

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y DE ADMINISTRACIÓN**

**TRABAJO FINAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE
Posgrado en Gestión de Servicios de Salud.**

**CAUSAS POR LAS CUALES A 5 AÑOS DE ESTABLECIDO EL CONVENIO
DE COMPLEMENTACIÓN ASSE - COMEF REFERENTE AL SERVICIO
ÚNICO DE PEDIATRÍA EN EL DEPARTAMENTO DE FLORIDA, EL
MISMO NO SE HA CONSOLIDADO.**

por

**Dr. Daniel Alfredo González González
Dra. Patricia Judith Martínez Rodríguez.**

TUTORA: Cra. Ana Mariela Rodríguez Facal

**Montevideo
URUGUAY**

2021

Página de aprobación

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final:

Título

Causas por las cuales a 5 de años de establecido el convenio de complementación ASSE - COMEF referente al servicio único de pediatría en el departamento de Florida, el mismo no se ha consolidado

Autor/es

Dr. Daniel González - Dra. Patricia Martínez

Tutor

Cra. Ana Mariela Rodríguez Facal

Posgrado

Posgrado en Gestión de Servicios de Salud.

Puntaje

.....

Tribunal

Profesor.....(nombre y firma).

Profesor.....(nombre y firma).

Profesor.....(nombre y firma).

FECHA.....

Resumen

En el presente trabajo se determina cuáles han sido las causas por las cuales no se ha consolidado una complementación exitosa entre ASSE y COMEF, que permita tener un servicio único de Pediatría en el departamento de Florida en el correr de estos 5 años. Se realiza una investigación con un enfoque cualitativo, con análisis de documentación y realización de entrevistas a diferentes representantes de las partes firmantes y del SMU. Los resultados evidencian que la complementación es un instrumento para dar respuesta a un punto crítico del funcionamiento del sector salud, como lo son, la duplicación y superposición de servicios asistenciales y/o la falta de recursos del sector, mejorando la eficacia y eficiencia del sistema mediante la racionalización de los recursos humanos y materiales, la tecnología y la gestión. Existe una diversidad de causas basadas en el no cumplimiento de ciertos puntos dispuestos en el convenio de complementación sumado a la omisión de pautas establecidas en la definición que conllevaron a la actual situación del servicio único de pediatría en la ciudad de Florida.

Palabras clave: complementación, salud, asociación público - privado, pediatría, Uruguay.

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 ANTECEDENTES	6
1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.3 OBJETIVO GENERAL	12
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	12
1.5 METODOLOGÍA	12
2. DESARROLLO	14
2.1 MARCO TEÓRICO.....	14
2.1.1 Complementación	14
2.1.2 Convenios de complementación en salud existentes en Uruguay.....	37
2.1.3 Población de Florida	38
2.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	39
2.3 CONCLUSIONES.....	49
3. ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS.....	50
3.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
APÉNDICE A.....	54
APÉNDICE B	55
APÉNDICE C	56
APÉNDICE D.....	57
APÉNDICE E	58
APÉNDICE F.....	59
APÉNDICE G.....	60
ANEXO A	64
ANEXO B	65
ANEXO C	66

SIGLAS Y ABREVIATURAS

APP	Asociación Público - Privada
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAD	Cargos de Alta Dedicación
COMEF	Cooperativa Médica de Florida
DTS	Dirección Técnica Sanatorial
DPF	Departamento de Pediatría de Florida
FAD	Funciones de Alta Dedicación
FEMI	Federación Médica del Interior
FEPREMI	Federación de Prestadores Médicos del Interior
HC	Historia Clínica
HCE	Historia Clínica Electrónica
JUNASA	Junta Nacional de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RAP	Red de Atención Primaria
RUCAF	Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal
UEM	Unidad de Emergencia Móvil

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES

A continuación, realizaremos una crónica en base a una serie de declaraciones a la prensa de diversos actores que han participado en torno a la creación y puesta en marcha del servicio único de pediatría en el departamento de Florida que permiten contextualizar las circunstancias, el momento y desarrollo de este proceso.

En el año 2016 se produjo un conflicto entre los pediatras de la Cooperativa Médica de Florida (COMEF) y el Consejo Directivo de la institución.

El punto central del reclamo fue la solicitud por parte de los pediatras de la separación de las funciones de guardia en puerta de emergencia y la de traslados. Hasta el momento la organización contaba con 3 pediatras de guardia, uno de ellos realizaba la atención en puerta de emergencia y concurría a los llamados urgentes de domicilio, el segundo pediatra realizaba la asistencia del sector internación y el tercero se encontraba de retén.

Ante un traslado, el pediatra que cubría la puerta de emergencia era el responsable de realizarlo, en tanto el pediatra encargado de la cobertura en sala de internación pasaba a cubrir la puerta de emergencia y el retén cubría la sala de internación.

Luego de múltiples instancias de negociación y diversos niveles de decisión el 5 de octubre de 2016 renunciaron 21 de los 24 pediatras que trabajaban en el prestador privado (Sindicato Médico del Uruguay, 2016). A raíz de ello la justicia ordenó al prestador privado restablecer el servicio en un plazo de 24 horas, en tanto el Ministerio de Salud Pública lo intimó a resolver el conflicto (Briano, 2016).

Bajo estas circunstancias el director Departamental de Salud de Florida, Dr. Luis Delgado expresó: “Lamento muchísimo que tengamos que llegar a estas situaciones para poder generar estas soluciones de fondo, pero todas las crisis generan oportunidades”. Previamente había manifestado que días anteriores se había llegado a un acuerdo marco para “concretar una maternidad única en un plazo breve con sede en COMEF y agregó que hace un año y medio que venimos elaborando esta idea” (Delgado, 2016). En el mismo sentido el ministro de Salud Pública de la época, Dr. Basso, aseguró que el Ministerio tenía un plan de solución que lo habían planteado a COMEF y ahora la institución debería resolver el problema.

A continuación, agregó que el plan implicaba la complementación de servicios entre ambos prestadores y ello incluiría la atención en el primer nivel de atención, puerta de emergencia, maternidad, traslados especializados, internación en cuidados moderados y pacientes emergencia médica móvil.

Finalmente, el 9 de noviembre de 2016 se solucionó el conflicto habiéndose firmado un convenio entre ambos prestadores que, de acuerdo con declaraciones de la Subsecretaria de Salud Pública, Dra. Cristina Lustemberg, busca “fortalecer el servicio” e “ir hacia una puerta

de atención de urgencia única” y “traslados especializados complementados entre los recursos humanos de los dos prestadores” (Lustemberg, 2016).

Sin embargo, con el transcurrir del tiempo se han comenzado a escuchar voces de los protagonistas que afirman que los acuerdos no se han cumplido. En este sentido, en julio de 2020 los pediatras que, si bien reconocen el avance con la implementación de la complementación, fundamentalmente en la atención en “puerta de emergencia, unidad de emergencia móvil, traslados especializados e internación en cuidados moderados con una mejora sustantiva de la capacidad asistencial”, refieren que “aún resta por avanzar en los acuerdo económicos y jurídicos entre los prestadores, complementar el primer nivel en el interior y la maternidad-nursery. Asimismo, también se considera necesario resolver problemas en la implementación del sistema de traslados especializados y el pago a profesionales médicos suplentes de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)” (Sindicato Médico del Uruguay, 2020).

Uno de los pediatras planteó que “la falta de acuerdo económico y que todavía persista una deuda económica entre los prestadores, hipoteca los avances que hemos logrado a nivel asistencial”. Continuó “la unificación de servicios generó una práctica profesional con mayor respaldo y trabajo en equipo, mayor seguridad del paciente - con equidad y una mejoría notoria de la calidad asistencial - con mayor resolutiveidad de los problemas de salud a nivel local” (Sindicato Médico del Uruguay, 2020).

En agosto de 2021, el presidente de COMEF, comunicó que:

ASSE mantiene una deuda de 50 millones de pesos como consecuencia de la implementación de la puerta única de emergencia. Expresó que “hay conformidad con la parte asistencial y de parte de los pediatras, la institución y los usuarios”. Además, destacó que “el servicio permitió que los niños de ASSE tengan la misma calidad asistencial que los niños de COMEF”. Agregó que si bien hay una deuda millonaria el futuro de la complementación no lo decidimos nosotros, recordando que “cuando se generó el servicio se hizo en circunstancias muy especiales, no existe un marco jurídico, administrativo, laboral y médico legal”. “Todo cayó sobre la responsabilidad de COMEF”. Continuó aseverando que “ASSE aporta los recursos humanos, COMEF la planta, recursos humanos, en el caso de traslados la ambulancia, chofer, enfermero, en la sala el personal administrativo, de servicio, licenciados en enfermería y pediatras”, generándose una diferencia que hay que compensar por parte de ASSE, la cual asciende a 50 millones de pesos”. “No vamos a dejar ningún niño sin asistencia, es la primera posición política que hemos tomado en COMEF”. “De todas formas, COMEF ya inició el reclamo legal a través de la justicia” (González, 2021a).

Un año antes un integrante del Consejo Directivo de COMEF había manifestado “que fueron quedando pendientes sobre los aranceles y los costos de la pediatría, y es una deuda desde nuestro punto de vista desde el sector de ASSE hacia COMEF”. “Hemos puesto toda la evaluación de números, de costos, de los colaboradores de Federación de Prestadores Médicos del Interior (FEPREMI), los economistas y abogados que han estado. Y hemos sido transparentes” (Tarigo, 2020)

Finalmente, el presidente de ASSE en el año 2020 en respuesta a los reclamos de COMEF, expresó que “no considera la facturación del prestador privado”. Al referirse al convenio manifestó: “este es un convenio que fue realizado en el período anterior y desde mi punto de vista el convenio no se cumple. Por ejemplo, tenemos ahora una facturación del prestador privado que no debería ocurrir”. Continuó: “si tenemos un convenio de complementación en el cual estamos pagando una cifra muy importante de recursos humanos el acuerdo tiene que servir siempre para ambas partes. Si no, no son acuerdos” (Cipriani, 2020).

Nuevamente el 20 de agosto de 2021, Cipriani volvió a hacer referencia al convenio de complementación y expresó que el mismo:

Se mantendrá, pero que se racionalizará la transferencia de fondos según los compromisos y las contraprestaciones ofrecidas porque en la actualidad ASSE traslada 52 millones de pesos anuales para salarios médicos y 40 millones para la cobertura de internación de niños. En ese sentido, la remodelación de las áreas de pediatría y maternidad posibilitará que los niños permanezcan en el propio nosocomio no solo con el mismo nivel de profesionalismo, sino con el confort necesario. (Uruguay Presidencia, 2021).

En respuesta a las declaraciones de Cipriani, el 29 de agosto, el presidente de COMEF, Dr. José Pedro González expresó “que todavía no han recibido ningún tipo de comunicación oficial referente a los cambios anunciados por el presidente de ASSE, Dr. Leonardo Cipriani”. Agregó “que ya han mantenido reuniones con el Directorio de ASSE, e incluso a nivel personal con Cipriani, solicitando que se reconozca la deuda de 50 millones de pesos generada por costos en la prestación de dicho servicio”.

Al referirse a los antecedentes del convenio dijo:

En diciembre de 2016, aprovechando un conflicto gremial, las autoridades de turno del Ministerio de Salud Pública impusieron un convenio de complementación de servicios elaborado por ellos mismos. COMEF no tuvo ningún tipo de participación en la conformación de tal estructura, la cual carece de marco jurídico, de estudios de viabilidad económica previos y a nuestro entender, también presenta graves vicios de consentimiento.

Este servicio se creó con la promesa de que ambas instituciones compartieran los gastos operativos, estableciéndose un costo promedio que es igual para todos los niños, sean de COMEF o de ASSE. Sin embargo, en estos cuatro años de funcionamiento, COMEF ha destinado 12 millones de pesos más por año de lo que absorbió ASSE. En cifras, COMEF invierte 32 millones de pesos anuales (más variables), mientras que ASSE proporciona 20 millones de pesos. La diferencia desde 2016 a la fecha es la ya mencionada, y amerita una compensación. A pesar de todo esto, consideramos que el servicio desde el punto de vista asistencial ha sido excelente, el trabajo y los resultados han sido exitosos, y realmente hemos puesto todo para que así sea. Por eso esperamos que esta calidad asistencial adquirida no tenga que dar pasos hacia atrás. (González, 2021b).

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Todo lo anteriormente descrito traduce inconvenientes - no resueltos hasta el día de hoy - en la complementación del servicio único de pediatría de la ciudad de Florida - cuyas causas

investigaremos - que pudieron haber tenido su origen en el contenido del propio contrato y/o vinculadas a su implementación y ejecución.

1.3 OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles han sido las causas por las cuales no se ha consolidado una complementación exitosa, que permita tener un servicio único de pediatría en el departamento de Florida en el correr de estos 5 años.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Analizar la definición de complementación de diferentes organizaciones nacionales e internacionales.
2. Analizar el contenido del contrato de complementación ASSE - COMEF referente al servicio único de Pediatría en el departamento de Florida.

1.5 METODOLOGÍA

La investigación que se realizará tendrá un enfoque cualitativo.

Para responder a nuestro primer objetivo específico realizaremos una búsqueda de diferentes conceptos de complementación, de organizaciones nacionales e internacionales, viendo sus semejanzas y diferencias, para poder llegar a la elaboración de una definición de autoría propia, la cual será la referencia para hacer el análisis del contrato de complementación.

Para el segundo objetivo específico analizaremos el contrato de complementación firmado el 12 de diciembre de 2016 entre el prestador de salud público integral del departamento de Florida (ASSE) y el mayor prestador privado (COMEF) en referencia al servicio único de pediatría para lo cual realizaremos una entrevista en profundidad a un representante de cada una de las partes firmantes y a un representante del SMU.

2. DESARROLLO

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Complementación

2.1.1.1 Definición de complementación

Existen diversas definiciones tanto de organizaciones nacionales como internacionales y cada una de ellas con diferentes enfoques y grados de profundidad.

Dentro de lo que es la normativa vigente en Uruguay, la definición de complementación aparece en el artículo 34 del Decreto 81/2012 que hace referencia al contenido de los Contratos de Gestión vigentes entre la JUNASA y los prestadores integrales.

El mismo dice: “Se entiende por complementación de servicios y acciones de salud, la instalación y/o coordinación en territorio, con carácter permanente, de servicios y acciones en salud a partir de recursos humanos y/o materiales pertenecientes a las instituciones que acuerden y presten atención a la población usuaria de ellas o al conjunto de los habitantes de la localidad/territorio según se defina”.

Por otro lado, en varios artículos de la Ley 18.211 se hace referencia a algunos aspectos de complementación, pero sin definirla, que los abordaremos en el ítem del marco regulatorio nacional.

En el documento del Ministerio de Salud Pública del año 2019 sobre avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud la plantea como complementación de servicios y acciones en salud, a la instalación y/o coordinación de servicios y acciones en salud,

con carácter eventual o permanente, a partir de recursos humanos y/o materiales pertenecientes a las partes que acuerdan (Brescia, Bonapelch, Moresino, 2019).

