituciones y una barrera de acceso asistencial. La gradual disminución a la que han sido sometidos desde el 2005, es un importante avance en cuanto a la accesibilidad de los usuarios, como objetivo de la reforma.

Desde la perspectiva de los prestadores privados, significó un impacto negativo, porque desde 2008 las disminuciones no han tenido una contrapartida a cambio de la reducción de los mismos.

De todas maneras que aún no sean uniformes entre los distintos prestadores, es algo en que trabajar, pues los precios deberían ser universales en un sistema integrado. Los Seguros privados no están alcanzados por la política de reducción de los copagos.

Medicamentos

Se ha avanzado al respecto, con la creación del Vademecum único de medicamentos, donde se listan los principios activos que las instituciones deben brindar a sus afiliados. Si bien la Ley 18.211 establece en su art. 7, que se recete por principio activo, según las fuentes consultadas aun no se ha llevado a la práctica, ya que los médicos entre otras razones, prefieren indicar la marca que mejor se adecue al paciente, y en caso de que no haya disponibilidad en la farmacia se dé el cambio por otro medicamento equivalente (en cuanto al principio activo) en ese momento.

Las compras de medicamentos del Estado, desde el 2002, se realizan a través de UCAMAE, estando habilitados el sub-sector público y las IAMC a comprar por este sistema. En los hechos el sub-sector público es el único que lo utiliza. Por su parte los prestadores del sub-sector privado realizan las compras en forma individual o asociados con otros, como por ejemplo FEMI, realiza las compras a través de COCEMI. Los prestadores del sub-sector privado reconocen que en muchas ocasiones, el precio al que consiguen los medicamentos es superior al que lograrían si lo hicieran a través de UCAMAE. Pero comprando directamente a los laboratorios, logran obtener una financiación de cerca de 90 días, mientras que si la compra la realizan por UCAMAE, el precio es contado. Esto afecta negativamente el sistema, haciendo que el mismo pierda eficiencia y afecte en última instancia a los usuarios. Al tratarse de un Sistema Nacional Integrado, la meta debería ser crear una política nacional de medicamentos integrando a todos los prestadores, a través de la cual se pudieran regular los precios, por ejemplo: controlando los beneficios máximos de los laboratorios sobre los medicamentos; o estableciendo, al igual que en casi todos los países de Europa y Brasil, un sistema de compra donde ningún producto farmacéutico en el país podría costar más caro que el precio de venta al público en un grupo de países tomado como referencia. Hay que considerar que la economía de escala, que logra Uruguay, limita el poder de negociación, por lo que otra alternativa sería, la implantación de regímenes especiales de promoción, como exenciones arancelarias e impositivas, así como la homologación del registro concedido en otros países con

mayor volumen de mercado, de manera que en las licitaciones se pueda contar con una mayor cantidad de oferentes.

Si el sistema de compras centralizado realizara las compras para todo el sistema de salud, podría regular completamente los precios, adquiriría un gran poder de negociación, lo cual impactaría en la disminución del valor de adquisición de los mismos, repercutiendo en que todas las instituciones cobren el mismo valor por los tickets de medicamentos y no se vean afectadas por hacerlo, lo que estaría directamente vinculado a la equidad y accesibilidad de toda la población.

Uno de los aspectos que debe preverse para alcanzar un cambio de esta magnitud, es la existencia de “mecanismos perversos” de mercado, por lo que sería recomendable crear un comité de compras con oposición de intereses, que integre a los distintos actores del sistema, generando incentivos que logren la eficiencia, y previendo auditorias a dicho comité y a los laboratorios, que aseguren su correcto funcionamiento.

Remuneración de los RR.HH.

En ASSE se dio un importante aumento de salarios, avanzando en la nivelación de salud pública con la privada. Estos aumentos se dieron ligados a la firma de contratos que comprometen a cumplir la jornada laboral estipulada. En el sub-sector privado, los salarios han ido aumentando de acuerdo a los laudos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, sin cambio alguno en la forma de pago de los mismos.

Una debilidad importante de la reforma hasta el momento, es que no prevé cambios en la escala salarial ni en la forma de pago a los médicos. En la forma de remuneración actual, podemos encontrar dos problemas claramente definidos. Primero, el pago por acto médico, que va en detrimento del cambio en el modelo asistencial, ya que ésta forma de pago, entre otras cosas, premia el fomento del consumo desde los médicos al paciente. En segundo lugar, y no por ello

menos importante, se premia la especialización, mediante un salario mayor, dependiendo de la cantidad y tipo de especialidad, que el médico posee, lo cual no se condice con la estrategia asistencial que apunta al primer nivel de atención.

El perfil de los recursos humanos médicos, aún no está adecuado al nuevo sistema de salud. Para revertir esta situación no sólo es necesario el cambio en la forma de pago (ya que es uno de los incentivos que visualizan los estudiantes a la hora de definir su especialidad), sino también a nivel de la oferta educativa. Apuntando a encontrar soluciones a este último punto, existe una comisión integrada por: el MSP, la Universidad y ASSE que fijan los cupos de especialidades médicas. Se le están dando más cupos a las especialidades enfocadas en el primer nivel de atención, como por ejemplo: médico de familia, que es una especialidad con pocos egresados y sin mucha demanda a nivel laboral hasta que se estableció la meta del médico de referencia. Al no contar el mercado, con suficiente personal en esta área, se realizó un acuerdo con una universidad de Argentina, para reconvertir médicos generales, en médicos de familia.

Descentralización de ASSE e integración como prestador del SNIS

Este cambio ha sido clave en la consolidación de un sistema único y homogéneo, pues ASSE quedó en la órbita de los prestadores privados en cuanto a la regulación que la rige y al hecho de que pasó a ser elegible por parte de los afiliados a la seguridad social y de recibir socios mediante una cuota. Se ha avanzado en cuanto a:

- ♦ Evitar la doble cobertura y el subsidio implícito del sub-sector público a las IAMC, permitiendo que los afiliados a través de la seguridad social opten por el prestador que deseen.
- ♦ Mejora de la atención brindada a los usuarios, por la pérdida de aproximadamente 105.000 afiliados, lo que sumado a importantes inversiones que se han realizado, permitió igualar el gasto per capita con el sistema mutual, que tenía una relación de 3 a 1. Asimismo, los usuarios se han visto beneficiados por prestaciones incluidas en el sistema público como

la fertilización asistida y el Hospital de ojos, que en el privado no se incluyen de la misma manera.

- ♦ Se mantuvo la política de no cobro de copagos, manteniendo la accesibilidad para los antiguos usuarios y brindando éste beneficio a los usuarios que se incorporen por FONASA.
- ♦ Los acuerdos de complementación son muy importantes, ya que debe primar el criterio de eficiencia antes que el de origen de los servicios, o sea, las prestaciones sanitarias deberían provenir de quien logre mayor nivel de calidad al menor costo. Evitando la superposición de servicios.

Aún resta avanzar mucho en pos de alcanzar la homogeneidad e igualdad en la calidad de la prestación de servicios en el intento de derribar la fragmentación existente en el sistema de salud.

Se mantiene la forma de asignar los presupuestos dentro de las unidades ejecutoras en ASSE, que se realiza mediante criterio histórico sin tener en cuenta la cantidad y tipo de población que atiende cada una, lo que genera ineficiencias e inequidades al interior de ASSE, repercutiendo en última instancia sobre el usuario. Una propuesta surgida en el MSP, es crear centros regionales de primer nivel, apuntando a descentralizar la atención de prácticas complejas, que hasta ahora se concentran en la capital. La idea es dividir al país en regiones lo suficientemente amplias, teniendo cada una de ellas infraestructura propia tal que permita resolver la mayoría de casos, y derivar a Montevideo sólo los más complejos, que se estima podrían llegar a ser un 5% de los casos.

Es importante que la gran inversión realizada y la que se prevé realizar cumpla con criterios de eficiencia y con una estrategia que guíe el gasto, porque el simple hecho de dotarla de mayores recursos no la hace más eficiente. El aumento de los salarios médicos y no médicos, y la inversión en infraestructura es importante en cuanto realmente repercute en el nivel de atención que se brinda y a la equidad del sistema, sino la inversión terminará cayendo en saco roto.

Gestión de instituciones

La gestión de las instituciones es abordable desde diversas perspectivas, por lo cual se enumeraran a continuación las más significativas:

Se ha avanzado en determinar la función de producción de las instituciones, mediante el establecimiento de índices asistenciales que se nutren de la información que proporcionan las instituciones, excepto ASSE, que tiene plazo hasta fines del presente año para suministrarla. El Estado, a través del SINADI, cumple el rol de gestor de la información, promoviendo el intercambio, normalización y divulgación de la misma, aunque en la medida en que el sistema de información con que cuentan las instituciones aún no es del todo fiable, puede no resultar exacta y por tanto su comparabilidad es limitada. Resultando de suma importancia avanzar en cuanto a la implantación de sistemas de información, entendiendo por tales, al conjunto de personas, equipos y procedimientos destinados a cumplir con la función de recopilar, ordenar, analizar, evaluar y distribuir la información necesaria de manera puntual y precisa.

La mayoría de las instituciones son administradas y gestionadas por médicos, los que no en todos los casos cuentan con la capacitación para desempeñar tales funciones. Es importante trabajar en la profesionalización de los dirigentes de las instituciones, un mecanismo tendiente a solucionarlo que funciona desde inicios de la presente década, es la diversificación de posgrados en gestión de salud instalados por diferentes universidades privadas y públicas, aunque no es suficiente.

No obstante, el médico constituye un factor clave en el proceso organizacional, especialmente por tener un poder derivado de su conocimiento técnico, para inducir decisiones estratégicas, con impacto en los resultados de la empresa. Esto hace necesario trabajar en la alineación de los objetivos individuales del médico con los objetivos de la institución, que hasta el momento se ha visto menoscabado, debido entre otras cosas a: el multiempleo, que genera escaso compromiso; falta de estándares en la gestión clínica, tema abordado en parte por el formulario terapéutico en

algunas áreas; y las modalidades de contratación de servicios, que no contemplan que compartan riesgos.

El mantenimiento de la condición teórica de “sin fines de lucro”, basadas en tres objetivos:

- maximizar la rentabilidad de un núcleo reducido de dueños,
- generar y mantener salarios y fuentes de trabajo,
- maximizar beneficios de la conducción que representa a dueños atomizados.

Existencia de un corporativismo no constructivo, es decir, la presión ejercida con éxito sobre los ministerios para lograr decisiones que favorecen a determinado tipo de empresas en perjuicio de otras.

Es fundamental que se cambie el paradigma de *“instituciones sanitarias sin fines de lucro como sinónimo de empresas que no tienen por objetivo explícito ni siquiera alcanzar un equilibrio financiero”*⁵⁴. Para esto, es primordial contar con un plan estratégico que guíe a la institución, tanto pública como privada, donde se definan objetivos precisos, la manera de alcanzarlos e indicadores para evaluar el avance hacia ellos. El control de la gestión es preciso para corregir cualquier desvío e incluso cambiar el rumbo si hay cambios en el ambiente tanto interno como externo. Sería conveniente antes de trazar este plan, contratar una empresa de consultoría externa para que realizara un diagnóstico organizacional sobre el cual se podría trabajar una vez realizado el informe final. También sería bueno que en las primeras instancias de cambio organizacional se contara con el apoyo de la consultoría que puede ser la misma que realice el diagnóstico u otra, sobre todo en la órbita pública por la resistencia que obviamente se generaría y podría boicotear cualquier intento de cambio por más bien intencionado que éste sea. Pero es muy importante para que el SNIS realmente funcione, que se dé un cambio en la gestión de las organizaciones, no como simple dialéctica sino como cambio tangible.

⁵⁴ “El sector salud y sus empresas privadas – Desayunos de trabajo”, CINVE, Agosto 2009.

Sistema nacional de información integrado

Como se mencionó anteriormente habría que avanzar en la obtención de un sistema de información, en el punto que se trató era referido a la información asistencial, pero en realidad debería trabajarse en la búsqueda de un sistema de información integral nacional. Las últimas Cuentas Nacionales en Salud publicadas datan del año 2004, lo cual implica un importante desfasaje y atraso en la información disponible. En un entorno cambiante como el de hoy en día, es difícil tomar decisiones sino se tiene la información oportuna y exacta. Dado el avance en Tecnologías Informáticas y el acceso a Internet el paso hacia la utilización de los mismos como herramientas de gestión debe darse cuanto antes. Implica una gran inversión, pero los beneficios que traería aparejado si funcionase serían mayores que el gasto. El objetivo de tener en línea al MSP, BPS, las IAMC y ASSE es muy ambicioso, para llegar a esto es necesario irse planteando sub metas como por ejemplo lograr que ASSE tenga una computadora con acceso a Internet en todos los puntos de contacto para algo tan básico como lo es, verificar si un usuario corresponde a ASSE o no. Por el lado de las instituciones privadas, podría fijarse la obtención del sistema una vez definido como parte de las metas, brindando el Estado una contrapartida económica por esto. La que de todas maneras se obtendría si el sistema permitiera gestionar más eficientemente y en tiempo real los recursos. Los beneficios de contar con un sistema integral de información si es utilizado como herramienta de apoyo a la toma de decisiones son innumerables, por ejemplo se podrían detectar tendencias sanitarias en la población, evaluar programas de salud preventiva, contar con información de pacientes pudiendo llegar a hacer una evaluación mas precisa de la demanda, evaluar el uso que se esta haciendo de los recursos, planificar las necesidades de recursos, diagnosticar cualquier desvío a tiempo e incluso lograr anticiparse, etc. Si estuvieran en línea, por ejemplo, si el CTI de una institución esta lleno, podría saber con sólo conectarse donde queda cama disponible y comprarla para que se hagan los preparativos mientras llega el paciente al centro asistencial. Al MSP le daría herramientas para evaluar el avance del SNIS y saber a ciencia cierta la situación económica, financiera y asistencial del sistema en su conjunto. Sin información

fidedigna, las políticas de financiación de la salud son dominadas por las opiniones más que por la evidencia.

También es necesario que la población tenga acceso a la información, hoy en día la asimetría de información⁵⁵ es muy importante y no sólo se manifiesta en la relación de agencia médico-paciente⁵⁶, sino también al analizar como toma el usuario la decisión de afiliarse a una institución. Según palabras del Director Técnico Médico del FNR⁵⁷, *“el sistema es totalmente no transparente. La gente toma la decisión por otros criterios, que en general no son criterios sanitarios, sino por infraestructura, por equipamiento, por criterios que también en algún sentido tienen valor, como la cercanía de su casa.”*⁵⁸

A la vista de la necesidad de contar con un cambio en la gestión de las instituciones y un sistema de información adecuado e integrado a nivel nacional, una herramienta que integraría los dos puntos anteriores sería el **Cuadro de Mando Integral** a nivel institucional, la que le daría una dimensión estratégica al control mediante el análisis de indicadores financieros y no financieros para medir los avances en la estrategia e ir corrigiendo sobre la marcha los desvíos. Si se carece de información sólo podrá medir resultados finales y no ayudará en la gestión. El Cuadro de Mando Integral es un modelo de gestión que ayuda a las organizaciones a transformar la estrategia en objetivos operativos, que a su vez constituyen la guía para la obtención de resultados de negocios y de comportamiento estratégicamente alineados de las personas de la compañía. Exige: incorporar una perspectiva menos contable y más estratégica; formular objetivos e indicadores de la visión y estrategia de la empresa; complementar indicadores financieros internos con información externa

⁵⁵ Cuando los agentes no cuentan con la misma información. Por ejemplo: la información sobre los efectos secundarios de un medicamento puede no ser conocida por los pacientes.

⁵⁶ En la medida que el médico puede utilizar su mayor conocimiento para influir en las cantidades de servicios médicos que demanda el paciente con el objetivo de obtener un beneficio económico.

⁵⁷ Dr. Álvaro Haretche

⁵⁸ “Experiencias de sistemas de información en el mundo que permitan al usuario decidir con conocimiento acerca de su sistema sanitario”, 2009, M^a Elisa Cabrera, Verónica Cecilia, M^a Virginia Pérez.

e indicadores no financieros; por lo que debería enfocarse en el ambiente externo, tener una estructura flexible, incluir a toda la organización y dirigirse a los activos intangibles⁵⁹.

Impacto en los aportes de los afiliados a la seguridad social

Al realizar la comparación de aportes de los trabajadores dependientes antes y después de la entrada en vigencia del SNIS, se puede apreciar un beneficio para los usuarios con hijos menores de 18 años o con discapacidad. En el caso de los beneficiarios que contratan una IAMC o ASSE y no tienen hijos siempre ven perjudicados sus ingresos, cuanto mayor es el sueldo mayor el perjuicio. Incluso, si contratan a un seguro privado pero sus ingresos son superiores a \$34.060, también se ven perjudicados, de lo contrario perciben un beneficio, aunque el precio que pagan por su atención en salud es mayor, sin duda.

	Soltero/a sin hijos		Pareja con 1 hijo		Pareja con 1 hijo		Pareja con 2 hijos		Pareja con 2 hijos	
Ingreso nominal familiar	\$ 18.000		\$ 18.000		\$ 31.650		\$ 31.650		\$ 63.330	
Aporte DISSE	3%	\$ 540	3%	\$ 540	3%	\$ 949	3%	\$ 949	3%	\$ 1.900
Cuota mutual hijos		\$ 0		\$ 950		\$ 950		\$ 1.900		\$ 1.900
Total		\$ 540		\$ 1.490		\$ 1.899		\$ 2.849		\$ 3.800
Aporte SNIS	4,5%	\$ 810	6%	\$ 1.080	6%	\$ 1.899	6%	\$ 1.899	6%	\$ 3.800
Cuota mutual hijos		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0
Total		\$ 810		\$ 1.080		\$ 1.899		\$ 1.899		\$ 3.800
Variación en \$		\$ 270		-\$ 410		\$ 0		-\$ 950		\$ 0

Supuesto: el dependiente contrata la cobertura mutual de los hijos con una IAMC o en ASSE.

⁵⁹ Activos intangibles son aquellos bienes de naturaleza inmaterial tales como: el conocimiento del saber hacer (Know How); las relaciones con los clientes; los procesos operativos; tecnología de la información y bases de datos; capacidades, habilidades y motivaciones de los empleados; etc.

	Soltero (*) sin hijos		Soltero (*) con hijo (**)		Pareja (*) con hijo (**)		Pareja (*) con 2 hijos (**)		Pareja (*) con 2 hijos (**)	
Ingreso nominal familiar	\$ 34.060		\$ 34.060		\$ 56.970		\$ 56.970		\$ 113.250	
Aporte DISSE	3%	\$ 1.022	3%	\$ 1.022	3%	\$ 949	3%	\$ 949	3%	\$ 3.398
Cuota del Seguro		\$ 2.500		\$ 4.000		\$ 6.500		\$ 8.000		\$ 8.000
Total		\$ 3.522		\$ 5.022		\$ 7.449		\$ 8.949		\$ 11.398
Aporte SNIS	4,5%	\$ 1.533	6%	\$ 2.044	6%	\$ 3.418	6%	\$ 3.418	6%	\$ 6.795
Cuota del Seguro		\$ 2.500		\$ 4.000		\$ 6.500		\$ 8.000		\$ 8.000
Desc. por cuota salud		-\$ 511		-\$ 1.439		-\$ 2.469		-\$ 3.397		-\$ 3.397
Total		\$ 3.522		\$ 4.604		\$ 7.449		\$ 8.021		\$ 11.398
Variación en \$	\$ 0		-\$ 417		\$ 0		-\$ 928		\$ 0	

Supuestos: (*) Edad entre 20 y 44 años; (**) Edad entre 1 y 4 años; el dependiente contrata la cobertura mutual propia y de los hijos con un Seguro Privado.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS y de los Seguros privados.

Cabe aclarar que en caso que el valor de la cápita del usuario, fuese superior al aporte obrero-patronal del mismo, se le retribuye a los Seguros privados hasta el monto del aporte realizado.

El Estado como único comprador en el mercado

Al concluir la implantación del SNIS, el Estado será el único comprador de servicios de salud en el mercado. Esta estructura sectorial se conoce como monopsonio. Al ser el único comprador, tiene un control especial sobre las condiciones contractuales de la relación comercial, teniendo los productores que adaptarse de alguna forma a sus exigencias. Estableciendo un precio único y prestaciones homogéneas para todos los prestadores, diferente al que se obtendría en un mercado competitivo.

Muchos autores han criticado este sistema argumentando que, la erradicación de la competencia inhibe los incentivos de mejoras e inversión en las instituciones. Incluso si intentaran hacer las cosas mejor para beneficiarse por las metas, éstas están establecidas administrativamente, por lo que no se deja lugar a la iniciativa empresarial.

Desde la creación del FONASA, se incrementó la dependencia del sub-sector privado al Estado, y la tendencia seguirá así hasta llegar al monopsonio, donde la dependencia será total. La

concentración de fondos dota al FONASA de mucho poder, lo que representa tanto una oportunidad como una amenaza.

El sistema se sustenta con aportes a la seguridad social y un aporte estatal. El momento de implantación del SNIS, coincidió con un período de bonanza económica, por lo que los aportes desde Rentas Generales no provocaron mayores trastornos. Lo que cabría preguntarse es que sucedería ante una crisis como la vivida por el país en 2002. Hasta el momento, ante la existencia de fluctuaciones económicas negativas, se solucionaba ajustando las prestaciones y aumentando los copagos. Pero como está planteado hoy el sistema, se está dando cobertura a un contingente mayor de población, que con los recursos que actualmente provienen de la recaudación a través de la seguridad social son insuficientes. La Ley 18.211, le da potestad al PE a atender las insuficiencias financieras del FONASA, sin establecer previamente parámetros que nos permitan conocer como se solucionaría una situación de crisis como la mencionada.

7. 4 – Síntesis

Se han gestado cambios que han repercutido en mayor o menor medida en el nivel de asistencia que se brinda. Al tratarse de un bien tan importante e intangible como lo es la salud, no debe perderse el foco en que los verdaderos protagonistas son los usuarios del sistema de salud, más allá de los colores políticos. Es importante recalcar que si bien el punto de partida presentaba importantes dificultades que debían ser solucionadas, Uruguay contaba y cuenta con una situación “privilegiada” en relación a muchos países de la región y el mundo.

La reforma implica un importante avance, hoy en día la OMS promueve la Atención Primaria en Salud como una necesidad imperiosa de cualquier sistema en el mundo. Y se está en ese camino. Aunque reconocemos que no ha sido fácil y el camino que queda por recorrer no lo será, pues se enfrenta a estructuras rígidas como lo son, por ejemplo, la forma de remuneración médica, el peso

de las corporaciones, la burocracia e idiosincrasia de los uruguayos, que en otros momentos han desestimulado cambios.

No hay que dejar de reconocer que implica un cambio de paradigma y éstos requieren de por lo menos 10 años para poder visualizar los cambios. De todas maneras este proceso requiere de una revisión y evaluación continua para mantener la sostenibilidad del sistema y no caer en la ineficiencia. De lograrse el cambio cabalmente con éxito, todos los actores intervinientes en el sistema de salud saldrán ganando tanto a nivel sanitario como económico.

GLOSARIO

Afiliado: designa a la persona moral o física que se inscribe o es inscripta en un seguro de salud, público o privado, voluntario u obligatorio. A veces se les denomina como “adherente”, “titular”, o “miembro”. En algunos sistema de seguro se distingue entre “afiliados” o “titulares”, quienes ostentan primariamente los derechos de cobertura, y “beneficiarios”, quienes suelen ser familiares en primer grado de los anteriores y son cubiertos en tanto el “afiliado” o “titular” mantiene su condición de tal. Los “beneficiarios” no siempre reciben el mismo conjunto de prestaciones que el titular.

Cobertura: ha sido a veces definida como la posibilidad de “tener acceso a cuidados efectivos cuando se necesitan”. Y “Cobertura universal” como la suma de acceso más protección financiera frente a los costo de bolsillo potencialmente empobrecidos de dicho acceso. Para los propósitos del presente trabajo, la Cobertura (o Cobertura nominal) de un sistema de aseguramiento sanitario público se expresa como el porcentaje de personas con derecho a recibir la atención ofertada por dicho sistema respecto a la población total. Por otro lado, la Cobertura efectiva se expresa como el porcentaje de personas que teniendo derecho a recibir la atención ofertada, normalmente la recibirán si la requieren. La diferencia entre uno y otro tipo de cobertura mide el porcentaje de población sin acceso normal o regular a los servicios de salud provistos por los distintos esquemas de aseguramiento sanitario público de un país o territorio dado.

Copago: prestación que hace el paciente para recibir un servicio (por ejemplo una consulta o medicamentos). Es una forma de participación en el costo del mismo y una de las posibles modalidades de financiación de los servicios. Los co-pagos más comunes son monetarios.

Medicamento genérico: medicamento designado por el nombre de su principio activo más importante y no por su designación comercial. En general la Denominación Común Internacional (DCI) establecida por la OMS corresponde al nombre genérico. Otra definición propuesta: “cualquier tipo de sustancia terapéuticamente activa no protegida por ningún tipo de patente (ni de producto, ni de proceso), lo que significa que cualquier fabricante está habilitado para fabricarlo.

Medicina altamente especializada: aquella que requiere una gran concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes en los que esta en juego el pronóstico vital o funcional, articulados de tal forma que permitan obtener la excelencia asistencial.

Prestaciones (beneficios): las prestaciones que una entidad aseguradora ofrece a sus asegurados dependen de numerosos factores entre los que se cuentan: la propia historia de la entidad, los recursos financieros y humanos, el patrón de morbimortalidad de la población, la infraestructura disponible, las prioridades de la política sanitaria, y las relaciones de poder entre los distintos grupos. Las aseguradoras privadas y gran parte de las instituciones de Seguro Social explicitan sus “Planes de Prestaciones (de salud o de beneficios)”. Es decir, definen con mayor o menor precisión, revisan periódicamente y publicitan lo que ofrecen a sus asegurados a cambio de la “prima” que éstos pagan. Y, además, suelen tratar de introducir mecanismos para garantizar la eficiencia y la efectividad de sus planes de salud.

Seguro: sistema de cobertura de riesgos o de eventos inciertos mediante la distribución previa entre cierto número de personas, de los costos resultantes de dichos riesgos. La afiliación es voluntaria, y el interesado debe cumplir ciertos requisitos para afiliarse y pagar una cantidad de dinero, la “prima”, para tener derecho a los beneficios que se le ofrecen.

NOMENCLATURA

ANEP	Administración Nacional de Educación Pública
ASSE	Administración de Seguros Sociales por Enfermedad
BHU	Banco Hipotecario del Uruguay
BPC	Base de Prestación y Contribución
BPS	Banco de Previsión Social
BSE	Banco de Seguros del Estado
CASMU	Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay
CCA	Consejos Consultivos Asesores
CCM	Complemento de Cuota Mutua
CINVE	Centro de Investigaciones Económicas
COCEMI	Cooperativa de Compra de Entidades Médicas del Interior
DGSS	Dirección General de Seguridad Social
DIGESA	Dirección General de Salud
DISSE	Dirección de Seguros Sociales de Enfermedad
FEMI	Federación Médica del Interior
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
JUNASA	Junta Nacional de Salud
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IAMPP	Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular
IMAE	Instituto de Medicina Altamente Especializada
IMM	Intendencia Municipal de Montevideo
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPC	Índice de Precios al Consumo
IRAE	Impuesto a la Renta de Actividades Económicas
IRPF	Impuesto a la Renta de las Personas Físicas
IVA	Impuesto al Valor Agregado
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPP	Oficina de Planeamiento y Presupuesto
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBI	Producto Bruto Interno
PE	Poder Ejecutivo
RUCAFF	Registro Único de Cobertura Asistencial Formal
SINADI	Sistema Nacional de Información del MSP
SMN	Salario Mínimo Nacional
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud
UCAMAE	Unidad Centralizada de Adquisiciones de Medicamentos y Afines del Estado

ANEXOS

1 – SÍNTESIS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS

Entrevista ASSE: Ec. Fernando Isabella

(Designado a los efectos de esta entrevista por el Presidente del Directorio de ASSE –17 de julio de 2009)

¿Cuales han sido los cambios fundamentales en ASSE desde su creación como organismo descentralizado?

La ley pone a ASSE como un prestador más del sistema, lo separa del regulador y por tanto ASSE pasa a estar regulado de la misma forma que los prestadores privados. La “ley grande” del SNIS establece algunos plazos especiales para algunas cosas en ASSE, la mayoría de ellos terminan a fin de año, para ponerse a tiro. Por ejemplo: en los servicios y la información que provee, la calidad de servicios, etc. ASSE no aportaba información, no era controlado ni financiera, ni asistencialmente por el SINADI, ni por el MSP. Ahora al estar regulado, debe cumplir con las metas asistenciales, presentar la misma información que las IAMC, etc. ASSE al igual que los organismos públicos no lleva contabilidad patrimonial. Ahora deberá llevar. Lo que siempre ha llevado, es contabilidad presupuestal, se hace un seguimiento, y se presenta en la rendición de cuentas.

¿ASSE lleva la información en tiempo real?

La información que necesitas para el FONASA, básicamente es la cantidad de usuarios, y esa la lleva el BPS en tiempo real. Para las metas, hay un grupo especial, de hecho no cobra el 100% de las metas porque no está cumpliendo con todo, y va a cobrar una parte que no sé exactamente cual es. El resto del sistema de información, no es en tiempo real. La ejecución presupuestal 2008, estuvo hace un mes y medio, tiene un rezago importante, y la información contable es lo que mejor hay. Otra información, como por ejemplo, producción en las unidades ejecutoras y ese tipo de cosas esta mucho peor. El SINADI ha comenzado a exigir la entrega de información, por ejemplo: cantidad de consultas, cantidad de días cama ocupados, etc. Ahora hay datos más o menos confiables, que antes no existían, de hecho, las unidades ejecutoras, no están en línea. Hay un problema con la definición de los usuarios de ASSE, en la realidad, terminan siendo en los hechos por defecto, todos aquellos, además de los FONASA (que están explícitamente definidos) y los que tienen carnet de asistencia, los que no tienen una cobertura. Parte de los objetivos de ASSE, es hacerse cargo de la atención en salud de las personas que no tienen para pagarse la atención, y mucha de esa gente, nunca se registra.

¿Esa gente ya se atendía antes de la reforma?

Si, totalmente. Pero en los hechos, no tienes el nombre de todos, y no puedes llevar un registro claro de cuantas veces se atendió, incluso en los ratios de producción, por ser una población muy fluctuante. Hoy si sumas a los prestadores públicos y privados, llegas a la población nacional, incluso la pasas un poquito, porque hay doble cobertura sobre todo con el policial y el militar, que son prestadores que están, pero no dentro del sistema, si sos esposa de un militar tienes cobertura por Sanidad Militar y si además trabajas, tienes derecho a FONASA, si bien tienes que elegir uno de los 2 (FONASA o Sanidad Militar), hay uno de los 2, creo que Sanidad Policial que no aporta información al RUCAF. En los hechos no se controla eso. Si éstas van a atenderse a ASSE deben firmar una Declaración Jurada, que tiene valor legal, de que sus ingresos están por debajo de lo que establece el decreto de 2002, que establece cual es la población objetivo de ASSE.

¿Se adecua la cápita FONASA con el gasto del paciente?

Las capitas fueron calculadas con los gastos promedios de las mutualistas, y creo que en la práctica, la mayoría son más altas que el gasto que tiene ASSE por paciente. El gasto del paciente ASSE ha crecido mucho, pero en general, está bastante bien comparado con las capitas.

A partir del SNIS, ¿se ha cambiado el paquete de prestaciones?

ASSE lo que no tiene es atención a domicilio, el médico de radio, que es algo que tienen que ir implementando. Pero brinda otras cosas que los demás no, como el hospital de ojos, etc. Seguramente ha invertido más en salud preventiva que los privados, por ejemplo tiene distribución gratis de anticonceptivos, programas para adolescentes y otros.

¿Se ha dado capacitación por la reforma?

Si, hay áreas de capacitación creadas específicamente, si bien ya existía esta área ahora tienen un incentivo fuerte para establecer cursos permanentes tanto a nivel de la RAP como de ASSE central.

Los incrementos salariales, ¿se dieron ligados a algún incentivo?

