



Facultad de
Ciencias Económicas
y de Administración

Universidad de la República
Facultad de Ciencias Económicas y de Administración

TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OBTENER EL TÍTULO DE CONTADOR PÚBLICO

***Primeros pasos hacia un Nuevo Modelo de
Atención en la Salud***
Evaluación de Metas prestacionales en el sistema privado



VOLUMEN I

Autoras

Mónica D'Alessandro
Natalia Echavalete

Tutora

Cra. Ana Mariela Rodríguez

Montevideo, Uruguay
2011

Página de Aprobación

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y DE ADMINISTRACIÓN

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba la Monografía:

Título

.....
.....

Autoras

.....

Tutor

.....

Carrera

.....

Cátedra

.....

Puntaje

.....

Tribunal

Profesor..... (Nombre y firma)

Profesor..... (Nombre y firma)

Profesor..... (Nombre y firma)

FECHA

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los entrevistados por la buena receptividad, apoyo y aporte brindado, sin los cuales el presente trabajo no sería posible:

Dr. Homero Bagnulo, Dr. Edgardo Sandoya, Dra. Samara Sanibo, Dr. Alfredo Toledo, Dr. Martín Odriozola, Dr. Miguel Pérez, Sra. Adriana Costa, Sra. Lilián Rodríguez, Sra. Cristina Becoña, Sr. Héctor Dos Santos.

En especial al Dr. Julio Vignolo quien nos orientó al inicio de nuestra investigación.

A la Cra. Ana Mariela Rodríguez por guiarnos en este largo camino.

Particularmente al Soc. Franco González por sus aportes, sugerencias y comentarios.

RESUMEN

Esta investigación describe las posiciones de algunos representantes de los actores involucrados en la implementación de Metas Asistenciales desde el Ministerio de Salud Pública, para acelerar el cambio hacia el nuevo modelo de atención en salud: en particular la META 2 (Capacitación de RRHH y Médico de referencia). Para ello se efectuaron entrevistas que recogen las opiniones de representantes de los sectores afectados. Las visiones más disímiles provienen desde el Ministerio y las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Las primeras consideran las Metas como una herramienta para acelerar el proceso hacia el nuevo sistema de salud, mientras que para las segundas son básicamente un requisito a cumplir para percibir el pago por su cumplimiento.

DESCRIPTORES

Metas asistenciales. Capacitación de recursos humanos. Médico de referencia. Ministerio de Salud Pública. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Usuarios. Salud. Gestión. Cambio organizacional. Resistencia. Implementación.

TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	1
A. BREVE RESEÑA	1
B. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	5
C. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
D. OBJETIVOS	6
1. OBJETIVOS GENERALES	6
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
E. HIPÓTESIS	7
F. RESUMEN METODOLÓGICO	9
II. MARCO TEÓRICO	10
A. PRINCIPALES CONCEPTOS	10
1. GESTIÓN EN LA SALUD	10
2. MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD	11
3. SISTEMA DE SALUD	11
4. SISTEMA DE SALUD EN URUGUAY	12
a. Anterior a la reforma de salud	12
b. Sistema actual:	13
5. INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA	15
6. USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD	16
7. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)	17
8. NIVELES DE ATENCIÓN DE LA SALUD	17
9. JUNTA NACIONAL DE SALUD (JUNASA)	18
10. METAS	19
11. METAS ASISTENCIALES (O PRESTACIONALES)	20
a. Meta 1: Meta de la salud del niño, la niña y la mujer.	22
b. Meta 2: Meta de Capacitación y Médico de referencia	24
i) Capacitación de RRHH	25
ii) Médico de referencia	27
c. Meta 3: Meta del Adulto Mayor	31
B. FUNDAMENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE METAS ASISTENCIALES Y SUS CONSECUENCIAS	33
C. ALGUNAS TEORÍAS ENFOCADAS AL CAMBIO ORGANIZACIONAL	38
1. CAMBIO ORGANIZACIONAL	38
2. RESISTENCIA AL CAMBIO	39
3. TEORÍA DEL CAMPO DE LAS FUERZAS DE KURT LEWIN	41

4.	ENFOQUE DE JOHN KOTTER	42
III.	<u>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</u>	47
A.	DISEÑO Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA	47
B.	UNIDAD DE ANÁLISIS	48
C.	DISEÑO MUESTRAL	49
D.	TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	51
E.	GUIÓN DE LA ENTREVISTA	53
F.	INSTRUMENTOS DE RELEVAMIENTO	53
G.	OTROS ASPECTOS TÉCNICOS	53
H.	CRONOGRAMA	55
I.	PLAN DE ANÁLISIS	56
IV.	<u>DESARROLLO Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</u>	60
A.	METAS ASISTENCIALES	61
1.	CONCEPTO DE METAS ASISTENCIALES	61
2.	OPINIÓN SOBRE METAS ASISTENCIALES	64
3.	ACTORES PARTICIPANTES EN LA CREACIÓN DE METAS	69
4.	CAPACIDAD DEL MUTUALISMO PARA AFRONTAR EL CAMBIO HACIA EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN 71	
5.	EVALUACIÓN DEL COMPROMISO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD RESPECTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ASISTENCIALES	74
6.	PERCEPCIÓN DEL CAMBIO EN EL NIVEL DE ATENCIÓN AL USUARIO	77
7.	DISTINTAS FORMAS EMPLEADAS PARA INFORMAR A LOS USUARIOS DE LA SALUD DE SUS DERECHOS 78	
8.	IMPACTO DE LAS METAS ASISTENCIALES EN LA CONSECUCCIÓN DE METAS PROPIAS DE LOS PRESTADORES Y NECESIDAD DE NUEVOS RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	79
9.	DIFICULTADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE METAS ASISTENCIALES	80
10.	ADECUACIÓN DEL PAGO POR CUMPLIMIENTO DE METAS RESPECTO AL ESFUERZO PARA LOGRARLAS 84	
11.	CONTROLES REALIZADOS DESDE EL MSP EN RELACIÓN AL CUMPLIMIENTO DE METAS	87
12.	PLAZOS PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES AL MSP	90
B.	META 2	92
1.	CAPACITACIÓN DE RRHH	92
a.	Personal a capacitar y forma de convocar a los cursos	93
b.	Características del dictado de cursos	95
c.	Evaluación de conocimientos adquiridos y posterior seguimiento en la práctica	97
d.	Principales dificultades para el cumplimiento de la meta	99
2.	MÉDICO DE REFERENCIA	102

a.	Elección del médico de referencia por parte del usuario	102
b.	El personal médico respecto a la figura del médico de referencia	104
V.	<u>DISCUSIÓN</u>	<u>106</u>
A.	ANÁLISIS DE RESULTADOS CONFORME A LA TEORÍA EXPUESTA POR K. LEWIN	108
B.	ANÁLISIS DE RESULTADOS CONFORME A LA TEORÍA EXPUESTA POR J. KOTTER	113
C.	ANÁLISIS DE RESULTADOS EN BASE A INFORMACIÓN DE LA JUNASA	119
VI.	<u>CONCLUSIONES</u>	<u>128</u>
VII.	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>134</u>

TABLA DE CUADROS Y GRÁFICOS

<i>Cuadro 2.1: Principales diferencias entre el sistema de salud actual y el anterior a la reforma.....</i>	<i>14</i>
<i>Cuadro 2.2: Temas obligatorios para cursos de capacitación.....</i>	<i>25</i>
<i>Cuadro 2.3: Temas opcionales para cursos de capacitación.....</i>	<i>25</i>
<i>Cuadro 2.4: Valor Cuota Salud, componente Cápita.....</i>	<i>35</i>
<i>Diagrama 2.1: Impacto de los cambios impulsados desde el MSP.....</i>	<i>37</i>
<i>Diagrama 2.2: Errores planteados por Kotter y los pasos para evitarlos.....</i>	<i>45</i>
<i>Gráfico 3.1: Participación de la muestra en el sector mutual en Montevideo.....</i>	<i>50</i>
<i>Cuadro 2.5: Cronograma de entrevistas.....</i>	<i>55</i>
<i>Gráfico 5.1: Pago por metas sobre el máximo a cobrar.....</i>	<i>121</i>
<i>Cuadro 5.1: Cantidad de usuarios referenciados.....</i>	<i>122</i>
<i>Cuadro 5.2: Consulta con médico de referencia.....</i>	<i>123</i>
<i>Gráfico 5.2. Cumplimiento promedio y meta según indicador (%)......</i>	<i>124</i>
<i>Cuadro 5.3: Cumplimiento Capacitación de RRHH.....</i>	<i>125</i>
<i>Cuadro 5.4: Pago por Capacitación de RRHH (\$U).....</i>	<i>126</i>
<i>Cuadro 5.5: Pago por Médico de Referencia (\$U).....</i>	<i>126</i>
<i>Cuadro 5.6: Total alcanzado por Meta 2 (\$U).....</i>	<i>127</i>
<i>Cuadro 5.7: Total Ingresos Por Meta 2 (\$U).....</i>	<i>127</i>

I. INTRODUCCIÓN

A. BREVE RESEÑA

En el año 2008 el gobierno impulsa una serie de acciones para implementar en el país un nuevo modelo de atención de la salud. Se crea la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y en el marco de la misma, se definen un conjunto de metas a seguir por parte de las instituciones de salud tanto públicas como privadas.

A efectos de asegurar el cumplimiento de dichas metas, se implementan incentivos y sanciones económicas para las instituciones, al tiempo que se instrumentan mecanismos para el seguimiento del proceso.

Los modelos de atención de la salud con énfasis en la prevención y promoción, sustituyendo aquellos que se caracterizan por ser curativos, han sido temas de debate importante no sólo en el país sino en el plano internacional. El tránsito hacia modelos preventivos, implica una nueva concepción de la salud en un proceso a largo plazo que involucra cambios culturales de entidad a nivel societal.

Bajo el paraguas de un nuevo modelo de atención de salud con énfasis en la prevención, las expectativas más recurrentes en la literatura son:

- Un fuerte impacto en los indicadores básicos del estado sanitario de la población

- Un fuerte impacto en la distribución del gasto público en salud
- Cambios cualitativos y cuantitativos en los servicios sanitarios disponibles, públicos y privados

El enfoque y la iniciativa del gobierno impulsor de los cambios mencionados pueden plasmarse en declaraciones de la Ministra de Salud Pública de la época, Dra. María Julia Muñoz:

“Consolidar un Primer Nivel de atención continente y resolutivo que permita realizar la promoción, prevención específica, detección precoz, atención de los problemas de salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Brindar atención a la salud con criterios de integralidad, oportunidad, accesibilidad, calidad, continuidad y equidad, consolidando un modelo de atención humanizado con enfoque interdisciplinario y la plena participación de funcionarios y beneficiarios, desde una perspectiva de derechos”. (Muñoz, 2006)

Actualmente, en el segundo gobierno consecutivo del partido Frente Amplio - impulsor del nuevo modelo- aún se mantiene vigente el debate público y político con posiciones favorables y contrarias al mismo.

En este contexto, las instituciones de salud - actores fundamentales en el proceso- intentan amalgamarse al nuevo escenario y dar cumplimiento a las metas

prestacionales. En igual sentido puede considerarse a los gremios de la salud y organizaciones de usuarios.

La presente investigación pretende aproximarse a la temática, procurando explorar y describir impactos y cambios a nivel organizacional y de gestión en las instituciones de salud privadas, en las primeras etapas de un nuevo modelo de atención de la salud en el país.

Desde que el Ministerio de Salud Pública (MSP) impulsa la reforma en el ámbito de la salud, ha introducido una serie de medidas tendientes a estimular el proceso hacia un nuevo sistema. Éstas repercuten en el modelo de atención, de gestión y de financiamiento.

Entre las iniciativas se destacan, por ejemplo, modificaciones en el modelo de financiamiento, ligado al cumplimiento de metas asistenciales por parte de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).

Una de estas metas asistenciales es la denominada META 2, referida a la capacitación de recursos humanos (RRHH) y a la creación de la figura del médico de referencia.

En base a lo anterior y dado el amplio campo que implica la reforma en la salud, en esta investigación se profundizará en la meta anteriormente mencionada: Meta 2, para el año 2010.

Dicha Meta consta de dos objetivos:

- La capacitación de RRHH
- La creación de la figura del médico de referencia

La decisión antes mencionada, se basa fundamentalmente en los siguientes aspectos:

- Es una de las metas recientemente implementadas
- Contempla dos aspectos innovadores en el Sistema de Salud Uruguayo, que apuntan a mejorar la calidad en la atención al usuario y su salud. Estos son la capacitación del personal y el fortalecimiento de la figura del médico tratante
- Las características de dicha meta parecen no estar lo suficientemente contempladas en la normativa legal

B. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El tema planteado en la presente investigación ha sido desde sus inicios inquietante debido al aporte que puede significar dentro y fuera del ámbito académico. Tal situación se potencia al ser escasos los antecedentes de investigaciones (principalmente en la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración) que aborden el impacto de uno de los aspectos de la reforma de la salud: implementación y cumplimiento de las metas prestacionales.