Por otra parte, FEMI (2012) la define como:

el conjunto formal de relaciones colaborativas de carácter voluntario entre dos o más instituciones aseguradoras - prestadoras de salud integrantes del SNIS, que tiene por objeto mejorar la cobertura de salud o el acceso a servicios y prestaciones sanitarias destinadas a la población residente en una localidad o región, mediante mecanismos de acuerdos diversos que dan lugar a una nueva institucionalidad, en que cada interviniente mantiene la responsabilidad por la atención de sus asegurados.

La OPS (2010) hace referencia a las redes integradas de servicios de salud y las define como: “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.

También consideraremos la definición de Asociación Público-Privada que plantea el Banco Interamericano de Desarrollo y expresa que “es un contrato a largo plazo entre una parte privada y una entidad pública, para brindar un activo o servicio público en el que la parte privada asume un riesgo importante y la responsabilidad de la gestión, y la remuneración está vinculada al desempeño” (Alonso, Pinto, Astorga, y Freddi, 2014).

Queremos precisar que si bien en nuestro país existe la Ley 18.786 de Participación Público Privada, que en su artículo 3 inciso D establece la posibilidad de la celebración de contratos para el desarrollo de obras de infraestructura social que incluye cárceles, centros de salud, centros de educación, viviendas de interés social, complejos deportivos y obras de mejoramiento, equipamiento y desarrollo urbano, posteriormente aclara que en ningún caso dichos contratos podrán incluir servicios sanitarios cuando se trate de centros de salud.

Es preciso diferenciar en este momento el concepto de complementación y coordinación. Se entiende por coordinación a la concertación de medios y esfuerzos para una acción común. Supone el acuerdo entre dos o más actores para desarrollar una actividad para la cual se aportan recursos que de manera articulada permitan su desarrollo. Ello permite ajustar costos para cada uno de los prestadores asegurando un servicio ya disponible para los respectivos usuarios de manera más eficiente. En la complementación, cada prestador aporta recursos o actividades distintas para conformar un servicio nuevo. (FEMI, 2012). (Ver Apéndice A).

2.1.1.2 Marco regulatorio nacional

La Ley 18.211, no hace referencia concreta a la complementación, pero sí existen algunos artículos que en forma fragmentaria la sugieren. A continuación, los transcribimos:

Artículo 4. D). Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 5. E). Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

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 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 plazo 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 30 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. Esta 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.

En el mismo sentido que la ley, también el Decreto 81/2012 hace referencia a la complementación.

Cláusula 34. 2. La JUNASA fomentará la celebración de acuerdos y convenios entre prestadores con el objeto de implementar actividades complementadas en el territorio y racionalizar los recursos disponibles. Cuando estos ya existan en el territorio, estimulará su utilización en forma coordinada.

34. 3. Los Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales serán un ámbito relevante desde donde se promoverá la complementación entre prestadores, priorizando las acciones de promoción y prevención primaria y secundaria, así como la complementación asistencial.

2.1.1.3 Objetivos de la complementación

Apelaremos a diversas organizaciones que aportan desde diferentes puntos de vista su postura con respecto a los objetivos de la complementación.

De acuerdo con el informe del Ministerio de Salud Pública del año 2019, el objetivo de la complementación consiste en mejorar la calidad de vida y el nivel de salud de la población usuaria de las instituciones u organizaciones convenientes y/o del conjunto de las personas que habitan en la localidad, ciudad, región o territorio nacional que se defina en el convenio (Brescia et al., 2019).

La OPS (2010) por su parte refiere que las Redes Integradas de Servicios de Salud lograrían mejorar la accesibilidad, disminuir la fragmentación asistencial, mejorar la eficiencia del sistema de salud evitando la duplicación de infraestructura, servicios, disminuir los costos de producción y responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.

FEMI (2012) considera que con la complementación se logra mejorar la eficiencia y sustentabilidad de la atención para responder a las necesidades de los usuarios, empresas, trabajadores y comunidad.

2.1.1.4 Requerimientos para la complementación

Comenzaremos con los atributos esenciales planteados como necesarios por la OPS (2010) para un adecuado funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Allí hay 4 grupos de acuerdo con el ámbito de abordaje: 1. modelo asistencial, 2. gobernanza y estrategia, 3. organización y gestión, 4. asignación e incentivos.

A continuación, transcribimos los atributos de cada uno de los ámbitos de abordaje (OPS, 2010, p:10):

1. Modelo asistencial: 1) población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud; 2) una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública; 3) un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población; 4) prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios; 5) existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud; y 6) atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.
2. Gobernanza y estrategia: 7) un sistema de gobernanza único para toda la red; 8) participación social amplia; y 9) acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.
3. Organización y gestión: 10) gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico; 11) recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red; 12) sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes; y 13) gestión basada en resultados.

4. Asignación e incentivos: 14) financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

(Alonso, Pinto, Astorga, y Freddi, 2015) considera como requerimientos generales que condicionan las Asociaciones Público - Privadas a:

1. Apoyo político. Indispensable el apoyo de los gobernantes y partidos políticos. Ello permite que:
 - a. la ciudadanía se asegure que el programa generará beneficios a la comunidad y que de surgir complicaciones quedarán debidamente resueltas.
 - b. las empresas licitantes tengan la seguridad de que el contrato a largo plazo se cumplirá.
 - c. las instituciones financieras cuenten con la garantía soberana.
 - d. los trabajadores podrán asegurar sus derechos laborales.
 - e. los políticos cumplirán su misión de mejorar y expandir el servicio público.

2. Marco legal. En el mismo se debe establecer:
 - a. la definición de derechos y obligaciones de las partes, así como los mecanismos que aseguren su cumplimiento.
 - b. procedimientos para la resolución de controversias.
 - c. reglas que permitan el rebalanceo o reequilibrio del contrato en situaciones que se generen variaciones en el mismo.

3. Flujos asegurados. Se requiere que el Estado asegure a largo plazo los flujos comprometidos con el concesionario durante la vigencia del contrato.

4. Solidez técnica del proyecto. En este punto es fundamental definir quién será el responsable de los riesgos de la oferta y demanda de los servicios incluidos en el contrato. En los de bata gris, como se explicitó anteriormente el concesionario debe asegurar la disponibilidad de los servicios contratados y el Estado de los recursos humanos. En los de bata blanca ambos riesgos se transfieren al concesionario.

5. Sector público organizado. Es necesario que el Estado cuente con equipos competentes que conozcan y participen de las diversas instancias del proyecto:
 - a. técnico. Para establecer las exigencias técnicas del contrato y los mecanismos de monitoreo y evaluación.

 - b. financiero. Para estimar costos y pagos, definir los modelos de estructuración financiera y establece la sostenibilidad de los flujos futuros para asegurar la operación del proyecto.

 - c. legal. Para establecer los instrumentos que conformarán el contrato y el cumplimiento de los requisitos del marco legal.

 - d. gestión del cambio. Para monitorear el impacto del proyecto en el trabajo y condiciones laborales de los trabajadores, así como la percepción social y comunitaria del mismo.

6. Sector privado competente. Dentro de los actores del sector se destacan:
 - a. sponsor. Es la empresa o consorcio que aportará el capital inicial, desarrollará y operará el proyecto.
 - b. mercado financiero. Realizará los préstamos al sponsor contra garantía del contrato.
 - c. mercado subcontratista. Proveerá los servicios de construcción, equipamiento y otros al concesionario.

2.1.1.5 Beneficios de la complementación

Sin dudas que la concreción de la complementación en salud se acompaña de una serie de beneficios con relación a la calidad, eficacia y eficiencia en la atención de una población.

Con ella se logra (FEMI, 2012):

1. Accesibilidad a los servicios. En este sentido el artículo 3 de la Ley 18211 de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y que hace referencia a sus principios rectores establece en el inciso C precisamente a la accesibilidad de los servicios de salud. La complementación permite que el usuario pueda acceder al servicio en forma oportuna.
2. Eficiencia, eficacia y calidad de la atención. La creación de un servicio único permite a través de un esfuerzo conjunto entre organizaciones mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de la atención evitando la fragmentación y duplicación de recursos humanos y materiales. Precisamente la fragmentación es vista como uno de los mayores problemas que presentan los servicios de salud en América. (OPS, 2010). Se define a la fragmentación de servicios de salud como la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial. La presencia de

numerosos agentes de salud que operan en forma desintegrada no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención, y conduce a la formación de redes de provisión de servicios que no funcionan de manera coordinada, coherente o sinérgica, sino que tienden a ignorarse o competir entre sí, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo. (OPS, 2007, p. 319). Existen otras definiciones que consideran los siguientes aspectos: 1. servicios que no cubren toda la gama de servicios de fomento, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo, 2. servicios de distintos niveles de atención que no se coordinan entre sí, 3. servicios que no se continúan a lo largo del tiempo y 4. servicios que no se ajustan a las necesidades de las personas. (OPS, 2010). En suma, puede decirse que la fragmentación implica dificultades en el acceso, servicios de menor calidad, costos elevados y baja satisfacción del usuario.

3. Economía de escala y disponibilidad de recursos humanos. La complementación permite por un lado tener una base de usuarios mayor con lo que los eventos de alto costo que puedan surgir se diluyen y el mismo no es asumido únicamente por una organización. Por otro lado, los costos fijos también son compartidos.

2.1.1.6 Tipos de complementación

Describiremos en primer lugar la agrupación propuesta por la OPS que de acuerdo con el concepto de servicios integrales de salud reconoce las siguientes categorías:

1. Integración horizontal: es la coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de producción de servicios. Ejemplos

de este tipo de integración son las consolidaciones, fusiones y servicios compartidos de un mismo nivel de atención (Shortell, Anderson, Gillies, Mitchell y Morgan, 1993).

2. Integración vertical: es la coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en distintas fases del proceso de producción de servicios. Ejemplos de este tipo de integración son los vínculos de los hospitales con grupos médicos, centros de cirugía ambulatoria y agencias de cuidados en el hogar. Existe integración vertical hacia adelante, es decir hacia el paciente o el usuario, e integración vertical hacia atrás, es decir hacia suministros tales como compañías de equipamiento médico e insumos. Además, existe la posibilidad de la integración vertical con la aseguradora de la salud (Shortell et al., 1993).

3. Integración real: es la integración mediante el control y la propiedad directa de todas las partes del sistema, es decir, la propiedad unificada de los activos (Satinsky, 1998).

4. Integración virtual: es la integración a través de relaciones como medio para colaborar dentro de los componentes de un sistema. Modalidad que utiliza contratos, acuerdos, alianzas estratégicas, afiliaciones, o franquicias, las cuales “simulan” los beneficios de la propiedad de los activos. Este tipo de integración puede coexistir con la propiedad de los activos (Satinsky, 1998).

Por otra parte, Parada (2019) hace referencia a los siguientes modelos:

1. Venta de servicios, en el cual un prestador vende servicios a otro para resolver una carencia asistencial.
2. Intercambio de servicios, en la que mediante el establecimiento de una cuenta corriente entre prestadores se compensan los costos.
3. Servicios únicos, en los que se crea un servicio a partir de la fusión de prestadores.

El autor plantea que para llevar adelante las dos primeras es necesario la regulación de costos y la supervisión de la rectoría. En tanto para el último, un análisis profundo y establecimiento de ciertas condiciones son necesarias previo a su implementación.

En la publicación de la OPS (2010) se consideran diversos sistemas de Redes Integradas de Servicios de Salud, clasificados de acuerdo con lo que abarca la integración y por otro lado a la extensión territorial de la misma.

En cuanto a la integración estas son las categorías:

1. Únicamente personal de salud.

2. Personal de salud y establecimientos de salud.
3. Personal de salud, establecimientos de salud y aseguradoras.

Con respecto a la extensión territorial de las redes:

1. Locales, como pueden ser los servicios municipales.
2. Regionales, es el caso de servicios provinciales.
3. Nacionales, que comprendería centros de referencia nacional.

(Alonso et al., 2014) considera 3 modelos de Asociación Público-Privada en Salud:

1. Modelo bata gris - bata verde. El mismo “corresponde a la concesión de la obra pública y explotación u operación de los servicios no sanitarios (servicios patrimoniales, hoteleros o logística. No incluye servicios clínicos)”. (p. 15). Concretamente pueden incluir:

Proyectos arquitectónicos definitivos o de ejecución, construcción de infraestructura y dotación de equipamiento básico y clínico, mantenimiento, reposición y renovación de infraestructura y equipos, provisión de los servicios no sanitarios (patrimoniales o bata gris): limpieza, vigilancia, seguridad,

jardinería, viales, u otros servicios de apoyo no sanitarios (bata verde): alimentación y nutrición, lavandería, ropería, archivo de documentación clínica si la historia se encuentra en soporte papel, logística y esterilización y las explotaciones comerciales. La duración de este tipo de contrato es variable de acuerdo con el país considerado, pero en general oscila entre los 18 y 40 años (p. 15).

El modelo bata gris es sugerido para:

- infraestructura que está deteriorada y se necesita su reposición.
- el país o Estado está iniciando un programa de Asociación Público - Privada y aún no posee la experiencia para gestionar proyectos más complejos.
- la banca financiera tiene modelos de financiamiento consistentes con el esquema.
- el contrato de Asociación Público - Privada va a sustituir subcontratos existentes en el centro asistencial.
- se tiene una clara especificación de las responsabilidades de la empresa con relación al diseño, construcción, equipamiento y servicios. (Astorga, Alonso, Pinto, Freddi y Corredera, 2017).

2. Modelo de bata blanca. Aquí la concesión es total, es decir al modelo anterior se suman:

1. la provisión de los servicios de salud (primaria, especializada y/o socio sanitaria) del área de influencia poblacional y 2. la cartera de servicios asistenciales de la que dispondrá el centro de acuerdo con lo previsto por la

autoridad sanitaria. También se incluyen o excluyen en el contrato todas aquellas prestaciones sanitarias como consecuencia de la ampliación o reducción en la cartera de servicios dispuestas por la Administración durante el período de concesión. La cartera de servicios queda determinada por la autoridad sanitaria, La retribución de la Administración a la sociedad concesionaria se basa en una cápita por persona asignada, la que cubre construcción, equipamiento, renovación, servicios sanitarios y no sanitarios. La duración del contrato es de 15 a 20 años a consecuencia de la incertidumbre y dinamismo de la asistencia sanitaria (p. 16).

3. Modelo especializado. Es la concesión de un servicio especializado que presta servicios de apoyo a varios centros.

Entre ellos se pueden considerar:

- Logística de medicamentos e insumos clínicos.
- Diagnóstico de imagenología.
- Laboratorio clínico de rutina o electivo.
- Anatomía Patológica.
- Banco de Sangre.
- Transporte de Pacientes.
- Lavandería - Ropería.
- Alimentación.
- Mantenimiento.

- Residuos hospitalarios.