El acuerdo médico establece como requisito, especificar la cantidad de horas a cumplir, y la obligación de ASSE, de ser contralor de esas horas. Lo que pasaba, es que tenían contrato por 24 horas semanales y cumplían 4 ó 6 horas. ASSE, tiene en términos relativos mucho más no médicos, que médicos en relación al

sector privado. Un problema grande es cómo ajustar por cantidad de horas. La jornada de trabajo en ASSE, no coincide, sobre todo para los médicos, con el sector privado. En el sector público, partida por productividad, no existe. Ahora, por lo menos, con el esfuerzo por el cumplimiento horario: en el Maciel en el 2004 – 2005 el promedio de ausentismo en enfermería era 35%, eso ahora es de un 4%.

¿Cómo realizan las compras de medicamentos?

El Estado compra por licitación para todos, incluido Sanidad Militar y Policial, por UCAMAE. La ley que regula las compras por UCAMAE, teóricamente habilita a los privados también, si no me equivoco, nunca pasó, porque los laboratorios ejercen una fuerte presión para que no suceda, porque haría caer muy fuerte los precios.

¿En que se vio afectada la eficiencia y eficacia de ASSE desde la implementación del SNIS?

Una de las consecuencias, es una baja en la cantidad de usuarios, con lo que se aumentó el gasto por usuario en ASSE. Tuvo una pérdida neta real de 300.000 usuarios en este período. Por 2 factores: la incorporación de más colectivos al FONASA, y el aumento del empleo hace que gente que antes no tenía cobertura ahora está en FONASA. La reforma habilitó a ASSE como prestador, y una de las cosas que muchos críticos decían es, “¿quién va a elegir ASSE?”. Sin embargo, tiene más de 90.000 socios FONASA, es la tercera institución con más socios FONASA del Sistema. Un poco inesperada la gran cantidad, se pensó que con la apertura del corralito en febrero, iba a haber un gran corrimiento hacia los privados, unos 5.000 socios se fueron en ese momento. Una de las ventajas competitivas de ASSE es la ausencia de copagos.

Considerando que los beneficiarios de ASSE son los de menos recursos, ¿Cómo se intenta solucionar el problema de accesibilidad?

En general la exclusión, es más cultural, que económica. ASSE tiene una red de policlínicas de como 100 puntos de contacto en Montevideo que hace que la barrera económica para llegar no sea demasiada. Una de las cosas que implicó la reforma en lo asistencial, es la extensión y obligatoriedad a nivel nacional del programa ADUANA, que establece realizar 14 controles para los niños hasta 2 años. En Montevideo, cualquier niño que nace queda automáticamente referenciado a la institución que tenga. Si quedó referido a una policlínica, y el niño no va, la policlínica tiene, por lo menos, que hacer 2 visitas a la casa, para decirles a los padres que es obligatorio. Además de lo financiero, hubo cambios asistenciales y de actitud de ASSE, que permitieron que mucha gente, se incorporara efectivamente. Un problema al margen, es que existía un

registro por cada departamento y si sumabas todos los registros, había 4 millones de usuarios, porque entre otras cosas, la gente que se moría, era dada de baja anualmente, no se contrastaba con el RUCAF. Había una persona que tenía 90 carnet. Cuando queremos saber los usuarios de ASSE, al 2006, lo hacíamos por diferencia (la población nacional menos la población de todos los demás efectores). Ahora se va al registro de ASSE, y tiene un montón de filtros, que hacen llegar al 1,2 millones que es bastante creíble, no es 100%, porque no es al día. Los datos de los usuarios FONASA están al día. ASSE, tiene más de 400 puntos de contacto en todo el país. Hacer un sistema de información, si bien es uno de los objetivos, es muy complejo. Teóricamente, si vos tenías un prestador privado no te atendían, pero en los hechos no podían verificarlo, este problema se daba en todos lados. El RUCAF, es un registro único, controlado por el MSP, donde todos los prestadores totales y parciales, tienen que volcar la información de afiliados. Todo él que no estaba ahí, se consideraba a priori usuario de ASSE, o sea quedan por “registro negativo”. La idea en ASSE es que, los usuarios puedan controlarse a través de un “registro positivo”, y se pueda contar con sus datos. Actualmente, el registro positivo se chequea contra el RUCAF, es común que una persona usuaria que tiene carnet, mañana consigue trabajo, y se va a una mutualista pero no te avisa. Igualmente, el RUCAF no es en línea, se actualiza con 40 días de atraso, por lo cual no es exacto.

¿Cómo funciona la venta y la compra de servicios en ASSE?

Se han impulsado los acuerdos de complementación entre prestadores, que es uno de los objetivos del Sistema. ASSE tiene muchos en varios lugares, un ejemplo es en Young, el Hospital tiene una maternidad muy buena y la mutualista no tiene. Entonces le compra al Hospital los servicios de maternidad, y le vende al Hospital algunas consultas con especialistas y sobre todo lo que son intervenciones traumatológicas. Hay venta de servicios, pero sobre todo en términos de intercambio. Está claro que ASSE no es un gran proveedor de servicios al sector privado. Cuando hay acuerdo de complementación, en la práctica se habilita a que no haya licitación en la compra. En el interior, es con el único proveedor que hay, generalmente las licitaciones son nacionales. Por ejemplo, desde Salto derivan a la Española para algún tipo de intervención, porque ganó la licitación nacional. Una de las cosas que pasaba es que como por el sistema DISSE, vos tenías que afiliarte a una mutualista, en la mayoría de los departamentos hay una única mutualista, hay una población que aportaba a su prestador y teóricamente tenía atención, pero vivía a 90 km de la ciudad, y no llegaba por el tema geográfico o económico. La mutualista no tenía incentivo para darle servicios cerca porque era plata gratis. Ahora esa población puede elegir ASSE, que tiene policlínicas rurales, entonces las mutualistas, están interesadas en hacer acuerdos, para que sus socios se puedan

atender ahí, y no perderlos. Esto estimuló algunos cambios, la mutualista le paga a ASSE por el uso del servicio, o la mutualista refuerza los recursos humanos que tiene ASSE en las policlínicas periféricas o rurales, porque hay carencias de ellos ahí.

¿ASSE tiene definido un óptimo de referencia para comparar el funcionamiento real, y ver si está siendo eficiente, si está gastando bien los recursos, y las inversiones? ¿Cómo lo controlan?

Lo que hay en ASSE, es el control de los recursos contra la producción. Después hay programas asistenciales, se controla que cosas se cumplen y que cosas no. En cuanto a que tan eficientemente se gestionan los recursos, en cada una de las unidades ejecutoras hay muy poca cosa, se sabe que se le dio tanta plata, cuantos usuarios tiene y sabes cuanto produjo, de ese cruce se pueden sacar conclusiones primarias.

Asignar los recursos a las UE por presupuesto histórico, ¿Cómo afecta la eficiencia? ¿Prevén cambiarlo?

No hay un manejo sistemático ni un área específica para contrastar esa información. Hemos hecho alguna propuesta para ver que coherencia tenía el presupuesto por unidad ejecutora, considerando la población y ajustando por las capitas, en relación a la producción, y hay disparidades notorias. Algunas tienen un presupuesto más alto para una población menor, o menos riesgosa y con menos producción, hay otras que tienen gran producción a una población baja, entonces vos no sabes si hay un problema de sobre demanda, o si esa población demanda más por algún motivo, y los presupuesto no se ajustan por eso. No hay una regla sistemática de cómo se definen los presupuestos, lo que sabes es que tenes tanta plata y si se te acaba antes, pedís más y veras si te dan o no. Creo que cambiar la forma de asignación es la idea desde hace tiempo. Es un problema grande decir cuánto es lo que cada unidad ejecutora tiene que tener. El pool de servicios y la capacidad instalada de cada unidad ejecutora es distinto, muchos servicios están centralizados en Montevideo. Los instalados acá, se financian con presupuesto propio, y hay muchos problemas de incentivos. En una unidad tenes un presupuesto que por lo general te resulta escaso, el primer estímulo es derivar gente. El presupuesto no está atado a los usuarios, ni a sus necesidades, sólo si lo derivas a un centro que no es de referencia nacional te descuentan. Generalmente los centros de referencia nacional están saturados, hay un porcentaje de cosas que se deberían solucionar localmente, pero no existe estímulo para que se haga. Lo ideal sería, darle a cada unidad ejecutora, una especie de capita, para hacerse cargo de la atención de sus usuarios y si manda a cualquier otro de la red, se le descuenta la cuota parte correspondiente. El sistema es perverso, entre otras cosas, porque hay acuerdos de complementación que de repente desde la perspectiva de ASSE, son eficientes, pero desde la perspectiva de la unidad ejecutora

no. En el caso de Young, resuelven localmente la cirugía traumatológica, es muy bueno para la población, porque no tienen que venir acá con toda su familia, pero en términos presupuestales, lo único que ve el director de la unidad, es que sus costos variables aumentan porque pagan esas cirugías, brindando servicio de maternidad, y si hacen la derivación acá no tienen costo. ASSE ni sabe esta situación, el instituto de traumatología no sabe que no vienen más los de Young, ese cortocircuito de información juega mucho. Entonces, ese ahorro importante que ASSE genera, se lo embolsa a la estructura central, y no incentiva para nada a la localidad. Hasta que la forma de distribuir el presupuesto no cambie, no hay incentivos para lograrlo. El presupuesto a las unidades ejecutoras, se lo dan preestableciendo lo que se destina a cada rubro. Hay grandes problemas para ver si una unidad ejecutora está malgastando determinado recurso. Estimulo económico a los funcionarios para motivarlos, no puedes dar, porque sería transferir plata que tenías para otros gastos a pagos de salarios. Teóricamente, que ASSE no pertenezca más a la Administración Central, te permite flexibilidad, pero hasta el presupuesto 2008, no estaba establecido un sistema que la permita. Desde el punto de vista sanitario, lo más importante de la descentralización, es que te controlan, pero desde el punto de vista de la gestión, es que tienes autonomía, como ANTEL, UTE.

¿Cuál es su evaluación general de la reforma? ¿en que se podría mejorar?.

Es muy buena. Permitió una mejora importante de los recursos. Desde el punto de vista de la equidad, financiar a más gente a través de recursos públicos, cuando la cobertura en salud se paga de bolsillo, deja afuera al que no puede acceder. En 2005, había 700.000 personas en el sistema DISSE. Hoy en el FONASA hay 1.300.000, prácticamente se duplicó la cantidad de gente que tiene atención, en base a un aporte en relación a su ingreso, y en términos de equidad es muy importante. Permitió desobstruir un poco el sector público. ASSE tenía un 1,5 millones de usuarios en el 2003 – 2004, pero ese no era el promedio habitual, lo que sucedió es que como había habido desempleo muy alto, y un empobrecimiento del país, mucha gente quedó en el sector público, sobre todo después de la crisis de 2002. Por otro lado, fortalece el rol rector del MSP en el proceso. En términos asistenciales, que el plan de prestaciones este escrito taxativamente, es un cambio importante, había gente en juicio con la mutualista permanentemente, para ver si una prestación la tenían que dar o no. El que tiene menos recursos, si la mutualista decía que no, era no. El MSP, tenía 5 inspectores para todo el país, creo que ahora contrataron 100, su capacidad de control aumentó. El componente meta de la cuota salud, permite generar estímulos a los prestadores, para lograr que ejecuten las políticas sanitarias nacionales. Es muy difícil que lo haga sólo en base a control. Establecer un sistema de estímulo para que tienda a hacerse, es relevante, aunque todavía incipiente. El MSP, aumentó mucho su rol

como rector de las políticas sanitarias y como policía sanitaria, eso genera muchos temores. Algunas instituciones privadas, se ven invadidas por el Estado, pero eso permite que existan políticas sanitarias más o menos coherentes a nivel nacional. La reforma se fijó como meta un sistema universal, que la gente acceda a los servicios de salud, pagando de acuerdo a su ingreso. Hoy en día, es un poco menos de la mitad de la población, lo que falta es plata para financiar el resto. En particular faltan los jubilados, están sólo incluidos los que cobran menos de \$4.200 y todo el que se jubile a partir de ahora. Tienes un montón de gente que ya estaba jubilada antes de enero de 2008, y que ganan más de \$4.200, es por un tema financiero, las capitas de esa gente son muy altas, y le puedes aumentar la tasa hasta un 6 %, pero nunca vas a financiar lo que te cuesta la atención de ellos. También están los desempleados, y los informales, que se atienden en ASSE, están en transición, ya que no están en el FONASA y no tienen libertad de elección de prestador. ASSE, está en una situación de transición, todavía tiene a la mayoría de sus usuarios, al viejo estilo, de efectores de salud para pobres y con un porcentaje creciente de usuarios que lo eligen. Cuando el sistema se complete, todos los usuarios de ASSE van a ser por FONASA. La financiación presupuestal, no va a existir, o sólo va a fortalecer algunas áreas. Otra cosa importante son las tasas moderadoras, desde el '90 que se liberaron como política antiinflacionaria, son un porcentaje importante de los ingresos de los privados, entonces se dispararon. Ahora sólo se pueden aumentar si hay un decreto del Poder Ejecutivo que lo permite. Pero, no se pueden eliminar totalmente, porque generaría un caos en algunas instituciones, en particular donde el peso es muy importante, por eso a inicios del período se compensó la baja de copagos, con un aumento mayor de la cuota, pero igual falta mucho todavía, los copagos siguen siendo una barrera de acceso importante. La idea es que el gasto público, crezca en el porcentaje de financiación del sistema de salud, porque se estima que es lo más justo, permite que la gente acceda por igual. La forma de sustentar esto es con un Estado que tienda a recaudar mejor. Parte de la cuestión del IRPF, va con esa idea. El peso de la recaudación, que tiene en los países escandinavos, es más del 50% del PBI, nosotros estamos en el 28% - 30%. Cuanto más avanzado es un país, en términos de desarrollo humano, más gasto público tiene en relación al PBI. Una cosa interesante de la reforma, es que creó un mercado de salud, con un sistema mixto, con prestadores públicos y privados, donde el usuario puede elegir el prestador. Es una forma de imponer una atención competitiva, donde tienda a mejorar la calidad, de por sí, no la asegura, pero es un espacio importante, que con el tiempo y la plata se podrá lograr.

(Presidente de la Cámara de Emergencias Móviles e integrante del directorio de SEEM – 27 de julio de 2009)

¿Están todas las emergencias privadas afiliadas a la Cámara de Emergencias Móviles?

En Montevideo, están afiliadas las tres principales: SEMM, SUAT y UCM, hay 3 que no están. En el interior, diría que el 95% están afiliadas. Entre 44 y 47 empresas en todo el país.

¿Existen algunas que no estén habilitadas por el MSP?

Las de la Cámara están todas habilitadas, puede ser que con la Reforma, que modificó el Dec. reglamentario del año 86', estableciendo otras exigencias, que estaban acompañadas con la entrada en el 2008 de las emergencias al SNIS, para brindar lo que llamaban Clave 1, o situaciones de emergencia de vida, como por razones económicas fue diferido, seguramente están todas habilitadas.

El Decreto que nos menciona, ¿es el que establece que si una emergencia debía trasladar a un paciente, debía quedar otra en la base?

Por supuesto, si tiene que trasladar a un paciente, el servicio tiene que estar asegurado. Lo mínimo que tenes que tener son 2 vehículos, pero en el interior a veces no es tan fácil y algunas tienen uno. Otra de las exigencias era que había que trasladarlo a un centro asistencial. Estos son los completos, los que tienen CTI y todo. En muchas localidades en realidad no hay, entonces se iba a dar el absurdo, de tener que trasladarlo capaz que a 150 Km dejando desprotegido el lugar. En muchos lugares chicos hay una ambulancia grande completa y una de respaldo para los llamados no urgentes, porque la posibilidad de incidencia es baja. Tener en un lugar de 5000, 10.000 hab., 2 ambulancias completas es antieconómico. Ese es uno de los problemas, hay que dar un tiempo para alinearse.

¿La puesta en marcha del SNIS tuvo algún impacto en el número de afiliados?

Si, afectó en decremento del número de afiliados, más en el interior. Lo que pasaba antes es que, mucha gente, sobre todo de Salud Pública, y algunos del mutualismo, no tenía plata para los copagos, y tenían la emergencia como elemento de primera consulta, ante un cuadro grave por ejemplo. Con la entrada del sistema, mucha gente se fue de Salud Pública al mutualismo, pensando que iba a tener una cantidad de cosas, además muchas mutualistas ofrecían emergencia, que después en la práctica no eran, eso lo combatimos como publicidad engañosa, pasó que mucha gente dejó de estar afiliada a sus emergencias. Estimamos que en Montevideo se dio una baja de un 10%, 15% y en el interior un promedio del 30%, lo que

hizo que quedaran muchas empresas con una gran inestabilidad, y algunas con graves problemas económicos. Un ejemplo, es EMME (Emergencia Médica del Este), estaba en Pando, Barrios Blancos, Salinas, Atlántida, etc., que cerró por problemas económicos.

¿Cómo prevén integrarse al SNIS?

La propuesta que salió a nivel del Ministerio y el Senado, parte de una cosa, cuando se diseñó el Sistema no se pensó en todas las tareas que hacían las emergencias. En ese momento, cuando se habló de la medicina extra hospitalaria, o de la gente que se atendía en domicilio, no se tuvieron en cuenta los números de las emergencias. A la vista está, que en la pandemia de gripe A, mucha gente llamó a las emergencias y el día pico de llamados, las 3 emergencias de Montevideo, llegamos a atender 5.000. Esta gente, llamando a otro sistema lo hubiese colapsado. Cuando se trató la medicina extra hospitalaria, la gente de COSEMM y planteó que si se tomara en cuenta la cantidad de gente, que ven por día las emergencias en domicilio, y la cantidad de problemas que se resuelven, actuando como filtro. Las emergencias de pediatría son menos de un 2 % de los llamados, y en adultos, esta entre un 8 y un 10%. Cuando se diseñó el sistema, se dijo nosotros vamos a hacer las emergencias-urgencias, y ahí un problema y es que la gente no tiene porque saber que es una urgencia y que es una emergencia. Primero, por razones económicas, se hizo una división artificial, exclusivamente la emergencia con riesgo de vida, con todas las dificultades que implica, juntar emergencia y urgencia tenía un costo que no se podía absorber. Segundo, se definió la libre elección, donde podían elegir a cualquiera de las emergencias habilitadas, con cierto paquete básico de prestaciones, y si quiere algo más lo pagará de su bolsillo, o sea no era que la mutualista contrataba a una para su masa social. Respecto al pago, pedíamos que no lo pasaran a través de la mutualista (que se realizara directamente desde el FONASA). El año pasado cuando empezaron los problemas económicos de recesión, se vio que no se podía incluir a las emergencias de la manera deseada en el SNIS, y se aplazó. El cambio en el sistema de salud como todo cambio tiene cosas buenas y cosas malas, para nosotros hay algunos errores de concepción, con lo de las emergencias la plata era más de lo calculado.

Si las emergencias se incorporarán de la forma que en está planteado, ¿cual sería el impacto?

Sería un impacto positivo, nos da la posibilidad de tener más masa crítica, y poder bajar la cuota que se paga del bolsillo para los que ingresen por el sistema, mayor accesibilidad para más gente. Las prestaciones dependen de cuanto sea la cuota, el Estado quiere pagar poco, por la división ficticia de que sólo va a llamar

cuando sea una emergencia. Después pesa la judicialización de la medicina, todos los reclamos que hay, entonces terminas atendiendo al doble o al triple de lo que realmente te corresponde.

Entrevista al Dr. Carlos Vallejo

(Presidente de la Cámara de Seguros privados y Gerente General de SUMMUM – 31 de julio de 2009)

¿Están todos los Seguros privados afiliados a la cámara?

Salvo PRIMEDICA, sí. La Cámara es un gremio privado, que nuclea todos los seguros integrales. Hay en total 7 seguros en el país y están todos integrados al SNIS.

¿Cómo se organizan en general los Seguros privados, fundamentalmente en cuanto a infraestructura, contratan servicios con terceros?

Los Seguros privados integrados al SNIS somos: Blue Cross, Medicina Personalizada (MP), Seguro Americano, Medi Care, Hospital Británico, SUMMUM, Medicina Privada y PRIMEDICA. Tenemos situaciones diferentes entre nosotros, Blue Cross, SUMMUM y Medi Care son seguros que no tienen infraestructura asistencial propia, subcontratan las prestaciones en el mercado. MP, tiene una clínica de asistencia ambulatoria, y ahora esta por inaugurar otra. El Seguro Americano (dentro del Sanatorio Americano) y el Skin (dentro del Hospital Británico) tienen su propio sanatorio.

¿Cuáles han sido los cambios fundamentales desde la entrada en vigencia del SNIS?

Históricamente no podíamos recibir socios de DISSE, a partir de la Ley del Sistema, podemos recibir socios FONASA. Lo que acordamos con el Poder Ejecutivo y con el Parlamento, fue que nosotros íbamos a ingresar con una condición, que nuestros socios ingresaban, pero iban a recibir una capita que esta topeada por los aportes que los activos hacen al sistema. Esto quiere decir que mientras al mutualismo el BPS le paga la capita completa de cada uno de los usuarios, independientemente si el aporte llega o no a cubrir esa capita. En el seguro, si el aporte no llega a cubrir la cápita, el BPS solo le reintegra al usuario (a través de nosotros) hasta lo que aportó, nunca más. Se lleva una cuenta corriente, y el socio y sus hijos, se meten en “un globo”. Por un lado, esta el aporte del socio, y por el otro las capitas o la cuota salud, entonces el BPS compara todos los meses una cosa con la otra, y el socio tiene que pagar la diferencia, lo cual es otra diferencia con el sistema mutual. Nuestros socios corresponden al sector ABC1, que es el de mayor poder socio económico,

en general no sólo pagan su capita, sino que con su aporte financian la de otros usuarios del sistema. Como consecuencia de este mecanismo de capitas versus aportes, mientras en el mutualismo las cuotas salud llegan dentro de un mismo mes, en nuestro caso vienen desfasadas 3 meses, y es ahí cuando se le descuentan a los afiliados del seguro. Está también el tema del régimen de libre contratación, nosotros tenemos la posibilidad de no aceptar los socios si tiene preexistencias, en el mutualismo tienen que aceptarlo.

¿Tomaron alguna previsión antes del ingreso al SNIS con respecto al número de afiliados? ¿Se cumplieron?

Las previsiones fueron que íbamos a crecer poco, no nos interesaba masificar las instituciones, ni competir con el mutualismo. Una de las características de los seguros, es que son empresas más pequeñas que las mutualistas, y por ahí pasa en parte el secreto del éxito, es más personalizado. En términos generales, en promedio, crecimos por el FONASA en el entorno de un 5 a 7%, sin contar a los socios que ya estaban y tenían doble cobertura. Podemos decir que el crecimiento se dio dentro de lo previsto. Por otra parte, hubo un crecimiento FONASA, que se dio por aquellos que ya eran socios y que como se dio la posibilidad de que los seguros se integraran al sistema, entonces hicieron la gestión para empezar a recibir la capita acá. En promedio las instituciones tenemos un 30% de socios FONASA y un 70%, siguen siendo socios particulares, a la inversa del mutualismo.

¿Se vio afectado la eficiencia y la eficacia del funcionamiento desde la implementación del SNIS?

No, éste número es manejable perfectamente, tenemos capacidad para absorber un porcentaje mayor a ese. Justamente era una de las cosas que queríamos preservar, que el ingreso no afecte la calidad del servicio.

¿Qué cambios tuvieron en cuanto a la información que deben suministrar al MSP?

Teníamos que presentar anualmente el balance auditado al MSP, y darle al RUCAF alguna información. Como no estábamos en DISSE, no teníamos muchas obligaciones en este sentido. Al entrar al FONASA, se generaron obligaciones de una cantidad de información, que antes no dábamos. Información desde el punto de vista asistencial, por el tema de las metas, desde el punto de vista de la evolución y composición de la cartera, e información de tipo económico y financiero. Teniendo en cuenta que los seguros son una combinación, tenemos sociedades comerciales (SUMMUM, Blue Cros y MP) e instituciones civiles sin fines

de lucro (el Hospital Británico y COPAMI), el Seguro Americano es una SA o SRL sin fines de lucro, tenemos obligaciones diferentes. La información que se reporta al MSP, se hace siempre respetando las características de cada uno de los seguros. Las sociedades comerciales, en muchas cosas se rigen por la Ley 16.060, y no por la Ley del SNIS.

La información que presentan, ¿es de todos los afiliados o sólo de los FONASA? ¿y para las metas?

Presentamos la información agregada de todos nuestros usuarios. Sólo es necesario que la información sea la relacionada con los FONASA, pero es muy complejo separarla por lo que presentamos todo. Cuando vemos si se cumplen las metas, en el porcentaje que sea, lo vemos para todos los socios, aunque sólo nos pagan por los FONASA y nos realizan las auditorias para verificar el cumplimiento de las metas.

¿Debieron hacer alguna adecuación al paquete de servicios desde la vigencia del SNIS? ¿Cuál?

En realidad nosotros siempre tuvimos una canasta de cobertura mayor, que la que brinda el sistema mutual. De todas maneras en la medida en que se incorporaron cosas, que antes de la implementación de la Ley no existían, tuvimos que incorporar algunas, sobre todo a nivel de tecnología, medicamentos, todo ese tipo de cosas, que se han venido incorporando en la cobertura y que nosotros los hemos tenido que incorporar.

Los socios de los Seguros privados, ¿Aportan al Fondo Nacional de Recursos?

Con respecto al FNR, dentro de los seguros tenemos situaciones diferentes también, Blue Cross y SUMMUM nunca aportaron al FNR, nosotros damos la cobertura directamente, porque muchos de nuestros socios además tienen cobertura internacional, por técnicas de alta especialización. Entonces, si aportamos al FNR y a su vez le brindamos esta cobertura, es como que le estamos haciendo una doble cobertura. Eso desde el punto de vista del cliente, tiene una ventaja y es que los tiempos son mucho más cortos que los del FNR. Con el SNIS, como los socios FONASA, tienen incluida la cobertura del FNR, ese 30% que yo te digo que tenemos, esta cubierto por el FNR. De todas maneras, para estos socios, se manejan los mismos días que para los demás socios.

¿Cuentan con información acerca del gasto por paciente? ¿El cálculo lo realizan en promedio o cuentan con herramientas para determinar el costo de cada paciente individual?

Tenemos información individual, te cito el caso de SUMMUM, se manejan por indicadores de gestión: económicos, asistenciales y comerciales. Son indicadores de seguimiento mensual, manejados a nivel

gerencial, donde se va viendo el rumbo de las distintas áreas, para tomar las medidas que correspondan si hay desvíos.

¿Contaban antes de la implantación del SNIS con programas en Salud Preventiva? ¿Tuvieron algún cambio con la entrada en vigencia del SNIS? ¿Cuentan con un presupuesto anual para estos? ¿Qué orientación tienen?

Ya trabajábamos con este tipo de programas, algunos de ellos hemos tenido que incorporarlos porque no los teníamos. Trabajamos con un presupuesto anual. Por ejemplo, en SUMMUM en materia de clientes, tenemos charlas para socios de educación para la salud, que se realizan en forma bimensual sobre temas de política sanitaria, que son educativas más que nada, después hacemos un control de los resultados. En el caso puntual cuando hacemos programas de mamografía y papanicolau, con el paso del tiempo (2 – 3 años), hemos logrado, una detección precoz y tratar a tiempo algunas patologías oncológicas, primero fue muy bueno para el paciente, y desde el punto de vista de los costos también, porque en definitiva eso te baja costos.

¿Cómo suministran los medicamentos?

Dentro de las instituciones tenemos diferentes estilos. El Seguro Americano, el Hospital Británico, y Medicare, están asociados a una red de farmacias y brindan un sistema de descuentos y tickets dependiendo del plan. MP y SUMMUM, tienen farmacias virtuales, porque no atienden público, es un call center que recepciona pedidos, pero además tenemos una red de farmacias.

¿Se agrupan para la compra de medicamentos, o se han planteado hacerlo a través de UCAMAE?

No. Compramos directamente a los laboratorios. Primero, los laboratorios tienen sus políticas definidas, con respecto al mutualismo, al Estado y a los seguros. En segundo lugar, los seguros compramos en forma individual, somos una especie intermedia, entre lo que sería una farmacia mutual y una comunitaria. En general, nos venden más caro que a las otras instituciones. Buscamos alternativas de negociación con los laboratorios, para bajar los precios y poder trasladarle al socio, esas mejoras. Para nosotros el medicamento no es un área en la que exista una utilidad, en general nos da pérdida, es más el beneficio que le trasladamos al socio, que el costo que tiene para nosotros la compra de medicamentos. Nosotros nos vinculamos con nuestros clientes por el sistema de libre contratación, por lo cual la regulación de las tasas moderadoras en algunas cosas no nos alcanza.

En cuanto a la tecnología, ¿los controles que realiza el MSP para la incorporación de nueva tecnología, han cambiado desde que se incorporaron al SNIS?

Si, ha cambiado. En realidad acá hay, básicamente el Hospital Británico y el Sanatorio Americano. El Sanatorio Americano, ha incorporado tecnología, salvo el último que el poder ejecutivo no se lo permitió, que era la incorporación de un Pet Scan, en el resto tampoco interesa demasiado porque vos tenes en el mercado una serie de alternativas, salvo ésta que acabo de mencionar que todavía no hay en el país y creo que es una pena. Creo que esta bien que se regule la incorporación de tecnología, porque acá históricamente, cuando vino la fiebre de los tomógrafos, todo el mundo importaba tomógrafos y tenías tomógrafos por todos lados, que en definitiva la tasa de uso era mínima, entonces después terminaron archivados por ahí. Vamos a entrar lo necesario, porque en definitiva le cuesta al país, tampoco es bueno irse para el otro lado. Y decir, como dijo la Ministra (con quien tengo una amistad), pero discrepo en algunas cosas, “no entra hasta que no lo tenga Salud Pública”, me parece un disparate. Porque en definitiva, la propia salud pública puede contratar, mientras no tenga el suyo, y darle a los pacientes de salud pública, y los pacientes del sistema privado que pagan por una cobertura, derecho a gozar de ello. Hay que buscar el punto de equilibrio, pero en general no se presentaron grandes dificultades, la incorporación de tecnología, se ha dado mucho en los medicamentos (en los oncológicos, etc.).

La JUNASA tiene previsto regular la venta de servicios entre instituciones, ¿esto incluirá a la venta entre Seguros privados? ¿Cree que impactará? ¿Cómo?

No, nosotros no vamos a estar alcanzados porque nosotros hacemos contratos privados, y éstos se regulan por la Ley 16.060, por lo cual evidentemente no pueden estar supeditados a un arancel que imponga un tercero.

La reforma en general, ¿qué opinión le merece? ¿Pro y contra? ¿En qué se podría mejorar?

Creo que esta Ley es algo que éste gobierno puede exhibir como muy importante. Más allá de algunas imperfecciones, y algunas cosas a mejorar, es una reforma que le ha aportado al sistema más beneficios que perjuicios, más allá que a veces el estado en su afán intervencionista, pretende regular cosas que creo exceden las potestades que debería tener, y a veces molestan, no se puede dejar de reconocer que hay cosas en las que hemos avanzado. Había que hacer la reforma, sobre todo por el sistema mutual, hay muchas cosas que se ordenaron. Generó problemas, el tema de la cuota salud, no ha sido suficientemente

discutido con los actores, la paramétrica con la cual se calcula, y todos sus componentes, lo digo por el caso mutual, porque para los seguros es lo mismo, en definitiva el socio paga la diferencia. En la medida que des la posibilidad de que todo el mundo opine, los comprometes, en la medida que no lo haces, el otro siempre tiene la posibilidad de decir que está mal. El otro problema es quizá, en algunas instituciones, el pasaje de usuarios de salud pública al sistema privado, esto puede haber generado dificultades desde el punto de vista de capacidad de absorción, y algunas mutualistas crecieron mucho, recibiendo usuarios con una gran necesidad de atención por la deficiencia del sistema público. Son pacientes gastadores, que le pueden haber generado a las mutualistas alguna dificultad. Es una población evidentemente con más dificultades, desde el punto de vista socioeconómico, por lo tanto con más probabilidad de tener patologías preexistentes, y eso hace que el gasto sea mayor. Después esta el tema de la composición de las carteras, mutualistas como la Española, que tienen un promedio de edades alto, y no le ingresaron muchos socios, esto puede generarle algún perjuicio, mutualistas que tienen gente joven, quienes tienen socios capitalizados en esa franja se beneficiaron, por más que la capita este ajustada por riesgo, se benefician. Me parece que esto es por aproximaciones sucesivas, y creo que se puede perfeccionar, estoy seguro que gane quien gane la próxima elección, esta ley no la van a eliminar, si gana el Frente seguro que no, y si gana el Partido Nacional tampoco, lo que van a tratar de hacer, es desde su punto de vista, tratar de mejorar, pero este es un paso que no tiene retorno.