Dado que el desafío de lograr una mayor eficacia y eficiencia en la administración de recursos destinados al cumplimiento de las metas debe estar siempre presente; resulta estimulante el aporte que pueda ofrecerse hacia la mejora de los procesos de implementación, gestión y control de las metas por parte de la JUNASA.

C. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El propósito del presente trabajo consiste en investigar y analizar la gestión en los procesos de las IAMC orientada a la implementación de la Meta 2, así como evaluar si el conjunto de prácticas llevadas a cabo por parte de las instituciones, puede significar un cambio organizacional de las mismas.

Las instituciones seleccionadas para el presente estudio son:

- Asociación Española Primera en Socorros Mutuos
- Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU)
- Servicio Médico Integral (SMI)

D. OBJETIVOS

1. Objetivos generales

- Investigar y analizar el proceso de gestión e implementación de las metas, en particular la Meta 2, por parte de las IAMC
- Evaluar si el conjunto de prácticas llevadas a cabo por parte de las instituciones de salud, puede significar un cambio organizacional de las mismas

2. Objetivos Específicos

En el marco de los objetivos generales planteados es que se han fijado los objetivos específicos que a continuación se detallan:

- Indagar las percepciones de representantes de prestadores y de gremios de la salud seleccionados, respecto al impacto y conveniencia de las metas y de la Meta 2 en particular

- Identificar y describir las medidas llevadas a cabo por parte de las instituciones orientadas a implementar la Meta 2, tanto en capacitación de RRHH como en la instauración de la figura del médico de referencia

- Identificar dificultades en el proceso de implementación de la Meta 2, como ser infraestructura edilicia, resistencia de funcionarios, trabas sindicales, desinformación (incluye desinformación de los usuarios), entre otras

- Evaluar el nivel de avance de la Meta 2 por parte de las instituciones y la posibilidad que la misma se sostenga en el tiempo

- Explicitar y describir las acciones de la JUNASA orientadas al control del cumplimiento de las metas

E. HIPÓTESIS

- ✓ Los representantes de las instituciones seleccionadas mostrarán, en general, posiciones negativas sobre el impacto que tendrán/tienen las metas prestacionales, y la Meta 2 en particular

- ✓ Los representantes de los gremios manifestarán posiciones contrarias a las metas prestacionales. Tales posiciones estarán basadas fundamentalmente en la resistencia al cambio que generan éstas instancias en los trabajadores

- ✓ No ha habido un proceso exhaustivo de discusión interna que marque como prioritario la implementación adecuada de la Meta 2 en las instituciones seleccionadas (ni a nivel directiva ni en el gremio)

- ✓ Las principales dificultades planteadas por los representantes de las instituciones para la implementación de la Meta 2, estarán asociadas a trabas sindicales y resistencia de funcionarios

- ✓ Las medidas adoptadas por las instituciones para el cumplimiento de las metas no responden a una visión integral de las mismas ni son sostenidas en el tiempo

- ✓ No se han incorporado pautas ni procedimientos que permitan monitorear y evaluar internamente las distintas etapas del proceso de implementación de las metas

- ✓ No existen controles adecuados desde la JUNASA orientados a evaluar el nivel de cumplimiento de las metas

F. RESUMEN METODOLÓGICO

La investigación será fundamentalmente descriptiva y con pretensiones explicativa; desde un enfoque cualitativo.

Se realizará un estudio de corte transversal, dado que no se pretende medir cambios en las variables o en sus relaciones, sino recoger la información en un momento dado del tiempo.

Población de estudio: representantes de los distintos actores protagonistas de la reforma de la salud, como ser:

- Instituciones Privadas de la Salud
- MSP
- Organizaciones de trabajadores (gremios) y usuarios de la salud

El muestreo será intencional y en función de la accesibilidad y disponibilidad de los representantes de las instituciones arriba mencionadas.

Técnica de recolección de datos: entrevistas personales semi estructuradas.

II. MARCO TEÓRICO

A. PRINCIPALES CONCEPTOS

A continuación se realiza una breve exposición de los principales conceptos que dan sustento a la presente investigación. El cuerpo teórico está fundamentalmente basado en las disciplinas enfocadas en la gestión en salud.

1. Gestión en la salud

La gestión organizacional en sentido amplio, se define como la acción de coordinar todos los recursos disponibles en una organización con el fin de lograr sus objetivos. (Varo, 1994)

Implica administrar, organizar, tomar decisiones, orientar los esfuerzos de una organización hacia la consecución de sus objetivos.

La gestión enmarcada en el ámbito de la producción de servicios de salud, identifica cuál es el “producto”, analiza la fuente de financiación o disponibilidad de recursos, señala las distintas clases de costos y contempla aspectos de control (técnicos y económicos). Con ello diseña los pasos dirigidos a la implementación de un sistema integrado de gestión en la empresa sanitaria, de modo de obtener reflexiones sobre los resultados obtenidos. Un ejemplo de estos resultados puede

ser el orientado a la evaluación de la calidad del “producto”/servicio brindado.
(Corella, 1996)

2. Modelo de atención a la salud

Es la base teórica que sirve como sistema organizado de prácticas dirigidas al sector de la salud, el cual cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación.

En los modelos de atención coexisten nociones sobre la persona humana y sus derechos, sobre la participación de los sujetos, sobre la ética profesional, de estilos de vida, decisiones sobre el cuerpo de las personas y de la sociedad, sobre modelos que explican los procesos de salud-enfermedad-atención y de cura.

(s/d, Blog de La Asistencial. Maldonado, Uruguay)

3. Sistema de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el conjunto formado por todas las instituciones, las organizaciones y los recursos destinados o dirigidos a la actividad sanitaria. Por esta última se entiende todo esfuerzo realizado con el propósito de mejorar la salud humana, tanto en el ámbito de los servicios de la salud personal como pública. (s/d, Organizació Mundial de la Salud, 2000)

4. Sistema de salud en Uruguay

a. Anterior a la reforma de salud

En base a consideraciones de la anterior Ministra de Salud Pública, Dra. María Julia Muñoz, es posible destacar algunos aspectos importantes. El sistema de salud en el Uruguay anterior a la reforma del año 2008, se caracterizaba por la existencia de dos subsistemas: uno público para la población de bajos recursos y otro privado para el resto de la población. Actores políticos y expertos en el tema destacaban las fuertes inequidades tanto en las prestaciones como en el modelo de financiamiento.

El modelo de atención se basaba en lo curativo, centrado en la medicación y en la hospitalización, sin un enfoque de género ni desarrollo en la promoción y prevención de la salud.

Asimismo la participación de socios era nula con escaso ejercicio de sus derechos. También se observaba un estancamiento y hasta un retroceso en los indicadores sanitarios. (Muñoz M. J.)

La Ley N° 15.181 del 02 de setiembre de 1981 era el marco normativo de la asistencia médica colectiva y privada. Según esta ley la asistencia médica es brindada en forma privada, ya sea particular o colectiva, y en forma pública a través de los organismos respectivos.

El sector público estaba integrado por:

- Instituciones dependientes del Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Universidad de la República (Hospital Universitario)
- Banco de Previsión Social (BPS)
- Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA)
- Sanidad Policial
- Servicios de Salud de Entes Autónomos y Descentralizados
- Servicios que prestan las diecinueve intendencias

El sector privado lo constituían:

- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)
- Seguros parciales de salud
- Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE)
- Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP)

(Economía y Gestión de la Salud, Tomo III, 2009)

b. Sistema actual:

Según la Ley N° 18.211 del 13 de diciembre de 2007 que reglamenta la creación, el funcionamiento y la financiación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), los principios y principales objetivos del sistema actual de salud en el Uruguay, son los que se detallan en sus artículos 3 y 4. (Ver Anexo B)

Durante una exposición de la anterior Ministra del MSP respecto al anterior y al actual modelo de atención de la salud, se destacaron las siguientes diferencias:

Cuadro 2.1: Principales diferencias entre el sistema de salud actual y el anterior a la reforma

Sistema anterior a la reforma	Sistema actual
1- Dos subsistemas fragmentados inequitativos y sin vínculos de complementariedad, con una lógica de mera competencia generando despilfarros.	1- Sistema nacional integrado de salud único orientado a racionalizar las prestaciones y recursos en salud.
2- Sólo los trabajadores privados estaban comprendidos en el viejo DISSE (Dirección de Servicios Sociales por Enfermedad).	2- Se crea un seguro nacional de salud incluyendo en el progresivamente a toda la población.
3- Sólo el trabajador tenía derecho a la cobertura de salud.	3- El derecho de salud se extiende a la familia del trabajador.
4- DISSE sólo permitía elegir un prestador privado.	4- Es un sistema mixto que incluye a prestadores privados integrales y a prestadores públicos dando opción a los asegurados de elegir entre instituciones.
5- El viejo DISSE paga cuota única.	5- El pago a los prestadores es por riesgo (edad y sexo).
6- Los pagos del DISSE no incluían estímulos al cambio del modelo de atención y a la orientación del gasto.	6- Transforma el modelo de atención hacia una estrategia de atención primaria de salud, en base al pago de un plus por performance ligada a metas del primer nivel de atención.
7- Se pierde cobertura al dejar de ser activo y pasar a ser pasivo.	7- Transforma el seguro de salud en un seguro de por vida ligada a la seguridad social ya que no se pierde la cobertura del aseguramiento al dejar la actividad.
8- El contralor existía en los papeles debido a debilidades estructurales de la autoridad sanitaria.	8- La descentralización de ASSE y la reforma en el MSP le da al sistema una verdadera política de rectoría y contralor (contrato de gestión).
9- No existía un marco taxativo de cuáles eran los programas y las prestaciones obligatorias.	9- Regula la cantidad y calidad de las prestaciones a través de la definición taxativa del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) y los tiempos de espera.
10- No había participación social.	10- Incorpora la participación social como eje clave de la conducción de la reforma.

Fuente: MSP (Muñoz M. J.)

5. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

Las IAMC son instituciones sin fines de lucro dirigidas al menos parcialmente por personal médico, que brindan a sus afiliados un conjunto amplio e integral de servicios de salud a través de un cuerpo médico propio o contratado, realizado principalmente en instalaciones propias, bajo la administración de la institución. Poseen una infraestructura que incluye asistencia de primer nivel ambulatoria, de urgencia y de alto riesgo. Deben incluir acciones de prevención, reparación y rehabilitación de salud.

La Ley N° 15.181/81 en su art. 6 (Ver Anexo B) que reglamenta estas Instituciones, establece que las mismas pueden ser de tres tipos:

- Asociaciones asistenciales
- Cooperativas profesionales
- Servicios de asistencia

Con relación a la forma en que se financiaban, sus principales fuentes provenían del cobro de una cuota a sus afiliados, de los copagos a través de órdenes y tickets, y de los ingresos por la venta de servicios y otros. (Economía y Gestión de la Salud, Tomo III, 2009)

6. Usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud

En el art. 5 de la Ley N° 18.335 del 26 de agosto de 2008 que reglamenta los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, se define a los últimos como a toda persona física que adquiriera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.

Dentro del sistema se irán incorporando de forma progresiva los distintos usuarios. En una primera etapa lo harán todos los trabajadores formales públicos y privados y sus hijos menores de 18 años (salvo militares, policiales, OSE e independientes).

Todos los jubilados cuyos ingresos sean menores a 2,6 BPC (Bases de Prestaciones y Contribuciones) y los nuevos jubilados. Posteriormente, entre 2010 y 2013, se incorporarán los cónyuges del trabajador formal. Para el 2011 se espera que lo hagan los profesionales y otros que no trabajen en relación de dependencia.

El Decreto N° 011 del 27 de junio de 2011 reglamenta las leyes N° 18.731 y N° 18.732 del mismo año, estas determinan la forma en que irán ingresando los grupos que aún no están incluidos en el Seguro Nacional Integrado de Salud. La primera de ellas determina el ingreso de jubilados y pensionistas, de profesionales universitarios y trabajadores amparados por cajas de auxilio o seguros

convencionales. La segunda establece la incorporación de los afiliados a la Caja Notarial de Seguridad Social.

7. Atención primaria de salud (APS)

En la conferencia de la OMS de Alma-Ata (1978) se refirió a la APS de la siguiente manera: *“es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada”*. (s/d, Alma -Ata, 1978)

8. Niveles de atención de la salud

El SNIS, según lo expresa la Ley N° 18.211/07 en su artículo 34, se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la

complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

En sus artículos 36 a 38, se especifican los niveles de atención:

Sobre el primer nivel de atención se destaca: que se dirige a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente en su conjunto y que las acciones de atención integral se practican por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnología adecuada.