De acuerdo con el Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo / Banco Mundial / Banco Asiático de Desarrollo / Banco Interamericano de Desarrollo (2014) en su Guía de Referencia versión 2.0 sobre Asociaciones Público - Privadas, los tipos de contratos surgen de la combinación de 3 parámetros generales: 1. tipo de activo que se trata; 2. de qué funciones es responsable la parte privada y 3. cómo se le paga a la parte privada.

1. En cuanto al tipo de activo, se pueden considerar dos situaciones: 1. cuando implican nuevos activos o proyectos nuevos o proyectos greenfield, 2. cuando se trata de la transferencia de la responsabilidad al privado de actualizar y gestionar activos ya existentes y en este caso se los denomina proyectos brownfield.
2. Con relación a las funciones, se pueden considerar las siguientes categorías:
 - Diseño. Corresponde al desarrollo del proyecto desde el inicio.
 - Desarrollo o rehabilitación. Pueden ocurrir dos situaciones, 1. cuando los activos son nuevos y se requiere su construcción e instalación de todo el equipo; 2. cuando hay activos existentes, la parte privada debe responsabilizarse de rehabilitar o ampliar el activo.
 - Financiamiento. Aquí la parte privada debe financiar los gastos de capital en el desarrollo o rehabilitación del activo, ya sea parcial o totalmente
 - Mantenimiento. La parte privada debe responsabilizarse del mantenimiento del activo de infraestructura de acuerdo con un estándar especificado en el período que dure el contrato.

- Operación. Pueden considerarse diversas situaciones: 1. operación técnica de un activo y el suministro de un servicio básico a un comprador gubernamental, 2. operación técnica de un activo y suministro de servicios directos a los usuarios, 3. prestación de servicios de apoyo, con el organismo gubernamental responsable de brindar el servicio público a los usuarios.

3. Con respecto al mecanismo de pago se pueden considerar 3 posibilidades:

- Pago de usuario, donde la parte privada obtiene su ganancia a través del cobro directo al usuario por el servicio que le brinda. Estos a su vez pueden estar subsidiados por el Estado.
- Pagos del Gobierno, en que el Gobierno le paga a la parte privada, basándose en la disponibilidad o resultados del servicio.
- Combinación de los dos mecanismos previos.

La Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico de Argentina (2019) hace referencia a dos modelos de complementación público - privada:

1. Participación coyuntural, que se trata de aportaciones no estratégicas y que implican:
 - Decisiones de hacer o comprar, por parte del privado a consecuencia de la delegación del Estado.
 - Financiación de infraestructura, a cargo del sector privado.

- Responder a un exceso de demanda en momentos puntuales, en los cuales se realiza una contratación por parte del Estado al sector privado de recursos asistenciales en circunstancias o plazos definidos.

2. Participación (privada) estructural, en los que sí existen aportaciones estratégicas en la producción y articulación de servicios con el objetivo de mejorar la eficiencia. Ello implica:

- Empresarialización de la gestión.
- Participación en la provisión.
- Gestión del aseguramiento.
- Desregulación del sector público.

2.1.1.7 Estructuración financiera

Nos referiremos a la propuesta del Banco Interamericano de Desarrollo para las Asociaciones Público - Privadas.

Para ello comenzaremos estableciendo que significa la estructuración financiera de un proyecto de APP. Es “cuantificar y asignar responsabilidades, derechos y riesgos a cada una de las partes del contrato de APP (sectores público y privado), definiendo esta asignación detalladamente en el respectivo contrato de APP”. (Turolla, Apablaza, Márquez, Hernández, Astorga y Vieitez, 2019, p. 4.)

Para ello es necesario disponer de:

la definición del proyecto público de inversión y sus requerimientos técnicos, la estimación de la demanda del servicio público a proveer por el gobierno, la cartera de los servicios de la APP, los costos de la inversión inicial junto con los de operación y mantenimiento y la estimación de los riesgos de sobrecostos y sobre plazos. Asimismo, ha de incluir la definición de cómo el ente público pagará al ente privado y de cómo se gestionarán los incentivos, deducciones o penalidades durante la etapa de operación. (Turolla et al., 2019, p. 4).

Dentro de los aspectos a considerar en la estructuración destacamos: el análisis de riesgo, mecanismos de pago, incentivos y/o sanciones al desempeño, mecanismos de ajustes en el tiempo y plazos.

- Análisis de riesgo

Es precisamente aquí donde:

Se identifican, especifican, cuantifican y distribuyen los riesgos del proyecto, lo que servirá de base para establecer las obligaciones y derechos de cada una de las partes del contrato de APP que, por su parte, se regulan en el respectivo contrato de APP. (Turolla et al., 2019, p. 4.).

En definitiva,

La asignación de riesgos significa decidir qué parte de quienes suscriben el contrato de APP asumirán los riesgos de sobrecostos u obtendrán los beneficios ante un cambio en los resultados del proyecto que se deriven de eventos, con una cierta probabilidad de ocurrencia, que impacten favorable o desfavorablemente en los resultados de dicho proyecto. (Turolla et al., 2019, p. 5).

- Mecanismos de pago

El mecanismo de pago es:

La forma en la que el sector público remunera a la parte privada de la APP como contraprestación por el servicio efectivamente provisto, esto es la cuantía, frecuencia, condiciones y deducciones de pago. Asimismo, define otros elementos de mejora crediticia, como la creación de fondos de reserva y cumplimiento de índices de cobertura y los denominados triggers o gatilladores. (Turolla et al., 2019, p. 6).

Se debe aclarar que la expresión triggers o gatilladores hace referencia a:

Límites o condicionantes que se establecen a partir de indicadores de demanda u ocupación de las instalaciones, que permiten activar (gatillar) mecanismos de inversión en obras u ampliaciones de la obra principal. (Turolla et al., 2019, p. 6).

El mecanismo de pago se asocia con los objetivos del proyecto, existiendo dos modelos de producción que deben ser considerados ya que se determinan la forma de pago: 1. el primer modelo de producción corresponde a la generación de bienes de capital que se asocian a una inversión en capital físico como puede ser obras de infraestructura o equipamientos. A este modelo se lo denomina de COSTOS DE CAPITAL O CAPEX, 2. en el segundo caso el modelo corresponde a la provisión de servicios y se lo conoce como COSTOS DE OPERACIÓN U OPEX (Banco Interamericano de Desarrollo, 2017a, p. 21).

En América Latina se reconocen dos esquemas de pago. Uno que integra el CAPEX y OPEX en una sola cuota y otro que los separa. En el primer caso la cuota CAPEX se paga de forma pareja a lo largo de todo el contrato, mientras que en el segundo se paga durante los primeros años del contrato.

Mientras que en el modelo integrado se determina un canon máximo a pagar a partir del cual se establecen deducciones asociadas a volumen o calidad, en el modelo separado el canon tiene un componente fijo y otro variable y sobre ello se pueden aplicar deducciones de acuerdo con el desempeño del contrato y otros incentivos. (Astorga, 2017).

En la experiencia en América Latina se comprueba que:

Las opciones de pago observadas en la región son por disponibilidad (remunera por monto fijo el activo y los servicios disponibles con un grado de calidad definido en contrato), utilización (ocupación de la infraestructura o demanda) o mixtos (un pago fijo por un porcentaje de ocupación más un pago variable si la ocupación excede lo financiado por el componente fijo. (Turolla et al., 2019, p. 18.).

La recomendación del BID es que: “el mecanismo de pago debe ser claro, sencillo y capaz de incentivar el cumplimiento de las obligaciones y la disponibilidad de servicios con calidad”. (Turolla et al., 2019, p. 18).

- Incentivos y/o sanciones al desempeño

Diversos factores pueden ser considerados para incentivar el cumplimiento del contrato:

- Volumen de producción.
- Cumplimiento de estándares de servicio (por ejemplo, tiempo de respuesta).
- Cumplimiento de estándares sanitarios (por ejemplo, tasa infecciones asociadas a la atención de salud).

- Obtención de certificación externa de los procesos de aseguramiento de calidad (por ejemplo, acreditación por institución externa). (Astorga et al., 2017, p. 13-14).

En este sentido es recomendable:

Establecer un periodo de marcha blanca en los primeros 3 a 6 meses del contrato, donde no se apliquen estos mecanismos al 100%, de manera de permitir el ajuste de los sistemas y formas de trabajo, tanto de la empresa como del hospital. (Astorga et al., 2017, p. 14).

- Mecanismos de ajustes en el tiempo

Dado que los contratos requieren mantener un equilibrio financiero durante toda su vigencia, es necesario incluir en el contrato las variables del mercado que puedan generar desajustes, entre ellas mencionamos:

- Variación del costo de vida.
- Variación del costo de mano de obra de acuerdo con su impacto en los costos de producción.
- Variación del precio de los alimentos.
- Variación del tipo de cambio. (Astorga et al., 2017, p. 14).
- Plazo.

Aquí debemos considerar el tipo de contrato. Para aquellos de bata blanca que presentan una alta variabilidad en el tiempo determinada por la innovación tecnológica, los cambios epidemiológicos y por que la atención es cada vez más compleja, es conveniente que los

contratos tengan plazos de 10 a 15 años y/o cuenten con los mecanismos que permitan su ajuste en condiciones de mercado.

En cambio, para los contratos de bata gris, el factor determinante es el ciclo de vida de la infraestructura. Sin perjuicio de que la vida útil de las estructuras puede ser entre 30 y 50 años, las instalaciones, terminaciones y funcionalidad de los hospitales es menor y no supera los 25 años. En virtud de lo anterior, es recomendable que los plazos contractuales no superen esos períodos. (Astorga et al., 2017, p. 14-15).

2.1.1.8 Gestión del personal

Es muy importante tener previstas alternativas cuando el proyecto incluye la sustitución de servicios, entre ellas:

- incentivo al retiro para personal que cumpla con los requisitos legales.
- capacitación para nuevas funciones.
- movilización a una nueva unidad.

Se recomienda que el proyecto no genere inestabilidad en los funcionarios que ya se encuentran trabajando en el servicio de salud. Asimismo, para proyectos de bata gris, donde se producirá un cambio en la forma de funcionamiento, se aconseja que dicha situación sea anticipada por la administración, además de destinar recursos para acompañar el cambio cultural. (Astorga et al., 2017).

2.1.1.9 Mecanismos de solución de controversias y administración de ajustes y rebalancesos

Ante la eventualidad de conflictos o eventos no previstos ni previsibles que afecten el cumplimiento de las obligaciones existen dos mecanismos (Banco Interamericano de Desarrollo, 2017, p. 30).

1. Mecanismos ordinarios. Buscan evitar la ocurrencia de los conflictos (reuniones de coordinación o la conformación de mesas de trabajo) o ponen término a un conflicto existente (aplicación de sanciones menores).
2. Mecanismos extraordinarios. Es para situaciones más complejas lo que obliga a la participación de paneles de expertos o conformación de instancias arbitrales. También puede participar la justicia ordinaria o tribunales administrativos.

2.1.2 Convenios de complementación en salud existentes en Uruguay

Según una publicación oficial del Ministerio de Salud Pública del año 2017 se establece que existen más de 350 convenios de complementación entre ASSE y prestadores privados y ellos se verifican fundamentalmente en el ámbito de CTI, maternidades y puertas de emergencias únicas. Así también se destaca la importancia de estos convenios en el medio rural, expresando en este sentido la directora de ASSE, Dra. Muniz: “es casi impensable que un prestador público y uno privado trabajen por separado, porque los recursos humanos son los mismos y cuando nos ‘juntamos’ ponemos los servicios y el personal de cada uno y logramos un servicio mejor para el usuario”.

Agregó en referencia al mecanismo a cómo se alcanzan dichos convenios: “que buena parte surgen en el territorio y se plantean en las juntas departamentales de salud. Las propuestas las

presentan usuarios, trabajadores e incluso las propias instituciones, luego se estudian tanto en el ministerio, como en ASSE y en los prestadores privados hasta que se llega al acuerdo” (ASSE, 2017).

Dos años después el número ascendió a 580 (Brescia et al., 2019).

2.1.3 Población de Florida

De acuerdo con el último censo de población de Uruguay (2011), Florida tiene una población de 67.048 habitantes. De ellos, 15.041 (22,4%) son menores de 15 años, es decir que corresponde a la población considerada como pediátrica. (Ver Anexo A).

Históricamente la población del departamento se ha incrementado, salvo en dos períodos en los cuales disminuyó - 1975 - 1985 y 2004 - 2011 (Ver Apéndice B).

Prestadores integrales de salud en el departamento de Florida

Básicamente el departamento cuenta con dos prestadores integrales, uno de ellos público (ASSE) y otro privado (COMEF-IAMPP). Ellos se encargan de la cobertura en todo el departamento. (Ver Anexo B).

Usuarios de ASSE en Florida

De acuerdo con datos del SINDI de junio de 2021, ASSE cuenta con 37.243 afiliados en el departamento de Florida (SINADI, 2021). La población pediátrica (< 1 año – 14 años) asciende a 6743 y representa el 18,1% de los afiliados de dicho prestador. De ellos, 4762 son afiliados pediátricos NO FONASA y 1981 son afiliados pediátricos FONASA. (Ver Apéndice C).

Usuarios de COMEF en Florida

De acuerdo con datos del SINADI de junio de 2021, COMEF cuenta con 30.359 afiliados (SINADI, 2021). La población pediátrica (<1 año - 14 años) asciende a 5412 y representa el 17,8% de los afiliados de la organización. De ellos, 5332 son afiliados pediátricos FONASA y 80 son afiliados pediátricos NO FONASA. (Ver Apéndice D). (Ver Apéndice E y F).

2.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De acuerdo con las diferentes definiciones que hemos expuesto y comparado, algunas elaboradas por organizaciones nacionales y otras internacionales, y en base a diversos componentes de ellas y otros que consideramos esenciales, es que proponemos la siguiente, dado que, opinamos es la que mejor se adapta a la realidad nacional:

Complementación es el conjunto formal de relaciones colaborativas de carácter voluntario entre dos o más prestadores de salud integrantes del SNIS, los que mediante la instalación y coordinación de servicios brindados con sus propios recursos humanos y materiales tiene por objetivo mejorar la cobertura asistencial o el acceso a servicios y prestaciones sanitarias, haciéndolos más equitativos y justos, destinados a la población residente en una localidad o región, mediante mecanismos de acuerdos diversos que dan lugar a una nueva institucionalidad, para lo cual es necesario establecer su viabilidad y conveniencia además de un control estricto de su cumplimiento por parte de la autoridad sanitaria nacional, donde se incluyan sanciones para aquella parte que no cumpla lo acordado.