Entrevista al Dr. Italo Mogni

-Representante de los prestadores en la JUNASA, ex - presidente de FEMI – 18 de agosto de 2009-

¿Cuáles han sido los cambios fundamentales en los prestadores desde la entrada en vigencia del SNIS?

El asistencial, el administrativo y el financiero, sobre todo el lado económico. En todos ellos ha habido cambios muy importantes. Primero, el Gobierno al crear un Sistema Nacional Integrado de Salud se transforma en el gran recaudador del sistema. Es decir hay un aporte al sistema, quedando sólo unos afiliados particulares, que luego van a ir incorporándose lentamente. La principal fuente de ingreso privado, es el pago a través del Seguro que da el FONASA.

Desde el punto de vista asistencial, hubo un cambio fundamental, en cuanto a que no solo hay una canasta básica, sino que se modificó y se establecieron reglas asistenciales diferentes en cuanto a control y calidad de las mismas. Se pusieron tiempos de espera máximos para la consulta, que significó un cambio en el

ámbito de gestión institucional. Se vio reflejado en la asistencia que se presta. Desde el punto de vista del paciente, hoy tiene una cantidad de elementos que antes no. Ahora la mutualista cobra por cada afiliado según el riesgo, edad y sexo. Se establecen cuales son los derechos de esos afiliados. Es decir, se establecieron reglas de juego para los afiliados, representantes de los afiliados y de los funcionarios en el seno de las instituciones. Cada una tiene que conformar un Consejo Consultivo, lo que obligó a cambiar el juego desde el ámbito de gestión asistencial, y se transformó en un mecanismo positivo, desde todo punto de vista. No son decisorios, pero pueden pedir: datos, información médica, explicaciones. También apareció una política muy clara, de no dejar libre al mercado el costo de los tickets y órdenes. Se pusieron límites en sus costos, y se obligó a dar gratis, asistencia en enfermedades crónicas muy costosas como: diabetes e hipertensión. Se establecieron además, metas asistenciales definidas por la JUNASA, que implican que si la institución, cumple (es libre de cumplirlas o no), va a cobrar unos pesos más por cada afiliado, eso incentiva a las instituciones a mejorar la asistencia.

Se racionalizó el sistema, se le dio un sustento doctrinario, se le sacó del mecanismo de mercado y se metió en un conjunto de nuevas reglas que significó para las instituciones elementos básicos y activos, en todos los aspectos: financieros, económicos, micro gestión asistencial y organizacionales. Los que fueron cambiando positivamente a mi juicio, aunque todavía hay caminos importantes para recorrer.

¿Se realizó alguna previsión antes del ingreso al SNIS (n° de afiliados, RRHH, etc)? ¿Se cumplieron?

Se realizaron y se cumplieron, nunca como habían sido pensadas, el propio Gobierno se vio sorprendido. La idea básica del Gobierno, era que iba a ser un Sistema Nacional de Salud, en el cual la gente iba a optar, en principio, no se había pensado mucho en un Sistema que integrara el sector público con el privado. Hay ciertas líneas en el Frente que intentaron e intentan, que no haya sistema privado de salud, pero no fue posible por muchas razones: políticas, económicas, etc. Por eso, se decidió hacer un Sistema Nacional Integrado de Salud, integrando lo privado con lo público. Cuando salió, el afiliado pudo elegir entre ambos sistemas. A la hora de decidir, muy buena parte de la gente se volcó por el sector privado (sobre todo en el interior), con lo cual socavó la idea de alguna manera. En el interior, aumentaron casi un 40%. En Montevideo, un poco menos porque hay mucha gente que se atiende en Salud Pública. En el interior, se vio desbordado en algún momento, aunque habíamos previsto que podía pasar y se habían buscado elementos de reserva. Tuvimos que buscar respuestas: tomar nuevos médicos, aumentar la parte edilicia, fortalecer la parte funcional desde el punto de vista del personal secundario, administrativos, etc. El número de médicos contratados aumentó sobre todo en las especialidades que las metas exigían (pediatras, ginecólogos). Esto

hizo que algunos presupuestos se fueran, si bien el Gobierno calculó que el ingreso masivo traía atrás, un ingreso masivo de dinero para la institución. En algunas instituciones no fueron suficientes como para resolver total y rápidamente el nuevo escenario. Hubo ahí un estancamiento que se fue acomodando, con una respuesta prácticamente rápida del sector.

¿Vieron afectada la eficiencia y eficacia del funcionamiento de los prestadores desde que se instauró el SNIS?

Si, la eficiencia. En cuanto a la eficacia, hubo un intento de solucionarlo rápidamente porque había que cumplir, pero se hizo a expensas en parte de la eficiencia. Hubo que contratar más horas médico, que a veces no eran totalmente necesarias, pero esto se ha ido corrigiendo (justamente es uno de los cometidos principales de la Junta) atendiendo a la eficiencia y la eficacia.

¿Cree que la apertura del corralito a toda la población le puede ocasionar problemas a las organizaciones?

¿Cree que aumentaría o descendería la cantidad de afiliados?

La situación de Montevideo, es diferente de la del Interior. En el Interior, no hay problema, no hay elementos por los cuales el corralito mutual tenga un motivo importante, dado que la competencia principal se da entre el sector público y privado. En Montevideo si, el problema del corralito es un tema serio, el Gobierno ha querido levantarlo y no ha podido porque podría deteriorar el sistema. Ahora esta levantado para que los usuarios puedan pasar de un privado a ASSE cuando quieran. Ha habido una movilidad, pero muy pequeña.

¿Cuál es el motivo que explica que las mutualistas de Montevideo tengan déficit, y las mutualistas del interior tienen una situación más equilibrada, más saneada?

Hay dos elementos que a mi gusto explican bastante la situación. El primero es que son del interior, no tienen peso político, no son el CASMU o La Española que son instituciones pesadas desde el punto de vista mediático. No es lo mismo que se cierre una mutualista de Young, a que cierre el CASMU, por tanto, las del interior tienen que ser muy cuidadosas en el manejo de sus finanzas, no pueden ponerse en aventuras porque caerían, y nadie las rescataría. En cambio, en Montevideo, hay posibilidades de que el poder político, frente a situaciones de hecatombe, como ha habido en alguna institución grande, apunte de alguna manera, para que no caiga, porque se pueden producir trastornos sociales importantes.

En segundo lugar, en el interior el juego de las corporaciones está subsumido en FEMI, que representa a todas las especialidades y no hay muchos juegos. En Montevideo distorsiona bastante, hablo de corporaciones quirúrgicas, medicina oftalmológica, etc. Afecta, a tal punto que en el año '93, se firmó un laudo que contempló la presión de éstas, que pagaba por acto médico o por acto quirúrgico, es decir se pagaba por la cantidad de operaciones que hacías, cuanto más operabas más ganabas, cuanto más pacientes veías en la consulta, más ganabas. En el interior no aceptamos ese laudo, pagamos por el sueldo y jugamos con el laudo que contempla el sueldo del médico en todas las especialidades. Para mi fue un cambio fundamental. Fue el momento en el cual se separaron los 2 sistemas, desde el punto de vista de la organización y la financiación. Montevideo, se jugó a una valorización del trabajo médico individual por encima del de grupo y entonces privilegió el costo del trabajo médico. En el interior esto no es posible. En Montevideo, fueron aumentando los costos, hasta llegar a deudas muchas veces millonarias. En el interior, esto se pudo mantener, permitiendo mantenerse y enfrentar de forma diferente la crisis del 2002, porque las cooperativas son más pequeñas, lo que hizo posible afrontar la situación mancomunadamente, aceptar por ejemplo bajar el salario, porque son los propios dueños de las mutualistas, y dijeron sino se puede cobrar, bajemos un 30% los salarios de los médicos y de los funcionarios. En Montevideo, fue más costoso, porque el médico no forma parte de la estructura política de la institución donde trabaja, o forma parte de varias instituciones y trabaja en varios lados. En el interior generalmente tienen 2 trabajos, la mutualista y el hospital, por lo que fue posible transitar un camino donde la eficiencia y la racionalidad del gasto primara sobre algunas apetencias corporativas, que no en todos lados puede lograrse.

En el caso de las instituciones en situación de insolvencia crónica, como es el caso particular del CASMU, ¿Qué medidas plantean para subsanar la situación?

En el caso del CASMU, la Junta ha trabajado en que primero, se separara del SMU, porque era el dueño, que es lo mismo que decir que el CASMU no tenía dueños. Fijó y aprobó laudos como gremio, que como empresa no podía pagarse, esa contradicción fue mortal, y llevó a esta situación difícil. Después que se separa del gremio, queda como empresa privada, tiene reglas de juego privadas, sacar préstamos como empresa privada y ciertos caminos de responsabilidad de la organización: baja de salarios médicos, ajuste de costos, eficiencia, cerrar algún sanatorio, que le permita acceder por ese mecanismo, de ajustarse a ciertas reglas que establece la Junta, y la posibilidad de acceder al fideicomiso. Por ahora esta recibiendo aportes en gran parte del Estado, y adelanto de cuotas. Estamos esperando que el CASMU revierta, esta

situación de pérdida. Ahora están en equilibrio, han mejorado las salidas, “han cerrado canillas”, hoy en día está entrando en una caja con un mecanismo más saneado. Pero no está solucionado ni mucho menos.

Además de los estados contables, ¿Qué información les exige el MSP?

SINADI, exigía presentar los estados contables auditados. Ahora, hay que presentar balancetes, más profundamente el estado contable, más cercano en el tiempo, no cada un año. Hay elementos de inspección por parte del ministerio que antes no había, tanto en la parte asistencial como en la parte administrativa.

¿Las auditorías asistenciales las realiza la JUNASA?

Si, y el Ministerio a través del SINADI, es decir el SINADI lo llevaba el MSP. Estamos en un momento de transición, por lo tanto hay una mezcla de cosas. La Junta tiene su infraestructura dentro del Ministerio, y comparte con él mucha cosa: departamentos como Economía de la Salud, la División General de la Salud, la Dirección de Servicios de Salud, la unión juega en terrenos que a veces se superponen con los de la Junta, pero en los hechos hay que hacerlo. Se supone que le da también elementos importantes a las instituciones para obtener ámbito de comparación, de referencia y al Estado, le permite ir viendo si las cosas están funcionando bien, porque además de estar la información que se manda a la Junta, ésta manda sorpresivamente auditorías que constatan que la información es real.

¿Debieron hacer alguna adecuación al paquete de servicios desde la vigencia del SNIS? ¿Cuál?

Si, porque cambió el objetivo del sistema. Asistencialmente se le dio gran valor al primer nivel de asistencia y a la asistencia primaria, un poco intentando salir de la medicina asistencialista, que estaba en el país. Se hicieron metas. Las primeras metas fueron apuntando a eso, control del niño al nacer, mujer embarazada, cada meta tiene un valor. La meta tiene un valor fijo, y tenes submetas, cada meta se divide entre 6 y puedes cumplir 2 o 3 y si no cumples con algunos, te los descuentan. Eso ha traído una fuerte inclinación de todas las instituciones a cumplir la meta porque es una cantidad de dinero importante, ahora se puso una segunda meta, lo que se llama médico de referencia, la idea de la Junta es que al cabo de un año un porcentaje importante de afiliados de una institución, tengan un médico de referencia. Intenta ser lo que era antes un médico de familia. La Junta irá aumentando el porcentaje de esta meta. Cobras las metas que estas cumpliendo, y tenes que seguirlas cumpliendo en el tiempo. Te controlan cada 3 meses y se fijan metas cada 6 meses, aunque por ejemplo lo de la epidemia de gripe trastocó ciertas cosas, hubo que

comprar respiradores porque hizo ver que faltaban, eso distorsionó un poco la dinámica que se había planteado el SNIS. Hoy, se intenta que la institución, abarque más gente, la tenga referenciada y le de asistencia cuando todavía está sana, por eso: el programa de diabetes, de tabaco, de la mujer embarazada, de la obesidad, etc. Procurando lograr un punto de inflexión, hacer que la medicina se vuelque más hacia lo preventivo, y no la medicina que se trata con reglas muy severas, sumamente caras en un país donde los recursos no sobran para nada. No se consigue en un año ni en cuatro, pero es la idea de la Junta. A las instituciones les sirve, porque en la medida que mantengan más sano a sus afiliados, sus costos se hacen más eficientes.

Respecto a la meta del médico de referencia, nos comentaron que en algunos países se utiliza para que disminuyan los costos, ya que en vez de mandarte directo a un especialista ellos resuelven muchos problemas directamente.

Es la idea que ha primado. Dos cosas priman, primero no está establecido cual es el objetivo de ese médico. Con esta meta se pretende fortalecer al médico general. Antes, el sueño del médico era hacer una especialidad, cuanto más complicada mejor, más valorado social y profesionalmente. Ahora se busca valorizar la función del médico generalista, para que sirva como pivot dentro del sistema, es decir tu tienes un referente, yo te puedo mandar a ver el otorrino, pero después vuelves a mi y yo voy a actuar de acuerdo a el informe que me dé, pero también de acuerdo al conocimiento que tengo de ti. No es un mecanismo fácil de implantar, el médico de familia a mi juicio desapareció para no volver, es una etapa de la medicina que fue superada, así como el curandero, pienso que va a terminar en un mecanismo más que nada burocrático. A la hora de definir médico de familia, no hemos llegado a un consenso en la Junta, de cuales son los límites, las potestades, que conocimiento debe tener, porque como institución diferente del gobierno, somos responsables frente al Estado y frente a la justicia, no puedo permitir que a ti te haga maniobras gente que no esta capacitada para hacerlas.

Un día te van a llamar de tu mutualista y te van a preguntar, “¿qué médico de referencia quiere tener?”, Y tú si eliges uno va a ser medio al azar, o porque alguien te lo recomendó. Es la que menos me entusiasma de las metas. Suponte en el interior, un pueblo donde hay uno o dos médicos y el tipo esta peleado con los dos, le estas poniendo un corralito al médico, le estas sacando la posibilidad de elegir a quien quiera cuando quiera, en pos de un supuesto beneficio que no va a ser tal, porque te estoy diciendo, te voy a nombrar a un médico de referencia para que tengas a quien recurrir que sepa tu historia, pero voy a tener que poner ciertos límites, porque voy a tener gente que se va a anotar toda con uno, hay médicos muy carismáticos en

toda mutualista y en el interior más. No veo la ventaja, hoy, no hay un médico capaz de contenerte en todas tus dolencias, que este a tu servicio, en tanto médico general, pero con nombre propio es muy difícil de armar, termina en un endiablado laberinto de incomodidades para el paciente, porque puede transformarse en la llave general de eso. Van a aparecer vetas muy especiales, tu tienes que tener médico de referencia para esto, lo otro y eso va a traer un montón de consecuencias que no va a ser más que una mera decisión burocrática.

¿Cuentan con información acerca del gasto por paciente? ¿El cálculo lo realizan en promedio o cuentan con herramientas para determinar el costo de cada paciente individual?

No, se conoce un costo promedio. Las instituciones están buscando hace mucho tiempo hacer una historia clínica computarizada, que te permita saber, tal paciente me costó tanto en el año. Hoy, tú cobras una cantidad de plata que te tiene que dar para la asistencia de tantos pacientes. Hay un programa financiado por el FOMIN (Fondo Mundial de Inversiones), para tratar de armar una historia clínica computarizada. Está en estudio, no es fácil, porque intervienen cosas que no manejan las instituciones, por ejemplo, los insumos de medicamentos depende del laboratorio; los gastos dependen de los médicos. No hay un estudio fino, que te diga un paciente sano cuesta tanto y un paciente enfermo tanto. En el mundo no se sabe. Lo que hay que tener es una magnífica historia clínica, que es lo que los médicos no hacen. No escriben correctamente. Yo diseñe una historia tipo y me demostraron que llenarla puede llevar 15 minutos, el laudo dice que tienen que atender 6 pacientes por hora, sólo la historia les lleva 4 pacientes por hora, y si después le agrega el examen físico, etc., está media hora por paciente. No tengo ni la cantidad de médicos, ni la capacidad económica para pagar un médico que vea 2 pacientes por hora. Algunos vienen a repetir remedios, le das la receta y en 5 minutos están afuera. En actividades humanistas como la medicina, es muy difícil de resolver en un tramado esencialmente burocrático, porque en el fondo hay un elemento humano y eso distorsiona. La primera cosa que te enseñan en medicina es que “no hay enfermedades, hay enfermos”, la forma de esquematizar eso a través de mecanismos de asistencia preestablecidos, es completamente imposible, porque puedes terminar en la más abyecta de las ineficiencias o en el más absoluto despilfarro.

Nos comentaban, acerca de los trabajadores rurales en el interior que por el BPS sólo podían afiliarse a una mutualista, pero no iban a la ciudad a atenderse y la mutualista no tenía incentivos para ver como llegar a él. Ahora como puede elegir ASSE, la mutualista corre peligro de perder ese afiliado, y por eso se

han buscado acuerdos de complementación, ¿que tengan que preocuparse por esa gente que antes no se consideraba, puede ser uno de los motivos del menor superávit ya que antes sólo generaba ingresos?

Hay puntos que tocaste que son fundamentales, en la estrategia de complementación, la palabra integración, es un tema que todavía no esta resuelto. Por ejemplo en una ciudad pequeña del interior el sistema público y privado deberían complementarse, pero hoy están disputando a los afiliados. Aunque la Junta lo quiere, no se han resuelto los niveles de complementación, entonces el sistema privado busca desarrollarse lo más posible a efectos de que la gente opte por ellos a la hora de elegir. En segundo lugar, la ida de contingente importante de gente de salud pública al privado, conllevó a que el gasto por paciente en salud pública haya aumentado, porque hay más plata y menos pacientes. Salud Pública, recibe el presupuesto de rentas generales más las capitas FONASA. En tercer lugar, el planteo de la pequeña comunidad donde no es negocio para la mutualista de repente con 10 socios, ahí es donde yo digo que es importante la palabra “complementar”. El Estado, en un mecanismo de sistema nacional integrado de salud, debería pagar por cada afiliado de ese pueblo una cantidad a quien lo atienda, y lo debe atender una institución que sea parte pública y parte privada, es decir, armar mecanismos de contención que tengan el objetivo de formación, que el tipo no tenga que elegir en campaña. El tema esta en que el Estado dice, “vamos a fortalecer el sistema público para que tenga los mismos niveles que el sector privado”, entonces ¿la integración pasa por la competencia o por la complementación? Mientras no lo solucione, en el interior, seguirán mecanismos de competencia que son caros y no contribuyen a mejorar la eficiencia del sistema. Decir “vamos a fortalecer la asistencia de primer nivel, para evitar que te enfermes”, es un discurso atractivo, pero dices “¿y cuándo me enferme?”, si un persona en el campo se lastima el ojo, va a querer ir al mejor oftalmólogo, no le puedo decir que vaya a un médico de primer nivel. Lo soluciono descentralizando, no es un tema geográfico, es un tema de accesibilidad. Que puedas estar en cualquier lugar y si el tipo se enferma, tener un sistema que haga que en la menor cantidad de horas posibles pueda estar en la mesa de un cirujano de primer nivel. Buscamos que no se transforme en un mecanismo retórico con grandes exposiciones donde aparezcan números macros, pero que en la realidad el hombre alejado de los recursos no tenga acceso, porque sería tener una medicina de primera y de segunda. Y para nosotros eso es una responsabilidad. El ingreso medio del interior es casi el 50% del de Montevideo, incluso hay más pobres y más indigentes. Si el individuo quiere tener acceso al sistema de salud, no debe tener barrera económica que se interponga entre la enfermedad y el acceso a la salud. El sistema privado esta creado de tal forma, que si tienes una apendicitis y yo te voy a ver y te ingreso, no tengas que pagar nada. Pero si vas al consultorio y después a buscar remedios tenes que pagar mucha plata, tickets y órdenes. En el interior no es

perfectible porque no hay dinero como para crear un mecanismo de pago además del pago de la cuota. La idea que presentamos, es buscar mecanismos de sustitución de tickets que hagan que el afiliado no tenga que pagar órdenes y tickets. Tickets siempre va a pagar porque el de la Caja de Profesionales lo tiene que pagar, pero eso en el interior ya es un impedimento para la gente, porque a veces no tienen para pagar el ticket. Creo que no hay una solución al sistema de asistencia mientras haya tickets y órdenes. En el '93', cuando se firmó el laudo anestésico-quirúrgico en Montevideo, se les dijo a las instituciones "firmen ese acuerdo", el Ministro dijo que se iba a financiar con órdenes y tickets, entonces las órdenes se fueron al cielo, más en las instituciones grandes que en las chicas. Como en el interior no pasó, no hubo tickets ni órdenes más caras. Se debe transformar al Sanatorio privado, en lo que era el Hospital en el interior en 1960 -1970. Eran el único lugar de actividades médicas. Si vas al interior, vas a ver grandes hospitales vacíos, porque la gente se atiende en el sistema privado. Esos espacios hay que utilizarlos en cosas mejores, el sistema privado va a adquiriendo una dimensión, a la que hay que darle suficiente capacidad como para que asista a la población del interior sin impedimentos, y eso es una cosa que este sistema busca. En la medida que se trancó y han bajado el valor de los tickets y las órdenes desde el 2005, ha aumentado el ingreso de la población media. Ese es el camino que hay que profundizar en este sistema. Nosotros en el interior planteamos que se abriera el corralito para esta gente, que había quedado encerrada en un sistema que no podía solventar. La gente que se ha volcado ha sido muy poca, no más de 2.000 ó 3.000 personas, eso habla de que la gente quiere asistirse en un nivel superior, pero no hacerlo es por razones estrictamente económicas. El problema es que hoy, la centralización lleva a que la ley tiene que ser nacional, y no puedo legislar para que en el interior no se paguen tickets y órdenes y en Montevideo si. El último decreto de cuota de julio, mal hecho, decía que una institución privada no podía cobrar más de \$800 una orden, cuatro días después, con la misma fecha y las mismas firmas salió el mismo decreto, con el mismo número que no dice el tope, eso tiene nombre propio, eso te demuestra porque hay que ser mas eficiente en el interior que en Montevideo, ninguna institución del interior tiene la fuerza para modificar un artículo de esos, por eso y otras cosas, lo impugnamos.

¿Cuentan con un presupuesto en salud preventiva? ¿Existía antes de la implantación del SNIS? ¿Tuvo algún cambio luego de la entrada en vigencia del mismo?

A los médicos nos desveló siempre, porque sabemos que un peso en salud preventiva vale por 10 en salud asistencial. Pero, en la medida en que vos tenías un modelo asistencialista, no había dinero. La idea era, me

voy a hacer socio de una mutualista para cuando me enferme. El cambio de modelo es muy importante, que las instituciones cuiden de tu salud cuando estas enfermo, pero que también te cuiden cuando estés sano. Ahí apuntan las metas, eso le da un soporte económico que antes no existía. Antes salía de la dinámica del presupuesto, porque no estaba en la cuota que pagaba el BPS.

¿Se ha brindado capacitación a consecuencia de la implementación del SNIS? ¿A qué sectores?

Debemos capacitar al personal, especialmente el que tiene contacto con el paciente, para eso se hizo la meta, que implica que tienes que comprometerte a que dentro de tres meses tienes un 5% de tu personal inscripto en esos cursos, debiendo presentar cierta información y si es así vas a cobrar la meta.

¿Se han dado incrementos salariales (o algún incentivo) ligados a mejoras asistenciales en FEMI?

Se han dado en tanto se han cumplido los laudos, en la parte salarial la Junta no tiene incumbencia ninguna, esos siguen siendo los laudos del MTSS. Lo que ha hecho este el mecanismo, la nueva organización, es que gente que estaba en un escalón del laudo pasará a otro más caro, con más horas, con más tiempo disponible, siendo así un incremento salarial pero no ligado a un objetivo puntual.

¿Cómo se realizan las compras de medicamentos, cada institución individualmente o se agrupan?

En FEMI hay una cooperativa de compras que se llama COCEMI (Cooperativa de Compras de Entidades Médicas del Interior). Estableciendo una mecánica de compra de medicamentos y otros insumos médicos (placas, gasa, algodón) que son comprados por todas las instituciones comunes y que logran mejores precios negociando en conjunto para todos los afiliados.

¿Los médicos recetan por principio activo en FEMI?

No, el objetivo es teóricamente válido, receto la sustancia activa y me das la marca que quieras. Por ejemplo en COCEMI, yo licito para comprar ampicilina, ¿cuál?, la que tenga mejor precio, hay un supuesto, que todas las ampicilinas son iguales. Primer error, no es así, segundo, hay dos elementos que distorsionan eso, el paciente y el médico; porque el paciente y el médico son un fruto que nace y no puede esquivar el mercado. El médico te dice, la mejor ampicilina que hay es marca tal, tengo pruebas magníficas con ella, y pone la marca que quiere y le parece mejor. Va a la farmacia y le dicen le voy a dar una similar, entonces le dice no me dé nada y se va a comprar afuera la marca que le dio el médico o sino, va y le dice al médico y él le pone “darle esta o sino no dar nada”. Esto distorsiona todo porque no hay mala intención del paciente ni del

médico, es que no hay mecanismo estatal que pueda determinar cual es mejor o peor. En ese mecanismo, el que esta regulando el mercado de recetas es el mercado y está muy manejado por los visitantes médicos, especialistas en demostrarte que lo que venden ellos es mejor que lo que vende el otro, es un mecanismo muy duro en este país, que es la libre elección del médico y del paciente, por lo tanto si bien el espíritu es bueno, poner el nombre de un producto genérico y que después las instituciones le den el que le parece mejor, esta pegando contra las paredes de la factibilidad, por algo el mutualismo no lo ha puesto en marcha. Se ha podido poner en marcha en algunos medicamentos, en algunos países, como Brasil por ejemplo, en base a acuerdos nacionales, el Gobierno genera en sus laboratorios una ampicilina a un precio muy inferior y la pone en el mercado y no deja duda que tiene el respaldo del Gobierno. Pero que por licitación llegues a poner uno solo, no. Los mismos laboratorios van a decir que tal medicamento de extraordinario efecto, tal mutualista no lo da por el costo y entramos de vuelta en un mecanismo de confrontación de mercado. Por eso digo, la teoría es correcta, pero factible hasta hoy, después de varios años del sistema no ha sido posible.

Las compras de tecnología, ¿Las realiza cada institución en forma independiente o se asocian para complementarse? En tecnología es más fácil, porque es un elemento en que la gente no puede influir y el médico tampoco. Cuando te vas a hacer una placa no preguntas ¿qué marca es el aparato de radio?, seguramente el médico tampoco sabe, solo te lo indica, entonces es un lugar donde los mecanismos de compra con marcas de conocida solvencia se pueden hacer en conjunto. Podría haber, que sería muy bueno hacerlo, una sola marca de determinado aparato, por ejemplo, un analizador de cáncer en sangre, en el país se combinó el sistema público y privado para hacer una licitación hace un año más o menos, se presentaron tres o cuatro marcas del mercado que son todas buenas, y tú eliges una, y compras para todos. Eso que es mucho más simple que los medicamentos, tampoco es posible, porque el mercado sigue siendo el comandante. En el fondo el mecanismo sino es autoritario, se desvanece bastante como posibilidad, porque las personas que pueden decidir en una especialidad tan específica como es la marca y la calidad de un aparato como el PET por ejemplo, son pocas en el país, y esas personas pueden o no tener intereses reales, y le vas a terminar preguntando a ellos, no tenes más remedio. Si vas a comprar un Pet en este país le vas a preguntar a Engler, que es el tipo que sabe más de Pet del país, y si él te dice que compres General Electric, y la SIEMENS saca un cartel en el diario que dice que él trabaja para la General Electric, te ensucia la cancha, de tal manera, que ahora esta todo parado. Querer solucionar éste tema en un país tan pequeño e insignificante a través de ciertas reglas, y poder decir con eso encontré la solución final no es posible. Por

eso yo apuntaba a que la base de todo sigue siendo la accesibilidad del médico con el paciente, que el tipo que se sienta mal pueda acceder a quien corresponda, sin ninguna cortapisa económica.

¿Por qué al Sanatorio Americano no le dejaron importar el PET SCAN? Ahí surgió una cosa interesante, se armó un entredicho entre el Ministerio y el Sanatorio Americano por el Pet, consecuencia de ello, llevaron a la Junta un día una resolución armada por el MSP, de la Ministra, diciendo que “la tecnología solo podía entrar por las puertas del Estado”. Decían que para ordenar la tecnología y cambiar de modelo, cualquier tecnología tenía que entrar primero por el Estado y después que la adquiriera y la probara, los privados la podían comprar. Es otro elemento teóricamente fuerte, puedo decir que ese mecanismo es teóricamente un arreglador, un ordenador del sistema, pero desde el punto de vista fáctico es autoritario, entonces nos opusimos, porque puedo no estar de acuerdo, lo que no pueden decir es por donde entra, en un país como éste puedo poner buenos porteros, pero no puedo cerrar las puertas, ¿me explico?, puedo poner tienen que hacer tal cosa, cumplir tales cosas, tales requisitos, pero si hay alguien que la quiere traer por motus propio, no le puedo decir que no, porque el tipo que leyó en Internet que hay un Pet que le va a decir si tiene metástasis o no al otro día de operarse y poder actuar sobre ellas, lo quiere ya no dentro de 5 años.

Los controles que realiza el MSP para la incorporación de nueva tecnología, ¿han cambiado desde la entrada en vigencia del SNIS?

No, se han visto enfrentadas a una responsabilidad que no estaban acostumbradas, pero no ha sido malo ni nada que se le parezca, es más hay instituciones que reclaman más inspecciones, es decir no ha sido un obstáculo eso.

¿Considera que la estimación de la capita que el FONASA abona por afiliado, se adecua al gasto del mismo? Y las metas?

Creo que hoy las capitas son más reales que antes. Cuando empecé, la que ponía las cuotas era COPEMI, una reguladora de precios, tenía un jefe, el contador Arancet, que era el que ponía la cuota, partiendo de una base, las cuotas del interior eran la mitad que las de Montevideo. Porque según él, el interior no tenía desarrollo, y ahí nació mi carrera de dirigente, me puse como meta borrar esas palabras de su boca, ahí empezó a desarrollarse, a llevar colegas, especialistas a armar las cosas, hacer un sanatorio y culminamos cuando compramos en el 94 el Sanatorio Americano, con lo cual fui y dije ya no hay diferencia, ahí se igualó el interior a Montevideo, de dónde nació la cuota, nadie sabe muy bien.

FEMI presentó un recurso ahora por la cuota, ¿a qué se debe?

Si, es una buena causa para la impugnación de la ley. Firmamos un contrato hace 2 años y se estableció que el aumento de la meta, será de acuerdo al costo de vida según el INE. La cápita se ajusta según una paramétrica que esta firmada en un contrato entre la JUNASA y las instituciones, la paramétrica incluye, el precio del dólar a la venta, IPC, y varios elementos que dan una cifra, cada 6 meses, la cifra esa se transmite a la cuota. La cifra en que debía aumentar la cápita era 4,16% pues la paramétrica marcó eso. La meta tenía que aumentar tres y pico por el IPC. Pero cómo la cápita va a la inflación, aumentaron el valor de la cápita en vez de un 4,17% un 2% y el resto lo metieron en la meta, que no va en la inflación, los que tenían más viejos se favorecieron, porque aumentaron la meta por los que tenían más de 65 años, con lo que quedaron instituciones cobrando \$8, \$10, y en Montevideo algunas cobraron alrededor de \$35 que multiplicándolo por el número de afiliados da mucha plata. ¿Qué instituciones?, El CASMU y La Española, o casualidad!, de rebote le tocó a IMPASA y a Casa de Galicia, Además la parte formal había aparecido mal hecha, habían aparecido dos decretos diferentes con la misma fecha y las mismas firmas. Plantee en la Junta que si hay que cambiar la paramétrica la cambiamos, pero no podemos violarla si no me dan o me cierran mal.