El segundo nivel de atención implica la atención integral de carácter clínico quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización y engloba la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

9. Junta Nacional de Salud (JUNASA)

La Ley N° 18.211/07 en su artículo 23 crea la JUNASA, como organismo desconcentrado dependiente del MSP.

Son cometidos de la Junta administrar el Seguro Nacional de Salud y vigilar el cumplimiento de los principios rectores y objetivos del SNIS.

Sus miembros, competencias, obligaciones y demás disposiciones, se reglamentan en los artículos 25 a 33. (Ver Anexo B)

10. Metas

En un sentido amplio, pueden definirse, como el objetivo que se trata de lograr a través del cumplimiento de acciones. (Gibson, Ivancevich, Donelly, & Konopaske, 2006)

Según E. Locke, Psicólogo estadounidense pionero en la Teoría de la Fijación de objetivos, los atributos de las metas son la especificidad, la dificultad y la intensidad.

*“La **especificidad** de metas es el grado de precisión cuantitativa (claridad) de la meta. La **dificultad** es el grado de dominio o nivel de desempeño buscado. La **intensidad** refiere al proceso de establecer la meta o determinar cómo alcanzarla”.* (Gibson, Ivancevich, Donelly, & Konopaske, 2006, pág. 171)

11. Metas asistenciales (o prestacionales)

En este punto, y luego de una exhaustiva búsqueda bibliográfica, queda planteada la dificultad de poder definir las metas de conformidad al enfoque que se pretende en la reforma de la salud.

La normativa hace referencia a las metas únicamente cuando trata la forma de financiamiento del SNIS. (Ver Anexo B)

Es así que la ley N° 18.131/07 las menciona en su art. 7, donde expresa que a la cuota salud se le sumará un pago adicional por cumplimiento de metas asistenciales.

Por su parte el decreto reglamentario de la mencionada ley (Decreto N° 276/07 del 2 de agosto de 2007) en su art. 9, amplía información sobre las metas asistenciales sin llegar a dar una definición de las mismas.

Lo mismo sucede con el decreto reglamentario de la Ley N° 18.211/07 (Decreto N° 2/08 del 8 de enero de 2008).

El art. 45 de la Ley N° 18.211/07 (Ver Anexo B), establece que las entidades que integren el SNIS deberán suministrar a sus usuarios las prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el MSP, las que incluyen actividades de

promoción y prevención de salud, así como de detección precoz y tratamiento adecuado y oportuno de problemas de salud. Dichas prestaciones están reglamentadas por el Decreto N° 465/08 en el cual se aprueban los Programas Integrales de Salud y el Catálogo de Prestaciones (Anexos I y II de la norma). Estos Programas están enfocados en su mayoría a la salud del niño, de la mujer, al adolescente, al adulto mayor y a temas como el tabaquismo y la drogadicción, entre otros.

Sin embargo en el Decreto N° 464/08, que aprueba el Contrato de Gestión entre los prestadores del SNIS y la JUNASA, hay una aproximación a la descripción de las metas asistenciales, sin llegar a definir las expresamente.

En lo que respecta a la Meta 2, el Contrato de Gestión nada menciona de la figura del médico tratante o de referencia aunque sí establece que el prestador deberá implementar un equipo de salud de referencia que tenga un vínculo a través del tiempo con el usuario y que se encargue de resolver los problemas de salud que trata el primer nivel (cláusula vigésima séptima).

Sin embargo es más explícito al determinar que los prestadores deben desarrollar actividades destinadas a la capacitación de sus trabajadores (cláusula trigésima tercera), aunque no profundiza en el tema.

Tampoco se encontró referencia a la definición de metas asistenciales en los Instructivos relacionados. Por tal motivo es que se plantea la interrogante sobre la interpretación de tal concepto por parte de las instituciones de salud, así como de los distintos involucrados en el tema.

Para intentar evacuar estas interrogantes se ha incluido en esta investigación un sondeo dirigido a todos los actores involucrados o afectados por el establecimiento de metas a modo de poder evaluar esta situación.

Según lo establecido en el Instructivo de Metas de la JUNASA, los principales objetivos e indicadores para las metas del segundo semestre del año 2010, son los que se desarrollan en el siguiente apartado.

Las metas fijadas por la Junta para el período Julio-Diciembre de 2010 fueron las siguientes:

- a. Meta 1: Meta de la salud del niño, la niña y la mujer.

Esta meta va por el tercer año de implementación y sigue reformulándose para continuar *“el fortalecimiento del Programa Nacional de Atención a la Niñez con énfasis en la vigilancia y control adecuados del crecimiento, el desarrollo, el cumplimiento del calendario de inmunizaciones, así como en la*

detección precoz de defectos congénitos y en la promoción de hábitos de vida saludables”. (JUNASA, 2009, pág. 19)

Se ha trabajado con una batería de 12 indicadores, 6 del niño y 6 de la embarazada.

La puesta en práctica de dicha meta ha significado importantes avances en la reorientación del modelo de atención y en la reorganización de los servicios de salud. (JUNASA, 2009)

A continuación se detallan los indicadores que se establecieron para el cumplimiento de la meta:

Grupo: A - Atención del recién nacido

- Derivación del Recién Nacido
- Captación del Recién Nacido

Grupo: B – Atención del primer año de vida

- Número de controles adecuados según pauta MSP
- Cumplimiento del Certificado Esquema de Vacunación (CEV) en el niño de 1 año de edad

- Cumplimiento de realización de ECO-Cadera antes de los 4 meses de vida
- Promoción de la Lactancia

Grupo: C –Atención en el embarazo, parto y puerperio

- Control del embarazo
- Historia Clínica Perinatal Básica completa
- Control de VDRL y HIV en el embarazo
- Captación precoz
- Derivación y Captación odontológica
- Puérperas con control odontológico

b. Meta 2: Meta de Capacitación y Médico de referencia

Esta meta es en la que se centrará la investigación del presente trabajo y consta de dos sub-metas: la **capacitación de RRHH** y la **creación de la figura del médico de referencia.**

Dada la necesidad de priorizar la estrategia de médico de referencia, se planteó a mediados de año modificar la distribución de los montos de los subcomponentes, pasando de 50% para cada componente, a una asignación de 20% para capacitación y 80% para médico de referencia. (JUNASA, Rendición de Cuentas 2010, 2011)

i) Capacitación de RRHH

Con esta meta se busca lograr la capacitación adecuada que requieren los trabajadores de la salud para avanzar en el cambio de modelo de atención propuesto. Para lograr esta capacitación es que se impartirán cursos al personal de las distintas instituciones médicas involucradas.

Esta capacitación para el período Julio-Diciembre de 2010, debió contemplar seis temas, de los cuales cuatro son de carácter obligatorio y dos opcionales.

Cuadro 2.2: Temas obligatorios para cursos de capacitación

<i>Temas obligatorios</i>	
1	Depresión
2	Violencia doméstica
3	Salud sexual y reproductiva
4	Modelo de Atención y Médico de Referencia

Fuente: (JUNASA, Ministerio de Salud Pública, 2009)

Cuadro 2.3: Temas opcionales para cursos de capacitación

<i>Temas opcionales</i>	
1	Tabaquismo
2	Adicciones
3	Transtornos nutricionales
4	Bioética
5	Seguridad del paciente
6	Accidentes de tránsito

Fuente: (JUNASA, Ministerio de Salud Pública, 2009)

Los cursos están dirigidos a todo el personal de cualquier área o servicio que las instituciones consideren pertinentes, incluyendo las policlínicas zonales y/o sedes secundarias.

La metodología a utilizar para la consecución de esta meta deberá ser aquella que logre el mayor involucramiento y motivación de los trabajadores que asisten a los cursos.

Se buscará incentivar a los trabajadores para la realización de los cursos, ya que los mismos no están comprendidos dentro de los requisitos establecidos previamente en su contrato laboral.

La carga horaria será de 2 horas por módulo para cada curso.

Así como lo establece el propio instructivo de la Junta *“el curso deberá contar un sistema de evaluación, que incluya, además del control de asistencia, la evaluación de los resultados de la capacitación según los objetivos formulados en el programa. Las actividades de capacitación deberán contar con entrega de certificados de asistencia y de aprobación a cada trabajador”*. (JUNASA, Ministerio de Salud Pública, 2010)

Asimismo también establece que el número de trabajadores a capacitar por cada institución será entregado por la JUNASA.

ii) Médico de referencia

Mediante esta meta se busca impulsar el papel del médico tratante o de referencia en el primer nivel de atención para lograr una mayor calidad en la atención y en la gestión clínica, “*con la consiguiente satisfacción para el usuario y la utilización más racional de los recursos*”. (JUNASA, Ministerio de Salud Pública, 2010, pág. 1)

El diseño de la meta contempla las siguientes acciones:

- Referenciar usuarios a médicos del primer nivel de atención
- Realizar el control de salud a los distintos grupos poblacionales

(JUNASA, Rendición de Cuentas 2010, 2011)

Uno de los requisitos para la consecución de esta meta es la elección por parte de los afiliados de su médico de referencia.

En el primer año de aplicación de esta meta (julio de 2009 a junio de 2010), la misma se concentró en la población menor de 15 años y los mayores de 44 años. Posteriormente se puso énfasis en la referenciación de la población entre 15 y 19 años y los adultos de 45 a 64 años, y al cumplimiento de controles de carácter gratuito y obligatorio aplicados a la población referenciada según el rango de edad. Para el caso de los mayores de entre 45 y 64 años estas consultas irán acompañadas de estudios de glicemia, colesterolemia y fecatest de forma gratuita

y obligatoria. Asimismo para esta franja de edades se realizarán controles preventivos de enfermedades tales como Hipertensión, Diabetes, Obesidad/sobrepeso y cáncer de colon.

Otro aspecto sobre el cual hubo exigencias, fue en cuanto a la capacitación dirigida al médico de referencia en el segundo semestre del 2010, en el Programa Adolescencia y Juventud y Hoja SIA (Sistema Informático del Adolescente-Historia clínica del Adolescente).

En el Boletín de Metas Asistenciales N° 10 que regularmente emite el Equipo de Metas Asistenciales del MSP, se establece que el mencionado fortalecimiento del primer nivel mediante la incorporación de la figura del médico de referencia, implica que todo usuario pueda acceder a tener un médico que atienda en el transcurso de su vida, sus necesidades de atención básica e integral de salud de forma estable. A su vez, ese médico abordará los problemas de salud del individuo considerando sus aspectos sico-emocionales, epidemiológicos y sociales. Mediante el fortalecimiento de la relación médico-usuario, el profesional podrá categorizar su población referenciada según variables de edad, sexo, epidemiológicas y sociales, que posibiliten la realización de diagnósticos poblacionales y por grupos de riesgo.

Entre las acciones que se desarrollarán dando cumplimiento a esta meta se encuentran:

- 1) Identificación en lugar visible de la Historia Clínica (HC) del nombre del médico tratante o de referencia del usuario
- 2) Derivación al médico de referencia cada vez que el usuario concurra a emergencia
- 3) Cuando el usuario solicite médico a domicilio se le dará prioridad al médico tratante de éste

Estas acciones no influyen en el pago por cumplimiento de la meta.

A su vez se irá conformando paulatinamente una base de datos con información recabada de la referenciación de los adolescentes y jóvenes menores de 19 años y de los mayores entre 45 y 64 años de edad.

De esta manera se espera obtener tres bases de datos distintas con diferente tipo de información:

- 1) Composición por edad y sexo de los afiliados referenciados a cada médico de elegido
- 2) Vinculación del médico de referencia con el barrio o localidad de residencia de los afiliados que lo han elegido
- 3) Distintos factores de riesgos (hipertensión, diabetes, entre otros) según médico de referencia

En cuanto a la elección de médicos de referencia, la misma podrá realizarse entre las siguientes especialidades:

- Pediatras
- Médicos generales
- Médicos de familia
- Geriatras

El pago por cumplimiento de la meta se realizará en función de 5 indicadores (X) agrupados en 3 grupos:

Grupo 1) Control para usuarios entre 15 y 19 años

X1- Control de adolescentes entre 15 y 19 años con su médico de referencia

X2- Capacitación en Programa del Adolescente y Hoja SIA

Grupo 2) Controles para usuarios entre 45 y 64 años

X3- Control *Screening* preventivo con su médico de referencia

Grupo 3) Gestión institucional en torno a la estrategia de médico de referencia

X4- Entrega de la tabla “Población por sexo y edad según médico de referencia”

X5) Entrega del informe “Normas y pautas de funcionamiento de la consulta con médico de referencia”

Por más información sobre estos indicadores y de la Meta 2 en general, ver Anexo C.

c. Meta 3: Meta del Adulto Mayor

El objetivo de esta meta es promover la atención integral de los adultos mayores a través de su médico de referencia. La misma se desarrolla a través de las pautas del Programa Nacional del Adulto Mayor.