Del análisis de la definición de complementación propuesta, el documento de creación del servicio único de pediatría en la ciudad de Florida (ver Anexo C) y las entrevistas a diferentes actores que participaron en su creación y seguimiento (ver Apéndice G) surge:

Si bien existe un conjunto formal de relaciones colaborativas expresadas en el convenio de complementación, el mismo no surgió estrictamente de carácter voluntario. Esta afirmación la realizamos en base a que se comenzó a discutir el tema de la creación del servicio único de pediatría en la ciudad de Florida a partir de un reclamo por parte de los médicos pediatras de COMEF, y a los 35 días de su inicio el convenio se encontraba firmado sin que previamente se hubiera discutido su creación de acuerdo a lo expresado por los 3 entrevistados, es decir, su origen no se produjo en un marco de preocupación de las organizaciones locales por implementarlo. A ello se debe agregar que tampoco hubo voluntad de las partes en llevar adelante algunos servicios que están explicitados en el convenio, por ejemplo, la creación de la maternidad única y el convenio del primer nivel de atención. De acuerdo a lo agregado en la entrevista por parte del representante de COMEF, la organización debió firmar el acuerdo por la presión ejercida por el MSP para que lo hiciera y de esa forma evitar la intervención de la institución.

Sí se produjo la instalación por lo menos parcial del servicio de pediatría. En este sentido se eligieron las instalaciones de COMEF para la atención en cuidados moderados y emergencia centralizada. De acuerdo con las respuestas de los entrevistados hubo unanimidad en que ello se debió a la infraestructura instalada que poseía la organización. Decíamos que la instalación no fue completa porque, como ya lo expresáramos al inicio del análisis, nunca se llegó a instalar la maternidad única y el primer nivel de atención. En cuanto a la maternidad es claro que no

hubo voluntad de ambas organizaciones en llevarla a cabo, siendo varios los motivos, desde el no cumplimiento de ASSE de presentar un plan de desarrollo de infraestructura para asegurar una atención de calidad, el no deseo de los usuarios de cada una de las organizaciones en compartir los servicios, hasta no haberse puesto de acuerdo donde instalarla. Como resultado de ello continúan existiendo dos servicios de maternidad en el departamento de Florida, uno en COMEF y otro en el hospital de Florida.

En referencia al no deseo de los usuarios de ambas organizaciones en compartir un servicio único traduce que no existió una planificación previa y menos aún una gestión del cambio. Dentro de las consecuencias previsibles, los usuarios del prestador privado se resistieron al cambio, ocurriendo manifestaciones contrarias al acuerdo, mediante la disconformidad en compartir una habitación con un usuario del sector público. Precisamente Parada (2019) insiste en la necesidad de dar una batalla ideológica para vencer esas resistencias, con campañas de educación, de sensibilización y de solidaridad con los más humildes, y pensar estrategias que posibiliten la convivencia de diferentes culturas en los servicios.

En estas situaciones la comunicación estratégica es capital, generando un espacio de diálogo entre los responsables del proyecto y los colectivos clave. En dichas instancias es importante informar, pero además permitir que los colectivos puedan expresar sus opiniones, preocupaciones y recomendaciones (Santamaría, Astorga Jorquera, Márquez y Suárez Alemán, 2019).

Según Artaza Barrios, Méndez, Holder Morrison y Suárez Jiménez (2011):

Los individuos se resisten a las innovaciones por ansiedades e inseguridades: temor de asumir riesgos con los cuales no están familiarizados; a tornarse prescindibles en su

cargo por efecto del cambio; de no ser capaces de desarrollar las nuevas funciones; incapacidad o falta de disposición a adquirir nuevas habilidades o comportamientos; pérdida de influencia en decisiones a nivel de su antiguo puesto; pérdida o disminución de control sobre recursos; reducción de prestigio o reputación (p. 192.).

En definitiva, podemos decir que no existió una planificación de la gestión del cambio.

Una situación similar ocurrió con el primer nivel de atención, donde la no existencia de un acuerdo comercial motivó la no concreción. Existía un temor lógico de COMEF de perder afiliados, ya que, los usuarios de ASSE no pagan tasas moderadoras como así lo hacen los de COMEF, y ante un servicio único, el pasaje de usuarios de un prestador a otro era previsible. De hecho, en el estudio de la afiliación pediátrica que realizamos, se comprueba que ello así ocurrió.

Es claro que los recursos humanos y materiales fueron los de las dos organizaciones, quedando explícito en el contrato cuáles eran las obligaciones de cada una de las partes. Dentro de las obligaciones de las partes queda claro que de acuerdo a los servicios que debe brindar COMEF el servicio único de pediatría centralizará sus funciones en el Sanatorio de COMEF debiendo encargarse de todo el personal no médico, estudios paraclínicos y técnicas diagnósticas de urgencia de los servicios de atención extrahospitalaria/ Emergencia móvil, emergencia pediátrica, internación en cuidados moderados y servicio de Traslados especializados, llevándose a cabo hoy por hoy efectivamente de esta manera. ASSE, por su parte, se responsabiliza por el personal médico para la cobertura de todo el servicio (atención extrahospitalaria/ Emergencia móvil, emergencia pediátrica, internación en cuidados moderados y servicio de Traslados especializados), disponiéndose de horas presenciales y

guardia de retén, (en donde nunca se especifica en el convenio distribución de las mismas) si bien, se dispuso de horas de pediatría para cubrir todos los servicios, existen carencias en la cobertura en relación a los traslados especializados, ya que, para que éstos se lleven a cabo, en ciertas ocasiones, se ve afectado otro servicio de pediatría, dado que, debía de existir solo un pediatra para los traslados sin necesidad de movilizar otro médico, evitando verse afectado otro servicio. A su vez, dicho prestador también se responsabiliza por 24 horas de licenciada de enfermería durante todo el año para la recepción y clasificación de llamados para adultos y niños y la realización del triage asistencial en la puerta de emergencia en el horario de 0 a 6, el cual, nunca se concretó, ya que, no eran reconocidas por los funcionarios de COMEF.

En relación a éste aspecto los entrevistados coinciden en que no existe dificultad alguna con respecto a la cobertura de las horas asignadas al personal no médico, sin embargo, en cuanto a la cobertura de las horas médicas existen ciertas discrepancias, siendo sus causas distintas según la opinión de cada uno de los entrevistados, 1. Un error de cálculo por parte de ASSE de las horas a asignar , 2. La no disponibilidad de suficientes médicos pediatras en ASSE obligó a contratar más profesionales a través de Comisión de Apoyo y 3. A que no hubo un acuerdo previo por escrito entre los prestadores.

El objetivo de mejorar la cobertura asistencial o el acceso a servicios y prestaciones sanitarias, haciéndolos más equitativos y justos, si bien alguno de los entrevistados refiere que se ha mejorado, solo uno de ellos mencionó algún indicador como forma de medirlo (número de consultas en emergencia, número de días camas ocupadas, número de traslados especializados) y otro recomienda una presentación (Romero y Alzamendi, s/f) donde se menciona una mejoría, pero no se muestra ningún indicador.

La población beneficiaria del servicio está claramente determinada (población menor de 15 años, que corresponde a la población pediátrica), siendo conocido su número ya que trimestralmente ambas organizaciones deben presentar los datos para ser publicados en el RUCAF.

No existe un marco de institucionalidad, tal como fue planteado por FEMI (2012). En este sentido este concepto comprende:

la organización, - entendida como el conjunto de recursos, (humanos, económicos y tecnológicos) con determinadas competencias y capacidades, agrupados de manera eficiente para el desarrollo de las funciones que aseguren el logro de los objetivos organizacionales” -, pero además “implica el conjunto de convicciones, valores, principios y reglas de juego formales e informales que regulan el funcionamiento de esa organización y su relación con los restantes actores del sistema, incluido el ente regulador y la sociedad civil en su conjunto. (p. 8).

Los mecanismos de acuerdos fueron establecidos hasta enero de 2017, momento en el cual se debería firmar el acuerdo definitivo que nunca se llevó a cabo. Por lo tanto, de aquí en adelante no hubo ningún acuerdo comercial, motivo por el cual los entrevistados lo plantean como uno de los factores principales del conflicto actual planteado entre los dos prestadores. A ello debe agregarse que tampoco hubo un estudio de viabilidad y conveniencia.

No existió un control adecuado por parte del rector del SNIS, quien tendría que haber convocado las reuniones de la comisión de seguimiento que fueron escasas al inicio e

inexistentes en los últimos años. De acuerdo a lo expresado por los entrevistados y analizando la evolución del convenio decimos que no existió un abordaje oportuno del conflicto para evitar que el mismo se prolongase en el tiempo y de esa forma haber llegado a las instancias judiciales. Si bien hubo instancias de planteo de problemas en el ámbito de la comisión de seguimiento, habiendo sido algunos de ellos resueltos, la posterior falta de convocatoria contribuyó al desenlace.

Además, nunca se: 1. Creó la comisión Técnica y Administradora, 2. Se avanzó y firmó en el contrato definitivo (a pesar de lo cual continúa funcionando el servicio), 3. Creó el vademécum, 4. Se inició una nueva cuenta corriente, 5. Se fijaron nuevos aranceles, 6. Pudo establecer el saldo y por consiguiente su cancelación.

En este sentido coincidimos en que el avance y concreción de la complementación requiere de una política de Estado que la respalde y la impulse como estrategia para lograr servicios de salud más accesibles e integrales (OPS, 2010, p.11). Nuestro país tiene un Sistema de Salud y una normativa que se orienta a dicho objetivo.

Sin embargo, desde la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud hasta nuestros días no se han definido todos aquellos aspectos sustanciales para que los prestadores de salud en nuestro país puedan lograr convenios de complementación claramente establecidos, lo que dificulta su materialización en acciones concretas (Brescia et al., 2019). Esto hace que cuando se pretende avanzar operativamente en la misma se observan posiciones diferentes y a veces encontradas que dificultan su implementación (FEMI, 2012).

La FEMI (2012) ya planteaba en el año 2012 como imprescindible que el regulador defina un marco de actuación que haga viables los proyectos de complementación mediante:

1. Definición precisa del alcance de este concepto, y lo que es más importante, del objetivo que persigue al enfatizar la necesidad de aplicar esta herramienta.
2. Elaboración de una reglamentación mínima que regule en términos generales los procesos de complementación.
3. Equidistancia del regulador respecto a las partes que intervienen en el acuerdo con reglas de juego homogéneas y unificadas.

En el mismo sentido, en el año 2019, en el informe del Ministerio de Salud Pública, se establece que para continuar con el avance en la construcción del sistema es necesario: estudio y establecimiento de precios y aranceles, el adecuado balance entre los recursos físicos y la población a atender y la compensación entre prestadores (Brescia et al., 2019).

Existen claras diferencias en varios aspectos entre el mayor prestador integral público (ASSE) y los prestadores integrales privados, que FEMI (2012) los ha remarcado y que dificultan el avance en la complementación:

- Formas jurídicas y ámbito del derecho en que quedan inscritas. En este punto agregamos lo planteado por la OPS (2010) que reafirma lo expresado previamente y considera que para que en este caso las Redes Integradas de Servicios de Salud sean viables es necesario un marco jurídico coherente y acorde con el desarrollo de las redes.
- Los procesos de toma de decisiones y el nivel de centralización / descentralización.
- El modelo de financiamiento de la cobertura de los afiliados entre ambos tipos de organizaciones.

- Las condiciones de trabajo y el mercado laboral de las empresas de uno y otro sector y la existencia de múltiples actores representantes de los intereses de los trabajadores y los empleadores.
- La política de recursos humanos del sector salud considerado globalmente.

La misma organización plantea requisitos mínimos sin los cuales no es posible avanzar en la complementación:

- Evaluación ex ante de la viabilidad de los proyectos.
- Formalización y documentación de los acuerdos.
- Definición clara de roles y responsabilidades asistenciales, financiera y jurídica de cada parte.
- Definición de la forma de gobierno y gestión de los proyectos con vistas a asegurar la gobernanza y la gobernabilidad de los acuerdos al menos en el mediano plazo.
- Determinación de una forma de financiamiento equitativo para cada parte, del emprendimiento que de sustentabilidad económica al mismo.
- Diseño de incentivos que estimulen el desarrollo de los emprendimientos.

Experiencias internacionales han demostrado que toda la problemática que hemos venido planteando de acuerdo a la literatura analizada en relación a la implementación de la complementación se caracteriza por: 1) ser procesos de integración difíciles, complejos y de muy largo plazo; b) los procesos de integración exigen cambios sistémicos amplios y no basta con intervenciones puntuales; c) los procesos de integración requieren del compromiso del personal de salud, los gestores de los servicios y los decisores de política y d) la integración de los servicios no significa que todo tiene que estar integrado en una modalidad única; hay

múltiples formas y niveles de integración que pueden coexistir en un mismo sistema (OPS, 2010, p.11.).

Un aspecto muy importante que consideramos destacar desde el punto de vista jurídico es el del término “permanente” establecido en el Decreto 81/2012 sobre la complementación. En este sentido se entiende que en la complementación existe un acuerdo entre partes y que el mismo puede caducar si se verifican determinadas causales previstas en el contrato donde se establecen las condiciones del acuerdo. Por lo tanto, la permanencia quedaría sujeta al cumplimiento de estas (FEMI, 2012).

Destacamos que, en el contrato analizado, a pesar del plazo de vigencia cuya fecha de finalización se estableció para el 30 de abril de 2017 y no haberse suscrito otro de carácter definitivo, el mismo continúa funcionando de hecho a pesar del reclamo efectuado por COMEF a ASSE sobre una deuda de \$ 50.000.000.

Coincidimos plenamente con Parada (2019) en que para desarrollar un modelo de complementación de servicio único hay que tener en cuenta las perspectivas asistenciales, económico-financiera y cultural de los usuarios y trabajadores, a la vez que jurídica, de políticas institucionales, de identidad, y una perspectiva vinculada al rol del MSP y la JUNASA.

Como consideraciones finales decimos que:

1. no existen dudas sobre las ventajas de los convenios de complementación de servicios de salud entre 2 o más prestadores.

2. para ello se requiere el cumplimiento de cada uno de los puntos que hemos propuesto en la definición de complementación.
3. la situación actual del servicio único de pediatría de la ciudad de Florida es consecuencia de una multiplicidad de omisiones de las pautas establecidas en la definición.

2.3 CONCLUSIONES

Sobre la base de la definición de complementación entre prestadores de servicios de salud que hemos propuesto - la que consideramos incluye todos aquellos aspectos medulares para su concreción en forma eficaz, eficiente, segura y de calidad - concluimos luego de realizar el análisis exhaustivo del convenio de complementación del servicio único de pediatría de la ciudad de Florida y las entrevistas efectuadas a actores representativos de las organizaciones intervinientes en su creación, que hubieron una serie de aspectos que no fueron tenidos en cuenta al momento de su firma y otros que si bien estaban explicitados nunca se concretaron:

1. el convenio no surgió de un acuerdo voluntario entre las partes,
2. su instalación fue parcial ya que servicios acordados nunca fueron instalados,
3. hubo una resistencia de los usuarios de ambas organizaciones a compartirlo,
4. los funcionarios de ambas organizaciones no reconocieron autoridades pertenecientes del prestador con el cual se convino,
5. no existió un acuerdo comercial, así como tampoco un estudio de viabilidad y conveniencia,
6. no existió un control adecuado por parte del MSP.

Por todo ello no sólo no se ha consolidado el servicio único de pediatría de la ciudad de Florida, que actualmente funciona de hecho dado que los plazos de la firma del convenio definitivo han vencido largamente, sino que en este momento se encuentran dirimiendo las diferencias en el ámbito judicial.