El MSP divulgo que las IAMC han pasado de déficit a superávit, ¿esto es así?

Es una generalización insostenible, no hay ninguna que diera pérdida antes y ahora dé ganancia, es más algunas instituciones están perdiendo plata con esto. Es cierto que se aumentó el número de afiliados y por eso aumentaron los ingresos de algunas instituciones, pero también, aumentaron los gastos, porque hay que aumentar la capacidad de asistencia, el personal y ese mecanismo teórico no es cierto. Hay una cantidad de instituciones que estaban con superávit del 4%, hoy tengo un superávit consolidado de 2%, pero tengo en el contexto 8 instituciones que dan pérdida, es decir de las 23 ya hay 8 que dan pérdida, por lo tanto no es cierto que el mecanismo en la realidad básicamente haya cambiado de un superávit a otro. Estas medidas favorecen a La Española y el CASMU, se están tomando a sabiendas, son una realidad, hay un objetivo muy claro de la Junta que es "Salven al CASMU y a la Española", eso lo saben además las instituciones más chicas que no tienen esa fuerza, los números los tiene todos el Ministerio, hay una constancia de que lo tienen muy claro. Saben quien esta al borde y quien no, por lo tanto están estirando, me parece que en exceso, la piola. Ahora me están echando para atrás todas las habilitaciones del interior. Me parece que no es un mecanismo de juego democrático de Gobierno, esta dentro de las reglas de juego,

tienen que aceptar que si como empresa me veo violado en un contrato firmado con el Gobierno, y puedo apelar, lo haga, no pueden tomarlo como una táctica contra el Gobierno para desestabilizarlo.

En la conformación de la JUNASA el Estado es mayoría, ¿Qué opinión le merece?

Nosotros no tenemos posibilidad de sacar ninguna cosa, somos solo voz y oído. Nuestra función, lo dice la ley “somos delegados de”, somos integrantes como delegados pero nuestro voto..., además mi voto no coincidiría muy fácilmente con el del usuario, o con el del funcionario, así que no incide. Lo que me permite es acceder a un montón de información que antes no tenía, porque esto mismo pasaba en otros ministerios pero se hacía entre 4 paredes. La Junta es del Gobierno, así que mi voz siempre va a ser interesada, la de los funcionarios y la de los usuarios también, por encima esta el Gobierno que decide. Va a decidir unas veces a mi favor, otras en contra.

La reforma en general, ¿qué opinión le merece? ¿Pro - contra? ¿En que se podría mejorar?

Estoy a favor de la reforma, creo que es buena y vino para quedarse. Gane quien gane las próximas elecciones la reforma va a tener diferente énfasis, no sé como, pero va a seguir. Nos ha hecho acceder a cantidad de información, ha puesto a las instituciones frente a la responsabilidad de manejarse en serio como empresas, jugando a la eficiencia, gestionando mejor de lo que lo venían haciendo hasta ahora, ha puesto a considerar que trasciende la fuerza del lobbie de la misma, aunque queda todavía. Las que no son “las grandes”, un partido que ha jugado el interior por mucho tiempo, jugar a la eficiencia fuertemente gestionando caminos donde la empresa tiene que comportarse como tal, juega en un mercado duro, difícil, y tiene que ser eficiente. No de la manera que lo hacía antes: “hago lo que quiera con mi empresa y después consigo aumento de cuota para pagar los errores que cometí”, se acabó, quedan 2 ó 3 instituciones que pueden jugar ese juego pero las demás no. Las instituciones hemos visto, a mi juicio, que el sistema implantado tiene elementos que son sumamente positivos, no sólo para el afiliado sino para las instituciones también, tiene un costo más elevado, tiene un control más fuerte del Estado y generalmente eso molesta, tiene inspectores permanentes, gente que va a revisar las historias, un montón de cosas que tienen un costo, y a veces se dice que no están tenidos en cuenta a la hora de fijar las obligaciones, esa es la queja más grande que hay. Cuando se hizo el primer contrato entre la Junta y las instituciones, se llamó “Contrato de Gestión”, una de las bases del contrato, fue mantener el equilibrio económico y financiero de la institución entera, es decir lo que te voy a mandar a hacer nuevo, te voy a dar una forma de financiarlo. De esto es lo que las instituciones se quejan más hoy, se están pidiendo cosas que no están financiadas.

Igualmente, veo que las instituciones están respondiendo positivamente frente a este desafío, que no es fácil.

Entrevista al Dr. Antonio Duran

(Presidente del Plenario de las IAMC – 11 de setiembre de 2009)

¿Qué instituciones integran el Plenario?

Está integrado por: IMPASA, CUDAM, SMI, y GREMCA (que en este momento está en stand by por un tema personal que tuvimos). Tenemos 220.000 socios, cerca de 4.500 funcionarios y representamos prácticamente el 30% de los socios de Montevideo.

¿Cuáles han sido los cambios fundamentales en los prestadores desde la entrada en vigencia del SNIS?

Yo creo que antes de ver la reforma, hay un cambio sustancial que se va a ver en los próximos años al que no le hemos dado el valor real que tendrá. Es la Ley del Tabaquismo, que en unos años los uruguayos vamos a ver disminuidos la cantidad de cáncer y de problemas coronarios y vasculares en general, por el cese del tabaquismo. Esta ley, en el mediano plazo va a dar un rendimiento sustancial, al disminuir este tipo de patologías, se dará la posibilidad de aumentar las prestaciones al resto de los ciudadanos.

Con respecto a la reforma, tiene un trípode en que se basó y nosotros estamos de acuerdo. Primero, el sistema de atención primaria en Salud, que es fundamental. Segundo, el tipo de gestión y por último el tipo de financiamiento. En cuanto al sistema de salud estamos muy conformes y totalmente de acuerdo. Una situación que nosotros le habíamos planteado a Batlle en el 2001, era la necesidad de ampliación de la base de DISSE (hoy socios FONASA), porque veíamos que los índices de morbi-mortalidad infantil, de morbi-mortalidad materno-infantil durante el embarazo y los demás índices que se utilizan en la medición “Gestión de Salud” en el mundo, se iban elevando. Esa era una solución para encaminar tanto la salud pública y privada para los uruguayos. La ampliación de base DISSE no se hizo en ese momento, y este gobierno con la implementación del Sistema Integrado logra aumentar los socios de DISSE, y de alguna manera se ve reflejado en las instituciones, un mejoramiento de su situación desde el punto de vista de la cantidad de afiliados. En Montevideo, desde diciembre del año pasado aumentaron casi 200.000 socios, y casi 120.000 socios en el interior, de las 48 instituciones que hay. Es curioso, porque esto permitió disminuir los índices de morbi-mortalidad, mejorar los controles, mejorar la eficiencia, mejorar los costos, mejoraron

todo una cantidad de situaciones del primer nivel y fundamentalmente de seguimiento de un montón de personas que no tenían control y que no sabían que tenían la posibilidad de controlarse, y que hoy día, gracias a ese cambio sustancial se pudo hacer. Por otra parte, con el primer nivel de asistencia, se puede empezar a tener un esbozo de lo que el ciudadano uruguayo entiende de salud, seguramente en el futuro, se logre un ordenamiento mayor y más eficiencia y eficacia desde el punto de vista sanitario. El amiguismo y las críticas que le hacemos al sistema actual, no permitieron bajar determinados costos, determinados tickets y órdenes, este gobierno que tiene la mayoría absoluta y una soberbia muy importante, determina que en determinadas instituciones se bajen los ingresos por copagos, o sea órdenes y tickets. Pero en algunas como La Española, el CASMU, Casa de Galicia, IMPASA, que son entre el 16 y el 18%, no permiten bajarlo al 2 – 3%, como las instituciones: GREMCA, CUDAM, UNIVERSAL, la Médica, que son las que tienen menor cantidad de copagos e inciden mucho menos en la asistencia. Es mentira que el uruguayo no tenía acceso a la salud, lo tenía antes como lo tiene ahora y las instituciones de Montevideo, las del Plenario en particular, decidieron que había que darle asistencia a la población más allá de la crisis y se bajaron los copagos. Los pagos están regulados fuertemente por el Ministerio de Economía, en cuanto a los ingresos, nosotros no podemos aumentar un peso más que lo que nos diga Economía, ni de los copagos, ni de las cuotas. Estamos muy controlados desde el punto de vista de los ingresos y desregulados absolutamente del MSP que nos exigió y nos exige cada vez más, pese a que no están solventados ni subsidiados ninguno de los aumentos, ni de las prestaciones que tenemos que dar. Es mentira que el MSP incorporó 500.000 niños, porque ni siquiera entraron 320.000 socios nuevos a todo el sistema en estos 4 – 5 años que llevamos de Gobierno, es mentira también que se hayan introducido cambios sustanciales en cuanto a las prestaciones, ni a la disposición de las mismas, que nos obligan, porque el Ministerio sin duda juega su rol político. Los números fríos dicen que no se aumentaron más del 20% los controles que requieren las embarazadas por ejemplo, y hay instituciones e incluso ASSE que no tienen ningún control ni inspección, cobran las cápitas totalmente como si los hicieran y fueran el 100% de sus afiliadas a los controles, cuando sabemos específicamente que esto no es así, no hay ninguna población de ninguna institución que pueda llegar al 100% de los controles a todas las personas. Solo por una gripe, el control se saltea. Fíjate en metas: ASSE recibe \$92,- es la que recibe más todas, de las otras la que recibe más es La Española: \$56,-

Creemos que se puede mejorar, falta mucho por caminar en el tema de la policía sanitaria, que es la función del MSP. El MSP contrata personal (es el Ministerio que más personal contrató), sin concurso, caen las inspecciones con gente que no tiene ni idea como funciona el sistema de salud, por lo cual nos hacen perder una enorme cantidad de tiempo, nos caen en horarios picos, nos distorsionan toda la policlínica, tenemos

que poner 6 – 7 personas a explicarle como funciona la historia y el sistema, después ver que va a recabar, y tercero hacerle los propios papeles, es vergonzoso. Sin embargo a otras instituciones ni siquiera les caen, y cuando lo hacen es una inspección absolutamente “Light”, hemos tenido acceso a algún papel de control y de los que nos requieren a nosotros, el formulario es el mismo, pero como se llena uno y otro es absolutamente distinto, y los horarios distintos, y no les distorsionan el funcionamiento real. Desde el punto de vista de la gestión, tiene que haber una policía sanitaria fuerte, la salud tiene que estar regulada, estrictamente vigilada, tenemos que dar una asistencia que iguale para arriba a ASSE, pero esto también, tenemos que saber que depende de 4 o 5 factores, que si el gobierno no lo da no le podemos dar una asistencia igualitaria por más que queramos las mutualista, si usted no tiene agua potable en su casa, no tiene educación, no tiene un vivienda decorosa, pasa frío, pasa hambre, no tiene trabajo, nunca va a tener la misma asistencia que una persona en mi casa, yo me voy a curar mucho antes que esa persona. Con una simple gripe, tiene más probabilidad de complicarse esa persona que yo. Entonces el primer nivel depende de esos 4 o 5 parámetros que hablábamos que dependen del Gobierno, que tiene que poner el trabajo, el saneamiento, el agua potable, la educación y la vivienda, que son fundamentales para que cualquier cambio de sistema realmente funcione. La policía sanitaria tiene que ser rectora y tiene que dictar normas claras, visibles, tangibles, tienen que ser normas que nos digan claramente hacia donde quiere ir, para que nosotros podamos de alguna manera cumplir, para que sean igualitarias para todos. Pero al mismo tiempo tienen que ser ecuanimes en el sentido de que no puede pasar de que, esta demostrado, cualquier técnica importante, vamos a suponer la cirugía cardiaca ahora pasó, si usted dice que para tener un entrenamiento determinado el Centro ese tiene que operar por lo menos 50 cirugías por mes, para tener el mismo nivel de morbi-mortalidad que en EE.UU., no puede ser que usted habilite 6 centros para hacer cirugías cardiacas, y en vez de operar un Centro 50 personas, entrenado y que no tenga complicaciones, o que tenga una muy baja tasa de complicaciones, sigan habilitando Centros como habilitaron ahora a la Medica Uruguay y habilitaron a otro. Tienen que ser 2 o 3 Centros, sino van a terminar operando 1 o 2 pacientes por mes cada uno por lo que el personal va a tener menos entrenamiento. Desde el punto de vista financiero, hay grandes contradicciones. Primero violar la ley, desde el año 71, la ley dice que “tienen que ser sin fines de lucro”, se han contemplado situaciones absurdas como es, amparar a la ley 16.060, a los Seguros privados con fines de lucro y que además regulan su cuota, no la FONASA, sino lo que complementan, tienen derecho a acceder al FONASA. Pero no sólo eso, cuando se empezó con todo esto, los socios, no eran socios del Seguro, sino de las mutualistas, nos quitaron 5.000 y pico de socios y además les permiten elegir a los pacientes. Sacan plata del sistema de salud para su propio beneficio. La segunda contradicción, es lo que dice la ley 18.211, que no

la pueden integrar instituciones con déficit, y todas tienen déficit. Entramos con USD 400 millones de déficit, pero además cometieron el grave error de no prever como subsanarlo, y de cual era el punto de partida de cada una de las instituciones. No es lo mismo, una institución que tenga el 95% de socios FONASA hoy, al cual vos le vas a regular la cuota. A que tengas una cuota particular, que desde el punto de vista político, influye en el IPC, que ahora no tiene razón de ser, y lo ponen como variable de ajuste, entonces cualquiera de los aumentos de los últimos 5 años dependía de cómo estuviera el IPC y de la inflación, yo aumentaba un 2 – 3 % de lo que es la paramétrica, que nunca debió haber bajado de 5% y pico de ajuste global, entonces yo de ese costo le daba 2 – 3% de las cuotas FONASA y de repente aumentaba 6 – 7% los socios particulares y por convenio. Si yo tengo el 98% de socios FONASA a mi me aumentaba el 3%, que el 2% restante me aumentara un 7% no me influía, pero las instituciones que tienen, como el CASMU, la Española, IMPASA, el 50% de socio no FONASA (particulares y por convenio) le aumentaba un 4 – 4,5%, la diferencia entre una y otra era distinta, entonces ellos fueron aumentando por amiguismo y cuando se sacan los tickets y órdenes para diabéticos, la Española tiene el 50% de los socios diabéticos, y el aumento que se había dado era de un 0,20% - 0,25% no recuerdo bien, entonces, la Española protestó y dieron un 2% más de aumento, por los diabéticos de la Española. En el decreto de julio de este año, en el cual el artículo 7 pone la meta de los de 65 años, comete 2 errores. Primero incluye al socio FONASA y al socio particular. Te dividían lo que vos podías cobrar de acuerdo al porcentaje de socios mayores de 65 años en tu padrón total de socios, entonces las que se veían beneficiadas, el CASMU y las Española, aumentaron cerca de \$40 la cuota, por encima de las cuotas, en cambio Universal, GREMCA, SMI, aumentaron \$4 la cuota, pero multiplícalo por 100.000 socios, es mucha plata. Desde el punto de vista del financiamiento, hay múltiples irregularidades, no solo estas que estamos mencionando. No todas las instituciones tienen la misma composición de socios FONASA o socios por convenio, por lo tanto eso hay que reflejarlo, no se puso una paramétrica que dijera como iba a ser el aumento de la cuota, y si se fijó nunca se respetó. Tercero, algo que yo estoy de acuerdo, era que las instituciones no te tomaban socios mayores de 65 años, porque gastaban mucho más, entonces lo que se hizo fue que, si siempre fueron los jóvenes los que subsidiaron a los mayores de edad, vamos a pagar más por los mayores de 65 años y vamos a bajar la cuota de los jóvenes a la mitad y de alguna manera así obligamos a las instituciones a que absorban a mayores de 65 años, cosa que yo veo razonable y criterioso, pero el MSP bajo los \$900 que pagaba entre los 18 y 44 años a \$400 y los mayores de 65 años iba a aumentarlo a \$2.800, - pero puso como base \$4400 para los jubilados, los demás no entran en el FONASA. Entonces había una población de 130.000, de los cuales 50.000 ya eran socios. Los 80.000 restantes no pueden entrar a las instituciones porque les cobran órdenes y tickets. Entonces, a las

instituciones, se les bajó la cuota de los jóvenes, pero como los mayores no entraron las instituciones no se beneficiaron y recién en el 2011 podrán ver ese cambio. Eso fue una de las cosas que llevó a la crisis del CASMU, igual sigue teniendo muchísimos problemas, porque la población del CASMU era un 27% mayores de 65 años. A la Española también le pegó y a Casa de Galicia e IMPASA también, porque eran los que tenían mayores de 65 años. Después, del financiamiento, los groseros errores de cálculo, no puede ser que les hayan fallado en USD 50 millones, que tenga que pagar Rentas Generales por la super estructura que han hecho, estaba previsto que el sistema se iba a financiar solo. Tenemos que ver donde se usaron esos USD 50 millones, ¿eso mejoró la asistencia?

Pero, ¿no es el CASMU el que más socios tiene?

El CASMU tiene cotizantes, las mutualistas mienten mucho. Una cosa es lo que dicen tener de socios, que son los recibos emitidos y otra cosa son los recibos cobrados. Muchas mutualistas para mantener determinado prestigio, mantienen socios 6, 7, 8 meses sin pagar, que ya están borrados. El CASMU esta recibiendo cobrados en este momento 212.000 socios, pero esta emitiendo 240.000 recibos, la Médica esta emitiendo 207.000 y esta cobrando 202.000 recibos, si sigue esa tendencia una hacia la baja y otra hacia la suba, en pocos meses pasa a tener más socios la Médica. Ahora vamos a ver con esta reforma del CASMU que va a pasar y como la ayuda. A la Española sin concursos le dieron los seguros parciales públicos, que iban a desaparecer, como ANCAP, BHU, y no solamente eso, por UCAMAE, se llamó a licitación para estudios y ahora están en proceso de adjudicación de los nuevos. Se les adelanta plata por los estudios que se van a hacer en los próximos meses, para poder pagar los salarios. Y al CASMU le adelanta plata el BPS, sin intereses y sin nada y ¿por qué al resto de las instituciones no?, ¿por qué a IMPASA cuando estuvo en crisis, que ahora se fusiona con el SMI, le dieron un préstamo en Unidades Indexadas, más un 10% de interés anual, y al CASMU, le dan más plata y sin intereses, a pagar en cómodas cuotas? Este Gobierno, es de los que ha actuado más políticamente y más a nivel de amiguismo, beneficiando a todos los que los alcahuetean, que políticamente no les vaya a pegar en el futuro.

¿Realizaron alguna previsión antes del ingreso al SNIS (n° de afiliados, RRHH, etc.)? ¿Se cumplieron?

Nosotros, habíamos empezado a hacer un estudio de complementación, y muchos lo están haciendo ahora. La idea es empezar el 1° de enero y nosotros en marzo del año anterior hicimos una cantidad de estudios de cuanto era la población que podíamos admitir sin aumentar la cantidad de personal o aumentando la cantidad de personal cuanto podía rendir y ver cuantos socios podía admitir cada institución, aumentando

la cantidad de camas convencionales, de CTI, de adultos y de niños, y de block quirúrgico de acuerdo a la población, eso sin ninguna duda se fue haciendo y se creció más de los que nosotros pensábamos, nos sobrepasó los primeros 2–3 meses, porque además vimos una población totalmente no asistida, nos llevó a que tuvimos que multiplicar por 3-4 la cantidad de cirugías sobretodo en pediatría, cirugías atrasadas los tuvimos que hacer nosotros, teniendo que estudiar a los pacientes, aumentar los estudios y técnicas de alto nivel, los tuvimos que multiplicar por 7,6.

Pero, ¿el Pereyra no es uno de los mejores hospitales para niño?

Si, como Tacuarembó, es lo que dicen, pero es todo marketing. Por ejemplo, una cirugía de hernia de disco por la Laparoscopia, lo sacaron en el 2005 con bombos y platillos. IMPASA la había dejado de hacer el '96 porque se descubrieron las complicaciones que traía a los 15 años, y sin embargo el cirujano se fue a hacerla allá, y después no se hizo más, por supuesto. Hicieron una aislación a nivel cardiovascular, yo la tenía, allá fue la primera aislación que se hizo en Uruguay, año 2003, yo me la había hecho en Casa de Galicia en el '93. La neurocirugía fue un cirujano de acá que ya la había hecho en otro lado. Yo tuve la desgracia de ir al Hospital de Tacuarembó, por una retención aguda de orina de una persona que iba conmigo en un auto, no tenían sonda vesical para ponerle. Es todo marketing, impulsado por los periodistas, Silvio Ferreira que se dedica a eso, fue blanco toda su vida, nunca quiso militar y ahora se hizo del Frente, del MPP, está impulsado por Castro, el informativista del 4 que es de Tacuarembó, todo marketing.

¿Se conoce el número de afiliados contrataban particular y ahora están afiliados por FONASA?

Los ingresos disminuyeron un 20% por los que antes pagaban y ahora están por FONASA con una cuota menor.

¿Vieron afectada la eficiencia y la eficacia del funcionamiento de los prestadores desde el SNIS?

En un principio si, por una población mal asistida, por la cual tuvimos que resentir incluso a la población que ya estaba afiliada. Los médicos se vieron saturados, no había capacidad de que pudieran hacer más policlínicas y de alguna manera se retrasaron las consultas, los estudios. Nos vimos desbordados por una población que no había sido valorada previamente por las autoridades, nos dijeron que venían estudiados y con el mismo tipo de consulta que teníamos habitualmente, y no estábamos preparados para otro tipo de consultas y una cantidad de temas, hay patologías que se ve en población carenciada que no se ve en otro tipo de poblaciones, también tuvimos que aprender en ese aspecto. Esta situación después de determinado

tiempo, se ha ido solucionando, pero ha disminuido la calidad asistencial en todos los prestadores incluso en el tipo de medicación. Creo que ha disminuido la calidad asistencial, puede ser un período de transición lógico de un cambio de sistema que se apuró más de lo previsto para llegar a las elecciones, para decir que hay cambios radicales que en realidad no son tales. La población no puede apoyar a un ministro que no tiene ni la menor idea de lo que está haciendo.

¿Cree que la apertura del corralito a toda la población les puede ocasionar problemas a las organizaciones? ¿Cree que aumentaría o descendería la cantidad de afiliados?

Nosotros estamos en contra del corralito. En el 2001, estuvimos totalmente de acuerdo porque la situación de ese momento se había desbordado absolutamente. La incapacidad del Poder Legislativo de sacar 3 leyes que permitían la intermediación lucrativa, se hacía que 6 ó 7 cuotas de las instituciones fueran para comprar socios. La apertura del corralito va a tener una incidencia importante cuando se abra para los mayores de 65 años y se incluyan las cajas de auxilio, si es así, porque hay un elemento de poder, que son los sindicatos que están solidariamente con el sistema nacional integrado de salud, y quieren socializar la medicina para todos, pero no la quieren socializar para ellos. El caso más crítico es el sindicato médico, si vos abris la red médica ves todos los dirigentes del sindicato médico de izquierda que han querido la socialización de la medicina, hoy no quieren que le quiten su caja de auxilio, que tienen cama particular y algunos beneficios más, lentes, etc., porque no quieren que la plata de ellos vaya para el resto de la población.

¿Debieron hacer alguna adecuación al paquete de servicios desde la vigencia del SNIS? ¿Cual?

Si, tuvimos que hacer muchísimo cambios de servicio, tuvimos que adecuar toda una cantidad de sistemas, hasta de educación, tanto de capacitación a los funcionarios y a los propios usuarios en cuanto a lo higiénico y dietética, a la importancia de los controles, absolutamente desde la pediatría y también a adultos, ha hacerse un autoexamen de mamas, todo una cantidad de temas que es fundamental. Se han incorporando todos los servicios que se nos exigen. Porque ellos entran en las metas asistenciales.

¿Cuentan con información acerca del gasto por paciente? ¿El cálculo lo realizan en promedio o cuentan con herramientas para determinar el costo de cada paciente individual?

Promedialmente se tiene, depende de la franja etaria y del sexo, no es lo mismo un bebé hasta los 2 años que mayor de 2 años.

¿Cuentan con un presupuesto en salud preventiva? ¿Tienen conocimiento del porcentaje del gasto de las instituciones destinado a la misma?

No, porque tenemos déficit. Se hace lo que se puede hacer como para cumplir las metas y a costillas de no pagar salarios, hay instituciones que no están pagando salarios.

¿Se han dado incrementos salariales (o algún incentivo) ligados a mejoras asistenciales?

No, toda la paramétrica que no se aplica, y todos los aumentos salariales, estuvieron por encima de lo que se trasladó a la cuota o cualquier beneficio para poder subsidiar los salarios, no se pudo hacer más.

¿Cómo se realizan las compras de medicamentos, cada institución individualmente o se agrupan?

Depende, en el Plenario algunos medicamentos se compran en conjunto otros individualmente, lo que se compra por el Plenario (no medicamentos específicamente): el algodón, las gasas, las jeringas, etc., y algunos medicamentos sí, pero la mayoría compran individualmente, porque los laboratorios te hacen un juego. Como también les debemos a los laboratorios mucha plata, te presionan y te obligan a comprar determinados medicamentos e incluirle otros medicamentos para poderte refianciar entonces es un ciclo muy difícil. Le pedimos al Ministerio comprar por UCAMAE, hace tres años que nos está por contestar, aunque el decreto dice que podemos, otra cosa es la realidad. Mandamos carta y nunca nos contestaron.

En cuanto a la tecnología, ¿qué tipo de evaluación previa a la adquisición de nueva tecnología se realiza?

IMPASA es de las 5 instituciones la única (del Plenario) que tiene tecnología propia sofisticada, va renovando de acuerdo a las posibilidades. El MSP de acuerdo a un montón de valoraciones extra médicas te aprueba las incorporaciones. Pero, ¿por qué el PET no lo dejaron ingresar? Porque primero tenía que incorporarlo Salud Pública, entonces, ¿Hay pacientes de primera y de segunda? Al abogado nuestro le tuvimos que pagar USD3.000,- durante 6 meses, para que se fuera a hacer el PET a Buenos Aires, entonces él lo puede hacer, pero ¿los otros?, ¿por qué tenemos que esperar a que lo traiga el MSP?, podrían haber puesto un decreto que dijera que tenían que dar tantos estudios gratis. Es como el trasplante hepático, estuvieron 7 años para hacerlo, somos el último país de América Latina que lo está haciendo, tiene un 20% de mortalidad, no es tan sencilla, pero es una técnica que no requiere grandes cosas.

Los controles que realiza el MSP para la incorporación de nueva tecnología, han cambiado desde la entrada en vigencia del SNIS, ¿en qué los ha afectado esta nueva regulación?

No ha cambiado nada, desde el '88 está todo escrito, pero nunca se respetó y se sigue sin respetar. El registro de tecnología que permite saber lo que tiene cada institución, pero eso ya lo había hecho Fernández Cameglio, ya lo había actualizado, obviamente si estas yendo a fiscalizar cada institución sabes lo que tiene, pero no quiere decir que sea un registro y que en base a ese registro se apliquen criterios necesarios para mantenerlo.

¿Considera que la estimación de la cápita que el FONASA abona por afiliado, se adecua al gasto del mismo?

No, porque vos calculas sobre el costo real y no se le puso la parte de financiamiento de deuda que tenía, ni la rentabilidad, no estoy hablando de lucro, sino rentabilidad, toda empresa tiene que tener rentabilidad, para poder comprar una lapicera, un estetoscopio. Solo se sacaron sobre el costo real y solo se le pone rentabilidad a los mayores de 65 años que todavía no empezaron a regir, por lo tanto no se adecua al valor real. Respecto a que este ajustada por edad y sexo tampoco tiene sentido porque son 2 parámetros que se hicieron en forma arbitraria. En los riesgos, entran una cantidad de patologías y situaciones socioeconómicas que influyen, no es lo mismo los socios del seguro que son de "pedrigee" y pagan \$2.000,- por encima del FONASA, que uno que no tiene agua en su hogar.

¿Considera que el pago por el cumplimiento de las metas, se adecua al gasto que generan las mismas?

La burocracia que se ha generado es tan brutal, que no se ha hecho el cálculo total de cuanto es lo que implica conseguir las metas, pero lo que no se puede tolerar, es que, no es que te agregan a la cuota la meta, sino que te quitan de la cuota la meta, es desproporcionado lo que están haciendo con esto. Entonces en vez de incentivar a la institución, lo haces para que no te quiten plata, no por el beneficio de la población.

¿Están de acuerdo con las metas que han puesto?

Creo que las cosas tienen que ser discutidas, habladas, y por un camino determinado, y no con gente que no tiene ni idea lo que es medicina, y lo que son las metas más importantes y las menos importantes. ¿Por qué las metas no son que todos tengan saneamiento en las casas, que tengan agua potable?.

Pero esas no se las pueden exigir a las mutualistas.

¿Pero no es una reforma del estado? que no nos den la meta, que nos sigan manteniendo la misma cuota, y eso lo utilicen para darle a la población. Porque con eso se nos van a enfermar muchos menos y nos van a costar mucho menos, ganamos nosotros en todo, mucho más que la meta que nos puedan pagar.

¿Las metas son auditadas para todos los afiliados o solo los FONASA?

Los auditan para todos lamentablemente, cuando tendrían que sólo auditar por los FONASA, es otra de las tantas contradicciones. Ellos auditan para todos, pero la jurisdicción de la JUNASA es sólo los socios FONASA

Uno de los logros obtenidos fue la sustancial disminución del valor de los copagos, un 50% aproximadamente desde 2005 a la fecha, ¿recibieron una contrapartida por esto? ¿Cual?

No. En algunos en que incidían, por ejemplo en La Española, los diabéticos si, y se recibió más, nosotros logramos un mayor aporte, un 2,25% que aumentó la cuota para subsidiar a los diabéticos. En otros parámetros no hemos recibido ninguna contraprestación, ni financiamiento. Pero no nos hemos quejado porque acá manda el que tiene el poder. Como me dijo Fernández Galeano, acá no es quien tenga la razón, acá tengo yo los votos.

Entonces, ¿usted entiende que están vaciando a las mutualistas?

La estatización del sistema es eso, vino un israelita hace 20 días a Montevideo y dijo que tenían que quedar 3 mutualistas en Montevideo, y bueno es eso. La reforma de la salud se basa en Israel, la esta impulsando Olesker que es economista y parten de lo mismo. La idea es estatizar, pero quieren mantener el sistema privado para la clase política y alguna gente mantenga su negocio. ¿Qué ha gerenciado bien el estado a nivel de salud? Es un desastre todo, mira el Clínicas que es de la Universidad, lamentable, mira salud pública, ASSE, lamentable. Las inversiones que han hecho son todas donaciones. Pero no se es más eficiente porque pongas más plata, y reduzcas la cantidad de pacientes por hora, no mejoras la asistencia por eso, el médico te va aseguir atendiendo en 5 min. o en media hora va a depender de la conciencia, es más justo que le pagues atendiendo con más tiempo. Creo que no se vio reflejado en un aumento de la asistencia.

A continuación se realizan preguntas con información extraída de una charla dada por el entrevistado:

“las capitas calculadas por el MSP no incluyen – y si lo hacen se ignora su cuantía – márgenes que permitan asumir pasivos financieros así como porcentajes de rentabilidad que permitan la reinversión

imprescindible para cualquier empresa en cualquier rama de actividad". ¿Considera que por ex – DISSE estaba contemplado?

Si, el doble, te pagaban en vez de cápitas, cuotas y eran el 90% de la cuota real. Hemos disminuido enormemente los ingresos pese a aumentar la cantidad de afiliados.

Pero digamos que la situación venía mal desde antes de la reforma, o sea, el pasivo no se creo por la reforma, de cierta manera ya era ineficiente el sistema.