Como lo establece la Junta en el instructivo referido a esa meta, es a través de la misma que se busca que los usuarios mayores de 65 años, reciban controles anuales y gratuitos. Entre 65 y 74 años será una consulta anual y de 75 años en adelante una consulta semestral a lo largo del período julio 2010- junio 2011.

Dichos controles serán realizados con su médico de referencia. Si el usuario aún no lo hubiera elegido lo hará para realizar la consulta.

En la HC quedará constancia de la consulta realizada, la entrega del Carné del Adulto Mayor (CAM), y la asignación del médico de referencia. Esto último es para todos los casos, anterior y actualmente referenciados.

Otro de los requisitos para el cumplimiento de esta meta es la capacitación del médico de referencia en el Programa Salud Adulto Mayor e implementación del CAM, el cual podrá computarse para el cumplimiento de la meta de capacitación.

Comentarios sobre Indicadores

Los indicadores establecidos para las metas asistenciales están vinculados a objetivos sanitarios establecidos por el MSP. Por ejemplo, la disminución de las tasas de mortalidad infantil, del bajo peso al nacer, de enfermedades como la hipertensión o la diabetes a través de la prevención, entre otros.

Mediante la utilización de los indicadores se busca medir el esfuerzo y el desempeño de las instituciones de salud en el cambio de modelo de atención.

En el artículo 45 de la Ley N° 18.211/07 se establece que las prestaciones que deberán brindar las entidades, contarán con **indicadores de calidad** de los procesos y resultados.

Sin embargo hasta el momento, son escasas las evaluaciones del impacto real que la implementación de metas prestacionales ha tenido sobre aspectos sanitarios de la población. En tal sentido la Meta 1 del niño, la niña y la mujer, es la que hasta el momento ha ofrecido efectos mensurables en la calidad de vida de dicha población.

Esto ha sido demostrado en investigaciones como la realizada sobre la efectividad de los cuidados prenatales en el cual se concluye que las maternidades públicas (a las cuales no se les exige cumplimiento de metas) presentan inadecuados cuidados prenatales. (Triunfo & Balsa, 2011)

En lo que tiene que ver con la Meta 2, aún no se ha podido demostrar a través de sus indicadores que haya un impacto en la concientización de los usuarios a atenderse con su médico de referencia, o que los cursos de capacitación incidan en una mejor atención.

La consecución de los indicadores aporta una mayor burocratización a quienes los deben alcanzar y sin embargo hasta el momento, hay escasas evidencias de su efectividad.

B. FUNDAMENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE METAS ASISTENCIALES Y SUS CONSECUENCIAS

El punto de partida del presente estudio estuvo asociado a la intención de explorar los cambios que se han producido en los últimos años en el medio ambiente en el cual se encuentran insertas las IAMC. Estos cambios fueron impulsados por el MSP, modificando aspectos legales del entorno en el que se desempeñan estas instituciones.

El objetivo principal del MSP fue dar comienzo a la implementación de un modelo de atención de la salud de la población, en el marco del SNIS, que va desde lo curativo a lo preventivo, consolidando el primer nivel de atención a efectos de lograr un sistema más equitativo con mayor participación de los usuarios.

El cambio legal contempla diferentes aspectos que afectan directamente a las mutualistas, éstos son:

- El cambio del modelo de atención
- El cambio del modelo de gestión
- El cambio de financiamiento de las mismas

Para ello se debe contemplar el marco normativo vigente al respecto formado fundamentalmente por la Ley N° 18.211/07 (relativa a la creación, funcionamiento y financiación del SNIS), la Ley 18.131/07 (referida a la creación del FONASA) y sus decretos reglamentarios N° 2/08 y N° 276/07 respectivamente. También la Ley N° 18.335/08 que reglamenta los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios.

La imposibilidad por parte del gobierno de abordar simultáneamente los cambios deseados sobre los tres modelos, conduce su accionar sobre el modelo de financiamiento en primera instancia. A través del mismo se busca crear un sistema de pago a las mutualistas que estimule el desarrollo de esfuerzos dirigidos al

cambio en el modelo de atención. Este último ocasionará a lo largo del tiempo la necesidad de modificar la gestión del sistema de salud.

Dentro del modelo de financiamiento uno de los cambios introducidos es el nuevo mecanismo de pago que está asociado a la edad y sexo de los beneficiarios del sistema (componente cápita) y al cumplimiento de metas asistenciales por parte de los prestadores (componente metas).

Estos dos componentes son los que conforman la Cuota Salud que pagará el BPS como administrador del FONASA, a las instituciones por cada uno de los beneficiarios del SNIS.

Según datos publicados por la JUNASA, la estructura de cápitas a aplicar por tramos de edad y sexo a enero del 2011, es la siguiente:

Cuadro 2.4: Valor Cuota Salud, componente Cápita

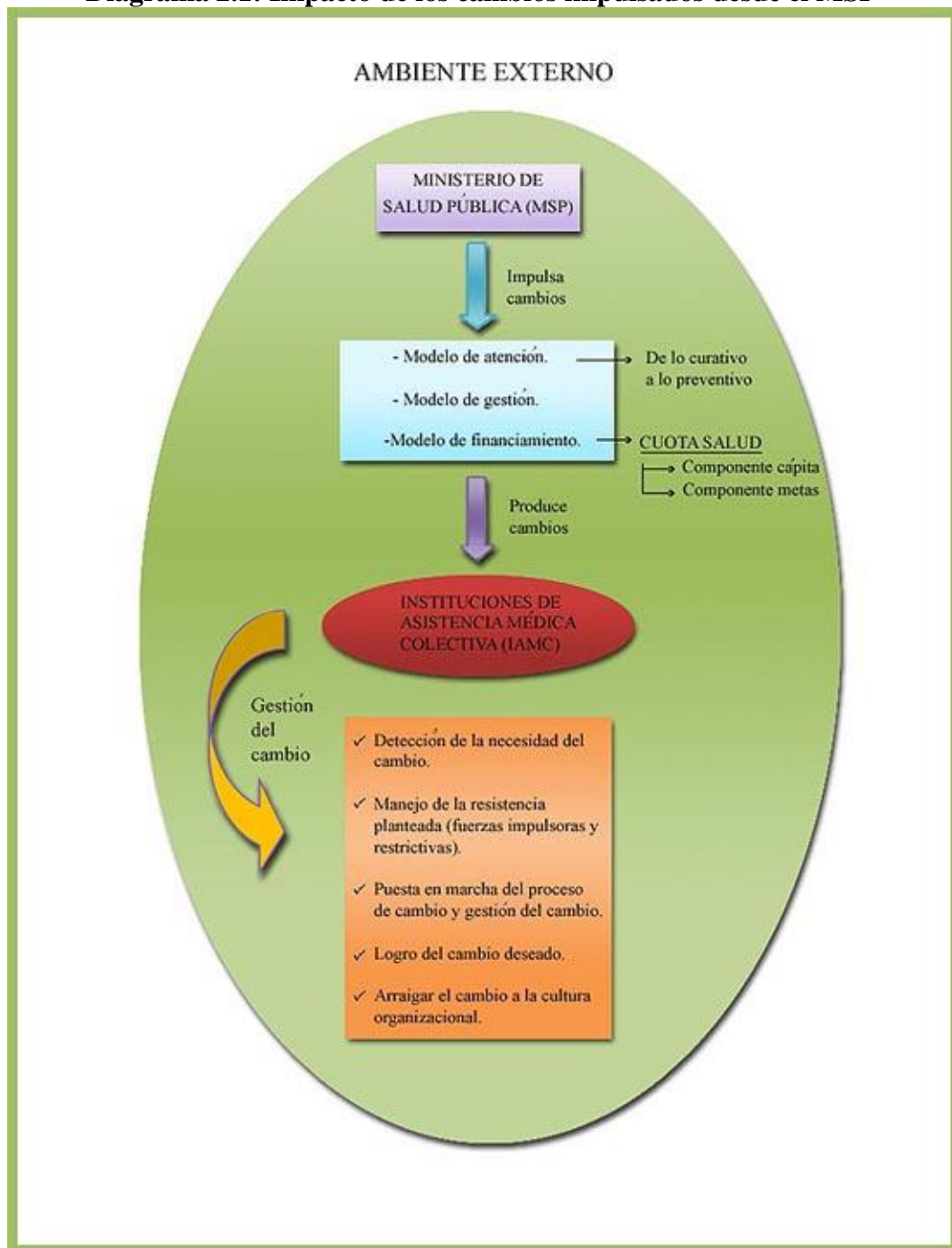
EDAD	HOMBRES	VALOR (\$U)	MUJERES	VALOR (\$U)
< 1	6,52	3.441,58	5,57	2.940,12
1 a 4	1,90	1.002,91	1,79	944,85
5 a 14	1,11	585,91	1,00	527,85
15 a 19	1,08	570,07	1,43	754,82
20 a 44	1,00	527,85	2,12	1.190,04
45 a 64	2,07	1.092,64	2,53	1.335,46
65 a 74	3,99	2.106,12	3,47	1.831,63
> 74	5,26	2.776,49	4,34	2.290,86

Fuente: www.msp.gub.uy/homejunasa_189_1.html

El valor monetario de la cuota correspondiente al tramo de hombres de entre 20 y 44 años, es definido como cápita base y su ajuste lo determina el Poder Ejecutivo en acuerdo con el MSP y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

Es así que las instituciones deben comenzar a prepararse para gestionar un cambio que en principio tiende a desequilibrarlas y es el objeto de este trabajo intentar explorar, describir y analizar su impacto, para lo cual hemos seleccionado tres instituciones del medio que por su número de usuarios entendemos que son representativas de las IAMC de Montevideo.

Diagrama 2.1: Impacto de los cambios impulsados desde el MSP



Fuente: Elaboración propia en base a revisión bibliográfica

C. ALGUNAS TEORÍAS ENFOCADAS AL CAMBIO ORGANIZACIONAL

Como todo proceso de cambio, primeramente debe vislumbrarse la necesidad del mismo, luego trabajar en la resistencia que puede generar e identificar la mejor manera de llevarlo a cabo de forma que perdure en el tiempo y conduzca a las instituciones al éxito.

Se intenta explorar y describir la manera en que las instituciones perciben la necesidad de cambio, cuáles fueron los principales factores de resistencia, las razones y la forma en que dichas instituciones afrontaron este cambio impuesto por su entorno.

1. Cambio organizacional

Por cambio organizacional se entiende el conjunto de variaciones de orden estructural y operativo que sufren las organizaciones, ocasionadas por cambios en el medio ambiente (tanto interno como externo a la organización) y que se traducen en un nuevo comportamiento organizacional.

Estos hacen necesario el rediseño de estructuras, sistemas, procedimientos, actitudes y formas de trabajar de la organización. (Penengo, 1997)

Los cambios que se pueden hacer en la organización se logran modificando su estructura, su tecnología, su personal o una combinación de todos ellos. Cambiar la estructura organizacional implica reordenar sus sistemas internos.

Los cambios que se pueden hacer son:

-Diseño Organizacional; *“se basa en definir con gran detalle, las responsabilidades de los puestos, así como en crear las divisiones del trabajo y las líneas de desempeño adecuadas...”* (Stoner, Freeman, & Gilbert Jr., 1996, págs. 459-460)

-Descentralización; *“entraña crear unidades más pequeñas, autocontenidas, en la organización, con el propósito de aumentar la motivación de los miembros de la unidad y mejorar sus resultados, así como centrar su atención en actividades prioritarias...”* (Stoner, Freeman, & Gilbert Jr., 1996, pág. 460)

2. Resistencia al cambio

Todo cambio trae como consecuencia resistencia de quienes lo deben poner en práctica. Algunos de los motivos para ellos pueden ser el temor a lo desconocido y a cómo puede repercutir en su estabilidad laboral y personal, desconocimiento de las metas y objetivos a alcanzar al no participar en el proceso de elaboración de

los mismos. A su vez la resistencia a la fijación de metas puede ir acompañado del temor a fracasar en el intento de consecución de las mismas. (Mackenzie, 1990)

Según estudios realizados por Kurt Lewin (Penengo & Pérez Bravo, s/d), para que el cambio en las organizaciones pueda lograrse con éxito debe seguir un modelo que consta de tres fases o pasos a los que llamó:

- Descongelamiento del *status quo*
- El movimiento hacia una nueva condición (movimiento)
- El re congelamiento del nuevo cambio para hacerlo permanente

La **fase de descongelamiento** implica o tiene por objetivo hacer que la necesidad de cambiar resulte tan evidente que la persona, grupo u organización la pueda ver o aceptar con facilidad.