3.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, P., Pinto, D., Astorga, I. y Freddi, J. (2014). *Serie de notas técnicas sobre asociaciones público – privadas en el sector de la salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://publications.iadb.org/es/publicacion/13825/conceptos-generales-y-modelos-serie-de-notas-tecnicas-sobre-asociaciones-publico>.

Alonso, P., Pinto, D., Astorga, I. y Freddi, J. (2015). *Requerimientos generales y específicos para los contratos de asociaciones público – privadas en salud. Nota 2 de la serie notas técnicas sobre asociaciones público – privadas en el sector salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Recuperado de <https://publications.iadb.org/es/publicacion/13879/requerimientos-generales-y-especificos-para-los-contratos-de-asociaciones-publico>

Artaza Barrios, O., Méndez, C., Holder Morrison, R. y Suárez Jiménez, J. (2011). *Redes Integradas de Servicios de Salud: el desafío de los hospitales*. OPS. Recuperado de https://www.paho.org/chi/dmdocuments/Redes_Integrales_de_servicios.pdf

ASSE. (2017). ASSE mantiene vigentes más de 350 convenios de complementación con prestadores privados. Recuperado de <https://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-mantiene-vigentes-mas-de-350-convenios-de-complementacion-con-prestadores-privados-9585>

Astorga, I., Alonso, P., Pinto, D., Freddi, J. y Corredera, M. (2017). *¿Cómo articular las APP dentro de un programa de inversiones en salud en América Latina y el Caribe?* Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://publications.iadb.org/es/como-articular-las-app-dentro-de-un-programa-de-inversiones-en-salud-en-america-latina-y-el-caribe>

Banco Interamericano de Desarrollo. (2017^a). *Curso: Asociaciones Público – Privadas en Salud. Módulo 4. Estructuración financiera y Gestión de la transacción en una APP de Salud. Unidad 1. Estructuración financiera de una APP de salud.* Recuperado de <https://publications.iadb.org/es/curso-asociaciones-publico-privadas-en-salud-modulo-4-estructuracion-financiera-y-gestion-de-la>

Banco Interamericano de Desarrollo. (2017^b). *Curso: Asociaciones Público – Privadas en Salud. Módulo 5. Gobernanza de una APP de Salud y Gestión de riesgos retenidos por el Estado. Unidad 1. Gobernanza de una APP de salud.* Recuperado de <https://publications.iadb.org/es/curso-asociaciones-publico-privadas-en-salud-modulo-5-gobernanza-de-una-app-de-salud-y-gestion-de>

Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo / Banco Mundial / Banco Asiático de Desarrollo / Banco Interamericano de Desarrollo. (2014). *Asociaciones Público – Privadas. Guía de Referencia. Versión 2.0.* Recuperado de https://library.pppknowledgelab.org/documents/2537?ref_site=kl

Brescia, A., Bonapelch, S., Moresino, S. (2019). *Oportunidades y desafíos del trabajo en redes y la complementación para superar la fragmentación. Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud.* Ministerio de Salud. Organización Panamericana de Salud.

Recuperado de

<https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Avances%20en%20la%20consolidacion%20del%20SNIS%20baja.pdf>

Briano, I. (26 de octubre de 2016). *Justicia ordena a mutualista restablecer servicio de pediatría en 24 horas.* El Observador.

Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/justicia-ordena-a-mutualista-restablecer-servicio-de-pediatria-en-24-horas-201610269440>

Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico. (2019). *Complementación Público Privada en Salud.*

Recuperado de http://cadime.com.ar/wp-content/uploads/2019/05/Revista_19_Nota_14.pdf

Cipriani, L. (22 de julio de 2020). Cipriani sobre pediatría única: “el convenio no se cumple”. *FloridAdiario*. Recuperado de <https://floridadiario.com.uy/2020/07/22/cipriani-sobre-pediatria-unica-el-convenio-no-se-cumple/>

Delgado, L. (14 de octubre de 2016). Conflicto de pediatras de mutualista de Florida sigue sin resolverse. *La Diaria*. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/articulo/2016/10/conflicto-de-pediatras-de-mutualista-de-florida-sigue-sin-resolverse/#!>

González, J. P. (4 de agosto de 2021). *Fue adelanto, COMEF inició demanda millonaria a ASSE por puerta única de emergencia. TV Florida*. Recuperado de <https://www.floridanoticias.com.uy/post/fue-adelanto-comef-inicio-demanda-millonaria-a-asse-por-puerta-única-de-emergencia>

González, J. P. (28 de agosto de 2021). No hemos recibido comunicaciones oficiales sobre el futuro del servicio. *El Herald*o.

FEMI. (octubre de 2012). *Complementación de Servicios y Prestaciones de Salud. Elementos conceptuales para una definición de su alcance y aplicación en el contexto del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de <https://femi.com.uy>.

Ley 18211 de 2007. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. 5 de diciembre de 2012.
D.O. No. 27384.

Ley 18786 de 2011. Participación público-privada. 19 de julio de 2011. D.O. No. 28290.

Lustemberg, C. (9 de noviembre de 2016). *Se solucionó el conflicto de pediatras en mutualista de Florida*. Canal 10. Recuperado de <https://www.subrayado.com.uy/se-soluciono-el-conflicto-pediatras-mutualista-florida-n61483>

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Salud en las Américas 2007*, Editorial OPS.
Recuperado de https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&alias=22-salud-americas-2007-volumen-i-2&category_slug=ediciones-previas-publicacion-40&Itemid=231&lang=en

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hojas de ruta para su implementación en las Américas. Serie La renovación de la APS en las Américas*, Editorial OPS.

Recuperado de <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/RISS%202010-Doc%20Posicion%20revisado%20pos%20CD.pdf>

Parada, D. (2 de agosto de 2019). *Complementación en el Sistema Nacional de Salud*. La Diaria. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/opinion/articulo/2019/8/complementacion-en-el-sistema-nacional-de-salud/>

Romero, M. y Alzamendi, A. (s/f). *La atención pediátrica en Florida. Lecciones aprendidas y perspectivas* [Archivo PDF].

Recuperado de https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/La%20atenci%C3%B3n%20pedi%C3%A1trica%20en%20Florida.%20Romero%20-%20Alzamendi_0.pdf

Santamaría, C., Astorga Jorquera, I., Ma, C., Márquez, M. y Suárez Alemán, A. (2019). *¿Qué riesgos sociales retiene el Estado en proyectos de Asociaciones Público – Privadas de salud y cómo gestionarlos?* Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://publications.iadb.org/es/que-riesgos-sociales-retiene-el-estado-en-proyectos-de-asociaciones-publico-privadas-de-salud-y>

Satinsky, M. A. (1998). *The foundations of integrated care: facing the challenges of change*. American Hospital Publishing.

Sindicato Médico del Uruguay. (14 de noviembre de 2016). Defensa de la mala calidad de atención por parte de COMEF/FEMI provoca la renuncia de 21 pediatras. Recuperado de <http://www.sermedico.com.uy/noticias/salud/defensa-de-la-mala-calidad-de-atencion-por-parte-de-comef-femi-provoca-la-renuncia-de-21-pediatras>

Sindicato Médico del Uruguay. (3 de julio de 2020). *Pediatras de Florida reclaman que no se han cumplido acuerdos de complementación.* Recuperado de <https://www.smu.org.uy/pediatras-de-florida-reclaman-que-no-se-han-cumplido-acuerdos-de-complementacion/>

Shortell, S. M., Anderson, D. A., Gillies, R. R., Mitchell, J. B. y Morgan K. L. (1993). Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare Forum Journal*, 36(2):20-26. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10124166/>

Tarigo, H. (22 de julio de 2020). Pediatría única “al límite” con deuda de \$ 40 millones. *FloridAdiario*. Recuperado de <https://floridadiario.com.uy/2020/07/22/pediatria-unica-al-limite-con-deuda-de-40-millones/>

Turolla, F., Apablaza, P., Márquez, M., Hernández, P., Astorga, I. y Vieitez, D. (2019). *¿Cómo se están estructurando financieramente las Asociaciones Público-Privadas en Salud en América Latina?*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Recuperado de <https://publications.iadb.org/es/como-se-estan-estructurando-financieramente-las-asociaciones-publico-privadas-en-salud-en-america>

Uruguay Presidencia. (20 de agosto de 2021). *Áreas de pediatría y maternidad del hospital de Florida serán remodeladas.* Recuperado de <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/areas-pediatria-maternidad-del-hospital-florida-seran-remodeladas>

APÉNDICE A

Tabla 1

Matriz de comparación de las distintas definiciones de complementación

Cuadro Comparativo		Artículo 34 del decreto 81/2012	MSP	FEMI	OPS	Banco Interamericano de Desarrollo
Artículo 34 del decreto 81/2012	Semejanzas		<ul style="list-style-type: none"> • Ambas mencionan instalar y/o coordinar servicios y acciones de salud a partir de RRHH y /o materiales, pertenecientes a las instituciones que acuerden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambas especifican la complementación de servicios entre dos o más instituciones prestadoras de salud destinadas a la población residente en una localidad o región. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambas especifican la complementación de servicios de salud destinadas a una población definida. 	Sin semejanzas
	Diferencias		<ul style="list-style-type: none"> • El Art. 34 del Decreto 81/2012 menciona que la complementación es de carácter permanente; el MSP menciona que es eventual o permanente. • El Art. 34 del Decreto 81/2012 define que la complementación está destinada a la población usuaria de las instituciones o al conjunto de habitantes de la localidad; el MSP no lo menciona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 34 menciona instalar y/o coordinar servicios y acciones de salud a partir de RRHH y /o materiales pertenecientes a las instituciones que acuerden; FEMI lo define como el conjunto formal de relaciones colaborativas sin especificar tipo de recursos. • Art. 34 menciona que la complementación es de carácter permanente; FEMI no especifica tiempo de duración. • FEMI define a la complementación como el conjunto formal de relaciones colaborativas de carácter voluntario; el Art. 34 no lo especifica como formal ni voluntario. • FEMI define como objetivo de complementación mejorar la cobertura de salud o el acceso a servicios y prestaciones sanitarias; el Art. 34 no define como objetivo el mejoramiento en la cobertura de salud. • FEMI menciona la creación de una nueva institucionalidad en que cada interviniente mantiene la responsabilidad por la atención de sus asegurados; el Art. 34 no hace referencia a esto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 34 menciona instalar y/o coordinar servicios y acciones de salud a partir de RRHH y /o materiales, pertenecientes a las instituciones que acuerden; OPS no especifica tipo de recursos. • Art. 34 menciona que la complementación es de carácter permanente; OPS no especifica tiempo de duración. • OPS define a la complementación como una red de organizaciones que prestan servicios de salud siendo equitativos e integrales; el Art. 34 no lo define como una red de organizaciones que brindan servicios que contemplan dichas características. • OPS en su definición hace alusión a una rendición de cuentas por sus resultados clínicos y económicos; el Art. 34 no menciona instancias de evaluación medidas a través de dichos resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 34 menciona instalar y/o coordinar servicios y acciones de salud a partir de RRHH y /o materiales, pertenecientes a las instituciones que acuerden; el Banco Interamericano por su lado lo define como una asociación público-privada para brindar un activo o servicio público. • Art. 34 menciona que la complementación es de carácter permanente; el Banco Interamericano lo define como contrato a largo plazo. • Banco Interamericano menciona que la parte privada de la asociación asume un riesgo importante y la responsabilidad de la gestión; el Art. 34 en ningún momento habla sobre riesgos y responsabilidad de gestión de algunas de las instituciones. • Banco Interamericano define que la remuneración está vinculada al desempeño; el Art. 34 nunca hace referencia a la remuneración.
MSP	Semejanzas		Sin semejanzas	Sin semejanzas	Sin semejanzas	Sin semejanzas
	Diferencias		<ul style="list-style-type: none"> • MSP menciona instalar y/o coordinar servicios y acciones de salud a partir de RRHH y /o materiales pertenecientes a las instituciones que acuerden; FEMI lo define como el conjunto formal de relaciones colaborativas sin especificar tipo de recursos. • MSP menciona que la complementación es de carácter eventual o permanente; FEMI no especifica tiempo de duración. • FEMI define que la complementación está destinada a la población residente en una localidad o región; el MSP no lo menciona. • FEMI define a la complementación como el conjunto formal de relaciones colaborativas de carácter voluntario; el MSP no lo especifica como formal ni voluntario. • FEMI define como objetivo de complementación mejorar la cobertura de salud o el acceso a servicios y prestaciones sanitarias; MSP no define como objetivo el mejoramiento en la cobertura de salud. • FEMI menciona la creación de una nueva institucionalidad en que cada interviniente mantiene la responsabilidad por la atención de sus asegurados; MSP no hace referencia a esto. 	<ul style="list-style-type: none"> • MSP menciona instalar y/o coordinar servicios y acciones de salud a partir de RRHH y /o materiales, pertenecientes a las instituciones que acuerden; OPS no especifica tipo de recursos. • MSP menciona que la complementación es de carácter eventual o permanente; OPS no especifica tiempo de duración. • OPS define a la complementación como una red de organizaciones que brindan servicios que contemplan dichas características. • OPS en su definición hace alusión a una rendición de cuentas por sus resultados clínicos y económicos; MSP no menciona instancias de evaluación medidas a través de dichos resultados. • OPS especifica la complementación de servicios de salud destinadas a una población definida; MSP no lo menciona en su concepto. 	<ul style="list-style-type: none"> • MSP menciona instalar y/o coordinar servicios y acciones de salud a partir de RRHH y /o materiales, pertenecientes a las instituciones que acuerden; el Banco Interamericano por su lado lo define como una asociación público-privada para brindar un activo o servicio público. • MSP menciona que la complementación es de carácter eventual o permanente; el Banco Interamericano lo define como contrato a largo plazo. • Banco Interamericano menciona que la parte privada de la asociación asume un riesgo importante y la responsabilidad de la gestión; MSP en ningún momento habla sobre riesgos y responsabilidad de gestión de algunas de las instituciones. • Banco Interamericano define que la remuneración está vinculada al desempeño; MSP nunca hace referencia a la remuneración. 	
FEMI	Semejanzas				<ul style="list-style-type: none"> • Ambas especifican la complementación de servicios entre dos o más instituciones prestadoras de salud destinadas a la población residente en una localidad o región, sin especificar tipo de recursos ni tiempo de duración de la complementación. 	Sin semejanzas
	Diferencias			<ul style="list-style-type: none"> • FEMI define a la complementación como el conjunto formal de relaciones colaborativas de carácter voluntario entre dos o más instituciones aseguradoras prestadoras de salud; la OPS define a la complementación como una red de organizaciones que prestan servicios de salud siendo equitativos e integrales sin especificar el carácter formal o voluntario. • FEMI define como objetivo de complementación mejorar la cobertura de salud o el acceso a servicios y prestaciones sanitarias; la OPS no define como objetivo el mejoramiento en la cobertura de salud. • FEMI menciona la creación de una nueva institucionalidad en que cada interviniente mantiene la responsabilidad por la atención de sus asegurados; la OPS no hace referencia a esto. • OPS en su definición hace alusión a una rendición de cuentas por sus resultados clínicos y económicos; FEMI no menciona instancias de evaluación medidas a través de dichos resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> • FEMI define la complementación como el conjunto formal de relaciones colaborativas de carácter voluntario entre dos o más instituciones aseguradoras prestadoras de salud; el Banco Interamericano, por su lado, lo define como una asociación público-privada para brindar un activo o servicio público. • FEMI define como objetivo de complementación mejorar la cobertura de salud o el acceso a servicios y prestaciones sanitarias; el Banco Interamericano no define como objetivo el mejoramiento en la cobertura de salud. • FEMI define que la complementación está destinada a la población residente en una localidad o región; el Banco Interamericano no lo menciona. • FEMI menciona la creación de una nueva institucionalidad en que cada interviniente mantiene la responsabilidad por la atención de sus asegurados; el Banco Interamericano menciona que la parte privada es quien asume un riesgo importante y la responsabilidad de la gestión. • Banco Interamericano define la complementación como un contrato a largo plazo; FEMI no especifica tiempo de duración. • Banco Interamericano define que la remuneración está vinculada al desempeño; FEMI nunca hace referencia a la remuneración. 	
OPS	Semejanzas					Sin semejanzas
	Diferencias				<ul style="list-style-type: none"> • OPS define a la complementación como una red de organizaciones que prestan servicios de salud siendo equitativos e integrales; el Banco Interamericano, por su lado, lo define como una asociación público-privada para brindar un activo o servicio público. • OPS especifica la complementación de servicios de salud destinadas a una población definida; el Banco Interamericano no lo menciona en su concepto. • OPS en su definición hace alusión a una rendición de cuentas por sus resultados clínicos y económicos; el Banco Interamericano menciona que la remuneración está vinculada al desempeño. • Banco Interamericano define la complementación como un contrato a largo plazo; OPS no especifica tiempo de duración. • Banco Interamericano menciona que la parte privada de la asociación asume un riesgo importante y la responsabilidad de la gestión; la OPS en ningún momento habla sobre riesgos y responsabilidad de gestión de algunas de las instituciones. 	