Exacto, en el 2002 hizo un crack, hasta el '99 nosotros teníamos superávit después empezamos con los déficit, en realidad los problemas empiezan en el '92 con las primeras instituciones que cierran, después caen en el sistema financiero, hasta el '92 ninguna institución había tocado un préstamo bancario, en el '92 empiezan los primeros préstamos bancarios y es cuando empieza a sonar en las instituciones. Hubieron varios factores que influyeron, primero uno que yo no comparto, es el convenio anestésico-quirúrgico, pero además el aumento indiscriminado sin control de los precios de los medicamentos, que se dispararon en forma notoria, la aparición de un montón de tecnología que no se usaba hasta ese momento, y se hizo cotidiana y exigida a diario, los medicamentos de alto costo que aparecieron en esa época, llevaron a las instituciones que eran un negocio redondo antes del '92, porque vos cobrabas antes de empezar a dar la prestación y al proveedor le pagabas 2 meses después se terminó, al tener que asumir costos por la nueva tecnología y los medicamentos, y pedir préstamos. También, la población empezó a envejecer, hay cálculos que dicen que tendríamos que haber aumentado las cuotas un 1% anual, por el envejecimiento de la población y eso no se fue así. Esto en términos generales. Pero también hubo mala administración por ejemplo: en el CASMU ha habido múltiples crisis, hay un tema de responsabilidad también de los que administraron las empresas. Te hago una anécdota, el interventor del CASMU llamó a una licitación para poner marcapasos, se presentaron 4 empresas, por supuesto que ganaba una, entonces anuló el llamado y llamó solamente a empresas nacionales, había una sola, casualmente la empresa esta los ponía en una institución donde Polero era el radiólogo y pactaban que para poner el marcapasos tenían que tener 2 placas, y él era quien las hacía, y de estos hay cientos de ejemplos. En las compras por ejemplo, hubo una auditoría a IMPASA, salía más cara la sopa que se compraba en toneladas que si las comprabas en un kiosquito. Hubo también un momento en que al cuarto médico subían 64 kilos de carne que comían 6–7 personas, imposible, que hubo mala gestión sin duda. Son múltiples causas las que generaron la crisis, por eso te digo con la reforma yo estoy de acuerdo en algunas cosas pero no en todas.

¿Por qué el interior tiene una situación económica más saneada que Montevideo?

El interior tiene un superávit de 4,5% porque dan menos prestaciones, por ejemplo para un IMAE, a nosotros nos obligan a hacerle para una cirugía cardíaca, un montón de estudios y un centellograma cardíaco, y otros, que como en el interior no se hacen, vienen y se los hacen directamente acá y lo pagan, y todos esos son costos que tiene que pagar las instituciones en Montevideo, y las del interior no.

También se hablaba mucho del subsidio implícito que había de Salud Pública hacia las IAMC.

Eso fundamentalmente en el Interior, en Montevideo se veía que como las instituciones cobraban tickets los usuarios, sacaban los medicamentos del sector público y no del privado, por eso había que bajar los copagos que eran provocados por el convenio anestésico- quirúrgico.

“el MSP ha incumplido los compromisos asumidos a través de los consejos de salarios, no contemplando la incidencia de los aumentos otorgados en dichos convenidos en el correspondiente aumento de capitas”.

¿El compromiso fue a través de un decreto? ¿Hay algún documento que lo avale?

El problema ahí, es que nombraron al delegado de La Española a representar a Montevideo, al igual que en la JUNASA, al Dr. Martínez que determinó que hiciera el convenio por atrás, permitió que una parte del aumento salarial fuera contemplado por el aumento de cuota y otra parte no. Ese defasaje del aumento de cuota, como tampoco esta ligado a un aumento de rentabilidad, nos lleva a un déficit mayor en cada aumento de cuota. De cuatro aumentos de cuota, no hubo un porcentaje de los aumentos de salario que esté contemplado para las empresas, nosotros los denunciemos varias veces.

“ASSE “perdió un 60% de la población asistida en forma brusca””, según las cifras a las que pudimos acceder la variación fue de un 10% aproximadamente, ¿esto no es así?

Yo estoy hablando de la parte asistencial, de la gente que se asistía, de 1.000 personas que consultaban bajaron un 60%. ASSE por ejemplo si tenía 100 consultas por día pasó a tener 40 consultas por día.

¿La reforma en general qué opinión le merece? ¿Pros y contra? ¿En que se podría mejorar?

Sigo diciendo que todo es mejorable desde el punto de vista general. En especial sensibilizar la parte de financiamiento, sobre todo en estos primeros años de implementación. Segundo, que no intervengan los elementos políticos, ni los avatares internacionales y nacionales, porque es elemental, y tercero, que de alguna manera se ponga gente que tenga experiencia desde el punto de vista médico, porque no se puede

hacer una reforma de escritorio que salga bien, y para tener en cuenta determinados parámetros que generalmente se le escapan cuando implementan determinados niveles asistenciales, o metas. Con la reforma estamos todos de acuerdo en que era necesario hacerla, que se puede cambiar y se va a cambiar. Todas las reformas terminan siendo cambiadas, va a pasar, no va a haber una excepción acá, el problema es el destrozo que puedes llegar a hacer desde el punto de vista del financiamiento para poder salir, no es lo mismo empezar con una reforma en determinado nivel, que con una reforma un 10%, 20% más abajo para salir del paso. Nosotros queremos que haya algo justo en la paramétrica y que se contemplen todas esas cosas en la paramétrica.

Entrevista a Daniel Olesker

-Secretario General del MSP, representante del MSP en la JUNASA - 5 de noviembre de 2009-

Sanidad Militar y Sanidad Policial, se dejaron por fuera del seguro de salud, ¿por qué?

No hay una razón técnica, sino una razón de gradualidad en el proceso. Si hubiesen ingresado al SNIS, las consecuencias hubieran sido: primero, hubiera sido elegible por cualquier persona externa al sistema; segundo, lo inverso, cualquier persona interna al sistema podría haber elegido otros prestadores salvo los en actividad que parece ilógico, familiares y jubilados podrían haberse ido del sistema. Viendo que sería muy difícil prever los efectos reales de esto, con el Militar se avanzó un poco más, en la posibilidad de ir procesando esto, pero al final no se realizó. Lo que se ha hecho son intercambios asistenciales, pero es previsible que en algún momento se retome. El Policial esta sólo en Montevideo, en el interior tiene contratos con FEMI, pero el Militar se atiende en el interior con ASSE.

¿En qué etapa se encuentra la incorporación del Hospital de Clínicas?

Se supone que la semana que viene se firma el convenio. La integración del Clínicas tenías dos opciones: una, que ingresara como un prestador más (la gente lo elige y recibe cápitas ajustadas por edad y sexo). O la opción que se llevará acabo, un convenio con un prestador integral, al cual le brinda servicios, y cobra por ello. Lo que vamos a hacer es que forme parte de la red Pública, que preste servicios a ASSE y éste le pague por la prestación de los mismos.

¿ASSE ya empezó a cobrar las cuotas de salud?

Si, claro. El BPS factura las cuotas salud que corresponden a cada prestador, y a ASSE le factura \$800.000: o \$900.000:, eso va a Rentas Generales. El Ministerio de Economía, por la vía de “Ingresos no presupuestales”, se lo da a ASSE. Le descuenta, lo que la propia ley estipula: “la cápita promedio que esas personas tenían cuando se atendían en ASSE por rentas generales”, o sea netos le deben quedar unos \$ 300: al año. Pero como parte del financiamiento de ASSE por rentas generales, se hacia por la vía de refuerzo, se le va quitando en la medida que tiene ingresos adicionales. Lo que es cierto, que dice ASSE, es que no hay ingresos, por ahora, adicionales al presupuesto, porque se compensan.

¿Cómo y cuándo se prevé incorporar a las Emergencias móviles?

Están en el Art. 40 de la ley, exclusivamente en lo que se refiere a la Clave 1, o sea la emergencia en sentido estricto. La ley le da 2 potestades al Poder Ejecutivo: fijar la fecha de ingreso y el precio. Van a ingresar en el 2010 o 2011 que dependerá de las negociaciones. Si la Clave 1 se integra al PIAS, va a ser a través del prestador integral. El prestador, va a tener que contratar, y además la ley dice que los contratos con terceros la Junta los tiene que aprobar, y el precio que estudiamos era más o menos entre \$ 35 y \$ 40, por afiliado para Montevideo. Y después tenía un aumento hacia el interior, porque allí no depende de la edad y el sexo, sino que depende de las distancias, porque depende de ello el número de móviles, que incide en el costo de la atención. Cuando se estudió, lo que se contrataba era solo la Clave 1, el prestador privado podía decidir si quería contratar más cosas. Si esto se llega a aprobar a \$40 por afiliado y se consideran los 3 millones de usuarios, se arriba a una cifra que habrá que evaluar fiscalmente cuando se podrá incorporar.

La infraestructura con que cuentan las Emergencias Móviles (por ej. policlínicas), ¿Será tomada en cuenta en la incorporación de las mismas?

Tienen que arreglarse entre ellos, de hecho hoy hay repetición de estructura y de atención. Ese es el otro tema, ellos cobran \$200 y no \$40, porque dan clave 1, 2, 3 y policlínica, en la medida que el sistema le exige y le exigía esto al prestador integral, no se va a considerar. En realidad, ellos ampliaron su radio de acción de clave 1, hacia arriba en el nivel de atención, porque la gente empezó a demandar un servicio que la mutual o ASSE no le daba en condiciones adecuadas. Entonces, hay un problema de superposición, ahora, también es verdad que ellos le cobran \$200 y algo más, a 1 millón de personas, y con este nuevo sistema van a cobrar \$40 por 3,2 millones de personas. La clave 1, es la más costosa en el tema de móviles y RR.HH. de especialidad, respecto a tener, como tienen, la mayoría de ellos el 80% dedicado a curar gripes. Si los

prestadores privados, creen que el filtro que puedan hacer atendiendo en policlínica, les sirve, los pueden contratar para eso. De hecho, hubo un acuerdo IMPASA – UCM, hace como 4 o 5 años, que al final no funcionó, mediante el cual los socios IMPASA, podían atenderse en cualquier lugar de la Red de policlínicas de UCM. Por otro lado, si mañana se aplica el Art. 40, y viene una mutualista diciendo que quiere habilitar el servicio de emergencia, le vamos a decir que no. Porque las habilitaciones son acordes con el número de recursos que ya existen, como la ley prevé que vos puedas hacer todo con recursos propios o contratados, si hay recursos suficientes, no se va a habilitar más.

¿Se tiene previsto cambiar la regulación de los Seguros privados, para que queden en igualdad de condiciones con las IAMC, en cuanto a capitas preestablecidas, copagos y no selección de riesgos?

No hay ninguna previsión de que se vaya a cambiar. Por Ley, no se van a crear más Seguros privados, cualquier nueva organización que ingrese al sistema tiene que ser sin fines de lucro. No la ley del sistema, sino la Ley de Presupuesto, que sólo permitió que se incorporaran los Seguros privados que al 19 de diciembre de 2005 presentaban varias condiciones, por ejemplo estar vigentes ha esa fecha. Había 8, ahora hay 7 porque IPAM cerró. Entonces, no es un sector que se va a expandir en el sistema, de hecho en este periodo no se ha expandido. Tienen 5.000 o 10.000 afiliados más, sobre todo ingresaron algunos niños. Los Seguros ingresaron con ciertos beneficios o diferencias, pero con 2 costos: primero, el 6% que pagan al FONASA por la administración, y segundo, no tienen subsidio fiscal, cuando la capita es superior al aporte que realizan las personas capitadas, sólo les paga la capita. El excedente del monto de la cápita queda en el seguro y por los que aportan menos, no se les da la diferencia, que son un 10-15%. Es injusto que ellos puedan hacer selección de riesgo, y esto fue parte de la economía política de la reforma, negociaciones que hubo que hacer. De todas maneras, la ley establece que cualquier prestador integrado, no puede rechazar a un afiliado FONASA, lo que pueden, porque tienen la potestad de hacerlo es subirle la cuota a precios exorbitantes, que no quieren, o hacer como hacen, ampararse al mecanismo de la libre contratación y decirte “tu no puedes entrar”. La inequidad entre IAMC y Seguros privados, viene por el lado de que las IAMC pueden cobrarte aparte por servicios extra, y no pueden rechazar un usuario FONASA. Por ejemplo por cama individual pagas \$1.000 más. Eso sucede y de hecho en eso compiten.

Las Cajas de Auxilio tienen plazo hasta el 2011 para integrarse, dado que la gran mayoría de ellas tienen más beneficios, que los que brinda el SNIS, ¿Cómo se piensa hacer? ¿Alinear las prestaciones del SNIS para que se empareje hacia arriba?

Esta previsto que ingresen al FONASA, y como no tienen porque disolverse podrían seguir existiendo y brindando las mismas prestaciones. El problema que tienen, es que el aporte obrero- patronal va a ir al FONASA. Por lo cual tendrán que conseguir recursos adicionales, para seguir funcionando.

¿Se cuenta con una estimación del tiempo que le llevará a ASSE alinearse a los prestadores privados?

Dependiendo en qué. En la prestación asistencial pura, en el PIAS, el plazo es diciembre 2009, porque así lo dice la ley, y pienso que en términos de cantidad de cosas que brinda, da un montón de cosas que el sistema mutual no lo hace, y que no están en el PIAS, en temas como: salud bucal, salud ocular, fertilización asistida, etc. Pero, en el términos de infraestructura no es así, no todos sus hospitales tienen un máximo de 3 camas por habitación, que es lo que dice el contrato de gestión, algunos en el interior ya lo tienen (ha habido bastante reestructura en el interior), en el Maciel también. Tampoco han llegado al tiempo de espera fijado en el decreto de febrero: 24 y 48 horas. La Junta convocó a ASSE, para discutir su plan, pero teóricamente por ley en enero ya tendrían que estar alineados. ASSE puede proponer un plan viable de acercamiento, porque tiene recursos suficientes para eso, los RR.HH. suficientes y paga salarios suficientes para eso. Pero hay temas de gestión de ASSE, que habrá que ir evaluando.

¿Cuanto ha aumentado la cifra que se asigna a salud mediante Rentas Generales, respecto al 2004?

A 2004, a ASSE se le daba unos USD 180 – 190 millones, que son unos \$ 5.000., y de DISSE no me acuerdo, hoy entre los dos son unos USD 600 millones. Hoy el presupuesto de ASSE y del Clínicas son USD 25 millones y al FONASA se le pusieron unos USD 50 millones, este año, pero si los anualizas, porque lo que aportó Rentas Generales al FONASA, es la diferencia entre cuotas y aportes. En 2008, en el FONASA una buena parte de los niños entraron en marzo y en julio. Los públicos, en marzo, y los de educación, en julio, entonces estas hablando de unos USD 75 millones anuales. En el 2009, aumentaron bastante menos, porque los salarios aumentaron más que el valor de la cápita. Pero anualizado tenes USD 600 millones de aportes. O sea que dejamos casi 2 veces y media lo que había antes. La relación de gasto en salud con respecto al PBI ha bajado, es probable que por ahí baje del 8%, no tanto porque haya bajado el gasto en salud, sino que el PBI ha aumentado mucho.

¿Basado en qué estudios, llegaron a la conclusión de que en 2007 el 7% de la población no tenía cobertura?

Ese dato es referido a cobertura integral, porque cobertura en Uruguay todos tenemos, acceso hay 100%.

Para llegar a esa cifra sumamos todos los usuarios, después de limpiar los registros de ASSE (las cifras anteriores al 2007 no son fiables), y fue el número que nos dio, de personas que no contaban con una cobertura integral. Comparando la suma de los prestadores integrales Dic. 2008 y Dic. 2006 y te das cuenta de esa diferencia

¿Cómo se decidieron las prestaciones a incluir dentro del paquete de prestaciones obligatorias?

Fue por el histórico, lo que pasa que antes no existía un plan integral de prestaciones. Lo que la vieja ley 15.181 determinaba, era que todos están obligados a dar promoción, prevención y curación, y cada vez que había una prestación que era dudosa, el Ministerio laudaba si estaba o no. Al hacer el PIAS la decisión fue que se legitimara el sistema. Dentro de las instituciones había algunas que daban mayor cantidad de cosas, lo que hizo DIGESA fue tomar las que daban mayor cantidad de cosas.

¿Se prevé realizar una apertura del corralito mutual a toda la población?

Si, en principio el criterio que teníamos era laudarlo en noviembre – diciembre, la idea es que se mantengan los criterios que aprobamos en la comisión este año, que haya una movilidad mutual una vez al año, que sea en febrero y que la antigüedad sean 3 años. La discusión que tenemos, es si en este febrero ya bajamos de 10 años a 3 años, ó si hacemos algún escalón intermedio y demoramos 2 febreros en llegar. El impacto de la medida fue muy bajo, uno prevé que pueda tener un mayor impacto. Este año nosotros también aprobamos un régimen de excepcionalidad, por el cual puedes cambiarte de mutualista de 2 maneras, una que ya existía que es por cambio de domicilio, que es automático. La otra es por pérdida de confianza en la institución. En éste caso hay una investigación médico – asistencial, y ha habido muchos cambios por esta vía. Entonces con un buen sistema de excepcionalidad, y un sistema de cambio anual, que habilite a los que llevan tres años en la institución, podríamos decir que el problema está bastante resuelto.

El aumento salarial dado al personal médico (400% 2005-2010) y no médico (35%) de ASSE, ¿Se asoció a algún objetivo de rendimiento? ¿Cómo impacta este aumento salarial en una mejora en la atención del paciente?

El aumento fue sobre el salario mínimo médico, hay algunos que tenían una situación especial, que trabajan en CTI, esos tuvieron los aumentos legales. Los no médicos con el aumento a 2010 queda en un 41 – 42%. Primero se apuntó a mejorar el salario, en el caso de los médicos hay un compromiso firmado, que está asociado al cumplimiento horario y al cumplimiento de la tarea, que era y sigue siendo un problema muy

grande. El aumento en los no médicos, representa un 20% adicional al aumento público general. Inicialmente se pensó dar un 5% el primer año, otro 5% el siguiente y un 10% para reestructura, pero finalmente fue aumento salarial. Lo que se logró con ese aumento en no médicos fue alinear ASSE con las IAMC.

El gasto per capita de ASSE respecto a las IAMC se ha nivelado, en gran parte por este aumento salarial y la disminución de usuarios, ¿significa que se ha mejorado la asistencia a los usuarios?

Se mejoró la calidad de atención al usuario sin duda, si ibas al Maciel hace 5 años, no es lo mismo que si vas ahora, aún con los tiempos de espera, que siguen siendo más altos que en el mutualismo, no son los mismos tiempo de espera que antes en el 2005. Epidemiología ha mejorado, en imagenología sobretodo hay cosas que antes no había, mejoras hubo. Creo que todavía hay un gran problema de gestión de esos recursos, de cultura centralizadora del gobierno de ASSE, ya que falta darle manejo de recursos a las unidades reguladoras, hay un problema de cumplimiento horario de los médicos, y algo que no le pasa solamente a ASSE, es que del Río Negro para arriba, hay un problema respecto a que ciertas especialidades no van esos lugares, o van solo de retenes y por eso en esas especialidades es muy difícil resolver la demanda.

La meta del médico de referencia, ¿qué objetivo persigue? ¿Cómo se prevé que sea el funcionamiento en la atención para que no se transforme en algo burocrático?

El objetivo final es un ciudadano – un médico, debería ser un médico de familia, pero puede ser un médico general, si es niño pediatra, si es viejo geriatra. El objetivo es básicamente seguimiento a la persona, su relación con el primer nivel de atención, su función de intervención en salud, y que sólo vaya al especialista cuando el médico de referencia o cabecera lo derive. Esta meta es muy modesta, porque estipula: en 2 años solo el 35% de los menores de 14 años y mayores de 65 años, o sea uno de cada 5. La modestia del objetivo tiene que ver por un lado con las instituciones, pero también con la gente, porque la cultura del especialista está muy arraigada. En países que han hecho esto, como Francia, han generado una gran rebeldía nacional en los usuarios diciendo, para que voy a ir a un medico general si yo se lo que tengo y adonde tengo que ir. Francia lo resolvió con un criterio que yo he propuesto aquí, pero no he tenido éxito, es económico, en Francia funciona una caja de seguridad social, vos vas a cualquier lado y pagas, luego vas a la caja de seguridad social y te reembolsan el monto, lo que tenes es un copago, participas en el pago en un %, el seguro te devuelve X. Si vas a un especialista derivado por un medico general te reembolsan más que si vas

a un especialista por tu cuenta, puedes ir directo pero te reembolsan menos. Entonces, puedes hacer acá un sistema en que la suma de los tickets del médico general y del especialista, si vas derivado, sea menor que si vas directamente al especialista sin ser derivado. Se le encontraron muchos problemas de implementación y por eso no se ha hecho. Si es un diabético y tiene que ir al diabetólogo a control, ya lo derivaron, no es necesario que vaya al médico de referencia, la idea está asociada a que el médico de referencia solucione los problemas, no que sea solo un “varita” que derive. Ahora estamos haciendo un acuerdo con una universidad argentina para convertir 3000 médicos generales en médicos de familia, porque en general lo que dice la teoría es que necesitas un médico de familia, cada 2500 – 3000 habitantes, dependiendo de las distancias, necesitas más o menos 1200 médicos de familia, había 200 médicos de familia aproximadamente.

¿Hay algún proyecto que prevea revertir la sobreespecialización de los médicos, dado que ahora se apunta a lo preventivo y no a lo curativo?

Hay varias vetas para ese problema, una es el pago, o sea la forma de remunerar el mercado de trabajo, en este quinquenio no hemos tenido éxito en cambiar la forma de pago, por acto, un muy mal sistema de pago, es un pago que estimula el acto, la especialización. En el interior, no se paga por acto pero la estructura de FEMI es: si el médico general vale 100, los demás van aumentando por % de especialidad. Hay que modificar esto, modificar el laudo, para los médicos de familia. No hay cambio en el sistema de atención sino hay cambio en el sistema de remuneración, eso nosotros lo tenemos claro. Después hay otras cosas que tienen que ver con la política formadora de RRHH, estimulando ciertas especialidades, la comisión que resuelve los cupos de cada especialidad es tripartita: Universidad, MSP y ASSE, ahí también se han dado algunos cambios menores en promover ciertos cupos. Creo que en el fondo, el problema de largo plazo, depende del mercado de trabajo, tanto desde el punto de vista del mercado de trabajo, como de la remuneración que incentiva a la especialización.

Por qué no se establecen como cápitales únicas para todo el sistema las que rigen para el SNS?

La IAMC, la estableció en algún momento, cuando se liberalizaron, después se fijaron para todos, y se permitieron ciertos aumentos. Las cápitales tienen una prima de riesgo que paga el seguro y hace independiente a la persona que contrata de la parte económica de su riesgo. Si se aplicara para esa población lo de la cápita ajustada por riesgo, lo terminaría pagando la persona, con lo cual la equidad del sistema, que ya es mala con cuota única, empeoraría. Como a en el 2014, se supone que todos van a ser

FONASA, es un problema de tiempo. De hecho algunas metas, como la del adulto mayor (la penúltima) se hizo en parte para compensar una estructura de no cápita, las instituciones con poblaciones de mayor edad, tenían una diferencia de ingresos por la gran cantidad de éstos, y fue para compensar un poco eso. La pregunta sería porque no capitamos a todos juntos y eso es un problema meramente, fiscal.

Frente a una crisis, ¿se tomaron previsiones?

No hay otra cosa que financiarlo con aporte fiscal. Ahí el gobierno que esté decidirá, la ley dice que le autoriza al fisco a poner la diferencia entre la cuota y la recaudación, no dice te obligo. No se hicieron más previsiones, porque cuando hicimos el análisis en un escenario conservador, en cuanto al aumento de salarios nos daba un aporte de 90 millones de dólares, y terminó costando 70 y poco. Si el desempleo llegara al 10%, que es una cifra importante, el financiamiento para conservar a los niños que eventualmente perderían la afiliación, serían 4 o 5 millones de dólares más, y los adultos lo mismo, un total de 10 millones de dólares. El sistema tiene un buen colchón y creo que las cápitas son más que suficientes para financiar la actividad. No es casual que las instituciones hayan invertido US\$ 40 millones, (20 en Montevideo y 20 en el interior) y muchas de ellas con fondos propios. En el interior el 80% fue con fondos propios,

Se hizo un análisis del impacto que tendría la incorporación de la población de menores recursos en las IAMC en cuanto al costo que tendría su atención debido a las carencias con las que ingresaban?

No es así, acabamos de terminar un estudio del sistema mutual que muestra que los días cama y las consultas del grupo etéreo de 6 a 14 no suben con el ingreso de la nueva población. Cuando nos dicen eso, les pedimos que nos den cifras, sobretodo la FEMI dice eso, en Montevideo no lo he escuchado tanto. En términos de utilización del sistema, (días cama ocupados y consultas), sobre lo que ellos mismo mandan al SINADI asistencial, no muestra eso.

Tenemos entendido que la paramétrica no se aplicó de acuerdo a lo estipulado en el Contrato de Gestión, sino que parte del ajuste se realizó en las metas por el impacto en el IPC ¿Se analizó el impacto en los prestadores?

La ley prevé que el ajuste de cuota tenga en cuenta 2 componentes: los costos asistenciales, y las mejoras en los costos derivados de la estructura asistencial, nosotros lo llamamos economía de escala. A esta última la calculamos separando los costos en 3 grupos, los costos fijos, costos fijos que se variabilizan a cierto nivel de actividad y costos variables. Al crecimiento del sistema le mantuvimos estancados los costos fijos y hasta

cierto nivel los costos fijos variabilizables, y movimos los costos variables, y eso dio una reducción de costos a partir del ingresos de los nuevos afiliados, un 4 y pico % a julio de 2008, después de que se habían dado los ingreso masivos de chicos, en Julio no debía haber habido aumento de cuota porque las cifras de las economía de escala y la el ajuste de cuota quedaba en cero. Pero a efectos de no armar lio, aplicamos solo un 2 % de economía de escala y queda una deuda de las instituciones con nosotros, después no aplicamos más la economía de escala, con lo que la paramétrica representaría el ajuste total, como no lo aplicamos y después y hicimos el ajuste de cuota combinado con metas, en realidad pareció que estábamos sacando de las metas a la paramétrica, pero en realidad la estamos sacando de la economía de escala. Ahora estamos en cero con la economía de escala, no subimos un 2 %. A eso se le sumo además que la ley de reforma tributaria bajo el IVA, y cuando le aplicamos eso hubo que devolverles, fue todo muy complejo. Después bajamos 2 veces los copagos, y en el principio cuando bajamos un copago, veíamos cuanto impactaba y le aplicábamos el ajuste a la cuota, en el 2008 no lo hicimos más, y ellos reclaman que la paramétrica de costos es global en copagos, por lo tanto cualquier baja en los copagos, tiene que compensarse con un ajuste de cuota. Hay reclamos varios sobre el ajuste. El gasto por afiliado bajó en las IAMC, por una mejora en la eficiencia en el uso de los recursos. A su vez hubo un rejuvenecimiento de los afiliados, al entrar muchos jóvenes y estos utilizan menos.

¿Está previsto que la cápita incluya otros factores de riesgo además de la edad y el sexo?

Lo que dicen las experiencias en el mundo es que ningún riesgo ajusta bien, en el mejor de los casos ajustan una baja probabilidad. Cualquier agregado, lo que demuestran otras experiencias, es que agrega poca certidumbre y son muy costosas, por eso la edad y el sexo. En algún momento pensamos incluir algunos factores de orden social o ambiental o cercanía con ciertos lugares donde hay problemas de salud mayores, como fabricas y demás, creemos que las capitas deberían ajustarse a los 5 años de haberse hecho. Si el modelo de atención cambiara, que en los hechos no cambió desde el punto de vista primer nivel, pero si llegara a cambiar es muy probable que la U de las capitas no cambie, pero se achiquen las diferencias, porque el costo es bajo porque no van nunca, con un política de incentivo general va a aumentar todo eso. Lógicamente van a bajar las puntas, en algún momento vas a llegar a tener un nivel de atención a esas personas sobretodo en enfermedades de alto costo, porque es lo que estoy previendo. En los primeros 5 años debería verse algo de eso, porque las capitas están calculadas con el nivel de atención anterior, los días camas y las consultas de 2005.

¿Por qué los tickets de medicamentos no son iguales para todos los prestadores?

Cuando llegamos, la varianza era más de 100%. Priorizamos bajar los tickets de medicamentos antes que nivelar. En la medida que bajás porcentualmente, igual bajás el promedio pero mantenes la varianza. Es uno de los objetivos, es más, yo volvería al sistema del 85, al sistema original en que el valor del copago era un porcentaje del valor de la cuota promedio, estabas topeado, creo que era un 6% cuando se crearon los copagos, y debería ser uno tanto en tickets de medicamentos como en los estudios, que ahí también la diferencia es muy notoria. Cuando quisimos poner un tope de \$800 había solo 4 ó 5 instituciones que tenían pérdidas económicas, que tenían estudios por encima de ese valor. En el interior creo que había una, pero las demás estaban por debajo. Ahí los copagos generalmente no son importantes porque ASSE si es un competidor.

¿Por qué los Seguros privados no tienen un tope máximo en el valor?

Sus precios son libres, ese es un agujero negro, chico porque son pocos. El proyecto original no los incluía. Los legisladores son eso, una expresión amplia de intereses económicos y sociales.

Algunas instituciones plantean que la población pasiva que ingresó con en el SNIS, cuyos ingresos están topeados en \$4.400, provocó que más del 50% de estos optaran por ASSE, por no poder hacer frente a los copagos, provocando que el equilibrio que obtendrían los prestadores, entre la cuota de los jóvenes (que bajó) y la de estos nuevos mayores (que aumentó), no se haya dado, que opinión le merece?

Hoy tienen menos recursos de los que van a tener al final, los que pagan individualmente cuando capitanean van a generar una capita mayor que conlleva mayores recursos. En el punto de partida, tenías una cuota DISSE igual para todos, y ahí la discusión es cuanto te produjo el cambio de capita por edad y sexo, como es un juego suma cero, algunos recibieron menos plata y otros perdieron. La española, el CASMU, Casa de Galicia y el Circulo, y en el interior fueron las menos beneficiadas. Lo que nosotros hicimos fue sacarle el costo del descreme del mercado, o sea de la utilidad que le provocaba a un tipo que cuesta \$500, cobrarle \$800.

Uno de los requisitos para que una institución se incorpore al SNIS, es que esté saneada financieramente. Qué medidas se han tomado con la reforma para equilibrar el desequilibrio financiero de las instituciones?

Cuando se incorporaron en 2007 daban superávit, salvo, el CASMU, y las 2 que intervenimos. El pasivo por afiliado bajó bastante, desde el punto de vista del endeudamiento están saneadas si usas como indicador que el pasivo sobre ventas no sea mayor a 6 meses y el pasivo por afiliado, no sea superior a X. Sino no podrían haber invertido US\$ 40 millones en 2008.

¿El Fondo de Garantía de las IAMC se concedió en algún caso? ¿Además del CASMU alguien más lo solicitó?

Si, al CASMU, primero el préstamo puente para el proceso al Fideicomiso, que ya lo pago, lo retornó y ahora se le va a conceder el fideicomiso grande que está a punto de ser firmado. El proyecto por el cual se concedió es con el que abrieron la nueva empresa.

¿Se prevé establecer alguna regulación para controlar el precio de los medicamentos?

No, de hecho los precios tienen una regulación indirecta que son las compras del sector público, por UCAMAE. El estado lo compra todo junto a través de licitación pública, y eso de alguna manera es un mecanismo regulatorio sobre el precio, el más bajo es el del sector público, después las IAMC, y por último las farmacias. Eso no depende de Salud, depende de política económica, y en el gobierno no hay por ahora idea de ingresar en un sistema de control de precios y de márgenes máximos. Quizá es muy bueno para los medicamentos de alto costo. Si lo generalizas para todo el mercado, puede que haya una concentración de la oferta y los laboratorios más chicos puede que no puedan ofrecer un precio tan bajo como los grandes. Pero los precios han bajado sustantivamente, en oncológicos y VIH. Se prevé que las mutualistas compren por UCAMAE, pero me parece que las mutualistas no se han visto interesadas porque el pago es contado, a los 20 días tienen que pagar, y ese manejo comercial que hacen las mutualistas de pagarle a los 90 días, no lo podrían hacer, sobretodo en Montevideo, en el interior lo hace por COCEMI.

¿La JUNASA comenzó a regular los servicios que contratan los prestadores con terceros?

Comenzó, en realidad la obligación es de la mutual de presentarlo, se han hecho muchos, La Española con ANCAP, el Clínicas con ASSE, alguno de las emergencias, algunas contrataciones de camas, pero masivamente todavía no lo ha hecho. Tampoco nos hemos preocupado mucho de hacer fuerte la solicitud, porque la ley dice que si a los 30 días no se expide, queda firme, y no tenemos capacidad hoy de evaluar todo lo que se esta haciendo, entonces preferimos que no quede firme, y que se vayan haciendo

gradualmente. Tal como está la ley tenemos que pedirle los contratos de limpieza, seguridad, con los profesionales, etc. y no tenemos capacidad.