Su propósito es crear en las personas o grupos condiciones que los induzcan a reconocer la necesidad de cambiar y generar la voluntad de hacerlo.

En esta etapa se manifiestan trabas que están dadas por las diferentes percepciones que pueden existir respecto a las dificultades presentes, por la falta de consenso en cuanto a la necesidad de ayuda externa, o por la existencia de intereses que impiden visualizar los problemas reales.

La **fase del movimiento** mediante la cual se introduce el cambio implica descubrir y adoptar aptitudes, valores y conductas nuevos a través de procesos de identificación y de interiorización que pueden incluir la formación, nuevos procedimientos de trabajo y relaciones, entre otros.

El propósito de esta fase es lograr la decisión y acción de cambiar.

Por último **el re congelamiento** significa asegurar el nuevo patrón de conducta por medio de apoyo o refuerzos, de tal manera que pase a ser la norma nueva. Los individuos incorporan los nuevos hábitos a su comportamiento evitando que sean utilizados los anteriores.

Por su parte E. Schein (Penengo & Pérez Bravo, s/d) establece que si el individuo internaliza su nuevo comportamiento mientras está siendo aprendido, este se encuadra de manera natural a su personalidad facilitando la etapa del re congelamiento.

3. Teoría del Campo de las Fuerzas de Kurt Lewin

Son muchas las fuerzas que llevan a las organizaciones a cambiar, sin embargo es importante reconocer que existen fuerzas encontradas que actúan para mantener a la organización en un estado de equilibrio. A su vez, estas fuerzas contrarias sostienen la estabilidad o *statu quo*. (Penengo & Pérez Bravo, s/d)

“Según la teoría de los campos de fuerza de Kurt Lewin, toda conducta es resultado del equilibrio entre las fuerzas impulsoras y las restrictivas. Las fuerzas impulsoras empujan en un sentido, las restrictivas lo hacen en sentido contrario. ...El incremento de las fuerzas impulsoras puede mejorar los resultados, pero también puede aumentar las fuerzas restrictivas”. (Stoner, Freeman, & Gilbert Jr., 1996, pág. 455)

Según el modelo de Lewin, *“...se deben buscar las diversas causas de una conducta y no una sola. Los programas para el cambio planeado... en primer lugar buscan eliminar o debilitar las fuerzas restrictivas y, después, crear o reforzar impulsoras que existen en las organizaciones”.* (Stoner, Freeman, & Gilbert Jr., 1996, pág. 455)

4. Enfoque de John Kotter

Sobre cómo llevar adelante el cambio nos enfocamos en los aportes de este autor. (Kotter, 2001)

El mismo manifiesta que la meta común de toda empresa que desea realizar cambios o adaptarse a ellos es *“hacer cambios fundamentales en la manera de dirigir las empresas para poder operar en un mercado nuevo y cada vez más desafiante”.* (Kotter, 2001, pág. 8)

De sus investigaciones realizadas en diferentes empresas el autor recoge dos lecciones fundamentales. La primera y más general es que el proceso de cambio exitoso requiere de una serie de numerosas etapas que en conjunto, demandan de un período prolongado de tiempo. El hecho de saltarse algunas de esas etapas lo único que produce es la sensación de avanzar más rápido pero nunca se podrán alcanzar resultados satisfactorios. La segunda gran lección es que los errores cometidos en cada una de las etapas ocasionan un efecto devastador que reduce la velocidad de avance y merman los resultados que se obtuvieron con gran esfuerzo.

Asimismo el autor sostiene que para que un cambio de cualquier magnitud sea exitoso, debe contar con ocho etapas.

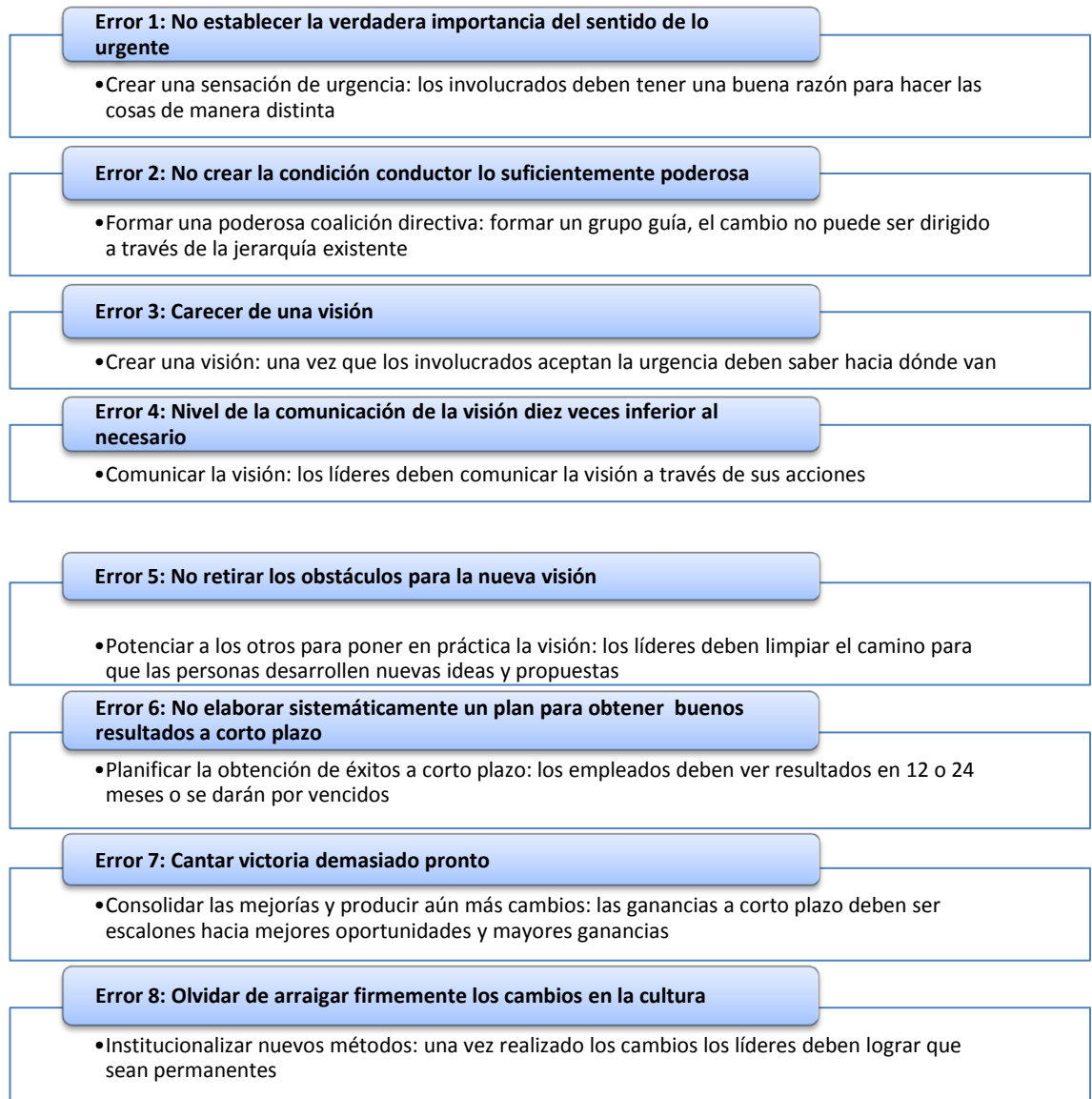
Estos ocho pasos o etapas son:

- 1- **Crear una sensación de urgencia:** La misma implica examinar la realidad del mercado y de la competencia, identificar y definir las crisis, potenciar dichas crisis o las oportunidades.
- 2- **Formar una poderosa coalición directiva:** Consiste en organizar un grupo con poder suficiente para encabezar los esfuerzos de cambio, animar al grupo a que trabaje como un equipo.
- 3- **Crear una visión:** Con esta visión se pretende dirigir los esfuerzos hacia el cambio. Además es necesario crear una estrategia para alcanzar esa visión.

- 4- **Comunicar la visión:** Deben utilizarse todos los medios que estén al alcance de la organización para comunicar esta visión así como la estrategia. La coalición directiva debe dar el ejemplo del nuevo comportamiento deseado.
- 5- **Potenciar a los otros para poner en práctica la visión:** Implica deshacerse de los obstáculos para el cambio, cambiar los sistemas o estructuras que dificulten la visión, promover las ideas, acciones y actividades no tradicionales así como la asunción de más riesgos.
- 6- **Planificar la obtención de éxitos a corto plazo:** Consiste en planificar mejoras que hagan posible una mejor visión de los resultados, obtener dichas mejoras y reconocer y retribuir a los involucrados en la obtención de las mismas.
- 7- **Consolidar las mejorías y producir aún más cambios:** Implica aprovechar el aumento de la credibilidad para cambiar los sistemas, las políticas, las estructuras que no se ajustan a la visión; incorporar, ascender o formar empleados que puedan contribuir con la puesta en práctica de esa visión. Asimismo reforzar el proceso con nuevos proyectos, temas y agentes de cambio.
- 8- **Institucionalizar nuevos métodos:** Se deben articular los nuevos comportamientos logrados con los éxitos de la empresa. También implica desarrollar los medios para asegurar el crecimiento del liderazgo y su sucesión.

En el siguiente esquema se resumen estos aportes antes mencionados y cómo se relacionan con los errores que los originan:

Diagrama 2.2: Errores planteados por Kotter y los pasos para evitarlos



Fuente: Elaboración propia basada en la obra de J. Kotter, Gestión del Cambio, 2001

A su vez Kotter (Kotter, 1996) sugiere una estructura similar a la de Lewin que consta de tres partes o elementos:

- i) Descongelar el *status quo*
- ii) Llevar a cabo acciones que provoquen cambios
- iii) Anclar los cambios en la cultura corporativa

Cada una de estas etapas está compuesta por los distintos pasos (mencionados en la página anterior) de la siguiente manera:

- El primer elemento consta de los cuatro primeros pasos
- El segundo elemento del quinto al séptimo paso
- El último elemento comprende únicamente el último paso

III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. DISEÑO Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Considerando que los estudios exploratorios son apropiados cuando:

- No hay antecedentes o son pocos
- Es un tema actual y relevante con pocos antecedentes
- Existen guías no investigadas o ideas vagamente relacionadas
- Se pretende aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos para una futura investigación más compleja
- Se pretende determinar tendencias y potenciales relaciones entre variables

Considerando que los estudios descriptivos son apropiados para:

- Describir situaciones y eventos
- Establecer cómo se manifiesta determinado fenómeno
- Medir o evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno/s a investigar

Y que:

- Puede medirse de forma independiente los conceptos
- Puede realizarse predicciones rudimentarias

Se resuelve abordar la temática, luego de un estado del arte del mismo, primeramente mediante un estudio exploratorio, para finalizar con un estudio descriptivo.

B. UNIDAD DE ANÁLISIS

Está compuesta por representantes de los actores participantes en el proceso de reforma de la salud en Uruguay:

- Representantes de las Instituciones de Asistencias Médica Colectiva:
 - ❖ Asociación Española
 - ❖ CASMU
 - ❖ SMI
- Representantes de gremios de la salud:
 - ❖ Federación Uruguaya de la Salud (FUS)
 - ❖ Sindicato Médico del Uruguay (SMU)
- Representantes de la JUNASA (Organismos de contralor estatal)
 - ❖ Directora de Metas
 - ❖ Dirigente del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada

C. DISEÑO MUESTRAL

Las muestras cualitativas son preferentemente intencionales, a diferencia de las cuantitativas donde los muestreos suelen ser probabilísticos. El universo a investigar es generalmente más limitado, además, la primera selección de informantes puede llevar a la sugerencia de otros informantes (bola de nieve).

En investigaciones de corte cualitativo, como es el presente, el modo de organizar y realizar las decisiones muestrales queda determinado principalmente por la necesaria heterogeneidad y representatividad de la muestra, así como otras características consideradas relevantes para la investigación.