APÉNDICE B

Tabla 2

Evolución histórica de la población del departamento de Florida y su crecimiento de acuerdo con los censos nacionales

Censos	Número de habitantes	Crecimiento
1860	12.170	
1908	45.406	373%
1963	63.987	40,90%
1975	67.129	4,90%
1985	66.474	-1%
1996	66.503	0,04%
2004	68.181	2,50%
2011	67.048	-1,70%

Nota: Datos obtenidos del INE.

APÉNDICE C

Tabla 3

Distribución de afiliados pediátricos de ASSE en FONASA y NO FONASA en el departamento de Florida

Fecha	Afiliados pediátricos FONASA	Afiliados pediátricos NO FONASA	Total afiliados pediátricos	Total de afiliados
6-Dic	1614	5066	6680	31676
9-Dic	1669	5096	6765	31722
12-Dic	1798	5285	7083	33240
Mar-13	1846	5265	7111	32516
Jun-13	1773	5177	6950	32663
set-13	1812	5117	6929	32862
Dic-13	1848	5097	6945	33145
Mar-14	1773	5059	6832	32776
Jun-14	1791	5078	6869	32890
set-14	1852	5008	6860	33275
Dic-14	2128	4695	6823	33348
Mar-15	1819	4966	6785	33055
Jun-15	1864	4996	6860	33407
set-15	1864	4918	6782	33104
Dic-15	1871	5013	6884	34515
Mar-16	1828	4927	6755	33431
Jun-16	1797	4932	6729	33491
set-16	1922	4822	6744	33170
Dic-16	1021	4543	6474	33281
Mar-17	1992	4798	6727	33360
Jun-17	1927	4848	6775	33665
set-17	1932	4842	6774	34227
Dic-17	1920	4843	6763	34469
Mar-18	1910	4897	6807	34890
Jun-18	1918	4981	6899	35416
set-18	1924	4982	6906	35656
Dic-18	1915	4985	6900	35838
Mar-19	1906	4999	6905	36055
Jun-19	1910	4933	6843	36175
set-19	1894	4920	6814	35718
Dic-19	1895	4874	6769	35668
Mar-20	1832	4857	6689	35344
Jun-20	1818	4923	6741	36530
set-20	1797	4948	6745	36652
Dic-20	1765	4969	6734	36850
Mar-21	1779	4939	6718	37042
Jun-21	1981	4762	6743	37243

Nota: Datos obtenidos del RUCAF.

APÉNDICE D

Tabla 4

Distribución de afiliados pediátricos de COMEF en FONASA y NO FONASA en el departamento de Florida

Fecha	Afiliados pediátricos FONASA	Afiliados pediátricos NO FONASA	Total afiliados pediátricos	Total de afiliados
6-Dic				30878
9-Dic				30887
12-Dic				31037
Mar-13				31450
Jun-13	6684	131	6815	31588
set-13	6701	138	6839	31688
Dic-13	6663	128	6791	31653
Mar-14	6748	123	6871	32116
Jun-14	6715	121	6836	32123
set-14	6707	123	6830	32201
Dic-14	6717	119	6836	32177
Mar-15	6717	120	6837	32421
Jun-15	6655	121	6776	32292
set-15	6612	128	6740	32271
Dic-15	6573	130	6703	32140
Mar-16	6571	124	6695	32144
Jun-16	6507	117	6624	31947
set-16	6492	107	6599	32053
Dic-16	6427	98	6525	31872
Mar-17	6297	97	6394	31718
Jun-17	6250	99	6349	31710
set-17	6174	107	6281	31534
Dic-17	6087	106	6193	31380
Mar-18	5993	108	6101	31163
Jun-18	5921	104	6025	31018
set-18	5837	99	5936	30900
Dic-18	5778	97	5875	30170
Mar-19	5729	91	5820	30574
Jun-19	5673	95	5768	30410
set-19	5672	94	5766	30355
Dic-19	5549	85	5634	30262
Mar-20	5512	83	5595	30254
Jun-20	5456	89	5545	30206
set-20	5423	90	5513	30133
Dic-20	5358	80	5438	30155
Mar-21	5336	72	5408	30324
Jun-21	5332	80	5412	30359

Nota: Datos obtenidos del RUCAF.

APÉNDICE E

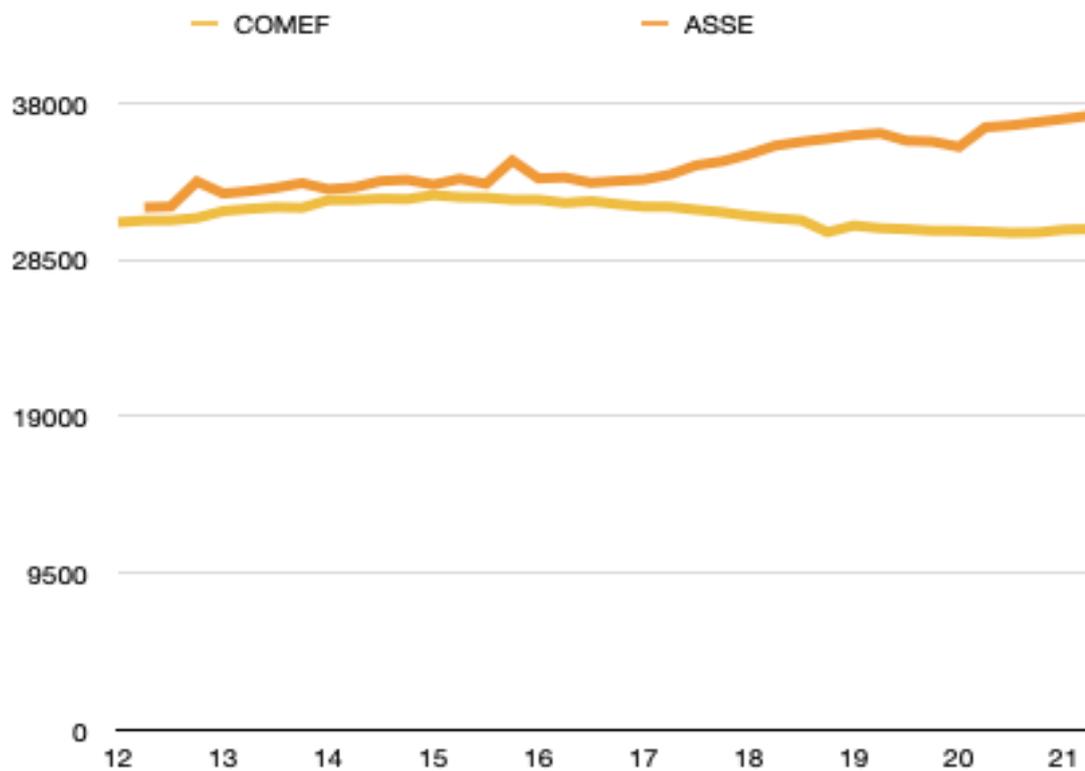


Figura 3. Evolución de las afiliaciones totales de ASSE y COMEF en el período 2012 – 2021. Datos obtenidos del RUCAF.

APÉNDICE F

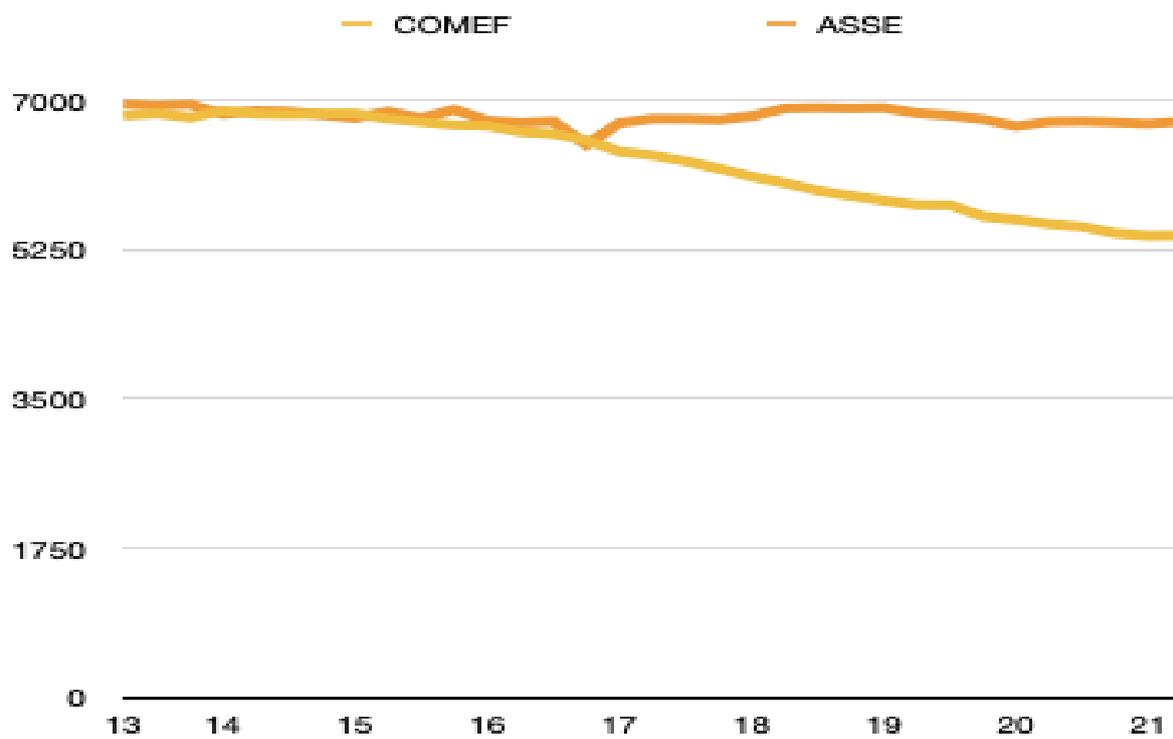


Figura 4. Evolución de las afiliaciones pediátricas de ASSE y COMEF en el período 2012 – 2021. Datos obtenidos del RUCAF.

APÉNDICE G

Tabla 5

Respuestas de los diferentes representantes entrevistados

Preguntas	Vicepresidente de COMEF	Directora del Hospital de Florida - ASSE (actualmente). Fue integrante de la comisión del Sindicato Médico de Florida (durante la complementación).	Integrante de Comisión de Negociación del SMU (actualmente). Fue representante del Sindicato Médico (durante la negociación).
¿Hubo algún estudio previo sobre la creación del servicio único de pediatría?	No	No	No
¿Por qué no se convino el servicio de maternidad?	No se realizó el servicio de maternidad única porque esto estaba sujeto a lo que decía un convenio previo en el cual se menciona que Florida contará con una maternidad única proponiendo se desarrolle en la planta física de ASSE, sujeto a que la misma presente en un plazo de 30 días a partir de la firma del acuerdo de complementación un plan de desarrollo de infraestructura que asegure niveles óptimos de eficiencia y calidad de atención. La definición de este punto estará en la órbita del MSP previo informe del ámbito definido en la cláusula 3, es decir, nunca se llevó a cabo la maternidad única porque el MSP nunca presentó en esos 30 días lo que se le había pedido.	Las instituciones no querían llevarlo adelante, además los usuarios de COMEF no se iban a sentir identificados compartiendo otro servicio con los usuarios de ASSE.	No hubo un acuerdo entre las partes, inicialmente hubo una decisión del MSP de que la maternidad única estuviera en ASSE, sin embargo COMEF ya tenía una también, por lo que nunca hubo un acuerdo entre las dos partes de dónde se iba a hacer la maternidad.
¿Cómo se asignaron las horas de policlínica de los cargos FAD y CAD?	COMEF no participó en ello, de ese acuerdo, y ya vino elaborado desde un acuerdo entre ASSE y el SMU.	En realidad ASSE lo que tiene son los cargos FAD y dentro de esa carga horaria existe un horario que está destinado al primer nivel de atención, es decir, atención en policlínica.	Había libertad de acuerdo para que se asignaran esas horas de forma racional.
¿Cómo se convino el primer nivel de atención?	Si bien hubieron algunas discusiones en la comisión de seguimiento nunca se llegó a un acuerdo, entre las diferencias, por ejemplo, COMEF veía inconveniente desde el punto de vista político porque el convenio se iba a realizar únicamente en el interior del departamento, no así en la ciudad de Florida, entonces COMEF consideraba que al ser un servicio único las prestaciones iban a ser iguales, por lo que COMEF no tenía forma de competir con ASSE, en el sentido de que los usuarios iban a migrar a ASSE, ya que, como no pagan ningún copago y la asistencia es la misma, perdería afiliados.	No se convino.	Había quedado para una segunda etapa que nunca se realizó, hubieron propuestas en la comisión de seguimiento pero el MSP no citó más a la comisión, de hecho en la administración presente nunca se convocó a la comisión; considera personalmente que hubieron obstáculos económicos.
¿Por qué no se suscribió el contrato definitivo en la fecha de vencimiento del presente (31/4/2017)?	Hubieron discusiones entre los participantes del convenio, pero no hubo un acuerdo sobre todo en lo que fueron los estudios de costos y los precios de intercambio que propuso COMEF, o sea, ni ASSE ni el MSP estuvieron de acuerdo con ello; COMEF proponía hacer la suma de todo aquello que daba COMEF más todo lo que otorgaba ASSE, dividirlo entre el número de niños, saliendo un costo por niño y luego cada vez que un niño hacía uso del servicio se le iba acreditando a cada una de las instituciones. Finalizado el convenio cada prestador tenía una cuenta corriente y había que saldarla, por lo que ASSE no estuvo de acuerdo plantenado la compensación del servicio, es decir, si ASSE tenía que pagarle a COMEF proponía pagarle con otros servicios que no fueran de pediatría, por ejemplo, laboratorio, imagenología u otro, COMEF no estuvo de acuerdo con esa propuesta.	Porque no se realizó ningún tipo de seguimiento y no se avanzó en la complementación definitiva, es decir, en el contrato definitivo.	Seguramente no se suscribió el contrato porque no hubieron acuerdos económicos.