Tenemos entendido que ya funcionaba mediante licitaciones del sector público al privado

Los de FEMI con ASSE han pasado prácticamente todos, los que no han pasado, son los de privados mismos.

¿La idea de que el Estado sea el primero en incorporar nueva tecnología a que se debe?

Es la universalización del acceso, cuando la tecnología es nueva primero hay que traerla para el sector público, después si el mercado da para más lo traerá.

A poco más de 2 años de la implementación: fortalezas y debilidades de la reforma.

La principal fortaleza es la universalidad y el crecimiento del FONASA como aporte por el ingreso. Como debilidad, la etapa que queda del ingreso de los jubilados que no están y aunque se quejan del exceso de contralor del sistema, nosotros lo consideramos una debilidad pues es muy débil, y los instrumentos que nos dio la ley a través del contrato de gestión y la capacidad sancionatoria, todavía no la hemos podido utilizar mucho para el cambio de modelo.

La principal fortaleza, el cambio de modelo de financiamiento y la principal debilidad, el cambio en el modelo de atención, por decirlo esquemáticamente.

Creo que en la gestión hay un debe importante en ASSE aunque ha mejorado un poco y se ha profesionalizado, FEMI es un ejemplo de eso, en la forma de relacionarse con el sector público, su gestión está en el medio de los otros 2 modelos. Y creo que el otro gran debe, es el proceso de articulación y fusión de instituciones para dejar un número razonable, la economía de escala es muy importante y el número mínimo es muy importante. La FEMI ha resultado esto siendo una “mutualista única”, que en muchas cosas actúa como única, pero en la compra de medicamentos, sanatorio Americano, ciertas tecnologías, debería hacerlo más. FEMI, debería ser una mutualista. En Montevideo hay 12 instituciones no muy grandes, deberíamos ir en un proceso de no más de 4, se pueden fusionar jurídicamente o hacerlo bajo forma de convenios de gestión. Otra debilidad es el artículo 21, el de los Seguros, que se incorporó después.

¿Qué modificaciones harían en la implementación si pudieran volver a empezar?

De cuando se escribió la ley ningún cambio, creo que definir que la gradualidad empiece por los niños fue un gran acierto, desde todo punto de vista: costos, demanda de la población, y la equidad. La ley preveía un aporte único, no preveía diferencia entre hijos y sin hijos, creo que eso es parte de la economía política de la reforma, no preveía lo de los Seguros privados y algunas cosas más, pero de la ley original no cambiaría nada.

2 - CONTRATO DE GESTIÓN

CONTRATO DE GESTIÓN ENTRE LA JUNTA NACIONAL DE SALUD Y

En la ciudad de Montevideo, el ... de ... del año dos mil ocho, por una parte: la JUNTA NACIONAL DE SALUD (en adelante JNS) representada para este acto por el Dr. Jorge Basso Garrido en su calidad de Presidente y por otra parte: (en adelante "el prestador") representado para este acto por en su calidad de, quienes constituyen domicilios especiales para todos los efectos de este contrato en y en de esta ciudad, respectivamente, convienen en celebrar el presente contrato a tenor de las cláusulas que siguen.

DISPOSICIONES GENERALES

Primera - Objeto. El presente contrato tiene por objeto establecer las obligaciones que en materia asistencial, de gestión y de financiamiento asumen las partes en el marco de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, de conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007 y su reglamentación, con sujeción a las reglas que particularmente rigen a cada prestador.

Segunda - Plazo. El contrato tendrá una duración de dos años, a contar desde la fecha de su firma, y será prorrogable por períodos sucesivos de un año.

Vencidos los dos años de vigencia del contrato, cualquiera de las partes podrá ejercer el derecho de receso unilateral, mediando un preaviso de 60 (sesenta) días. La comunicación de receso deberá ser realizada por escrito. En este supuesto, ambas partes se comprometen a iniciar un proceso de transición, tendiente a garantizar la continuidad de la cobertura integral de salud a los usuarios del prestador, el que se prolongará hasta que los mismos se trasladen a otro prestador. La JNS implementará las medidas necesarias para la asignación de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud. En la comunicación del preaviso, deberá constar la fecha a partir de la cual se dará inicio al proceso referido.

Tercera - Modificaciones. En cualquier momento, durante la vigencia del contrato, podrán introducirse modificaciones al mismo, con el acuerdo de ambas partes. Dichas modificaciones deberán constar por escrito.

Cuarta - Rescisión unilateral. La JNS podrá rescindir unilateralmente este contrato, sin necesidad de preaviso alguno, cuando la reiteración de incumplimientos de las obligaciones del prestador ponga en riesgo la salud o seguridad de sus usuarios. La rescisión será dispuesta por acto administrativo firme.

Quinta - Continuidad de la atención. En caso de rescisión unilateral del contrato, así como cuando el prestador interrumpa las prestaciones que estaba obligado a brindar a sus usuarios por causas que le sean imputables, comprobadas conforme a regias de derecho, la JNS implementará inmediatamente las medidas tendientes a garantizar la continuidad de la atención integral de salud a los usuarios del prestador amparados por el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Sexta - Resolución de controversias. Las partes procurarán resolver de común acuerdo las diferencias de cualquier naturaleza que puedan plantearse entre ellas durante la ejecución de este contrato. En caso de no lograrlo, las mismas serán sometidas a un mediador designado de común acuerdo. Sí tampoco se alcanza acuerdo en cuanto a la designación del mediador o solución de la controversia, la cuestión se sustanciará a través del proceso ordinario.

PRESTACIONES

Séptima - Alcance. El prestador proporcionará a sus usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, con derecho a cobertura integral de salud, las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el Ministerio de Salud Pública, dentro del marco de la ley N° 18.211 de 5 diciembre de 2007, sin perjuicio de las reglas particulares que rigen a cada prestador.

Octava - Contratos con terceros. El prestador podrá brindar las prestaciones a que refiere la cláusula séptima de este contrato, por sí o a través de terceros.

Novena - Certificaciones. Ante una situación de enfermedad de un usuario amparado por el Decreto Ley N° 14.407 de 22 de julio de 1975 y en caso que ello conlleve impedimento a término para cumplir con su labor habitual, el usuario podrá requerir del prestador que comunique al Banco de Previsión Social la situación constatada. Dicha comunicación será cumplida por el prestador en el término de 48 horas contadas a partir de la consulta médica, aplicando el formato y los medios de remisión electrónica de datos compatibles con el sistema que ponga a disposición el Banco de Previsión Social,

Décima - Incapacidad y estudios complementarios. En caso de que un usuario del Sistema Nacional Integrado de Salud gestione ante el Banco de Previsión Social una solicitud de subsidio o jubilación por incapacidad laboral, el prestador para dictaminar sobre la existencia y el grado de la misma, deberá realizar los estudios diagnósticos que requieran los médicos de dicho organismo, siempre que estén incluidos en los programas integrales a que refiere la cláusula séptima de este contrato.

Décima Primera - Internación por afecciones psíquicas. En los casos de usuarios a que refiere el inciso segundo del artículo 48 de la Ley Nro. 18.211 de 5 de diciembre de 2007, que tengan afecciones psíquicas cuya entidad requiera internación a juicio del médico tratante, el prestador se hará cargo del total de la facturación presentada por la clínica psiquiátrica autorizada por el Ministerio de Salud Pública en la que se encuentren internados. La correspondiente a los primeros 30 días será a cargo del prestador. Los períodos de internación posteriores, de cargo del usuario, le serán reembolsados por el Banco de Previsión Social por un plazo que no exceda el del amparo del beneficio del seguro de enfermedad, de conformidad con la Resolución Nro. 1438/982 de la ex Dirección General de Seguridad Social (hoy Banco de Previsión Social) de 19 de julio de 1982, modificada por el literal e) del artículo 9 del Decreto 103/986 de 13 de febrero de 1986 y recogida por el inciso segundo del artículo 48 de la Ley Nro. 18.211. Estos conceptos se facturarán mensualmente y en forma discriminada, debiendo contener la información que a tal efecto defina el Banco de Previsión Social.

Duodécima - Beneficios preexistentes. En caso de que el prestador hubiera concedido beneficios especiales en materia de tasas moderadoras a integrantes de determinados colectivos con anterioridad a su ingreso al Seguro Nacional de Salud, deberá mantenerlos durante la vigencia de este contrato.

USUARIOS

Décima Tercera - Usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. Las obligaciones que este contrato pone a cargo del prestador, refieren a todos los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud inscriptos en sus padrones, excepto cuando a texto expreso se establezca que su alcance es sólo para los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.

Décima Cuarta - Beneficiarios del Seguro Nacional de Salud. La existencia del derecho al amparo del Seguro Nacional de Salud, tanto para la inscripción voluntaria como para la asignación de oficio de usuarios a los padrones del prestador, será determinada conforme a los procesos que la JNS acuerde con el Banco de Previsión Social, en el marco de la competencia que en materia de administración de las contribuciones especiales de seguridad social que constituyen los recursos del Fondo Nacional de Salud, concede a este organismo el artículo 57 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007 y su reglamentación.

El uso de los sistemas de información que el Banco de Previsión Social ponga a disposición del prestador a dichos fines, estará sujeto a los términos de responsabilidad y comunicación de usuarios que establezca este organismo, los que serán suscriptos por representante del prestador debidamente acreditado. El prestador no podrá rechazar a ningún usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud, que haya sido

habilitado como lo dispone el presente artículo, salvo el régimen de excepción previsto en el artículo 22 de la Ley citada.

Décima Quinta - Baja de la cobertura del Seguro Nacional de Salud. La pérdida de los atributos que confieren la condición de usuario tendrá como efecto la baja de la cobertura con cargo al Seguro Nacional de Salud. Dicha baja operará al día siguiente del último día del mes correspondiente a la referida pérdida, conforme a los procesos de liquidación y cierre acordados entre la JNS y el Banco de Previsión Social.

Décima Sexta - Continuidad de la cobertura del Sistema Nacional Integrado de Salud. Si los usuarios que pierdan el amparo del Seguro Nacional de Salud optan por continuar inscriptos en el padrón del prestador que tenían hasta entonces, pagándole directamente por la atención integral que reciban y en las mismas condiciones que los afiliados individuales, el prestador no podrá rechazarlos, a menos que rija en el caso el sistema de libre contratación.

El prestador se obliga a otorgar a los usuarios comprendidos en el párrafo anterior, un plazo de 30 (treinta) días calendario, para hacer uso de la opción prevista en el artículo 65 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007, contados a partir de la fecha en que el Banco de Previsión Social notifique la baja respectiva. El pago de la cuota exigida por el prestador a sus usuarios no amparados por el Seguro Nacional de Salud será considerado como manifestación de voluntad de continuar inscripto en los padrones del mismo. Si los usuarios no hacen la opción dentro del plazo indicado y siempre que tampoco hayan utilizado durante el mismo los servicios del prestador, éste no podrá reclamarles pago alguno.

Décima Séptima - Afiliación por nacimiento. El prestador está obligado a inscribir en sus padrones a los hijos recién nacidos de sus usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, y a brindarles atención integral de salud desde el momento del nacimiento de los mismos, sin perjuicio del derecho que confiere a los padres el artículo 19 del Decreto N° 2/008 de 11 de enero de 2008.

Cuando el recién nacido hubiera perdido la cobertura a cargo del Seguro Nacional de Salud, o no le corresponda por ser la madre una beneficiaria a cargo de otro beneficiario del Seguro Nacional de Salud, la JNS dispondrá que el Banco de Previsión Social pague al prestador la cuota salud pertinente por la atención del mismo hasta el último día del segundo mes posterior al del parto. A partir de ese momento, si los padres resuelven mantener a sus hijos en sus padrones pagando por la atención integral de salud que reciban y en las mismas condiciones que los afiliados individuales, el prestador no podrá rechazarlos.

Cuando el prestador se encuentre incluido en el artículo 22 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007, la situación se resolverá en función de los parámetros legales y contractuales que habilita la norma citada.

Décima Octava - Documentación exigible. El prestador recepcionará las solicitudes de registro en sus padrones de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud solamente en sus sedes primaria o secundarias o de conformidad con mecanismos autorizados por el Ministerio de Salud Pública, exigiendo como único elemento identificatorio el documento de identidad. Respecto de las personas a quienes beneficiarios del Seguro Nacional de Salud concedan el amparo del mismo de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias aplicables, solicitará la documentación que acredite el vínculo.

De toda la documentación que presente el usuario al prestador vinculada al acto de inscripción en sus padrones, incluidas las declaraciones exigibles y la constancia de afiliación debidamente firmada, quedará copia en poder del prestador receptor, quien adoptará las previsiones que correspondan tendientes a mantener su integridad, cotejo y eventual exhibición ante el Ministerio de Salud Pública, la JNS, el Banco de Previsión Social o la autoridad judicial que lo requiera, dentro de los márgenes legales vigentes y respeto de las normas que especialmente tutelan las garantías individuales.

Décima Novena - Intermediación lucrativa. La intermediación lucrativa, debidamente constatada, constituirá incumplimiento del contrato, sin perjuicio de las consecuencias previstas en el régimen legal vigente en la materia.

Vigésima - Inscripciones irregulares. En caso de comprobarse la existencia de inscripciones irregulares de beneficiarios del Seguro Nacional de Salud en el padrón de usuarios de las que resultare responsabilidad del prestador, la JNS determinará la nulidad de las mismas y dispondrá que el Banco de Previsión Social deduzca de los pagos de cuotas salud que correspondan al mismo el monto de las que hubiera percibido indebidamente.

En caso de inscripciones irregulares de las que resultare responsabilidad del usuario y/o de un tercero, el prestador hará valer el procedimiento que entienda del caso.

Se entiende por inscripción irregular aquella que no cumpla con los requisitos de documentación, trámite y habilitación establecidos en el presente contrato, así como en las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

Vigésima Primera - Actualización de datos de usuarios. Dentro de los 60 (sesenta) días posteriores a la firma de este contrato, el prestador deberá informar al Ministerio de Salud Pública y al Banco de Previsión Social cuál será el sistema de comunicación con sus usuarios que utilizará a fin de mantener actualizado el registro. El Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social proporcionarán al prestador las interfases necesarias para cumplir con esta exigencia.

Los datos personales de los usuarios serán protegidos de conformidad con la Ley N° 18.331 de 18 de agosto de 2008 y su reglamentación.

Dentro de los seis primeros meses de vigencia de este contrato, el registro deberá estar actualizado en un 50% y al cabo del primer año se acreditará el cumplimiento de un 20% más, de forma de propender a la georeferenciación de los usuarios.

Vigésima Segunda - Fallecimiento de usuarios. El prestador se obliga a informar al Banco de Previsión Social, dentro de los 5 (cinco) días hábiles de conocido el deceso y por el canal de comunicación que dicho organismo defina, el fallecimiento de sus usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud que acontezcan en sus instalaciones y fuera de ellas, cuando el deceso sea constatado por médicos que actúen por cuenta y orden del prestador o que presten servicios al mismo. En caso de fallecimiento del usuario, el prestador tendrá derecho a cobrar la cuota salud correspondiente al mismo, hasta el mes de la fecha de fallecimiento.

PRECIO y FORMA DE PAGO POR USUARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

Vigésima tercera - Cuota salud. El prestador tiene derecho al cobro mensual de una cuota salud por cada persona amparada por el Seguro Nacional de Salud que esté inscrita en sus padrones de usuarios. Dicha cuota tendrá un componente cápita, referido al precio que se pagará por la atención integral de salud brindada, según grupos poblacionales determinados, y un componente meta, vinculado al cumplimiento de metas asistenciales.

La cuota salud será fijada y ajustada por el Poder Ejecutivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007. A tal efecto, en los meses de enero y julio de cada año, el componente cápita, sin el componente escala, se ajustará de conformidad con la fórmula paramétrica aplicada por el Poder Ejecutivo conforme al Decreto N° 413/2008, de 27 de agosto de 2008.

El componente meta se reajustará conforme al literal B del artículo 9 del Decreto N° 276/007 de 2 de agosto de 2007.

Toda nueva meta asistencial o adicional deberá prever la existencia de indicadores que el prestador tendrá la opción cumplir a partir de su creación, será previamente informada a éste por parte de la Junta Nacional de Salud y deberá tener financiación propia.

Tratándose de seguros integrales, regirá el procedimiento previsto por el artículo 22 de la citada ley, y demás normas aplicables contenidas en el Decreto N° 2/2008 de 11 de enero de 2008.

Vigésima Cuarta - Sustitutivo de tasas moderadoras a pasivos. La JNS dispondrá que el Banco de Previsión Social pague mensualmente al prestador un sustitutivo de órdenes y tickets equivalente a \$ 101.45 (ciento

un pesos con cuarenta y cinco centesimos), cuyo valor se ajustará según lo determine el Poder Ejecutivo de conformidad con la normativa vigente, por sus usuarios jubilados incluidos en lo dispuesto por los artículos 186 y 187 de la Ley N° 16.713 de 3 de setiembre de 1995, en la redacción dada por la Ley N° 16.759 de 4 de julio de 1996, y 62 y 63 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007, que sean beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.

Dicho pago dará derecho a los beneficiarios a recibir del prestador, abonando cuando corresponda solamente el aporte a la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios:

- 1) Tres órdenes a consulta médica (dos a consultorio y una a domicilio, siendo esta última canjeable por otra orden a consultorio).
- 2) Dos medios tickets de medicamentos o análisis clínicos.
- 3) Una rutina básica semestral, una radiografía y un ECG anual.

Las órdenes a consulta médica y los medios tickets no utilizados serán acumulables, pudiendo el usuario hacer uso de ellos dentro de los doce meses siguientes al mes en el que fueron generados.

- 4) La rutina básica comprende: hemograma completo, glicemia, creatinina, colesterol total y HDL y examen de orina.

La presente disposición no aplicará a los contratos celebrados con los seguros integrales.

Vigésima Quinta - Forma de pago. La JNS dispondrá que el Banco de Previsión Social liquide y pague mensualmente al prestador, hasta el día 25 de cada mes y en una sola partida, el monto total de las cuotas salud de cierre al 10 de ese mes, así como la reliquidación de meses anteriores y, cuando corresponda, los sustitutos de tasas moderadoras por sus usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud.

En su caso, la JNS dispondrá que el Banco de Previsión Social retenga del pago referido los montos que correspondan a deducciones del componente meta de la cuota salud y a sanciones que hubiera aplicado al prestador.

La efectividad del pago estará sujeta al cumplimiento de las obligaciones del prestador para con el SINADI y otras cuyo control sea competencia del Banco de Previsión Social.

Tratándose de contratos con seguros integrales, la JNS dispondrá que el Banco de Previsión Social liquide y pague al prestador, dentro de los primeros 15 (quince) días de cada mes, la suma que por sus usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud resulte de la aplicación de lo dispuesto por los artículos 22 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007 y 29 del Decreto 2/008 de 11 de enero de 2008. La liquidación tomará en cuenta las cuotas salud de cierre al 10 (diez) del segundo mes anterior al mes de pago y las reliquidaciones que correspondan a esa fecha.

En su caso, la JNS dispondrá que del pago referido el Banco de Previsión Social retenga los montos que correspondan a deducciones del componente meta de la cuota salud y a sanciones que hubiera aplicado al prestador.

La efectividad del pago estará sujeta al cumplimiento de las obligaciones del prestador para con el SINADI, vinculada a la información prevista en el artículo 22 de la Ley citada, y otras cuyo control sea competencia del Banco de Previsión Social.

Vigésima Sexta - Facturación y ajustes de diferencias. La factura por el monto global a que refiere la cláusula anterior recibirá trámite normal de pago, siendo las diferencias en más o en menos objeto de conciliación y facturación separada.

A tales efectos, el prestador deberá presentar la factura en la forma y condiciones exigidas por la JNS en acuerdo con el Banco de Previsión Social hasta el tercer día hábil posterior a la fecha de entrega del padrón de la emisión.

Las diferencias que pudieran existir respecto a la cantidad de usuarios o características de los mismos asociadas a la cuota salud, serán resueltas de común acuerdo entre el Banco de Previsión Social y el prestador. De no lograrse dicha conciliación, el Banco de Previsión Social dará cuenta de la situación a la JNS, quien adoptará resolución definitiva al respecto.

CAMBIO DE MODELO ASISTENCIAL Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Vigésima Séptima - Equipo de salud del primer nivel. Con el propósito de avanzar en el cambio de modelo asistencial, el prestador implementará líneas de acción con incentivos adecuados para establecer un proceso de atención basado en un vínculo longitudinal, a lo largo del tiempo, de sus usuarios con un equipo de salud de referencia, integrado según las pautas que determine el Ministerio de Salud Pública. El prestador deberá adoptar las medidas necesarias para que este equipo tenga la mayor capacidad resolutiva respecto de los problemas de salud que atienda en el primer nivel, en el marco de las guías y protocolos institucionales y de las normas aprobadas por el Ministerio de Salud Pública.

Vigésima Octava - Promoción y prevención de salud de niñez y mujeres. La JNS evaluará el desempeño del prestador en el desarrollo de los Programas Nacionales de Atención de la Niñez y de Salud de la Mujer y Género, así como el impacto del mismo en su población usuaria, de conformidad con las metas asistenciales que se fijen de común acuerdo entre las partes. El cumplimiento de dichas metas por parte del prestador está asociado a su derecho a cobrar el componente meta de la cuota salud, a que refiere la cláusula vigésima tercera de este contrato.

A los efectos de la liquidación al prestador del componente meta de la cuota salud correspondiente a los dos programas referidos, el monto total del mismo se dividirá en partes iguales. El monto a pagar efectivamente se determinará porcentualmente de acuerdo al nivel de cumplimiento de las respectivas metas alcanzado por el prestador.

La JNS evaluará dicho cumplimiento cada tres meses y, en base a los resultados obtenidos, ajustará el monto a pagar al prestador en el trimestre posterior a la evaluación.

Vigésima Novena - Problemas de salud prevalentes. La JNS controlará el desarrollo por parte del prestador de programas específicos tendientes a lograr una adecuada identificación de las necesidades de salud de sus usuarios y la implementación de respuestas de atención integral a los problemas que se detecten.

El prestador deberá implementar actividades de prevención secundaria vinculadas a la enfermedad hipertensiva, diabetes y patologías oncológicas, en especial cáncer de mama, cuello uterino y colon. La JNS también controlará que el prestador disponga de un sistema de información electrónica o en papel, destinado a la identificación de los usuarios que presenten algunos de los factores de riesgo o enfermedades prevalentes, conformando una base de datos que facilite el plan de seguimiento según corresponda en cada caso, que implemente la referencia específica a un equipo de salud del primer nivel de atención y que realice los registros asistenciales en forma adecuada para cada usuario.

Trigésima - Tabaquismo, Drogodependencia y Patologías Psiquiátricas Crónicas. El prestador asumirá las prestaciones obligatorias que en materia de lucha contra el tabaquismo, la drogodependencia y las patologías psiquiátricas crónicas disponga el Poder Ejecutivo de acuerdo a lo previsto por el artículo 45 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007.

Tratándose de la última patología, el prestador brindará a los menores de 18 años amparados por el Seguro Nacional de Salud toda la atención, no rigiendo el límite de 30 días de internación.

Trigésima Primera - Detección precoz y prevención de enfermedades. A los efectos del control de la salud de sus usuarios, así como para la prevención y detección precoz de enfermedades, el prestador se obliga a proporcionar a los mismos:

- 1) Carné de salud cada dos años a los que lo soliciten, que será gratuito para todos aquellos a los que les sea exigible por sus actividades laborales y que tengan realizadas en la institución en los últimos 12 (doce) meses consultas con médico general, incluyendo rutinas de control con el alcance que establecen los Decretos 651/990 de 18 de diciembre de 1990 y 571/007 de 2 de enero de 2007. En los demás casos, el otorgamiento del carné de salud habilitará el cobro de la tasa moderadora que autorice el Poder Ejecutivo.

En todos los casos, el usuario deberá pagar el aporte a la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios.

2) Controles de salud gratuitos a niños y adolescentes de hasta 18 años que así lo soliciten, de los que quedará registro en sus respectivas historias clínicas y en los carné de salud correspondientes.

Trigésima Segunda - Guías de práctica clínica. El prestador deberá instrumentar, difundir y controlar la aplicación por parte de su personal, particularmente el afectado al primer nivel de atención, de las guías institucionales de práctica clínica para el manejo diagnóstico y terapéutico de hipertensión arterial, diabetes, cánceres de mama, cuello uterino y colon y deshabituación tabáquica.

Trigésima Tercera - Capacitación de recursos humanos. El prestador deberá incorporar actividades de capacitación permanente en la gestión clínica y administrativa, como estrategia para mejorar la calidad de la atención.

Para evaluar el cumplimiento de estas obligaciones, la JNS tomará en cuenta tanto las actividades que organice para su personal el propio prestador, como aquellas ofrecidas por otros actores cuya realización facilite al mismo.

Para la evaluación de las actividades en materia de educación médica, la JNS tendrá en cuenta, entre otros, los criterios de acreditación de la Escuela de Graduados.

Trigésima Cuarta - Complementación asistencial. La JNS fomentará la celebración de acuerdos y convenios entre prestadores públicos y privados con el objeto de implementar actividades complementadas en el territorio y racionalizar los recursos disponibles.

Dichos convenios, que la autoridad sanitaria jerarquizará como factor de compromiso institucional con la mejora de la atención a los usuarios, deberán ser presentados a la JNS, especificando los tipos de servicios, las actividades desarrolladas en forma conjunta y la población cubierta.

ACCESO A LAS PRESTACIONES

Trigésima Quinta - Tiempos de espera. El prestador se obliga a dar cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 359/007 del 28 de setiembre de 2007 y a las demás normas referidas a tiempos de espera que establezca el Ministerio de Salud Pública.

Trigésima Sexta - Horarios de atención del primer nivel. El horario de disponibilidad de la consulta de medicina general, pediatría, de los servicios de apoyo administrativos y para la realización de exámenes paraclínicos, será de 8.00 a 20.00 horas, de lunes a viernes y de 8.00 a 14.00 horas en días sábado. Estas obligaciones serán exigibles en la sede principal, promoviéndose su extensión a las sedes secundarias o

filiales del prestador, que podrá cumplirlas mediante acuerdos de Complementación con base territorial con otros prestadores públicos o privados.

Trigésima Séptima - Coordinación de consultas. El prestador deberá ofrecer a sus usuarios la posibilidad de coordinar telefónicamente la concurrencia a consultorio para todo tipo de consultas. Esta facilidad deberá estar disponible como mínimo en los mismos horarios que se definen para el primer nivel de atención. El prestador podrá ofrecer otros canales de comunicación adicionales, pero ello no lo libera de la facilidad mediante el servicio telefónico. Los tiempos de respuesta en la modalidad de atención telefónica deberán ser comparables con los estándares exigibles en los servicios de centros de llamadas.

Trigésima Octava - Gratuidad de controles obligatorios. Para los menores de 18 años, estará exento de pago de tasas moderadoras el acceso al primer nivel de atención a los efectos de controles periódicos previstos en los Programas Nacionales de Salud de la Niñez y Salud de la Adolescencia. Comprenderá las consultas con pediatra, médico de familia, odontólogo, oftalmólogo y ginecólogo, según se detalla en el Anexo 1 que forma parte de este contrato.

MECANISMOS DE CONTROL Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Trigésima Novena - Inspecciones. La JNS tiene la potestad de realizar las inspecciones necesarias a los efectos de controlar el cumplimiento de las obligaciones a cargo del prestador. En caso de constatar incumplimientos cuyo control sea de su competencia, y luego de determinarlos por acto administrativo firme, la JNS aplicará las sanciones correspondientes. De incumplimientos cuyo control sea de competencia de otras dependencias del Estado, la JNS dará cuenta a las autoridades respectivas. El prestador otorgará las mayores facilidades para la realización de las inspecciones, las cuales no podrán obstaculizar el normal funcionamiento de sus instalaciones ni demorar o entorpecer la asistencia diagnóstica o terapéutica a los usuarios.

Cuadragésima - Habilitaciones. El prestador estará obligado a mantener vigentes las habilitaciones que exige la autoridad sanitaria, conforme a las normas vigentes en la materia.

Cuadragésima Primera - Director técnico. El prestador está obligado a informar y mantener actualizado el nombre y datos curriculares de su Director Técnico, quien será el responsable de todos los aspectos asistenciales del contrato ante la JNS, conforme a lo dispuesto por el artículo 13 de la Ley 18.211 de 5 de diciembre de 2005.

Cuadragésima Segunda - Presentación de estados contables. El prestador deberá presentar ante el Ministerio de Salud Pública sus estados contables anuales auditados dentro de los 90 (noventa) días siguientes al cierre de cada ejercicio.

A partir del ejercicio en curso a la firma de este contrato, el prestador deberá adaptar la presentación de esa información a los formatos establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

Cuadragésima Tercera - Publicación de estados contables. La publicación de los estados contables de acuerdo a lo dispuesto por los Decretos 95/2001 de 20 de marzo de 2001 y 320/2003 de 18 de setiembre de 2003, en el marco de los ámbitos reglamentarios citados, deberá ser efectivizada dentro de los 30 (treinta) días de realizada la visación por parte del Ministerio de Salud Pública.

Cuadragésima Cuarta - Empresas auditoras. El prestador deberá comunicar a la JNS, antes de la fecha de cierre de ejercicio de cada año, los datos identificatorios de la empresa auditora.

Cuadragésima Quinta - Cesión de derechos. El prestador deberá presentar ante el SINADI en forma trimestral información detallada de las cesiones de derechos de cobro de cuotas salud que haya realizado y puesto en conocimiento de la JNS.

Cuadragésima Sexta - Información al SINADI. El prestador presentará al Ministerio de Salud Pública en tiempo y forma la información correspondiente al SINADI, de conformidad con las disposiciones vigentes para cada prestador.

Trimestralmente, el Ministerio de Salud Pública informará a la JNS sobre incumplimientos de plazos u observaciones que se hayan realizado en relación a la calidad de los datos aportados.

Cuadragésima Séptima - Codificación de egresos. El prestador debe entregar a la JNS, con el formato y frecuencia que determinen las disposiciones aplicables, la siguiente información sobre el egreso hospitalario de pacientes inscriptos en sus padrones: edad y sexo de la persona, fecha de ingreso y egreso, días de internación, condiciones al egreso, código correspondiente a la décima revisión de la CIÉ y, si corresponde, código de procedimiento por la décima revisión de procedimientos. Este último requisito será obligatorio a partir del año 2010.

Cuadragésima Octava - Enfermedades de notificación obligatoria. El prestador deberá comunicar las enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria, en la forma y plazos establecidos en el Decreto 64/04 de 18 de febrero de 2004.

Cuadragésima Novena - Comité de infecciones intrahospitalarias. El prestador deberá cumplir con lo dispuesto por el Decreto 436/97 de 11 de noviembre de 1997 respecto de la conformación del Comité de Infecciones Hospitalarias.

A tal efecto, completará adecuadamente la información requerida, la registrará en un plan mensual de vigilancia de infecciones hospitalarias y la enviará regularmente en los plazos establecidos (al menos 4 veces al año) al Ministerio de Salud Pública.

En caso de infecciones hospitalarias que se presenten en forma de brote o como casos inusitados, el prestador deberá comunicar por la misma vía en forma inmediata.

PARTICIPACIÓN DE USUARIOS Y TRABAJADORES

Quincuagésima - Consejos Consultivos y Asesores. En cumplimiento de lo dispuesto por el Decreto 269/008 de 2 de junio de 2008, el prestador proporcionará en tiempo y forma a su Consejo Consultivo y Asesor la información a que refiere el artículo 3° del mismo. Cuando el prestador hubiere hecho uso de la opción prevista en el artículo 12 del referido Decreto, proporcionará igual información a los representantes de los trabajadores y los usuarios que integren sus órganos de gobierno.

El prestador entregará a la JNS información actualizada sobre la integración y funcionamiento del mencionado Consejo, que la JNS valorará.