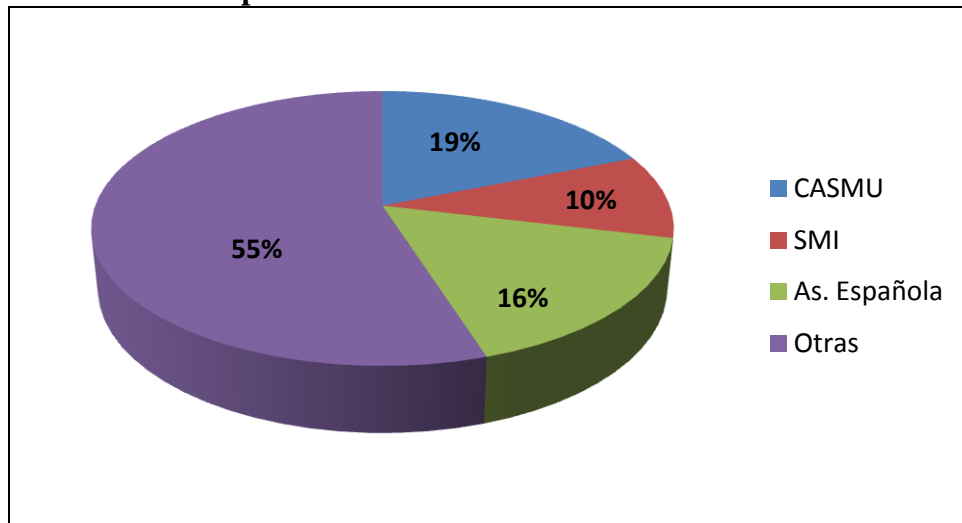
En este caso se optó por aquellos prestadores de salud que cumplieran determinadas características, como ser:

- Mayor participación en el mercado de la salud en la capital
- Mayor infraestructura

Respecto a la selección de las instituciones en función a la participación en el mercado, se utilizó información publicada por el Sistema Nacional de Información (SINADI) a marzo de 2011. (SINADI, 2011)

En el siguiente gráfico se muestra la proporción de participación de las mutualistas seleccionadas en relación al total de afiliados en el sector mutual en Montevideo.

Gráfico 3.1: Participación de la muestra en el sector mutual en Montevideo



Fuente: Elaboración propia en base a información del SINADI

La muestra se fue modificando a lo largo del trabajo de campo, sustituyendo algunas debido a las restricciones de accesibilidad que se presentaron.

Tal fue el caso de la institución Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM) que por motivos de su restricción de información, tanto a estudiantes como a medios de prensa, se hizo imposible acceder.

También fue necesario realizar modificaciones al momento de incluir representantes de los sindicatos.

En el caso del SMU luego de concurrir a la entrevista y no ser posible su realización, se convino enviar las preguntas por correo electrónico, las que fueron contestadas por el mismo medio.

Con la FUS el inconveniente consistió en que la persona con la que se coordinó la entrevista, no concurrió a la misma y hubo que sustituir al entrevistado.

D. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Entrevistas semi-estructuradas de carácter individual. En algún caso puntual se utilizaran datos secundarios (notas de prensa), optando entonces por la triangulación de datos (primarios y secundarios).

Las notas de prensa, definidos en la jerga científica como datos secundarios, se caracterizan por ser un material informativo de bajo coste y de fácil acceso. Su condición de secundario también evita las posibles reacciones que pueda provocar la presencia del investigador al momento de recoger el dato. Sin embargo, debe tenerse presente que es una información producida con propósitos diferentes al de la investigación.

Respecto a las entrevistas, es una técnica útil para obtener información de carácter pragmático. Con respecto a la práctica de la entrevista, el siguiente párrafo es muy ilustrativo: *“Entre narradores y escuchadores la relación es directa, imprevisible, problemática. Es, en otras palabras, una relación verdaderamente humana, es decir, dramática, sin resultados asegurados. No hablan sólo las palabras, sino los gestos, las expresiones del rostro, los movimientos de las manos, la luz de los ojos. Este es el don de la oralidad: la presencia, el sudor, los rostros, el timbre de las voces, el significado –el sonido- del silencio”*. (Ferrarotti, 1994)

Toda entrevista de investigación debe estar regulada por un marco, un guión temático previo que recoge los objetivos de la investigación, si bien no está organizado ni tiene un orden prefijado de temas, éste se va mejorando durante el trabajo de campo. Las entrevistas semi-estructuradas, como es el caso, son guiadas por un conjunto de preguntas y cuestiones básicas a explorar, pero ni la redacción ni el orden de las preguntas están predeterminados.

En resumen, el diálogo investigador/ entrevistado es “...una mezcla de conversación y preguntas insertadas...” (Valles, 2002)

Es esta una técnica flexible, cómoda, personalizada, eficaz y económica.

Problemas que presenta la técnica:

- Problemas de reactividad
- Disponibilidad del entrevistado
- Tiempo de “desgrabación” de la cinta
- Riesgo de problemas con la grabación durante la entrevista
- Obstáculos que pueden surgir y que inhiban o bajen la disposición de los entrevistados a ser entrevistados, o a dar información (falta de tiempo, temor a que la información “trascienda”, entre otros)

E. GUIÓN DE LA ENTREVISTA

El guión de la entrevista está basado en las dimensiones de las variables principales de la investigación y resultó adecuado.

Dichas entrevistas tuvieron una duración promedio de 25 minutos para representantes de los gremios y movimiento de usuarios, y 45 minutos en los demás casos.

F. INSTRUMENTOS DE RELEVAMIENTO

La pauta de relevamiento de datos, a través de la entrevista, fue la apropiada. Si bien, luego de las entrevistas a informantes calificados, fue necesario realizar algunos cambios, éstos se mantuvieron casi sin modificaciones hasta el final del trabajo de campo.

G. OTROS ASPECTOS TÉCNICOS

Respeto a inconvenientes con los accesorios de grabación, baterías, y calidad del mismo, prácticamente no hubieron problemas. En general se logró un ambiente adecuado al momento de aplicar las entrevistas, ya que casi la totalidad de las entrevistas fueron realizadas en ambientes privados, sin terceros presentes y en

general sin ruidos molestos (excepto a veces como teléfonos sonando e impresoras funcionando).

La estrategia metodológica en este trabajo de investigación fue de corte cualitativo, con entrevistas en profundidad y en algún caso triangulación de datos (entrevistas, notas de prensa).

Una vez finalizado el trabajo de campo, una de las cosas más importantes antes del análisis es preparar el material con que se cuenta, en este caso grabaciones de entrevistas y notas de prensa.

Culminada la etapa de desgrabación y durante el proceso de edición de las entrevistas, se solicitó a las personas contactadas la confirmación del material transcrito. Esta instancia resultó adecuada y, a excepción de la Directora de Metas del MSP, el representante de la FUS y el Director Técnico del CASMU, las demás personas respondieron en tiempo y forma.

El material fue editado, o sea, se realizó la “des-grabación” de las entrevistas transformándolas en texto. Se determinó los datos que serían analizados, así como el contexto de los mismos, como ser el relevamiento de la información por parte de la JUNASA.

El *software* utilizado para la sistematización, edición, codificación y análisis de la información fue el procesador de texto y análisis de datos cualitativos MAX-QDA, versión 2007.

H. CRONOGRAMA

Dificultades con el programa previsto: La principal dificultad se dio al intentar concretar las citas debido a la restringida accesibilidad de algunos entrevistados así como su extensa agenda.

Cuadro 2.5: Cronograma de entrevistas

Organización representada	Nombre	Cargo e institución a la que pertenece	Fecha de entrevista
Informantes Calificados	Dra. Samara Sanibo	As. Española	02-may
	Dr. Edgardo Sandoya	Cardiólogo del Servicio de Cardiología de As. Española	11-may
	Dr. Homero Bagnulo	Director del CTI del Hospital Maciel	01-jun
JUNASA	Prof. Cristina Becoña	Directora de Metas	02-jun
	Sra. Lilián Rodríguez	Dirigente del Movimiento de usuarios	07-jun
IAMC	Dr. Alfredo Toledo	Director Técnico del CASMU	13-jun
	Sra. Adriana Costa	Encargada de Metas del SMI	04-jul
	Dr. Miguel Pérez	Encargado de Metas de la As. Española	05-jul
Gremios	Sr. Héctor Dos Santos	Integrante del Consejo Central de la FUS	11-jun
	Dr. Martín Odriozola	Secretario del Comité Ejecutivo del SMU	11-jul

Fuente: Elaboración propia

I. PLAN DE ANÁLISIS

Terminada la etapa de edición de las entrevistas, se agruparán en base a criterios ya preestablecidos. Se considerarán los entrevistados tanto de manera individual como en grupos, los que serán formados según el sector al que pertenezcan.

Estos sectores son:

- Informantes calificados (entrevistados antes del trabajo de campo)
- Representantes dentro del MSP (de Metas Asistenciales y movimiento de usuarios de la salud)
- Representantes de las instituciones de salud
- Representantes de los gremios médico y no médico de la salud

Existen diferentes motivos por los cuales en algunos temas no se cuenta con las opiniones de todos los representantes de los distintos sectores:

- La pregunta que recoge la información no fue dirigida al entrevistado por no ser pertinente al sector al que representa
- La pregunta se realizó al entrevistado pero este se desvió de la misma
- Ídem al caso anterior pero el entrevistado desconocía la respuesta

Dadas las posibilidades se opta por utilizar una herramienta informática para la sistematización y codificación de las entrevistas, el MAX-QDA, es un *software*

que se especializa en análisis cualitativo, con amplias ventajas respecto a los procesadores de textos como el *Word* por ejemplo.

A continuación se definen las dimensiones de la investigación y sus categorías:

Metas Asistenciales: Esta dimensión comprende las opiniones vertidas por los entrevistados en temas que tienen que ver con:

1. Concepto de metas
2. Percepción sobre metas asistenciales
3. Actores participantes en la creación de metas
4. Capacidad del mutualismo para afrontar el cambio hacia el nuevo modelo de atención
5. Evaluación del compromiso de las instituciones de salud respecto al cumplimiento de las metas asistenciales
6. Percepción del cambio en el nivel de atención al usuario
7. Distintas formas empleadas para informar a los usuarios de la salud de sus derechos
8. Impacto de las metas asistenciales en la consecución de metas propias de los prestadores y necesidad de nuevos recursos para la implementación
9. Dificultades para la implementación de metas asistenciales
10. Adecuación del pago por cumplimiento de metas respecto al esfuerzo para lograrlas
11. Controles realizados desde el MSP en relación al cumplimiento de metas

12. Plazos para la entrega de información por parte de las instituciones al MSP

Meta 2: Esta dimensión está compuesta por las opiniones de los entrevistados sobre la Meta 2 en particular.

Comprende dos sub dimensiones con los aspectos que a continuación se detallan:

- i. Médico de referencia
 - a. Elección del médico de referencia por parte del usuario: medios para abordar al usuario, reacción de los mismos y principales dificultades
 - b. Posicionamiento del personal médico respecto a la figura del médico de referencia

- ii. Capacitación de RRHH
 - a. Personal a capacitar y forma de convocar a los cursos
 - b. Características del dictado de cursos
 - c. Evaluación de conocimientos adquiridos y posterior seguimiento en la práctica
 - d. Principales dificultades para el cumplimiento de la meta

Mediante la herramienta ya mencionada se pasará a trabajar en la etapa de codificación de las entrevistas, o sea, identificar en las mismas, las categorías correspondientes a cada dimensión.

Una vez finalizada esta etapa se trabajará utilizando la propia terminología del *software*, con los “segmentos recuperados” de cada una de las entrevistas.

La siguiente etapa será identificar coincidencias y diferencias en base a los objetivos propuestos y a las hipótesis de trabajo, tanto en los entrevistados a nivel individual, como en los grupos previamente definidos.

Realizando un breve análisis cuantitativo de los segmentos codificados en cada entrevista se estará en condiciones de realizar una evaluación muy preliminar del material recabado en campo, como por ejemplo, saber si sobre algunos aspectos no se cuenta con información para todos los entrevistados, por no haber sido indagado o por no lograr obtenerlos.

Una vez presentados los resultados de acuerdo a lo mencionado, se planteara una discusión, valiéndose del marco teórico y del conocimiento acumulado de las autoras del presente trabajo a lo largo de todo el proceso de investigación.

IV. DESARROLLO Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A partir del método de trabajo empleado para recabar la información necesaria para el desarrollo de esta investigación, es que se ha relevado una serie de opiniones que comprenden variados aspectos de la temática abordada.

Éstas responden exclusivamente a representantes de los distintos organismos seleccionados. Dadas las características de la metodología, el análisis y las reflexiones que se desprenden, no tienen pretensiones generalizadoras.

Sin embargo la conveniencia y aportes de este estudio se reflejan en la posibilidad de dar pistas y esbozar algunas explicaciones potenciales sobre un fenómeno actual, relevante y escasamente estudiado.

El objeto del presente apartado es exponer dichas ponencias separadas según los distintos tópicos, a modo de orientar al lector hacia el desarrollo de los resultados obtenidos.

A continuación se desarrollan cada una de las dimensiones con sus respectivas categorías.

A. METAS ASISTENCIALES

1. Concepto de Metas asistenciales

Debido a la carencia de una definición expresa de metas asistenciales surgen cuestiones sobre cómo adopta cada institución la definición de metas.

Se ha incluido en esta investigación un sondeo sobre este aspecto de modo de poder evaluar esta situación.

A continuación se exponen algunas de las opiniones recogidas, las que se separan según el tipo de actor involucrado.