Preguntas	Vicepresidente de COMEF	Directora del Hospital de florida -ASSE (actualmente). Fue integrante de la comisión del Sindicato Médico de Florida (durante la complementación).	Integrante de Comisión de Negociación del SMU (actualmente). Fue representante del Sindicato Médico (durante la negociación).
¿Por qué se eligió a COMEF para centralizar el servicio?	(Opinión personal): ASSE no podía organizar el servicio en tan corto tiempo; inicialmente ASSE planteó hacerlo, incluso se había firmado un preacuerdo, pero fue la JUNASA que resolvió que se hiciera en COMEF.	Porque COMEF estaba mejor preparado.	Porque probablemente COMEF tenía una infraestructura que superaba en calidad a la de ASSE.
¿Se logró cubrir las horas asignadas al personal médico y no médico?	No se logró cubrir porque hubo un error del cálculo de las horas, que fueron horas para la cobertura de pediatría, y eso vino ya desde ASSE, fue calculado mal, de todas maneras después de eso hubo que contratar gente para cubrir esas horas y el inicio del conflicto era justamente por un tema de los traslados y los pediatras planteaban de que querían tener un pediatra solo para traslados y que el pediatra de la puerta no tuviese que hacer los traslados, en definitiva, lo que más a costado es justamente cubrir el pediatra que hace traslados, si bien, no se ha dejado de hacer ningún traslado, prácticamente se volvió al mismo régimen, por lo que no se logró cubrir lo que los pediatras estaban reclamando.	El personal no médico no hubo dificultades y con respecto al personal médico (pediatras) ASSE era la encargada de cubrir todas las horas de pediatría, pero como no contaba con médicos suficientes les ofreció a los médicos de COMEF cubrir esas guardias de traslado que no se podían cubrir, pero los médicos pediatras de COMEF al ser cargos CAD está implícito que en esos cargos no hacen traslados por lo cual no aceptaron la propuesta, entonces se fueron cubriendo mediante la contratación de pediatras a través de comisión de apoyo.	Debería de haberse acordado a texto expreso la distribución que no se hizo, habiéndose realizado una grilla, viéndolo como una debilidad.
¿Cómo se distribuyeron las horas de pediatría?	De forma aproximada COMEF cubre un 30% y ASSE un 70%.	ASSE cubrió a un porcentaje muy importante de esas horas y el resto COMEF.	No lo conoce. Aclara que se tendría que realizar después de firmado el convenio y que las partes tendrían que sentarse a conversar.
Cuando se dice que se mantendrán hasta enero de 2017 los aranceles de los convenios existentes, ¿a qué se refiere? ¿ventas de servicios, otros convenios?	Hasta ese momento habían varios convenios, había un convenio del primer nivel, del segundo nivel y CTI siendo locales, eran a nivel de Florida, utilizando el arancel de FEMI, el convenio era muy variable, por ejemplo, para el primer nivel sobre todo lo que se utilizaba era el intercambio de servicios, por ejemplo en el interior COMEF no tenía odontólogo, entonces ASSE cubría odontología y, a su vez, ASSE no tenía urgencias y emergencias los fines de semana, por lo que lo cubría COMEF, era un intercambio de servicios; en cambio para el segundo nivel, los convenios que habían eran de venta de servicios	Si existían convenios previos, eran fundamentalmente convenios de intercambio de servicios y otros que eran de ventas de servicios.	El SMU no tuvo influencia y que eso corresponde al vínculo comercial entre ASSE y COMEF; el SMU no intervino ni participó.
¿Se fijaron nuevos aranceles?	Nunca se fijaron porque nunca se llegó a un acuerdo.	No se fijaron nunca nuevos aranceles.	No lo sabe.

Preguntas	Vicepresidente de COMEF	Directora del Hospital de florida -ASSE (actualmente). Fue integrante de la comisión del Sindicato Médico de Florida (durante la complementación).	Integrante de Comisión de Negociación del SMU (actualmente). Fue representante del Sindicato Médico (durante la negociación).
¿Se estableció que la comisión de seguimiento del convenio debería validar el número de servicios registrados por cada una de las partes?	No hubo una validación, nunca se convino que la comisión debía validarlo.	Desconoce esa información.	No lo recuerda.
¿Se inició una nueva cuenta corriente para el convenio o para cada una de las líneas del convenio?	No	Desconoce esa información.	No lo sabe.
¿Se creó la comisión Técnica y Administradora?	No, nunca se creó.	No se creó.	No lo recuerda.
¿Cómo se integró?	Al no crearse nunca no hubo ninguna integración; la comisión de seguimiento era la que se encargaba de todo, es decir, también cumplía una función técnica.	Al no crearse nunca hubo ninguna integración.	No lo sabe.
¿Es la misma desde el inicio o fue cambiando?	La nueva comisión nunca se creó porque nunca comenzó el nuevo convenio, si bien sigue funcionando, nunca hubo una nueva comisión de seguimiento que tenía que formarse en ese momento.	La nueva Comisión nunca se creó.	No lo sabe.

Preguntas	Vicepresidente de COMEF	Directora del Hospital de florida - ASSE (actualmente). Fue integrante de la comisión del Sindicato Médico de Florida (durante la complementación).	Integrante de Comisión de Negociación del SMU (actualmente). Fue representante del Sindicato Médico (durante la negociación).
¿Con qué frecuencia se realizan las reuniones de la comisión?	Inicialmente cuando comenzó el convenio prácticamente se realizaban hasta 2 reuniones semanales, posteriormente se fueron haciendo mensuales y actualmente esporádicas.	La Comisión administradora y técnica nunca existió; en relación a la Comisión de seguimiento las reuniones fueron durante los primeros meses de la creación del servicio único y después prácticamente no existieron.	Desconoce.
¿Se plantearon discrepancias o problemas en la Comisión?	Si se plantearon discrepancias.	Desconoce esa información.	La comisión de seguimiento funcionó en los primeros meses hasta que se agudizó el problema de la situación comercial y las partes decidieron que hasta que no se resolviera ese punto no tenía sentido continuar con las reuniones.
¿Se han resuelto situaciones problemáticas?	En muchos casos se lograron algunos acuerdos para que siga funcionando el convenio.		Si. Muchas se resolvieron sin necesidad de firmar algún acuerdo.
¿La Comisión de complementación avanzó en el convenio definitivo? En caso de respuesta afirmativa: ¿En qué aspectos se ha avanzado? En caso de respuesta negativa: ¿Por qué?	En algunos aspectos, pero fundamentalmente para permitir el funcionamiento del servicio, pero al acuerdo definitivo nunca llegó por el tema costos, dado que nunca hubo un acuerdo con eso.	No se avanzó en ningún sentido, desconoce el motivo por el cual no se avanzó.	No avanzó por las discrepancias comerciales entre las empresas.
¿Los aspectos vinculados con la asistencia y aspectos administrativos se han cumplido?	Los administrativos se han cumplido sin ningún problema y dentro de los asistenciales existen problemas en la cobertura médica, habiendo dificultades para cubrir las guardias sanatoriales, de emergencia y de traslado, pero en definitiva el servicio siempre se termina cubriendo de forma que se traslada uno a otra actividad.	Con respecto a los aspectos administrativos si se hicieron controles en los pacientes asistidos, número de pacientes, sin embargo, con respecto a la asistencia el mismo problema con respecto a la cobertura de pediatría fundamentalmente en traslados, éstos se fueron cubriendo con asignación de horas de Comisión de Apoyo y cuando no se pudieron cubrir se recurrió a sacar algún pediatra que estaba cumpliendo otra función para justamente cumplir con el traslado y otro pediatra que estuviera cumpliendo otra función a cubrir urgencias, un régimen igual al que había antes del conflicto.	Plantea que hubo una mejoría con respecto al inicio teniendo la misma opinión ASSE y COMEF, por lo que hay acuerdo de que hubo una mejoría de lo que es la asistencia desde lo que fue el conflicto hasta el momento posterior, agrega que el trabajo médico mejoró en comparación a la situación inicial.
¿Se creó el VADEMECUM del servicio?	No, ni siquiera se llegó a discutir ese punto.	No, nunca se creó.	Desconoce.
¿Se ha utilizado algún indicador de proceso, resultado u otro tipo?	COMEF tiene algunos, por ejemplo, el día cama ocupado, el número de traslados realizados, el número de consultas en emergencias; el indicador que utiliza COMEF es el costo por niño el cálculo sería el aporte de ASSE más el aporte de COMEF dividido el número total de niños, y luego, de acuerdo a la utilización de cada prestador se llegaba a un costo por prestador, compensando cada uno la diferencia, donde justamente no hubo acuerdo. Dentro de los motivos por los cuales ASSE no aceptó el planteo en relación al tema costos fue porque COMEF incluía servicios de mantenimiento y funcionamiento.	No conoce que se haya utilizado algún indicador.	Si (aconseja bibliografía para su búsqueda) agrega el motivo por el cual no haya otros indicadores indica el desinterés de las empresas por lo que están produciendo

Nota: Información obtenida de las entrevistas.

ANEXO A

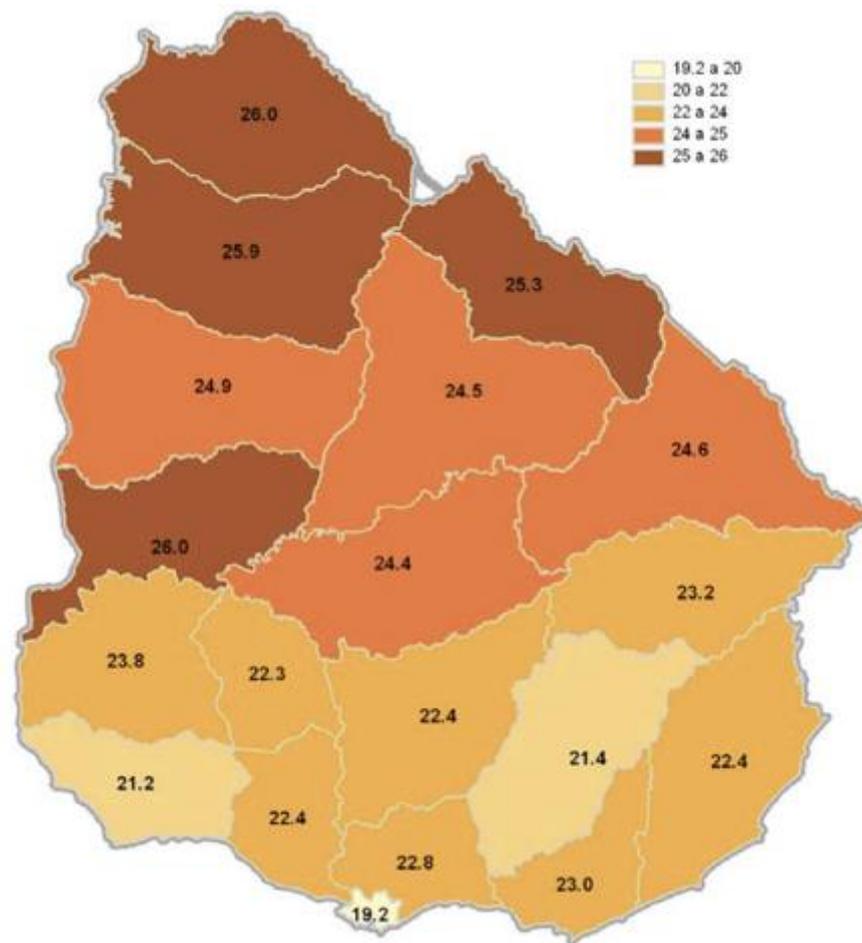


Figura 1. Porcentaje de población menor de 15 años por departamento. Reproducido de INE. (2011). Resultados del censo población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. <http://www.ine.gub.uy> > documents > analisispais.

ANEXO B



Figura 2. Distribución de los prestadores privados y públicos por localidad del departamento de Florida. Info salud Florida. (2021). Principales indicadores demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos y de producción asistencial. [https://www.gub.uy > sites > files > documentos > publicaciones](https://www.gub.uy/sites/files/documentos/publicaciones)

Convenio de Complementación ASSE - COMEF para el servicio único de pediatría en el departamento de Florida.

1. Antecedentes.

1.1. COMEF es una Institución de Asistencia Médica Colectiva constituida de conformidad con lo dispuesto por el decreto - Ley N 15.181, radicada en el departamento de Florida, registrada en el Ministerio de Salud Pública; y ASSE es el principal prestador estatal de atención integral a la salud brindada en la ciudad de Florida a través del Hospital de Florida "Dr. Raúl Amorín Cal" Unidad Ejecutora 21 y la RAP.

1.2. COMEF y ASSE, integran el Sistema Nacional Integrado de Salud como prestadores de conformidad con lo dispuesto por las Leyes No 17.930, artículo 265 y No 18.211, artículo 11.

1.3. Existe entre ASSE y COMEF-IAMPP un Convenio Marco de Complementación firmado el 13 de agosto de 2013, que permanece vigente hasta la fecha y sobre el cual se han generado convenios de complementación en 1er y 2o nivel entre ambos prestadores.

1.4. Con fecha 9 de noviembre de 2016 el MSP, ASSE, COMEF y SMU suscribieron un memorándum de entendimiento que preveía la complementación total de los servicios pediátricos en el departamento, a ser prestados entre los prestadores, según lo establecido en el Art. 4 de la Ley N° 18. 211.. En el mencionado acuerdo se definió brindar atención integral a los niños de Florida bajo el régimen de complementación incluyendo el primer nivel de atención, puerta de emergencia, maternidad, traslados especializados, internación en cuidados moderados y atención extrahospitalaria.

2. Objeto.

2.1. En cumplimiento del Memorándum mencionado en la Cláusula 1.4 las partes acuerdan la complementación de los servicios de pediatría incluyendo la atención extrahospitalaria / Emergencia Móvil, emergencia centralizada, Internación en Cuidados Moderados y Servicio de Traslados Especializados.