Lo dispuesto precedentemente no aplica a la Administración de los Servicios de Salud del Estado ni a los Seguros Integrales. No obstante, los Seguros Integrales deberán proporcionar a las organizaciones de trabajadores de la institución de que se trate y siempre que no colida con su estructura particular de funcionamiento, la información a que refiere el art. 3ero. del Decreto 269/008 de 2 de junio de 2008.

INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

Quincuagésima Primera - Medios de comunicación. En cada uno de los locales de atención, sean de carácter administrativo o asistencial, el prestador dispondrá de una o más carteleras para uso exclusivo de la información a divulgar por la JNS o el Ministerio de Salud Pública en relación al contrato y/o para otras campañas publicitarias que con carácter oficial disponga el Ministerio de Salud Pública.

Quincuagésima Segunda - Cartilla de derechos y deberes de los usuarios. Al momento del registro en su padrón, el prestador entregará a cada usuario o grupo familiar la cartilla de derechos y deberes de los usuarios. Asimismo, instrumentará los medios para hacer llegar la misma al resto de sus usuarios en el plazo de un año a contar desde la firma de este contrato.

Quincuagésima Tercera - Precios. El prestador colocará a la vista de sus usuarios, como mínimo en los lugares de cobro, el listado de precios de las tasas moderadoras que esté autorizado a percibir. De igual forma informará los precios de las prestaciones no incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

Quincuagésima Cuarta - Profesionales. El prestador deberá definir, en función de su régimen institucional y organizacional, quienes son los profesionales y técnicos responsables de cada unidad asistencial, cuyos nombres figurarán en las carteleras institucionales y folletería destinada a los usuarios.

Quincuagésima Quinta - Oficinas de atención al usuario. El prestador mantendrá debidamente instaladas y en funcionamiento oficinas de atención al usuario en cada sede principal y buzones de recepción en los locales descentralizados.

Dichas oficinas y buzones, según corresponda, estarán ubicadas en lugares destacados y de fácil acceso y contarán con carteles de señalización e indicación de las gestiones que se pueden realizar allí. Las oficinas de atención al usuario deberán tener un amplio horario de funcionamiento.

Quincuagésima Sexta - Página Web. El prestador contará con una página Web actualizada donde conste como mínimo la siguiente información: nombre, teléfono, horarios de atención, cartelera de servicios, formas de acceso a los mismos, nómina de profesionales, director técnico y precios de tasas moderadoras, cuando corresponda.

La lista de profesionales y horarios de atención también deberá estar disponible para los usuarios en forma impresa, tanto en sede principal como en locales descentralizados.

Quincuagésima Séptima - Contenido de la publicidad. Los diferentes medios de comunicación que deberá poner el prestador al servicio de los usuarios asegurarán información fluida y actualizada.

Quincuagésima Octava - Satisfacción del usuario. A los efectos de medir el nivel de satisfacción del usuario con los servicios, el prestador realizará a su cargo al menos una encuesta por año, que lo indague en base a los siguientes indicadores, como mínimo: respeto en el trato, facilidades de acceso, cumplimiento de los tiempos de espera, puntualidad de profesionales y técnicos, calidad de la atención, alcance y veracidad de la información a disposición. Durante el primer año de vigencia de este contrato, dicha encuesta deberá como mínimo incluir los servicios del primer nivel de atención; en el segundo año deberá extenderse a todos los servicios a cargo del prestador. La JNS establecerá los términos de referencia de dichas encuestas.

SANCIONES

Quincuagésima Novena - Determinación de incumplimientos. Los incumplimientos de las obligaciones que este contrato y las disposiciones legales y reglamentarias aplicables ponen a cargo del prestador, serán determinados por acto administrativo firme, previo el cumplimiento de los principios y normas del debido procedimiento administrativo. Los incumplimientos así determinados, darán lugar a las sanciones previstas en la normativa vigente.

Sexagésima - Mora. La mora se producirá de pleno derecho, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, por el mero vencimiento de los plazos o por la realización u omisión de cualquier acto o hecho que se traduzca en hacer o no hacer algo, contrario a lo estipulado.

DISPOSICIONES FINALES

Sexagésima Primera - Régimen de excepción. La Administración de los Servicios de Salud del Estado gozará de la prerrogativa consagrada en el artículo 56 de la Ley 18.211 de 5 de diciembre de 2007. No aplica a dicho organismo descentralizado ninguna disposición contractual que no guarde correspondencia con su estructura legal de funcionamiento.

Sexagésima Segunda - Referente del contrato. El prestador designará a la persona referente del contrato ante la JNS, de quien informará y mantendrá actualizados sus datos personales, curriculares y de contacto, oficiando la designada de enlace para todos los aspectos referidos a las comunicaciones entre las partes.

En prueba de conformidad con este contrato, que se celebra al amparo de lo dispuesto en los artículos 15, 28 y 29 de la Ley Nº 18.211 de 5 de diciembre de 2007, ambas partes otorgan y firman tres ejemplares de un mismo tenor en el lugar y fecha indicado al inicio y solicitan al escribano del Ministerio de Salud Pública que certifique sus firmas.

ANEXO I

FRECUENCIA DE CONTROLES EN SALUD EN MENORES DE 18 AÑOS, DE ACUERDO A PAUTAS DE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD: DE LA NIÑEZ, ADOLESCENTE, DE MUJER Y GENERO, BUCAL Y OCULAR.

	Pediatra (en el caso del control de niño sano, la consulta puede ser realizada por un Médico de Familia)	Médico General o Familia	Odontólogo	Oftalmólogo	Ginecólogo
<1 mes	2				
1 mes a 1 año	9		2		
1 año	4		2		
2 años	3		2		
3 años	3		1	1	
4 años	2		1		
5 años	1		1	1	
6 años	1		1		
7 años	1		1		
8 años	1		1		
9 años	1		1		
10 años	1		2		
11 años	1		2		
12 años	1		2	1	
13 años	1		2		
14 años	1		2		
15 años		1	2		1
16 años		1	2		1
17 años		1	2		1

En el caso de embarazo normal los controles según pauta son:

Mensualmente hasta la semana 32

Quincenalmente hasta la semana 36

Semanalmente hasta el parto.

3 – PRINCIPALES LEYES VINCULADAS AL SNIS.

Ley Nº 18.131

CREACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE SALUD

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1º.-Créase el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el que será administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) y financiará el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS, de los jubilados del BPS que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado, con el alcance y en los términos previstos en la presente ley.

Artículo 2º.-Quedarán incluidos en el régimen establecido en la presente ley:

A) Las personas comprendidas en lo dispuesto por el artículo 8º del decreto-ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, con las modificaciones introducidas por el artículo 1º de la Ley Nº 15.953, de 6 de junio de 1988, por el artículo 186 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, en la redacción dada por el artículo 2º de la Ley Nº 16.759, de 4 de julio de 1996, y por el artículo 187 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995.

B) Los funcionarios de la Administración Central, del Tribunal de Cuentas, de la Corte Electoral, del Tribunal de lo Contencioso Administrativo y del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.

C) Las cuidadoras del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.

D) Los contratados a término.

Exceptúase del presente régimen a los funcionarios de los Incisos 03 "Ministerio de Defensa Nacional", 04 "Ministerio del Interior" y 12 "Ministerio de Salud Pública", que tuvieron derecho a otras coberturas, los que continuarán manteniendo los regímenes especiales de asistencia médica de cada Inciso.

El presente régimen no será aplicable tampoco a becarios y pasantes.

Artículo 3º.-El Fondo Nacional de Salud se integrará con los siguientes recursos:

A) Un aporte del Banco de Previsión Social equivalente al monto total que debe abonar dicho organismo a las prestadoras de servicios de salud a la fecha de vigencia de la presente ley por concepto de cuotas mensuales de prepago de las personas comprendidas en el artículo 8º del decreto-ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, con las modificaciones introducidas por el artículo 1º de la Ley Nº 15.953, de 6 de junio de 1988, por el artículo 186 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, en la redacción dada por el artículo 2º de la Ley Nº 16.759, de 4 de julio de 1996, y por el artículo 187 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, y de las cuotas correspondientes al Fondo Nacional de Recursos. Dichos aportes serán ajustados por la variación del valor de las cuotas y por las altas y bajas que se vayan produciendo.

B) Un aporte de los funcionarios incluidos en los literales B), C) y D) del artículo 2º de la presente ley, de un 3% (tres por ciento) que se calculará sobre el total de las retribuciones sujetas a montepío.

C) Un aporte a cargo del organismo empleador de los funcionarios incluidos en los literales B), C) y D) del artículo 2º de la presente ley, del 5% (cinco por ciento) sobre las mismas remuneraciones establecidas en el literal anterior.

Artículo 4º.-El aporte referido en el literal B) del artículo 3º de la presente ley, para los beneficiarios de los organismos públicos comprendidos en el artículo 2º de la presente ley, será inicialmente de cargo de Rentas Generales o de quien haga sus veces.

A partir de la fecha que determine el Poder Ejecutivo y coincidiendo con la aplicación del ajuste de recuperación salarial, los funcionarios aportarán a razón de un 1% (uno por ciento) acumulativo anual hasta alcanzar el porcentaje del 3% (tres por ciento). La diferencia entre el aporte personal descontado y el 3% (tres por ciento) será de cargo de Rentas Generales.

Los trabajadores comprendidos en lo dispuesto en el literal B) del artículo 8º del decreto-ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, quedarán excluidos de lo previsto en el inciso anterior.

A efectos de hacer frente a las erogaciones que demanda el presente artículo, así como al aporte de cargo del empleador establecido en el literal C) del artículo 3º, la Contaduría General de la Nación realizará las trasposiciones y habilitaciones de créditos presupuestales necesarios en cada Inciso y unidad ejecutora.

Artículo 5º.-Los beneficiarios que ingresen al Fondo Nacional de Salud con posterioridad a la aprobación de la presente ley podrán optar, de acuerdo con lo que determine la reglamentación, por su afiliación a las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) contratadas por el Banco de Previsión Social (BPS) o a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), en cuyo caso se realizará bajo las condiciones que se establezcan entre dichas instituciones (BPS y IAMC o ASSE).

Exceptúase de dicha afiliación a quienes se encuentren amparados en otros regímenes, que le aseguren la cobertura asistencial en un nivel no inferior al que tendrían derecho por el sistema que se crea en la presente ley. En ningún caso será admitida la doble cobertura de la asistencia médica al amparo de este sistema. No obstante en todos los casos el funcionario deberá realizar el aporte previsto en el artículo 3º de la presente ley.

El Poder Ejecutivo reglamentará las equivalencias de cobertura asistencial.

Facúltase al Poder Ejecutivo a determinar la fecha en que dicha opción se hará para los beneficiarios del literal A) del artículo 2º de la presente ley.

Artículo 6º.-Quienes se encuentren amparados simultáneamente por el presente régimen y por el establecido por el decreto-ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, u otras coberturas particulares, deberán optar por una única afiliación, manteniendo en las actividades comprendidas por la norma precedentemente citada los derechos y obligaciones correspondientes.

Artículo 7º.-El Banco de Previsión Social abonará una cuota uniforme a todas las prestadoras de asistencia médica por las que hubieran optado los beneficiarios. Dicha cuota podrá estar asociada a la edad y sexo de los beneficiarios e incluir pagos por el cumplimiento de metas asistenciales. La fijación de la cuota se realizará por el Poder Ejecutivo en acuerdo con los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública, tomando en consideración las economías derivadas de costos de cobranza, financieros, gestión de cobro y otros costos de gestión. Abonará, asimismo, al Fondo Nacional de Recursos las cuotas correspondientes por la totalidad de los beneficiarios incluidos en la presente ley.

Artículo 8º.-Se destinará a financiar la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) el importe de las cuotas que perciba, así como el excedente que surja de los aportes realizados por aplicación de la presente ley, luego de abonar la totalidad de las cuotas establecidas en el artículo 7º de la presente ley.

El monto determinado por aplicación del inciso precedente constituirá Recursos de Afectación Especial con titularidad y disponibilidad de ASSE, y no se computará como base de cálculo de ninguna retribución, comisión o cualquier otro complemento de naturaleza salarial o no salarial, establecida por otras disposiciones legales.

A efectos de la habilitación de los créditos que se financian con los recursos establecidos en el presente artículo, será de aplicación el artículo 43 de la Ley Nº 17.296, de 21 de febrero de 2001. Dichos créditos se distribuirán por unidad ejecutora para gastos de funcionamiento e inversiones de acuerdo con lo que determine la Dirección General de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Artículo 9º.-Facúltase al Poder Ejecutivo a incluir a los funcionarios de la Administración Nacional de Educación Pública, así como al Poder Judicial, en el régimen creado en la presente ley. La aportación progresiva hasta alcanzar el 3% (tres por ciento), establecida en el artículo 4º de la presente ley, no podrá significar reducción del salario líquido. Facúltase al Poder Ejecutivo a extender el régimen creado en la presente ley, a funcionarios de otros organismos públicos nacionales.

Artículo 10.-En caso de producirse las incorporaciones autorizadas en el artículo precedente u otras que se dieran en el futuro, los créditos habilitados para los regímenes de asistencia médica de cada organismo, pasarán a financiar los aportes previstos en los literales B) y C) del artículo 3º de la presente ley.

Artículo 11.-El que por cualquier medio ejecutare o encomendare ejecutar actos de intermediación lucrativa, de promoción o publicidad, con la finalidad de captar socios o afiliados para las instituciones de asistencia médica pública o privada, sean éstas colectivas o particulares, entregando a cambio o prometiendo entregar a dichos socios o afiliados dinero u otra ventaja equivalente (a excepción de mejoras en las prestaciones asistenciales) será castigado con una pena de cuatro a veinticuatro meses de prisión.

Los directores y administradores de las instituciones que por cualquier medio ejecutaren, facilitaren, propiciaren o aceptaren tales actos, serán considerados coautores del delito que se tipifica.

Constituyen circunstancias agravantes de este delito:

A) El carácter de funcionario público del agente.

B) El grado de jerarquía funcional del autor.

Son nulas, asimismo, las deudas contraídas por las instituciones de asistencia médica por concepto de actos ejecutados de conformidad con lo previsto por el presente artículo.

Artículo 12.-El Ministerio de Salud Pública o el Banco de Previsión Social (BPS) podrán aplicar sanciones pecuniarias de hasta 1.000 UR (un mil unidades reajustables) a aquellas instituciones que se hubieren beneficiado a consecuencia de las conductas referidas en el artículo precedente, pudiendo duplicarse el monto de la sanción en caso de reincidencia y retenerse las transferencias por concepto de cuotas de afiliación al sistema que administra el BPS.

Artículo 13.-Facúltase al Poder Ejecutivo a crear una Comisión de Seguimiento para la aplicación de la presente ley.

Artículo 14.-Derógase lo dispuesto por la Ley Nº 17.946, de 5 de enero de 2006, el artículo 14 de la Ley Nº 15.903, de 10 de noviembre de 1987, con la redacción dada por los artículos 11 de la Ley Nº 16.002, de 25 de noviembre de 1988, y 21 de la Ley Nº 16.170, de 28 de diciembre de 1990, y toda disposición que establezca otro régimen de cobertura asistencial a los beneficiarios del régimen creado en la presente ley.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 10 de mayo de 2007.

ELEUTERIO FERNÁNDEZ HUIDOBRO, Presidente.

Hugo Rodríguez Filippini, Secretario.

LEY 18.161

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO

SE CREA COMO SERVICIO DESCENTRALIZADO

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, Decretan:

CAPÍTULO I - DENOMINACIÓN, PERSONERÍA Y ADMINISTRACIÓN

Artículo 1°.- Créase, con el nombre de Administración de los Servicios de Salud del Estado (en adelante ASSE), un servicio descentralizado que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública.

Este servicio descentralizado sustituye al órgano desconcentrado de igual denominación. Es persona jurídica y tendrá su domicilio principal en la capital de la República sin perjuicio de las dependencias instaladas o que se instalen en todo el país.

Artículo 2°.- ASSE será dirigida y administrada por un Directorio compuesto de cinco miembros, quienes serán designados de conformidad con lo dispuesto por el inciso primero del artículo 187 de la Constitución de la República.

Cuando el Poder Ejecutivo elabore la propuesta de Directores tendrá, especialmente en cuenta, como condiciones personales, de dos de los cinco miembros, que sean representativos de los usuarios y de los trabajadores de ASSE.

Dentro de los seis meses contados desde la promulgación de la presente ley, el Poder Ejecutivo reglamentará la forma en que los usuarios y los trabajadores formularán sus respectivas propuestas.

Durante los primeros tres años de su funcionamiento, ASSE podrá ser dirigida y administrada por los otros tres miembros del Directorio.

CAPÍTULO II COMPETENCIAS, COMETIDOS Y PODERES JURÍDICOS

Artículo 3°.- Las competencias de ASSE son de carácter nacional y se integran con los cometidos y los poderes jurídicos que se establecen en los dos artículos siguientes.

Artículo 4°.- Son cometidos de ASSE:

- A) Organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de la salud en su modalidad preventiva y el tratamiento de los enfermos.
- B) Ejercer la coordinación con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud, procurando al máximo accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superposiciones y/o duplicaciones.
- C) Formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud previsto en el artículo 264 de la Ley No.17.930, de 19 de diciembre de 2005, al que contribuirá en su implementación.
- D) Brindar los servicios de salud establecidos en la Ley N° 9.202, de 12 de enero de 1934, que regula los servicios prestados por el Ministerio de Salud Pública y que, hasta la vigencia de la presente ley, eran cumplidos por el órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- E) Desarrollar el cumplimiento de los derechos en materia de salud que tienen los habitantes de la República, de conformidad con el artículo 44 de la Constitución de la República, así como a quienes se comprometa a brindar servicios para lo que está habilitada, dentro del marco de los programas nacionales elaborados por el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública y las leyes de conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- F) Cumplir los cometidos previstos en el literal anterior a través de una organización que cubra y coordine adecuadamente el nivel nacional y los niveles departamentales y locales, y que abarque las diversas etapas de la atención integral en materia de salud, contribuyendo a la promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.
- G) Efectuar y mantener actualizado un diagnóstico sobre el estado de salud de sus usuarios y las circunstancias socio-económicas y culturales que puedan condicionar sus niveles, elaborando las estrategias más adecuadas para la superación de los mismos.
- H) Contribuir, mediante planes adecuados de difusión, al cambio voluntario de las prácticas, actitudes y estilos de vida, que ponen en riesgo la salud.

CAPÍTULO III ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN

Artículo 5°.- El Directorio de ASSE tendrá los siguientes poderes jurídicos:

- A) Administrar el patrimonio y los recursos del organismo.
- B) Disponer -dentro de los límites que establezca el Reglamento General- la descentralización interna o las delegaciones que estime convenientes que permitan asignar a sus unidades asistenciales -regionales y locales- responsabilidades por el logro de objetivos, metas y resultados mediante convenios de gestión acordados, otorgándoles, para ello, suficiente autonomía en la gestión de sus recursos para el más eficaz y eficiente cumplimiento de los cometidos del organismo.

C) Dictar sus reglamentos internos y, en general, realizar todos los actos jurídicos y operaciones materiales destinados al buen cumplimiento de sus cometidos.

D) Fijar aranceles y contraprestaciones por sus servicios con aprobación del Poder Ejecutivo.

E) Efectuar designaciones, promociones y cesantías de funcionarios sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 16 de la presente ley. Las designaciones requerirán la aprobación del Poder Ejecutivo. El Directorio tendrá la facultad de contratar el personal técnico, administrativo y de servicio que fuere necesario, así como disponer su cese, requiriéndose, en ambos casos, resolución fundada.

F) Fiscalizar y vigilar todos sus servicios y dictar las normas y reglamentos necesarios para el cumplimiento de los fines del organismo.

G) Suscribir con otros servicios de salud, públicos o privados, compromisos de gestión concertada, evitando siempre la superposición innecesaria de servicios y la insuficiente utilización de los recursos humanos y materiales.

H) Controlar la calidad de los servicios propios y contratados a terceros.

I) Ejercer la potestad disciplinaria sobre todo el personal.

J) Proyectar, dentro del plazo de 180 días, el Reglamento General del organismo, elevándolo al Poder Ejecutivo para su aprobación.

Artículo 6°.- El quorum para que pueda sesionar el Directorio, será de tres miembros.

Las resoluciones serán adoptadas por simple mayoría de votos, salvo en los casos en que esta ley o el Reglamento General disponga un determinado número de votos para resolver.

Durante el período a que refiere el inciso cuarto del artículo 2° de la presente ley, el quorum necesario para sesionar será de dos miembros.

Artículo 7°.- Al Presidente le corresponde:

A) Ejecutar las resoluciones del Directorio.

B) Adoptar y disponer de inmediato las medidas necesarias y urgentes, dando cuenta al Directorio en la primera sesión y estándose a lo que éste resuelva.

C) Presidir las sesiones del Directorio y representar a la institución.

D) Firmar con el miembro del Directorio o con el funcionario que éste designe todos los actos y contratos en que intervenga el servicio descentralizado.

El Presidente del Directorio representará al organismo y tendrá las demás facultades que establezca el Reglamento General, que será aprobado por el Poder Ejecutivo a propuesta de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Artículo 8°.- Los miembros del Directorio son personal y solidariamente responsables de las resoluciones votadas en oposición a la ley o por inconveniencia de la gestión.

Queda dispensado de esta responsabilidad el Director que hubiere hecho constar en acta su disenso y el fundamento que lo motivó. Cuando este pedido de constancia se produzca, el Presidente del Directorio estará obligado a dar cuenta del hecho dentro de las 24 horas, al Ministerio de Salud Pública, remitiéndole testimonio del acta respectiva.

Artículo 9°.- Los miembros del Directorio de ASSE no podrán ser nombrados para cargos, ni aun honorarios, que directa o indirectamente dependan de ésta. Esta inhabilitación durará hasta un año después de haber cesado en sus funciones, cualquiera sea el motivo del cese, y se extiende a todo otro cometido, profesional o no, aunque no tenga carácter permanente ni remunerado.

Los miembros del Directorio tampoco podrán ejercer simultáneamente profesiones o actividades que, directa o indirectamente, se relacionen con ASSE.

Las prohibiciones e incompatibilidades señaladas no rigen para las funciones docentes desempeñadas honorariamente en institutos de enseñanza superior.

CAPÍTULO IV CONSEJOS ASESORES HONORARIOS

Artículo 10.- Habrá un Consejo Asesor Honorario Nacional y Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, que se integrarán en la forma que establezca el Reglamento General de ASSE, el que garantizará la participación de sus usuarios y sus trabajadores.

Artículo 11.- Estos Consejos Honorarios tendrán actividades de asesoramiento, proposición y evaluación, en sus respectivas jurisdicciones.

Todos sus informes serán presentados al Directorio de ASSE, pero no tendrán carácter vinculante.

CAPÍTULO V PATRIMONIO Y RECURSOS

Artículo 12.- El patrimonio de ASSE se integrará de la siguiente manera:

A) Con los activos y los pasivos de cualquier naturaleza del órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que se transfieren de pleno derecho al servicio descentralizado creado por esta ley. El Ministerio de Salud Pública realizará todas las operaciones necesarias a efectos de registrar las mutaciones dominiales o transferencias respectivas.

B) Con las donaciones o legados que reciba.

C) Con las transferencias de activos que a cualquier título le realice el Gobierno Central, las Intendencias Municipales y cualquier otro organismo del Estado.

Artículo 13.- Los recursos de ASSE se integrarán de la siguiente manera:

- A) Con el producido de sus proventos.
- B) Con las donaciones o legados que reciba.
- C) Con un Fondo de Mejoramiento y Ampliación de Servicios que ASSE proyectará y enviará al Poder Ejecutivo dentro de los tres meses siguientes a la instalación de su Directorio.
- D) Con las asignaciones que resulten de su presupuesto, que se elaborará y tramitará según las reglas del artículo 220 y concordantes de la Constitución de la República.
- E) Con los aportes que se establezcan en función de la población atendida por ASSE.
- F) Con las cantidades que puedan corresponder por integrar el Seguro Nacional de Salud previsto en el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 14.- Los eventuales excedentes operativos podrán, de acuerdo con las normas del artículo 220 de la Constitución de la República y leyes concordantes, destinarse a:

- A) Financiamiento de inversiones.
- B) Reserva especial con destino a cubrir déficit futuro.
- C) Ser transferidos al Gobierno Central.

Los eventuales déficit operativos se cubrirán:

- A) Por superávit acumulado previamente.
- B) Por créditos que contraiga el organismo.
- C) Por transferencias desde el Gobierno Central, expresamente aprobadas por el Parlamento Nacional.

Artículo 15.- Declárase de utilidad pública la expropiación y el uso de los bienes inmuebles necesarios para el cumplimiento de la presente ley (artículo 32 de la Constitución de la República y artículo 4° de la Ley N° 3.958, de 28 de marzo de 1912).

Las designaciones de bienes que hubieren de realizarse en los trámites a que alude la citada ley, serán realizadas por el Poder Ejecutivo a propuesta de ASSE.

CAPÍTULO VI RECURSOS HUMANOS

Artículo 16.- ASSE tendrá el personal que, a la fecha de vigencia de esta ley, pertenezca o esté afectado a las unidades ejecutoras del órgano desconcentrado que lleva la misma denominación, sin perjuicio de lo dispuesto por el literal E) del artículo 5° de la presente ley.

El ingreso de personal de cualquier categoría se registrará por las normas generales del Estatuto del Funcionario Público, sin perjuicio de las reglas especiales que se dicten en atención a la índole de sus cometidos (literal E) del artículo 59 de la Constitución de la República).

Dentro de los 120 días, contados desde la vigencia de la presente ley, deberá quedar definido por el Poder Ejecutivo el personal que pertenece a ASSE; en este plazo se atenderá la situación particular de los funcionarios que no pertenecen a la plantilla funcional de ASSE.

Dentro del plazo de 180 días de promulgada la presente ley, el Directorio de ASSE proyectará y elevará el Estatuto del Funcionario, estableciendo identificación de funciones y puestos de trabajo, descripciones de cargos y régimen laboral, sistema de retribuciones, condiciones de ingreso, capacitación y desarrollo, evaluación de desempeño, ascenso, descanso, licencias, suspensión o traslado, régimen disciplinario y demás componentes de la carrera sanitaria y funcional hasta el egreso definitivo del funcionario, sin perjuicio de la aprobación de una ley marco de esta carrera.

Artículo 17.- Dentro del plazo de 180 días, a contar de la promulgación de la presente ley, el Ministerio de Salud Pública, en acuerdo con ASSE distribuirá el personal afectado al Ministerio de Salud Pública, con el asesoramiento de la Oficina Nacional del Servicio Civil.

Artículo 18.- El Ministerio de Salud Pública y ASSE definirán en el plazo de 180 días el personal afectado a cada uno de sus organismos.

Hasta tanto no se lleven a cabo las regularizaciones funcionales previstas en la presente ley, el personal afectado a ASSE no verá afectada su remuneración como consecuencia de la aplicación de la misma.

CAPÍTULO VII - PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

Artículo 19.- ASSE dictará dentro del plazo de 180 días, a partir de la vigencia de la presente ley, las disposiciones relativas al procedimiento administrativo en general y disciplinario en particular, sobre la base de los siguientes principios:

- A) Imparcialidad.
- B) Legalidad objetiva.
- C) Impulsión de oficio.
- D) Verdad material.
- E) Economía, celeridad y eficacia.
- F) Informalismo en favor del administrado.
- G) Flexibilidad, materialidad y ausencia de ritualismos.
- H) Delegación material.
- I) Debido procedimiento.
- J) Contradicción.
- K) Buena fe, lealtad y presunción de verdad, salvo prueba en contrario.

L) Motivación de la decisión.

M) Gratuidad.

CAPÍTULO VIII DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Artículo 20.- Hasta tanto no se sancione el primer presupuesto para el servicio descentralizado que se crea por esta ley, regirá el que a la fecha de su promulgación tenía el Ministerio de Salud Pública, con destino al órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), incluyendo la totalidad de los créditos presupuestales, cualquiera sea su naturaleza.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 17 de julio de 2007.

Ley Nº 18.211

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2º.- Compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud determinados en el artículo 265 de la Ley Nº 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.

Artículo 3º.- Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.

La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.

La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.

La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.

La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.

El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.

La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.

La participación social de trabajadores y usuarios.

La solidaridad en el financiamiento general.

La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.

La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Artículo 4º.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.

Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.

Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.

Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.

Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

Artículo 5º.- A efectos de lo dispuesto en el artículo 2º de la presente ley, compete al Ministerio de Salud Pública:

Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.

Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.

Controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.

Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.

Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.

Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.

Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.

Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.

Las demás atribuciones que le otorga la presente ley, la Ley Nº 9.202 "Orgánica de Salud Pública", de 12 de enero de 1934, y otras disposiciones aplicables.

Artículo 6º.- El Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte de los servicios de salud.

La reglamentación determinará los contenidos de la información que deban proporcionar las instituciones, su periodicidad y las sanciones en caso de incumplimiento. Toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento.

Artículo 7º.- La política nacional de medicamentos tendrá por objetivo promover su uso racional y sustentable. El Ministerio de Salud Pública aprobará un formulario terapéutico único de medicamentos que contemple los niveles de atención médica y establecerá la obligatoriedad de su prescripción por denominación común internacional según sus principios activos; racionalizará y optimizará los procesos de registro de medicamentos y fortalecerá las actividades de inspección y fiscalización de empresas farmacéuticas y la fármaco vigilancia.

Artículo 8º.- El control de la calidad integral de la atención en salud a cargo del Ministerio de Salud Pública tomará en cuenta el respeto a principios de la bioética y a los derechos humanos de los usuarios.

Dicha modalidad será aplicable a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.

Artículo 9º.- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con otros organismos competentes, promoverá y evaluará que el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos de las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud responda a los principios rectores del mismo.

Artículo 10.- El Ministerio de Salud Pública promoverá la armonización de los parámetros de calidad de los bienes, servicios y factores productivos del área de salud y los mecanismos de control sanitario de los Estados Parte del MERCOSUR, en el marco del proceso de integración regional.

CAPÍTULO II

INTEGRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 11.- Podrán integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud:

Los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, estatales y no estatales.

Las entidades a que refiere el artículo 265 de la Ley Nº 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 12.- Para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios. La reglamentación determinará la naturaleza y forma de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate.

Artículo 13.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, además de sus órganos de gobierno, deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la propia entidad, la Junta Nacional de Salud que se crea en el artículo 23 de la presente ley y el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 14.- Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el artículo 11 de la presente ley, la Junta Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos establecidos en el literal B) del artículo 5º y en los artículos 12 y 13 de la presente ley, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico-financiero, según criterios que fije la reglamentación.

La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa.

Artículo 15.- La Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la presente ley. La reglamentación determinará el contenido de dichos contratos.

Artículo 16.- Las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su contralor.

Artículo 17.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán recabar, con fundamentos debidamente documentados, autorización del Ministerio de Salud Pública, quien oirá en todos los casos a la Junta Nacional de Salud, para:

Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica.

Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica.

Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios.

Artículo 18.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a la presente ley. En estos casos, las prestaciones que supongan no darán derecho a la entidad al cobro de cuotas salud.

Artículo 19.- Las prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrán requerir el pago de tasas moderadoras, que autorizará el Poder Ejecutivo, fijando también sus montos máximos.

El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población.

Artículo 20.- Los profesionales y entidades que presten servicios de salud podrán realizar publicidad mediante cualquier modalidad de difusión siempre que limiten las menciones a sus datos identificatorios, títulos que posean y especialidades que desarrollen, los que deberán estar debidamente registrados ante el Ministerio de Salud Pública.

Cuando dichos profesionales o entidades se propongan ampliar el alcance de su publicidad, deberán recabar previamente autorización al Ministerio de Salud Pública, en los términos de la reglamentación aplicable.

Las personas o entidades que infrinjan estas normas se harán pasibles de sanciones entre 30 UR (treinta unidades reajustables) y 500 UR (quinientas unidades reajustables) que aplicará el citado Ministerio, sin perjuicio de la inmediata suspensión de la publicidad que le será notificada a los responsables de los medios utilizados para su difusión. Si la orden no fuere efectivizada, a los medios se les aplicarán iguales sanciones económicas.

Artículo 21.- Las entidades de atención a la salud privadas que no se incorporen al Sistema Nacional Integrado de Salud podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre

contratación, siempre que hayan sido habilitadas a tal efecto por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Artículo 22.- Los seguros integrales a que refiere el artículo 265 de la Ley Nº 17.930, de 19 de diciembre de 2005, podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitados por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud que contraten con dichas entidades deberán comunicar su decisión a la Administración del Fondo Nacional de Salud.