- Representantes del MSP y del movimiento de usuarios en la JUNASA

En primer lugar se considera el concepto de metas asistenciales manejado por la representante entrevistada por el MSP; organismo rector de la reforma de salud y principal impulsor del establecimiento de metas. En representación del mismo la Directora de Metas del Ministerio, Sra. Cristina Becoña, expresó que las metas son un componente de la Cuota Salud establecido en la ley de creación del SNIS y reflejado en los contratos de gestión que firmaron los prestadores de salud con la JUNASA. Se establece que la forma de pago a las instituciones que firmen ese contrato se hará a través del FONASA y que el mismo consta de una cuota salud

compuesta por un componente cápita y un componente metas. Este último es fijado desde la Junta según las necesidades sanitarias que se presenten en la población.

Según la Directora las metas asistenciales son una de las herramientas con las que se vale el Ministerio para dar curso al principal objeto de la reforma de la salud: el cambio en el modelo asistencial.

También se ha recogido la opinión de la dirigente del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP), Sra. Lilián Rodríguez quien al respecto manifestó que las metas asistenciales son parte del contenido del contrato de gestión que las mutualistas están obligadas a cumplir para formar parte del SNIS y tener derecho a usuarios FONASA. Esas metas se fijan entre la institución prestadora de salud y la Junta.

Asimismo, como representante de los usuarios de la salud, sostiene que por parte de estos hay un total desconocimiento del tema metas, y peor aún, de sus derechos.

- Representantes de las IAMC

El sector más afectado por el establecimiento de metas es el integrado por las IAMC. Dentro de estas contamos con la opinión que al respecto tienen algunas de las principales instituciones en Montevideo.

Una de ellas es el Servicio Médico Integral (SMI). Como representante de ésta la Encargada de Metas, Sra. Adriana Costa, manifestó que las metas asistenciales son una exigencia por parte del Ministerio que implica un esfuerzo y una reorganización de las infraestructuras existentes. Sostiene que en un principio, al desconocer la situación real en la que se encontraban las mutualistas para enfrentar esta exigencia, se comenzó por definir una línea base sobre la cual se trabajaría para alcanzar los resultados.

Es decir, el Ministerio fijó porcentajes a alcanzar que luego se fueron modificando a través de negociaciones con los prestadores de salud por considerar que los mismos no se ajustaban a la realidad que atravesaban.

Por su parte el Dr. Alfredo Toledo (CASMU), argumentó que el concepto de metas asistenciales no fue compartido con el mutualismo sino que fue impuesto por el MSP sin contemplar la situación de quienes las deben poner en práctica.

Una opinión similar emitió el Dr. Edgardo Sandoya, consultado como informante calificado. Para este el concepto no ha sido claramente definido. A su entender las metas asistenciales presentan un buen enunciado teórico pero que aún requieren de un largo camino para que se conviertan en una herramienta ajustada y precisa.

- Representante del SMU

Otra de las opiniones que se recogió sobre el tema fue la del Dr. Martín Odriozola (Secretario del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay). En sus declaraciones establece que el significado y alcance de las metas fue explicitado claramente por parte del Ministerio a las instituciones, pero sin embargo el cuerpo médico, que es quien en los hechos debe consumarlas, no lo entiende en su totalidad.

2. Opinión sobre metas asistenciales

- Representantes del MSP y del movimiento de usuarios en la JUNASA

Según la representante entrevistada, en el Ministerio hay una postura firme en cuanto al cumplimiento de las metas y expresa que los prestadores de salud tienen que estar preparados para ello. En este sentido argumentó:

“...casi todas las metas son obligaciones que las instituciones ya tenían para cumplir, se decidió dar un plus para que ese proceso sea acelerado”. (C. Becoña, MSP)

Respecto a los usuarios, la representante en la JUNASA sostuvo que no están al tanto del tema metas.

- Representantes de las IAMC

Los entrevistados se muestran de acuerdo con el sistema de metas, aunque hacen énfasis en señalar que son los pasos hacia un nuevo sistema de salud y no un fin en sí mismo.

En este sentido el Director Técnico del CASMU, expresó:

“El sistema creo que es bueno desde el momento que apunta a mejorar la calidad de las prestaciones... Eso nos obliga. Al Ministerio, a ser un buen controlador,... a tener un diseño adecuado de las metas y de cómo fiscalizar las mismas..., para las instituciones, porque también sabiendo que vamos a estar siendo supervisados y fiscalizados en determinados puntos, te obliga a tener una visión mucho más asistencialista y salir un poco de la visión de tantos números que hemos tenido últimamente... Sin entrar en la profundidad de los detalles..., está bien”. (A. Toledo, CASMU)

A su vez el encargado de metas de la Asociación Española, dijo:

“Yo estoy de acuerdo con que a las distintas instituciones se les exijan determinadas prestaciones. En líneas generales la institución está de acuerdo con esa línea”. (Dr. M. Pérez, As. Española)

Por su parte la entrevistada por el SMI, manifestó que:

“Están bien las metas pero lo que pasa es que en este momento no te dejan terminar de organizarte en una cosa y ya te están exigiendo otra y entonces las instituciones están todas sobre exigidas”. (A. Costa, SMI)

- Representantes de la FUS y del SMU

Los representantes entrevistados de los gremios, tanto de funcionarios no médicos (FUS) como médicos (SMU), están de acuerdo con la reforma aunque le hacen algunas críticas.

Una de éstas es la falta de profundización en los controles realizados desde el MSP, sobre el cumplimiento por parte de las instituciones de salud de aspectos vinculados con los contratos de gestión.

También se critica el comportamiento lucrativo y competitivo que produce en cuanto a la captación de usuarios, incluso de instituciones que no cuentan con la infraestructura adecuada para soportar un elevado número de socios.

Otro aspecto que se señala es la falta de participación de los usuarios.

Al respecto el entrevistado en representación de la FUS, sostuvo:

“...hay una falta total de (interés en) tratar de involucrar a los usuarios a la participación. Del Ministerio no hay esa convocatoria... Hay resistencias de los gestores de las mutualistas a las metas...”. (H. Dos Santos, FUS)

El representante de la Federación asintió que esta se siente más comprometida con el tema de la capacitación y cree que hubo inconvenientes en la instrumentación. Como ejemplo de ello se puede citar lo mencionado anteriormente sobre la falta de profundidad en los controles desde el MSP.

A su vez critica duramente al sistema mutual por ofrecer resistencia a la participación social. Aún no valora como positiva la reforma.

El representante entrevistado por el SMU piensa que no hay suficiente información y que hay fallas de orden cualitativo en el cumplimiento de las metas, puntualmente en la de capacitación de RRHH.

Considera que fue una meta accesible puesta por el Ministerio para ayudar al financiamiento de las mutualistas, mientras desde éstas pensaban que cumpliéndola, se quitaban un peso de encima.

Por parte de los informantes calificados consultados al respecto, todos coinciden en que la idea de las metas asistenciales es buena, que son necesarias para impulsar el cambio hacia la reforma de la salud deseada. Pero sin embargo la forma de llevarlas a la práctica no es la adecuada para asegurar el cumplimiento de este objetivo.

Según la Dra. Sanibo, las metas asistenciales son una buena idea para imponer cambios, pero no de la forma en la que se lleva a cabo. Tal es el caso de la figura del médico de referencia en la que los usuarios sólo firman una constancia de que ha elegido su médico, pero luego no hay un seguimiento del estado de salud/enfermedad del médico hacia el paciente. Su idea es que las metas asistenciales no han sido hasta el momento un aporte en la salud, especialmente las de capacitación y médico de referencia. Por el contrario, implican una mayor burocracia, por ejemplo, en el aumento de la cantidad de registros médicos.

Por su parte el Dr. Sandoya, al ser consultado sobre el tema, expresó que las metas son el único camino para fortalecer el primer nivel de atención, pero aunque el enfoque sea el correcto, se está muy lejos de su adecuada implementación.

Similar argumento manifestó el Dr. Bagnulo al decir que las metas son una buena idea pero que a veces tienen dificultades para ser llevadas a la práctica. Estableció que hay temas en los que las personas no tienen mucha idea o no hay recomendaciones válidas sobre cómo implementarlas, por ejemplo en los temas de violencia doméstica y las policlínicas vinculadas.

3. Actores participantes en la creación de metas

- Representantes del MSP y del movimiento de usuarios de la JUNASA

La entrevistada en representación del MSP dijo que se negoció con los prestadores tanto el tipo de información como los porcentajes a alcanzar. Se asegura que hubo un diálogo constante tanto para el diseño como para la implementación de las mismas. A su vez se afirma que como mínimo en el establecimiento de metas participaron los integrantes de la JUNASA, que son representantes del Poder Ejecutivo, de los prestadores, de los usuarios y de los trabajadores.

La representante de los usuarios en la JUNASA sostiene que ellos realizan el control social que es su rol fundamental.

Al respecto la Sra. Lilián Rodríguez (JUNASA) expresó:

“Si me encuentro... que en una cuadra tenemos cuatro niños que no han ido a control, bueno, ahí ver de qué prestador son y no está cumpliendo”.

- Representantes de las IAMC

Según éstos, no hubo participación de los mismos en el establecimiento de metas, éstas ya vinieron diseñadas por el MSP.

Posteriormente se dio lugar a las instituciones de salud para que propusieran una línea base a partir de las cuales se fijaron los porcentajes exigidos sobre cada meta. Sí se reconoce que ahora se ha empezado a negociar el tema de los porcentajes y los tiempos.

La Sra. A. Costa, Encargada de Metas del SMI sostuvo que en las primeras instancias de la firma del contrato de gestión con la JUNASA, pudieron proponer los porcentajes a los cuales podían llegar. Comentó que al comenzar a trabajar en las metas muchas instituciones se dieron cuenta de que esos porcentajes eran excesivos y tras negociaciones se pudieron bajar.

El Dr. Pérez, representante de la Asociación Española, dijo que se hicieron propuestas a la JUNASA pero desconoce el grado de desarrollo que estas tuvieron.

Sobre el tema el Dr. Toledo (CASMU) determinó que el único actor que participó en el establecimiento de metas fue el MSP, sin tener conocimiento de que lo hayan hecho otros actores tanto a nivel gremial como institucional.

Asimismo expresó que recientemente el Ministerio está evaluando los distintos inconvenientes de las metas, cómo implementarlas, cómo fiscalizarlas o en qué tiempo, así como el hecho de que no todas las instituciones son iguales.

- Representantes de la FUS y del SMU

El entrevistado por la FUS dice que hubo participación del gremio en la instrumentación y el cumplimiento por parte de los prestadores, refiriéndose específicamente a la meta de capacitación de recursos humanos. Es decir, del diseño de la meta no tuvieron participación, sino que hacen hincapié en su cumplimiento.

4. Capacidad del mutualismo para afrontar el cambio hacia el nuevo modelo de atención

- Representante del MSP

Al consultar sobre el tema a la Directora de Metas en el Ministerio, la misma declaró que las instituciones de salud deberían estar preparadas para enfrentar el

cambio. Si no lo estaban, debieron hacerlo rápidamente con la aparición de las metas como forma de obligar de algún modo a los prestadores a encaminarse hacia el nuevo modelo de atención que se pretende instaurar en el país.

Similar argumento expresó el informante calificado, Dr. H. Bagnulo, quien sostuvo que el mutualismo tendrá que estar preparado, pues deberá comenzar a gestionarse con otro nivel de calidad. La salud está evolucionando hacia eso y ahora el país está invirtiendo mucho más dinero.

Las expresiones anteriores manifiestan entre líneas el hecho de que durante el proceso de implementación del nuevo sistema, en sus etapas iniciales, no hubo un diagnóstico que permitiera evaluar si las instituciones prestadoras de salud estarían en condiciones de llevar a cabo las exigencias propuestas por la JUNASA.

- Representantes de las IAMC

Los representantes del sector mutual entrevistados, si bien en general coinciden en que las instituciones no estaban preparadas, sugieren que algunas lo estaban más que otras dependiendo del grado de organización de su gestión, de su dotación de recursos físicos e informáticos, entre otros. Por otra parte, según éstos, se puso en evidencia las carencias que existían en la modernización e informatización de los registros y surge la necesidad de revisión constante de los procesos de trabajo.

Plantean que las instituciones establecen procedimientos por escrito que son continuamente revisados y actualizados, no sólo porque las metas van cambiando sino porque también se detectan errores y otros aspectos que deben corregirse.

Otra sensación recurrente entre dichos entrevistados, tiene que ver con las dificultades que presenta el escaso margen de tiempo, que entienden, establece el MSP para el cumplimiento de las medidas planteadas. Sostienen que el Ministerio pretende que las mutualistas se gestionen rápidamente para llevar adelante los cambios, en muy poco tiempo.