2.2. El servicio de Maternidad deberá estar convenido no más allá del 20 de marzo de 2017.

2.3. Las partes acordarán las zonas donde se asignarán las horas de policlínica de los nuevos CAD y FAD. El resto del primer nivel de atención deberá estar convenido no más allá del 30 de abril de 2017.

2.4. Los sucesivos acuerdos que las partes alcancen sobre complementación de servicios en otras áreas que exceden a las contempladas en las Cláusulas 2.1 y 2.2, quedaran comprendidos en el presente convenio mediante la correspondiente firma de Anexos.

3. Población beneficiaria.

3.1. La población beneficiaria de este acuerdo son todos los niños/as menores de 15 años afiliados a ASSE y COMEF, y todos aquellos que por tratarse de convenios con otras instituciones tengan derecho a la cobertura de ambas partes.

3.2. Ambas instituciones aportarán antes del 3 de marzo de 2017 los convenios de contraprestación que tengan vigentes con otros prestadores, a los efectos de instrumentar la atención de los pacientes incluidos en los mismos. Los convenios futuros deberán incorporar que la obligación de atención en el Servicio de Pediatría Único quedará sin efecto cuando dichos prestadores radiquen nuevas filiales en el departamento de Florida. De darse esa situación se procederá según lo pautado en la Cláusula 3.3.

3.3. En el caso de pacientes que no pertenezcan a ASSE ni a COMEF, ni tengan cobertura por ellas a través de convenios, ASSE y COMEF IAMPP acordarán el arancel de la atención, que será facturada a través de COMEF y distribuida entre las instituciones según procedimiento a acordar.

4. VIGENCIA

El presente convenio tendrá vigencia desde su firma hasta el 30 de abril de 2017. Vencido dicho plazo se suscribirá un nuevo convenio de carácter definitivo.

5. OBLIGACIONES DE COMEF-IAMPP. COMEF-IAMPP se obliga a cumplir con los siguientes servicios:

5.1. Atención Extra hospitalaria/ Emergencia móvil. Unidad móvil disponible las 24 horas durante todo el año, personal no médico, estudios y paraclínica de emergencia.

5.2. Urgencia centralizada. Personal no médico de puerta de emergencia las 24 horas durante todo el año, paraclínica y técnicas de diagnóstico.

5.3. Internación en cuidados moderados. 13 camas disponibles de cuidados moderados, personal no médico necesario para la atención de estas camas.

5.4. Traslados especializados. Ambulancia con chofer y enfermero las 24 horas del día los 365 días del año.

OBLIGACIONES DE ASSE. ASSE se obliga a cumplir con los siguientes servicios:

6.1. Atención extrahospitalaria / emergencia móvil. Horas semanales presenciales de pediatría, 24 horas de licenciada en enfermería durante todo el año para la recepción y clasificación de llamados para adultos y niños. En el horario de 0 a 6 la licenciada cubrirá también el triage

asistencial en la puerta de emergencia. La implementación de este último aspecto será acordada por las partes.

6.2. Urgencia centralizada. Horas semanales presenciales de pediatría.

6.3. Internación en cuidados moderados. Horas semanales de pediatría en régimen longitudinal y de guardia interna.

6.4. Traslados especializados. Horas semanales de pediatría en régimen de guardia de retén.

7. Horas médicas

Las horas médicas pediátricas las cubrirán ASSE y COMEF con independencia del lugar físico donde se brinde la atención, de acuerdo a los convenios firmados en la comisión de garantías.

8. PRECIO

8.1. Mientras se mantenga la vigencia de este convenio los valores a tener en cuenta para los servicios que se intercambian se regirán por los aranceles vigentes en los convenios preexistentes. A este valor deberá descontarse la masa salarial asociada a las horas médicas y no médicas aportadas por ASSE definidas en la Cláusula 5, incluyendo cargas sociales y las correspondientes provisiones.

8.2. Durante la primera quincena de enero las partes realizarán el listado de los mencionados aranceles.

8.3. Estos precios de referencia son exclusivamente a los efectos del presente convenio y no implican precedentes para el Convenio de Complementación definitivo.

9. FORMA DE PAGO

9.1. El intercambio de servicios se documentará a través del sistema de historia clínica electrónica y respaldo administrativo (planilla Excel) de ambas instituciones.

9.2. Una vez establecido el número de servicios por área, las partes validarán el número total de servicios registrados vencido el presente convenio.

9.3. Vencido el presente convenio se cerrará la cuenta corriente mencionada y el saldo deudor o acreedor que resulte para cada parte será incorporado en la cuenta corriente a generarse en el convenio futuro.

9.4. Si los mecanismos de cuenta corriente acordados en el convenio definitivo impiden la cancelación de los saldos del presente convenio las partes se comprometen a realizar los mayores esfuerzos para que la liquidación se incorpore a la compensación de saldos prevista en el convenio del 13 de agosto de 2013 correspondiente al segundo trimestre de 2017. En caso contrario acordarán no más allá de 15 días vencido el presente convenio la forma de cancelación.

10. COMISIÓN TÉCNICA y ADMINISTRADORA PERMANENTE.

Se crea una comisión técnica y administradora integrada por un delegado de COMEF, un delegado de ASSE y un representante del MSP, para dar seguimiento de este convenio y los anexos que se incorporen en un futuro.

11.COMISIÓN DE COMPLEMENTACIÓN.

Se mantiene la actual comisión integrada por el MSP, ASSE y COMEF, para avanzar en el diseño del Convenio de Complementación definitivo. Este convenio deberá contemplar todas las áreas definidas en la Cláusula 1.4 y deberá estar acordado por las partes antes del 13 de marzo de 2017.

A.1. Consideraciones generales.

1.1. Se utilizarán las recetas de la institución a la cual pertenece el usuario y los formularios de COMEF con el sello correspondiente que los identifica. En esos formularios y recetas, el médico deberá indefectiblemente llenar los datos de nombre, apellido, cédula, fecha, firma y sello. Si faltare algún dato no se dará trámite a la solicitud.

1.2. Se deberá registrar la firma de todos los médicos pediatras y especialistas que se desempeñen en el Departamento de Pediatría de Florida (DPF) en ambas Farmacias, así como asignarles usuarios en Geosalud y entrenarlos en la Historia clínica Electrónica (HCE). También se deberá verificar que tengan sellos en los que se consigne nombre, número de Caja Profesional y la institución contratante.

1.3. Cada médico deberá firmar un documento en el que se obliga a utilizar las recetas del DPF únicamente durante los días y horarios en los que esté de guardia. Los incumplimientos serán considerados faltas graves pasibles de sanción y/o medidas legales.

1.4. Cada servicio de COMEF llevará registro informático o en papel de todos los servicios brindados a usuarios de ASSE y los comunicará semanalmente a la Dirección Técnica

Sanatorial. Esta información estará a disponible para la Dirección del Centro Departamental en todo momento.

1.5. Hasta que sea acordado explícitamente, la administración de tratamientos parenterales domiciliarios y/u otros procedimientos de Enfermería, quedan habilitados únicamente para usuarios de COMEF. De la misma manera se procederá con las extracciones de sangre y otros servicios efectuados en el domicilio del paciente.

1.6. Una vez nombrados los jefes de ambas instituciones deberán trabajar en la confección del VADEMECUM del Servicio.

1.7. En aquellos casos en que la institución de origen del afiliado no pueda cubrir las interconsultas con especialistas definidas en las cláusulas que siguen, la cobertura la brindará el otro prestador.

A.2. Atención extrahospitalaria/ emergencia móvil

2.1. Se efectuarán los llamados de todas las claves para los usuarios de ambas instituciones.

2.2. Recepción del llamado.

a. Se recibirán los llamados en la central telefónica de COMEF, número 43524656.

b. La licenciada en enfermería realizará el triage de los llamados y recabará los datos del usuario y los cotejará con los padrones.

c. Pasará al médico de guardia UEM los datos de domicilio, identificación del paciente y dato clínico.

d. Debe quedar registro de los datos del llamado y de la filiación del usuario en planilla Excel a tales efectos.

2.3. En el domicilio se efectuará la atención de primera instancia y se podrá trasladar al paciente a la puerta de emergencia. En caso de no ser necesario el traslado se harán las prescripciones de estudios y/o medicamentos en recetas de una y otra institución y con el sello correspondiente, según pertenezca el afiliado.

2.4. En todos los casos deberá llenarse la Historia Clínica (HC) de la UEM con los datos patronímicos y de filiación del paciente, así como los aspectos clínicos relevantes, diagnóstico presuntivo y el tratamiento instituido y/o indicado. El familiar a cargo deberá firmar constancia de atención y quedará con copia de la HC.

2.5. Los estudios solicitados para pacientes ambulatorios serán efectuados en la institución de origen del paciente, debiendo ser entregados al mismo.

2.5. En el caso de pacientes que no pertenezcan ni a ASSE ni a COMEF, ni tengan cobertura por ellas a través de convenios, el paciente siempre será trasladado a la puerta de emergencia para su asistencia y documentar la atención y eventual deuda generada.

2.7. Todo documento que firme el médico durante la atención en la UEM, deberá tener sello del mismo agregado.

A.3. Puerta de emergencia.

3.1. Ante la solicitud de asistencia para un paciente pediátrico:

a. El administrativo recabará los datos del usuario y los cotejará con el padrón.

b. Llenará los datos patronímicos y la filiación del paciente en la HCE.

3.2. La licenciada en enfermería del turno efectuará el triage de la forma habitual y lo conducirá a sala de espera.

3.3. El médico atenderá a los pacientes según el orden de prioridades establecidos por la licenciada en enfermería.

3.4. Las solicitudes de estudios se efectuarán en los formularios con el sello correspondiente, aclarando la filiación del paciente y deberán ser registradas en la HCE. Estos estudios serán efectuados en COMEF.

3.5. Las indicaciones de tratamientos se efectuarán también en la HCE.

3.6. De requerirse la convocatoria de un especialista de retén para asistir al paciente, se llamará al que esté de guardia en la institución de origen de cada paciente.

3.7. El especialista de retén efectuará la atención del paciente y registrará en la HCE su accionar e indicaciones.

3.8. Las intervenciones quirúrgicas de urgencia serán efectuadas por el especialista de retén de la institución de origen del paciente y con el equipo quirúrgico de COMEF en el block quirúrgico de esta institución.

3.9. En el caso en que se soliciten estudios o tratamientos de alto costo a pacientes de ASSE, el médico deberá efectuar la solicitud al Director de Guardia de Centro Departamental.

3.10. Cuando haya que efectuar derivación a otros centros para procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, el médico de guardia efectuará la solicitud telefónica al Director de Guardia del Centro Departamental o al Director Técnico de COMEF, según corresponda, quien de autorizar le indicará las formalidades a seguir para acceder al estudio.

3.11. Todo paciente que se vaya de alta llevará copia de los estudios efectuados y la HC impresa, y recetas de estudios y/o tratamientos en recetas de la institución con el sello correspondiente.

3.12. Se procurará que cada paciente al irse de alta, lo haga con cita asignada en el primer nivel de atención.

A.4. Internación en cuidados moderados.

Los pacientes serán ingresados a través de la puerta de emergencia aún en el caso de derivación desde el primer nivel de atención (previa coordinación con el Pediatra internista).

4.2. El administrativo de puerta de emergencia.

a. Recabará los datos del usuario y los cotejará con el padrón.

b. Comunicará del ingreso a la licenciada en enfermería de la guardia de emergencia.

c. Efectuará los procedimientos administrativos de ingreso del paciente.

4.3. Las solicitudes de estudios se efectuarán en los formularios de la institución con el sello correspondiente, aclarando la filiación del paciente, y deberán ser registradas en la HCE. Estos estudios serán efectuados en COMEF, quedando pendiente un listado de paraclínica básica a definir entre los jefes.

4.4. Las indicaciones de tratamientos se efectuarán también en la HCE.

4.5. De requerirse la convocatoria de un especialista de retén para asistir al paciente, se llamará al que esté de guardia en su institución de origen.

4.6. El especialista de retén efectuará la atención del paciente y registrará en la HCE su accionar e indicaciones.

4.7. Las intervenciones quirúrgicas de urgencia serán efectuadas por parte del especialista retén de la institución de origen del paciente, con el equipo quirúrgico de COMEF en su block quirúrgico.

4.8. En el caso en que se soliciten estudios o tratamientos de alto costo a pacientes de ASSE, el médico deberá efectuar la solicitud al Director de Guardia del Centro Departamental.

4.9. Cuando haya que efectuar derivación a otros centros para procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, el médico de guardia efectuará la solicitud telefónica al Director de Guardia del Centro Departamental o al Director Técnico de COMEF, según corresponda, quien, de autorizar, le indicará las formalidades a seguir para acceder al estudio.

4.10. Todo paciente que se vaya de alta llevará copia de los estudios efectuados y la HC impresa, y recetas de estudios y/o tratamientos en recetas de la institución con el sello correspondiente.

4.11. Se procurará que cada paciente al irse de alta, lo haga con cita asignada en el primer nivel de atención.

A.5. Procedimiento de flujo de HC de pacientes de ASSE que ingresan al sanatorio de COMEF.

5.1. Los niños de ASSE que ingresen a cuidados moderados de COMEF lo harán por emergencia de Sanatorio Nuevo.

5.2. El funcionario de recepción de Emergencia dará aviso a la Admisión de enfermos de la necesidad de conseguir la HC anterior en su Institución de Origen (Hospital Florida), informándole nombre completo del usuario y No de cédula de identidad.

5.3. Admisión se pondrá en contacto con Registros Médicos del Hospital Florida para que preparen la historia.

5.4. Una vez que desde Registro confirmen que está lista, Admisión enviará al cadete de COMEF destinado al traslado de HC, a retirar la misma del Hospital Florida.

5.5. Luego el mandadero entregará la HC en Admisión de Sanatorio Nuevo.

5.6. Admisión funciona todos los días en el horario de 6 a 24 horas. Si hubiera un ingreso de 0 a 6, el funcionario de admisión de emergencia le comunica a admisión de enfermos en el momento que toma el turno.

5.7. Una vez que el paciente se va de alta se llevará solamente el resumen de alta y copia de los estudios realizados durante su internación.

5.8. Admisión de enfermos retirará ambas historias de la sala compaginando la historia originada en COMEF la cual mediante cuaderno la entrega en Dirección Técnica Sanatorial (DTS) para documentación de gastos.

5.9. En DTS se fotocopiará todo lo necesario desde el punto de vista administrativo, para archivar una copia y esté a disposición de Registros Médicos de ASSE.

5.10. La historia de ASSE se devolverá a registros médicos de ASSE por cadetería de COMEF.

5.11. El servicio de traslado de las historias clínicas podrá ser modificado por cualquiera de las partes durante la vigencia del presente convenio.

5.12. Las partes se comprometen a realizar los mayores esfuerzos para lograr la interoperabilidad de las HCE de ambos prestadores de forma de agilizar y mejorar la seguridad del procedimiento definido en la presente Cláusula.