Estos usuarios aportarán al Fondo Nacional de Salud creado por la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007, de acuerdo a lo dispuesto en el Capítulo VII de la presente ley y gozarán de los mismos derechos asistenciales que quienes se inscriban en los padrones de las demás entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales las cuotas salud que correspondan a dichos usuarios siempre que se cumplan acumulativamente los siguientes requisitos:

Que otorguen a los mismos las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio del régimen previsto en el inciso primero de este artículo, y aporten al Ministerio de Salud Pública y a la Junta Nacional de Salud la información asistencial y económico-financiera que les sea requerida a efectos del contralor de sus obligaciones respecto a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. En caso de incumplimiento de las mismas, será aplicable el régimen sancionatorio previsto en el literal E) del artículo 28 de la presente ley.

En ningún caso la Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales un monto superior al del aporte obrero-patronal del contribuyente. La reglamentación de la presente ley determinará la distribución del mismo considerando las cuotas salud y los aportes que deba transferir al Fondo Nacional de Recursos según la estructura del núcleo familiar del usuario.

Los seguros integrales verterán al Fondo Nacional de Salud el 6% (seis por ciento) de los ingresos recibidos del propio Fondo por concepto de costos de administración el que se destinará al financiamiento del Seguro Nacional de Salud.

CAPÍTULO III

JUNTA NACIONAL DE SALUD

Artículo 23.- Créase la Junta Nacional de Salud como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública con los cometidos que le atribuye la presente ley.

Artículo 24.- Son cometidos de la Junta Nacional de Salud:

Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea la presente ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva.

Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 25.- La Junta Nacional de Salud tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales la presidirá.

Un miembro representante del Ministerio de Economía y Finanzas.

Un miembro representante del Banco de Previsión Social.

Un miembro representante de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Un miembro representante de los trabajadores de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Un miembro representante de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En todos los casos, por cada titular se designará un alterno.

Todos los integrantes de la Junta Nacional de Salud deberán formular una declaración jurada de bienes e ingresos a cualquier título, a la Junta Asesora en Materia Económico Financiera del Estado, de acuerdo con lo dispuesto por el Capítulo V de la Ley Nº 17.060, de 23 de diciembre de 1998, en lo que resulte pertinente.

Artículo 26.- La reglamentación de la presente ley determinará la forma de integración de los representantes sociales a que refieren los literales D), E) y F) del artículo 25 de la presente ley, garantizando mecanismos de selección democrática de los mismos. Su mandato tendrá una duración máxima de dos años.

Los representantes de prestadores y trabajadores que se integren a la primera Junta serán propuestos por sus organizaciones representativas.

Artículo 27.- La Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, que se integrarán en la forma que determine la reglamentación de la presente ley, observando que en los mismos estén representados los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, sus trabajadores y sus usuarios.

Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.

Artículo 28.- Compete a la Junta Nacional de Salud:

Suscribir con los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud los contratos de gestión a que refiere el artículo 15 de la presente ley.

Aplicar los mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que se determinan en el Capítulo VII de la presente ley.

Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.

Controlar las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y terceros.

Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme.

Elaborar el proyecto de su reglamento interno de funcionamiento que elevará al Poder Ejecutivo para su aprobación, dentro de los ciento ochenta días de su constitución.

Las demás que le asigne la presente ley.

Artículo 29.- Compete al Presidente de la Junta Nacional de Salud:

Presidir sus sesiones, sin perjuicio de los mandatos sustitutivos que otorgue en previsión de sus ausencias.

Ejecutar las resoluciones de la Junta.

Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Junta Nacional de Salud, dando cuenta de ellas a la misma en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad será necesario el voto de por lo menos cinco de los miembros de la Junta. Mientras no se integren a él los representantes sociales, a estos efectos se requerirá el voto de tres de sus miembros.

Representar al organismo y suscribir todos los actos, contratos y convenios en que intervenga el mismo.

Las demás tareas que le sean encargadas por la Junta.

Artículo 30.- Para sesionar, el Directorio de la Junta Nacional de Salud requerirá la presencia de cuatro de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del cuerpo.

En caso de empate el voto del Presidente del Directorio se computará doble.

Artículo 31.- Créase dentro del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" el Programa "Administración del Seguro Nacional de Salud" dentro del cual se constituye la Junta Nacional de Salud como su unidad ejecutora.

Artículo 32.- Facúltase al Poder Ejecutivo, a propuesta del Ministerio de Salud Pública, a adecuar sus programas y redistribuir los créditos presupuestales a los efectos de atender los costos de funcionamiento de la Junta Nacional de Salud.

Artículo 33.- La Junta Nacional de Salud deberá elevar anualmente al Poder Ejecutivo una rendición de cuentas de la administración del Seguro Nacional de Salud, dentro de los primeros ciento veinte días de vencido cada ejercicio.

Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud publicarán anualmente los estados de situación y balance de resultados de su gestión. Estas entidades deberán poseer sistemas de información contable ajustados a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes y proporcionar a la Junta Nacional de Salud toda la documentación que ésta le solicite.

CAPÍTULO IV

RED DE ATENCIÓN EN SALUD

Artículo 34.- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

Artículo 35.- La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención.

Artículo 36.- El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.

Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

Artículo 37.- El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

Artículo 38.- El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

Artículo 39.- La Junta Nacional de Salud fomentará el establecimiento de redes de atención en salud. Las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud podrán coordinar acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos.

Artículo 40.- Las redes territoriales de atención en salud podrán articular su labor con los centros educativos en cada zona así como con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial.

Artículo 41.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

Dichos contratos deberán ser sometidos a la autorización de la Junta Nacional de Salud, la que controlará todo lo referente a la habilitación de los prestadores y su infraestructura, capacidad asistencial, relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, plazos de los contratos y la estabilidad de las condiciones de relacionamiento.

La Junta Nacional de Salud verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas vencidas con quienes pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato.

Si la Junta Nacional de Salud no formula observaciones ni deniega la autorización dentro de los treinta días de presentada la solicitud, el respectivo contrato se considerará autorizado.

En situaciones de caso fortuito, fuerza mayor y otras razones de urgencia, los prestadores podrán contratar notificando de inmediato a la Junta Nacional de Salud. Ésta concederá un plazo prudencial para la presentación de la documentación contractual y acreditante de las circunstancias excepcionales que motivaron la contratación. En caso de incumplimiento, se aplicará el régimen sancionatorio previsto en el literal E) del artículo 28 de la presente ley.

Artículo 42.- Las farmacias registradas y habilitadas por el Ministerio de Salud Pública podrán dispensar medicamentos a los usuarios de los prestadores de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, en los términos de los contratos que celebren con los mismos.

A dichos contratos les será aplicable, en lo que corresponda, lo dispuesto en el artículo 41 de la presente ley.

Artículo 43.- Los precios de referencia para las contrataciones a que refieren los artículos 41 y 42 de la presente ley, podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo.

Artículo 44.- Es incompatible el ejercicio de la dirección y el gerenciamiento de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud que demanden servicios a terceros con la provisión de los mismos, salvo cuando se formalicen alianzas estratégicas entre prestadores o cuando uno de ellos asuma el gerenciamiento del otro. En ambos casos se requerirá autorización de la Junta Nacional de Salud.

La incompatibilidad incluye a las personas que ejerzan la función, sus socios, cónyuges o concubinos, ascendientes y descendientes hasta el segundo grado de consanguinidad.

Los contratos que se formalicen violando esta disposición serán nulos a partir del momento en que se verifique dicha incompatibilidad.

CAPÍTULO V

COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

Artículo 45.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas.

Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.

Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.

Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación de la presente ley definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descriptas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a los cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuota salud a los prestadores.

Artículo 46.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán ofrecer a su población usuaria prestaciones de emergencia médica incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública. La reglamentación definirá las modalidades y fecha de aplicación de esta disposición.

La afiliación a las entidades prestadoras de los referidos servicios de emergencia se realizará, por parte de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, entre aquéllas que se encuentren habilitadas por el

Ministerio de Salud Pública para la prestación establecida en el inciso precedente y acepten las condiciones correspondientes.

El Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Economía y Finanzas, oyendo a la Junta Nacional de Salud, fijará el importe que las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud abonarán a los prestadores de los servicios de referencia, así como los plazos en que el mismo deberá ser vertido.

Artículo 47.- Las prestaciones no incluidas en los programas integrales de observancia obligatoria, que ofrezcan a sus usuarios las instituciones que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, serán convenidas entre prestadores y usuarios, en régimen de libre contratación. Cuando se trate de prestaciones sanitarias, el Ministerio de Salud Pública las controlará en sus aspectos técnicos.

Artículo 48.- Las prestaciones económicas correspondientes a enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y otras contingencias relacionadas con la salud, continuarán siendo brindadas por los organismos públicos y las entidades privadas competentes, de conformidad con las disposiciones en vigor. Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud realizarán, para sus respectivos usuarios, las pericias técnicas que correspondan.

Los servicios complementarios de asistencia médica a que refiere el literal A) del artículo 7º del Decreto Nº 7/976, de 8 de enero de 1976, que abona el Banco de Previsión Social, alcanzan exclusivamente a las personas comprendidas en el artículo 8º del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, modificado por el artículo 1º de la Ley Nº 15.953, de 6 de junio de 1988, incluidas en el literal A) del artículo 2º de la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007.

CAPÍTULO VI

USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 49.- Son usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional y se registren en forma espontánea o a solicitud de la Junta Nacional de Salud, en una de las entidades prestadoras de servicios de salud que lo integren. La reglamentación de la presente ley establecerá los términos y condiciones de dicho registro.

Artículo 50.- La elección de prestador es libre. Una vez formalizado el registro ante una de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, podrá modificarse en los términos que fije la reglamentación.

No se admitirá la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema, debiendo los usuarios optar por una de las que eventualmente les correspondiera.

Artículo 51.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo:

A recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos.

A recibir, en igualdad de condiciones, las prestaciones incluidas en los programas integrales a que refiere el artículo 45 de la presente ley.

Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.

A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las entidades que presten servicio de salud, sin perjuicio del requerimiento fundado de la Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo, siempre conservándose la condición de confidencialidad respecto a terceras personas.

A conocer los resultados asistenciales y económico-financieros de la entidad.

A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Los demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

Artículo 52.- Son obligaciones de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud:

Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones a que tienen derecho.

Dar cumplimiento a las formalidades que se requieran para acceder a los servicios de salud.

Respetar los estatutos de las entidades prestadoras de servicios.

Cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general y con las específicas que determinen las entidades prestadoras cuando estén utilizando sus servicios.

Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las mismas.

Las demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

El incumplimiento de las obligaciones antes referidas acarreará las consecuencias previstas en los estatutos de las entidades prestadoras.

Artículo 53.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho a participar en los órganos a que refiere el artículo 12 de la presente ley, en los términos que determine su reglamentación.

Artículo 54.- La Junta Nacional de Salud podrá establecer un sistema de recepción de quejas y denuncias de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como mecanismos de solución de diferendos entre éstos y los prestadores, sin perjuicio de los recursos administrativos y judiciales correspondientes.

CAPÍTULO VII

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 55.- Las prestaciones que, conforme a la presente ley y su reglamentación, deben brindar obligatoriamente a los usuarios incorporados al Seguro Nacional de Salud los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, darán derecho a éstos al cobro de cuota salud según el número de personas inscritas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

Se actualizará con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas de atención a la salud.

El ajuste del monto de la cuota salud, la incorporación de nuevas prestaciones y la reducción de las tasas moderadoras, se efectuará teniendo en cuenta la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema y de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores.

Artículo 56.- La Administración de los Servicios de Salud del Estado adecuará las prestaciones de salud a las exigidas a las restantes entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, en forma progresiva, no pudiendo exceder este período de adecuación el 31 de diciembre de 2009.

Artículo 57.- Créase el Seguro Nacional de Salud, el que será financiado por el Fondo Nacional de Salud creado por el artículo 1º de la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007, con cargo al cual se pagarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1º de la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007. Ello sin perjuicio de las competencias de la Junta Nacional de Salud como administradora del Seguro Nacional de Salud y consiguientemente titular y destinataria del Fondo que constituye su patrimonio.

El Banco de Previsión Social recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes de la presente ley y efectivizará el pago de cuota salud a los prestadores, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

En el ejercicio de los cometidos de administración tributaria a que refiere el inciso segundo, el Banco de Previsión Social actuará como sujeto activo de las contribuciones especiales de seguridad social que constituyen los recursos del Fondo conforme lo dispuesto por el artículo 60 de la presente ley.

En dicha calidad estará plenamente facultado para el cumplimiento integral de los procesos y procedimientos sustanciales implicados en la gestión tributaria de tales aportes incluyendo recaudación, fiscalización, determinación tributaria, agotamiento de la vía administrativa, defensa contencioso anulatoria y gestión coactiva.

Artículo 58.- Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán rechazar a ningún usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud ni limitarle las prestaciones incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 59.- Los créditos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, creada por Ley Nº 18.161, de 29 de julio de 2007, con financiación 1.2 "Recursos con Afectación Especial", se ajustarán mensualmente de acuerdo al monto de la recaudación correspondiente a dicho organismo por concepto de cuota salud, a cuyos efectos el administrador del Fondo Nacional de Salud remitirá la información necesaria al Ministerio de Economía y Finanzas.

Simultáneamente se reducirán los créditos correspondientes a la financiación 1.1 "Rentas Generales", en el importe anualizado resultante a la variación mensual en el número de usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud inscriptos en el padrón de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, multiplicado por el costo promedio por usuario de dicho organismo. Dicho costo promedio será determinado por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Economía y Finanzas comunicará a la Contaduría General de la Nación el monto de las modificaciones presupuestales dispuestas en los incisos precedentes, así como el resultante del artículo 8º de la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado comunicará a la Contaduría General de la Nación y a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto la distribución a nivel de unidad ejecutora, grupo y objeto de gasto y proyecto de inversión, de las modificaciones presupuestales dispuestas en la presente norma, sin la cual no podrá ejecutar los créditos a que refiere el presente artículo.

Artículo 60.- Serán recursos del Fondo Nacional de Salud el ciento por ciento de los provenientes de:

Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado.

Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público incorporados al Seguro Nacional de Salud.

Aportes del Estado y de las personas públicas no estatales sobre la masa salarial que abonen a sus dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud.

Aportes obligatorios de pasivos.

Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los literales anteriores.

El porcentaje previsto en el artículo 22 de la presente ley.

Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales o reglamentarias.

Las rentas generadas por sus activos, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Autorízase al Poder Ejecutivo en acuerdo con el Ministerio de Economía y Finanzas a atender las insuficiencias financieras del Fondo Nacional de Salud debidamente justificadas.

Artículo 61.- El Estado, las personas públicas no estatales y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores amparados por el Seguro Nacional de Salud y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 337 y siguientes de la Ley Nº 16.320, de 1º de noviembre de 1992, y sus modificativas, manteniéndose -a los efectos de este artículo- las exoneraciones previstas en los literales A) y B) del artículo 90 de la Ley Nº 18.083, de 27 de diciembre de 2006.

Los aportes patronales básicos y complementarios a que refiere el inciso anterior se aplicarán respecto de todos los colectivos incorporados al Seguro Nacional de Salud por la presente ley y por la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007, en los plazos que las mismas establecen.

Las empresas rurales comprendidas en la Ley Nº 15.852, de 24 de diciembre de 1986, seguirán aportando en base a la superficie explotada en un todo de acuerdo a dicha norma.

Los patronos y empresas unipersonales rurales mantendrán el régimen de aportaciones previsto en las Leyes Nº 16.320, de 1º de noviembre de 1992, y Nº 16.883, de 10 de noviembre de 1997.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los unipersonales rurales optantes por la cobertura de salud bonificada de conformidad con la Ley Nº 16.883, de 10 de noviembre de 1997, aportarán el 45% (cuarenta y cinco por ciento) de la cuota mutual y aquellos que se encuentren en la situación a que refiere el artículo 64 de la presente ley, aportarán el 60% (sesenta por ciento) del valor de la cuota mutual determinada de acuerdo a lo previsto por el artículo 337 de la Ley Nº 16.320, de 1º de noviembre de 1992.

Los empresarios unipersonales rurales y los empresarios unipersonales monotributistas mantendrán el carácter opcional de su afiliación al Seguro de Salud, conforme con las disposiciones legales vigentes (Ley Nº 16.883, de 10 de noviembre de 1997, y Ley Nº 18.083, de 27 de diciembre de 2006).

Los trabajadores públicos y privados aportarán un porcentaje de sus retribuciones dentro de las que se computarán los aportes ya previstos en el Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, y en la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007, de acuerdo al siguiente detalle:

6% (seis por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.

4,5% (cuatro con cinco por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.

3% (tres por ciento) si las retribuciones no superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, con independencia de que tengan o no a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.

Para el caso de los trabajadores públicos y otros dependientes del Estado, incorporados al Seguro Nacional de Salud por aplicación del artículo 2º de la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007, regirá lo dispuesto por el artículo 4º de la misma ley, debiendo aportar un porcentaje adicional de sus retribuciones cuando sus ingresos superen 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, de acuerdo al siguiente detalle:

3% (tres por ciento) si tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.

1,5% (uno con cinco por ciento) si no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.

No se considerará hijo a cargo, a los efectos de esta ley, cuando el menor de 18 años o mayor de esa edad con discapacidad genere por sí mismo el derecho a integrarse como trabajador al Seguro Nacional de Salud.

Artículo 62.- Los trabajadores dependientes y no dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud que se acojan al beneficio de la jubilación, continuarán amparados por el mismo y realizando los aportes sobre el total de haberes jubilatorios por los cuales se jubila, determinados en los [artículos 61](#) y [66](#) de la presente ley, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar.

El usufructo del derecho previsto en el inciso anterior será optativo para quienes justifiquen el acceso, por otros medios, a cobertura de salud de un nivel similar a la que brinda el Sistema Nacional Integrado de Salud, no quedando exonerados de realizar los aportes correspondientes.

Se consideran usuarios del Seguro Nacional de Salud creado por la presente ley, los trabajadores que cumplen un mínimo de trece jornadas de trabajo en el mes o perciben el equivalente a 1,25 veces de la Base de Prestaciones y Contribuciones. No obstante lo dispuesto precedentemente, los patronos que asuman la financiación patronal complementaria a que refiere el artículo 61 de la presente ley, podrán atribuir la

respectiva condición de usuario del seguro al trabajador, cualquiera fuera el tiempo de trabajo o su nivel de ingreso.

Artículo 63.- Los jubilados que se desempeñaron como no dependientes en actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, cuyo haber jubilatorio total no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y que además integren hogares donde el promedio de ingresos por todo concepto, por integrante no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales podrán optar por ingresar en el Seguro Nacional de Salud aportando un 3% (tres por ciento) de su pasividad a partir del 1º de enero de 2008.

Artículo 64.- Los aportes a que hacen referencia los artículos 61, 62, 70 y 71 de la presente ley darán derecho a los hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino a cargo de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Los asegurados mencionados en el inciso primero podrán optar por incluir a sus hijos desde los 18 y hasta cumplir los 21 años de edad, amparándolos por el Seguro Nacional de Salud, aportando al Fondo Nacional de Salud el valor de la cuota salud y la correspondiente al Fondo Nacional de Recursos. La reglamentación establecerá las condiciones de pago de esta opción.

Los padres elegirán para ellos el prestador público o privado que estimen conveniente, en acuerdo con el artículo 50 de la presente ley e independientemente de aquél al que ellos estén incorporados. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien, teniendo la condición de trabajador o pasivo amparado por el Seguro Nacional de Salud, tenga la guarda. Para los que estén sujetos a tutela o curatela, los tutores o curadores que tengan la condición de trabajadores o pasivos amparados por el Seguro Nacional de Salud elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.

El concepto de hijo a cargo y los derechos que la presente ley otorga a los concubinos y a sus hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad se aplicarán en los términos de la reglamentación que dicte el Poder Ejecutivo.

Artículo 65.- Todas las personas que dejen de cumplir las condiciones para ampararse en el Seguro Nacional de Salud podrán optar por continuar inscriptos en los padrones de los mismos prestadores, pagando directamente por los servicios de atención integral de salud que reciban, no pudiendo ser rechazados por ellos.

Artículo 66.- Los trabajadores públicos y privados y las personas amparadas por el Seguro Nacional de Salud a que refieren los artículos 62, 70 y 71 de la presente ley que tengan cónyuge o concubino a cargo, aportarán un 2% (dos por ciento) adicional de sus retribuciones para incorporar a los mismos a dicho seguro, lo que les dará derecho a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La incorporación de cónyuges y concubinos y el inicio del aporte previsto en el inciso precedente se realizarán teniendo en cuenta el número de hijos menores a cargo, de acuerdo al siguiente cronograma:

Antes del 31 de diciembre de 2010: cónyuge o concubino del aportante con 3 o más hijos menores de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2011: cónyuge o concubino del aportante con 2 hijos menores de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2012: cónyuge o concubino del aportante con 1 hijo menor de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2013: cónyuge o concubino del aportante sin hijos menores de 18 años a cargo.

Artículo 67.- Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el artículo 61 de la presente ley, las personas a que se refiere el artículo 18 de la presente ley, en tanto permanezcan en la misma entidad. Si tuvieren a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino, aportarán el 3% (tres por ciento) de sus retribuciones. De tener cónyuge o concubino a cargo, aportarán 2% (dos por ciento) de sus retribuciones, de acuerdo al cronograma previsto en el artículo 66 de la presente ley.

Artículo 68.- Quedarán incorporados al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de enero de 2008 -además de los comprendidos en lo dispuesto en el artículo 2º de la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007- los funcionarios del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública", del Inciso 16 "Poder Judicial", del Inciso 25 "Administración Nacional de Educación Pública", del Inciso 26 "Universidad de la República", del Inciso "Administración de los Servicios de Salud del Estado", del Poder Legislativo, incluyendo a los legisladores, y los funcionarios de los organismos públicos nacionales, con excepción del Inciso 03 "Ministerio de Defensa Nacional" e Inciso 04 "Ministerio del Interior". Asimismo, quedarán incorporados a partir de dicha fecha, los beneficiarios del subsidio transitorio por incapacidad parcial establecido en el artículo 22 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995.

Los créditos presupuestales habilitados a la Administración Central y a los organismos del artículo 220 de la Constitución de la República, para financiar regímenes propios de cobertura médica a quienes resulten beneficiarios del Seguro Nacional de Salud por aplicación del inciso precedente, financiarán los aportes establecidos en la presente ley, de acuerdo a lo que determine la reglamentación.

Los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado que tengan regímenes propios de cobertura médica aprobados por ley o aun por normas que no sean leyes, los mantendrán hasta que los mismos sean modificados por las autoridades competentes.

Lo dispuesto en el inciso anterior no exonera a los mismos de aportar al Fondo Nacional de Salud, según corresponda por aplicación de las disposiciones de la presente ley.

Artículo 69.- Los trabajadores comprendidos en el régimen de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales que funcionen al amparo del artículo 41 del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, así como los afiliados a la Caja Notarial de Seguridad Social a que refieren los literales B), C), D) y E) del artículo 43 de la Ley Nº 17.437, de 20 de diciembre de 2001, y los amparados en lo dispuesto por los artículos 337 a 342 de la Ley Nº 13.318, de 28 de diciembre de 1964, y sus modificativas (CHASSFOSE), que aseguren a sus beneficiarios cobertura integral de salud en un nivel no inferior al establecido por la presente ley, se incorporarán al Seguro Nacional de Salud no más allá del 1º de enero de 2011. Hasta el momento de su incorporación al Seguro Nacional de Salud, dichas entidades continuarán recibiendo los aportes y rigiéndose por las disposiciones legales y reglamentarias que les son aplicables.

Facúltase al Poder Ejecutivo a dar el mismo tratamiento a los trabajadores que cuenten con regímenes acordados con los empleadores privados mediante convenios colectivos o acuerdos similares que hayan estado vigentes al menos desde un año antes de la promulgación de la presente ley.

Artículo 70.- Quienes obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud aplicando la tasa que corresponda a la diferencia entre el total de los ingresos originados en dichos servicios y el porcentaje a que refiere el artículo 34 del Título 7 del Texto Ordenado 1996.

En caso de que los ingresos a que refiere el inciso anterior hayan quedado incluidos en el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas, las referidas alícuotas se calcularán sobre la base imponible de dicho tributo.

Lo dispuesto precedentemente se aplicará de acuerdo a lo establecido en los artículos 61 y 66 de la presente ley; a los aportes resultantes se le adicionarán los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la Ley Nº 16.320, de 1º de noviembre de 1992.

La obligación de aportar, así como la incorporación de los respectivos usuarios al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, regirá a partir del 1º de enero de 2011 y se realizará en la forma que determine la reglamentación.

Artículo 71.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, a partir de la vigencia de la presente ley los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en el Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, que no tengan más de un trabajador subordinado y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas en los artículos 61 y 66 de la presente ley, sobre un ficto de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones).

Para el caso de los propietarios de empresas unipersonales referidos en el inciso anterior, que presten solamente servicios personales fuera de la relación de dependencia, el régimen establecido en el presente artículo regirá hasta el 31 de diciembre de 2010. A partir del 1º de enero de 2011 pasarán a regirse por lo dispuesto en el artículo anterior.

Artículo 72.- Facúltase al Poder Ejecutivo a postergar las fechas de ingreso establecidas en la presente ley, siempre que fuera necesario para asegurar la sostenibilidad de las cuentas públicas. El Poder Ejecutivo deberá informar de ello al Poder Legislativo con una antelación mínima de ciento veinte días previos al 1º de enero de cada uno de dichos años.

Artículo 73.- El Fondo Nacional de Recursos mantendrá su autonomía administrativa en los términos de la Ley Nº 16.343, de 24 de diciembre de 1992, y demás disposiciones aplicables. Los aportes a que refieren los literales A), B) y C) del artículo 3º de la Ley Nº 16.343, de 24 de diciembre de 1992, serán sustituidos por una cuota única por cada beneficiario del Seguro Nacional de Salud que la Junta Nacional de Salud le reembolsará.

Artículo 74.- Facúltase al Poder Ejecutivo a incluir en el régimen de la presente ley a los funcionarios de los Gobiernos Departamentales, quienes realizarán los aportes previstos en los artículos 61 y 66 de la presente ley.

CAPÍTULO VIII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 75.- Los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de la presente ley seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban.

Artículo 76.- Hasta la instalación de la Junta Nacional de Salud, las funciones que se le atribuyen a la misma serán ejercidas por el Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social, según corresponda.

Facúltase al Poder Ejecutivo a dictar las normas reglamentarias necesarias que viabilicen la transición hacia el sistema que regirá a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 77.- La presente ley regirá a partir del 1º de enero de 2008.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 21 de noviembre de 2007.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CINVE. “El sector salud y sus empresas privadas – Desayunos de trabajo” Montevideo. Agosto, 2009.
- JUNASA. Informe de la “Rendición de Cuentas FONASA” –
- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en el Uruguay: Regulación y desempeño, Naciones Unidas
- MSP. “Censo de afiliados diciembre 2006 y setiembre 2008” Mayo 2009
- MSP. Investigación “Cuentas Nacionales en Salud – 2004”
- MSP. *División Economía de la Salud*. “Informe Sistema Mutual 2007-2008” Abril 2009
- MSP. “La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005 – 2009”
- MSP. *División Economía de la Salud*. “Los tickets de medicamentos en el costo mutual” Febrero 2009
- MSP. *División Economía de la Salud* “Evolución de usuarios del SNIS a diciembre de 2008”. Abril 2009
- MSP. División Economía de la Salud. “El desempeño del Sector Mutual 2004 – 2009” – Octubre 2009
- OPS. “Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2009.”
- RAMOS Carbajales, Alejandro. “Análisis del mercado de seguros de salud en el Uruguay”. 2004.
- VILLAR, Hugo. “La salud, una política de estado, hacia un sistema de salud”. 1era Edición. Uruguay. 2006

OTRAS FUENTES DE CONSULTA

Leyes y Decretos

- Constitución de la República, Montevideo, Uruguay, 19 de abril de 1934

- Ley Nº 9.202, Montevideo, 12 de enero de 1934
- Ley Nº 14.407, Montevideo, 22 de julio de 1975
- Ley Nº 15.181, Montevideo, 21 de agosto de 1981
- Ley Nº 15.800, Montevideo, 17 de enero de 1986
- Ley Nº 16.060, Montevideo, 1 de noviembre de 1989
- Ley Nº 16.713, Montevideo, 3 de setiembre de 1995
- Ley Nº 17.309, Montevideo, 2 de abril de 2001
- Ley Nº 17.930, Montevideo, 23 de diciembre de 2005
- Ley Nº 18.083, Montevideo, 18 de enero de 2007
- Ley Nº 18.131, Montevideo, 18 de Mayo de 2007
- Ley Nº 18.161, Montevideo, 29 de julio de 2007
- Ley Nº 18.439, Montevideo, 22 de diciembre de 2008
- Decreto Nº 205/000, Montevideo, 19 de julio de 2000
- Decreto Nº 373/002, Montevideo, 26 de setiembre de 2002
- Decreto Nº 133/005, Montevideo, 11 de abril de 2005
- Decreto Nº 276/007, Montevideo, 2 de agosto de 2007
- Decreto Nº 269/008, Montevideo, 2 de junio de 2008
- Decreto Nº 309/008, Montevideo, 24 de junio de 2008
- Decreto Nº 464/008, Montevideo, 2 de octubre de 2008
- Decreto Nº 465/008, Montevideo, 27 de octubre de 2008
- Decreto Nº 298/009, Montevideo, 2 de julio de 2009

Trabajos monográficos

- GONZÁLEZ, José Carlo, TRISTÁN, Verónica, HARTWICH, Konrad. Modelos sanitarios, su financiamiento y su posible aplicación en Uruguay. 2004.
- MACHADO, Alicia, VELUTTI, Virginia. Mecanismos de Financiación del Sistema Nacional Integrado de Salud e Impacto sobre las IAMC. 2006.

Otros materiales

- HAMILTON, Gabriela, LIFSCHITZ, Esteban, TOBAR, Federico “Respuestas de los países para promover el acceso a los medicamentos de alto costo” – 2009,
- Curso Economía y Gestión de la Salud. Sistema Integrado de Salud. 2007
- Federación Médica del Interior, Plenario de IAMC. “Situación de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Propuesta de Solución”. Año 1999.

Artículos de Diario

- “Casi el 55% de los médicos trabaja en más de un lugar y cerca del 20% trabaja en más de tres instituciones” - Daniel Olesker – Diario El País 17/08/08
- Semanario “Búsqueda”. Contratapa. Viernes 29 de enero de 2009, Montevideo
- Ec. Daniel Olesker – Director General de Secretaria del MSP – Balance de Gestión MSP
- Consejo de Ministros en San Carlos. 28/05/08
- *El establecimiento del médico referente, con especial énfasis en los usuarios menores de 15 años y mayores de 44 años. En un primer momento, la designación del médico de referencia se busca que sea realizada en acuerdo con el usuario. Si el afiliado no elige su médico referente, la institución podrá designarle uno de oficio, que luego podrá ser cambiado, si el usuario lo desea. Según palabras del presidente de la JUNASA – Diario: “La Republica” – 1° de abril de 2009.*

Sitios web

- Ministerio de Salud Pública, <www.msp.gub.uy> (título de la página web, editor, fecha de publicación, disponibilidad y acceso.)
- Instituto Nacional de Estadísticas <<http://www.ine.gub.uy>>

- http://www.universidad.edu.uy/cdc/docs/sistema_nacional_integrado_salud.pdf
- OMS, http://www.who.int/topics/health_systems/es/
- BPS, http://www.bps.gub.uy/Escritos/Aportes%20al%20debate%20sobre%20el%20Sistema%20de%20Seguridad%20Social//0979_Prestaciones%20Salud-%20Casares%2010-2004.doc
- Parlamento de la República, <<http://www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/otrosdocumentos/varios/SistNaclntSalud.pdf>>
- Presidencia de la República, <<http://www.presidencia.gub.uy>>
- <http://www.bvsops.org.uy/pdf/recursoshumanos.pdf> (ver si se usa Perfil de recursos humanos del sector salud en Uruguay)
- SINADI