Al respecto la Encargada de Metas del SMI, entiende que las medidas deben ser informadas con el tiempo suficiente para adecuar la estructura y la organización institucional. De lo contrario se trabaja siempre con un alto nivel de exigencia que obliga a los prestadores a estar continuamente revisando sus procesos de trabajo y reacomodando las tareas, sin el tiempo suficiente para gestionar de forma adecuada cada meta. El tiempo que la entrevistada considera necesario es de al menos treinta días.

Estas declaraciones pueden leerse como uno de los cuestionamientos que desde las instituciones de salud se le hace al MSP y dan pistas sobre algunas de las debilidades y aspectos a revisar desde JUNASA.

- Representantes de la FUS y del SMU

El entrevistado por FUS entiende que el mutualismo está preparado (en este momento) porque ya ha transcurrido cierto tiempo desde la puesta en práctica del modelo de atención.

Por su parte Odriozola en representación del SMU piensa que no estaban preparadas, el grado de preparación era muy heterogéneo y vinculado a la prolijidad o desprolijidad de la gestión de cada institución. Sostiene que quedaron en evidencia muchas carencias informativas de éstas y que se percibió la necesidad de modernizar e informatizar registros.

5. Evaluación del compromiso de las instituciones de salud respecto al cumplimiento de las metas asistenciales

- Representante del MSP

La representante del MSP entrevistada, consideran que, desde los prestadores de salud se da una combinación de dos cosas: por un lado cumplir la meta para obtener un beneficio económico y por otro, un compromiso con el cambio. Esto depende en gran medida de cómo fuera la política asistencial de cada mutualista.

Al respecto afirmó Cristina Becoña:

“Por ejemplo el CASMU siempre desarrolló una política de primer nivel de atención mucho más de acercarse al usuario que otras instituciones, entonces algunas de estas cosas le resulta mucho más fácil implementarlas”.

- Representantes de la FUS y del SMU

Sin embargo los representantes entrevistados por los gremios realizan duras críticas hacia el compromiso que puedan tener las mutualistas con las metas exigidas. El entrevistado por el SMU señala que para las empresas de salud es simplemente una meta que hay que cumplir para mantener un equilibrio financiero. Su gremio reclama mayor participación en los organismos de conducción por creer que tienen mucho para aportar, quieren que se los separe del corporativismo médico *“que sólo se mira el bolsillo y el ombligo”*.

Conciben la reforma como tema propio, por tal motivo toman los recaudos necesarios para que su accionar no sea dañino a la misma. En este sentido enfatiza en avanzar logrando un equilibrio entre los intereses del gremio y los demás actores involucrados. No tienen dudas que por parte del MSP el objetivo también es la mejora cualitativa, pero la forma de implementar determinadas metas no lo asegura. Ejemplo de ello fue la meta de capacitación, según Odriozola (SMU):

“la empresa se apura en demostrar los cursitos, los funcionarios se sacan el clavo de encima habiendo asistido, el MSP pone una meta accesible para ayudar al financiamiento de las mutualistas”.

El entrevistado por la FUS no percibe un compromiso en la gestión de las mutualistas que demuestre un involucramiento cualitativo en el cumplimiento de metas. Asegura que existen resistencias y que éstas son opositores a la reforma. Las instituciones lo toman como una imposición y limitan su interés a los consejos consultivos.

“Nosotros hemos visto en la JUNASA que hay instituciones que trampean un poco ese tema y cabalmente no las llevan a cabo, porque la meta tiene un costo”. (H. Dos Santos, FUS)

Por su parte asegura que los integrantes de la federación están comprometidos sustancialmente en la profundización de la reforma, y cita como ejemplo la inclusión de cursos de capacitación en el programa del gremio. En este sentido cabe la mención de que en esos momentos (realización de la entrevista) se estaba llevando a cabo un curso sobre salud laboral, género y equidad.

6. Percepción del cambio en el nivel de atención al usuario

- Representante del movimiento de usuarios de la JUNASA

Refiriéndose a la percepción que han tenido los usuarios en cuanto al cambio que ha generado la reforma, la representante de estos en la JUNASA, asegura que en general el balance de la población es positivo, ya que al aportar al FONASA todos los hijos menores tienen derecho a la cobertura sin importar cuantos sean.

- Representantes de la FUS y del SMU

Sobre este aspecto, el entrevistado por el SMU aprecia un cambio que en general se valora como positivo. Desde el gremio médico se sostiene que la incorporación de metas es una herramienta para otros cambios, como por ejemplo la referenciación de la población en el primer nivel de atención.

El entrevistado por la FUS considera que el cambio no se ha visto con profundidad y que el mismo sólo se puede apreciar en aspectos esporádicos como por ejemplo en lo que tiene que ver con la parte administrativa relativa a la atención.

7. Distintas formas empleadas para informar a los usuarios de la salud de sus derechos

- Representantes del MSP y del movimiento de usuarios de la JUNASA

La entrevistada por el MSP reconoce la existencia de una fuerte debilidad sobre el tema. Asimismo considera que hay metas en las que es más fácil llegar al usuario por haber una tradición cultural en la población en relación a ellas. Tal es caso de la Meta 1 referida al control del niño y la mujer embarazada. De acuerdo a Becoña no es fácil salir del modelo de atención que viene instaurado desde hace muchos años en nuestro país y convencer a las personas de que deben someterse a controles preventivos aunque no estén enfermas.

La representante de los usuarios en la JUNASA declaró que por más difusión que se realice, si no existe un cambio de mentalidad en las personas, es difícil que entiendan que deben ir al médico aun estando sanos. Hasta que todos los involucrados no comprendan en qué consiste la reforma de la salud y su profundidad, el camino hacia la misma será muy lento. Desde el movimiento de usuarios dentro de la Junta, se realizan cursos destinados a su formación de modo de mantener a los involucrados informados y dotarlos de mayor participación.

- Representantes de las IAMC

De las entrevistas se desprende que existe la obligación por parte de los prestadores de salud, de informar a los usuarios y pacientes del sistema sus derechos y deberes. Una de las formas más usuales de hacerlo es a través de la entrega a sus afiliados de una cartilla en la que se especifican estos aspectos.

Otra modalidad adoptada para informar a los usuarios, es por medio de la comunicación telefónica. Se expresa por parte de los entrevistados que en algunos casos los afiliados aprovechan esta oportunidad para aclarar otras dudas, ocasionando que este tipo de comunicación insuma mucho tiempo. Además se llega de modo directo, cuando el usuario asiste a consulta; por medio de publicaciones en la página *Web* de las instituciones o a través del funcionamiento regular de los consejos consultivos dentro de la organización.

8. Impacto de las metas asistenciales en la consecución de metas propias de los prestadores y necesidad de nuevos recursos para la implementación

- Representantes de las IAMC

Sobre el impacto que pudieron tener las metas asistenciales, la mayoría de los representantes de las instituciones de salud entrevistados, coinciden en el gran

esfuerzo que se realiza para poder dar cumplimiento a las metas, siendo el factor más importante la cantidad de recursos que se destinan para ello. Enfatizan que las metas insumen un gasto extra que ocasiona un desvío de fondos que podrían ser destinados a otros logros institucionales.

Por su parte el Director Técnico del CASMU declaró que en su institución hace mucho tiempo que se sigue con una política de atención alineada con las metas asistenciales, por lo tanto las mismas no han interferido en el logro de metas propias, por el contrario, se han sumado a lo que venían haciendo.

En cuanto a la necesidad de incrementar recursos para el cumplimiento de las metas, todos los entrevistados coinciden en que hubo que contratar nuevos recursos humanos. Asimismo, se debió pagar muchas horas extra y en algunos casos también hubo que ampliar o modificar la infraestructura y en otros adquirir nuevos *software* y soporte técnico.

9. Dificultades para la implementación de metas asistenciales

- Representantes de las IAMC

La representante entrevistada por el SMI identificó como dificultad el desconocimiento de las estructuras, de los recursos y de aspectos de la organización necesarios para hacer frente a esta nueva demanda.

También señaló como problemático el acceso a los distintos usuarios del sistema mutual que se requerían para alcanzar las metas, así como su desinformación que ocasionó trabas para abordarlos. Al respecto ejemplificó que en caso que la comunicación se estableciera a través de teléfonos celulares para contar con un registro para las auditorías del Ministerio, algunos usuarios reaccionaron con desconfianza y se les otorgaba el número telefónico de la institución para que posteriormente verificaran que se los había llamado de ahí. También planteó que hubo dificultades para llegar a los usuarios según la franja etaria a la que pertenecían.

Sostuvo que el Ministerio exige demasiado a las instituciones sin otorgarles el tiempo necesario para que puedan evaluar todos los requerimientos, para gestionar mejor las metas y organizarse. La forma de trabajo debe ser reformulada permanentemente.

Similar idea transmitió el entrevistado por la Asociación Española, que además de señalar la resistencia como factor de dificultad, dio ejemplo del escaso tiempo entre la comunicación de la meta y el comienzo de su implementación:

“La Meta 2 y Meta 3 con los controles para los adultos mayores, ahí el 26 o 27 de junio se comunicó algo que empezaba el 1ero. de julio y eso fue muy difícil de absorber”. (M. Pérez, As. Española)

A su vez sostuvo que los procedimientos de trabajo se van actualizando y modificando porque las metas van cambiando y porque se detectan errores o se encuentra mejor modo de hacer las cosas.

Otro problema identificado para la implementación fue la inadecuada estructura organizacional. Tal es el caso del CASMU, sobre el cual su Director Técnico expresó que siempre ha tenido un sistema asistencial muy descentralizado, lo que exige un mayor esfuerzo para unificar criterios, por ejemplo en la información utilizada. La recolección de la misma se dificulta ya que se encuentra dispersa. Asimismo declaró que uno de los intentos realizados para tratar de paliar esta problemática, es el uso de la HC electrónica, pero su utilización es reciente y sólo un 20% de los médicos lo hacen.

- Representantes de la FUS y del SMU

El representante por el gremio médico opinó que la problemática se presenta según los diversos intereses que existan sobre cómo llevar adelante las metas, de la motivación que tenga cada prestador para cumplirlas y de cómo las lleva adelante.

Para el representante de la FUS las principales dificultades provienen de las propias instituciones de salud. Sostuvo que un factor es la resistencia que ofrecen algunas de ellas para dar cumplimiento a las metas debido al costo que implican.

Aseguró que algunas trampean los resultados de su gestión para presentar como cumplidas las metas. Por lo que considera que los controles por parte de la JUNASA deberían implementarse con mayor profundidad.

Otro aspecto señalado son las severas deficiencias que tienen algunas mutualistas en su infraestructura, como por ejemplo la falta de habilitaciones. A su vez manifestó que en mutualistas que presentan súper población de socios se identifican escasos RRHH, falta de adecuación edilicia, emergencias saturadas y largas esperas para consultar especialistas.

Con relación a la participación de los usuarios de la salud, el entrevistado por la Federación cree que su inclusión a los consejos consultivos es lenta pues no comprende aún el tema y además por más que los mismos se convoquen en tiempo y forma, no funcionan en todos lados.

Para finalizar este apartado vale mencionar la postura de algunos informantes calificados:

Tanto el Dr. Bagnulo como el Dr. Sandoya señalaron como debilidad de la reforma de la salud, el hecho de que los médicos desempeñen sus actividades en varias instituciones.

Identifican este aspecto como uno de los motivos por los cuales se pueden apreciar fallas en la implementación y cumplimiento de las metas asistenciales, pues es muy difícil lograr un sentimiento de pertenencia del trabajador con su lugar de trabajo y eso trae como consecuencia la falta de compromiso con el logro de objetivos.

“...Para mí la gran falla de este sistema es que hasta ahora no actuó sobre la fuerza laboral... En realidad todos siguen teniendo tanto o más multi empleo que antes. Ahí es donde la cosa no ha marchado...” (Dr. H. Bagnulo, informante calificado)

“...Tenemos un sistema armado en base a que muchos corren de un lado para el otro y terminan desgastados de la profesión.... El sistema hace que los médicos anden por varios lados, es muy difícil ese sentimiento de pertenencia...” (Dr. E. Sandoya, informante calificado)

10. Adecuación del pago por cumplimiento de metas respecto al esfuerzo para lograrlas

Este punto intenta reflejar las distintas opiniones brindadas de los representantes entrevistados por las instituciones de salud sobre cuán apropiado es el pago que se efectúa por el cumplimiento de metas, respecto al esfuerzo que realizan las mismas para ello.

Asimismo se cuenta con opiniones de informantes consultados antes de comenzar el trabajo de campo.

- Representantes de las IAMC

Todas las personas entrevistadas en representación de las mutualistas coinciden en que la consecución de las metas asistenciales requiere de esfuerzos y costos muy altos para las mutualistas.

La entrevistada por el SMI indicó que se debió incorporar un equipo de trabajo puntualmente para el cumplimiento de metas y eso tiene un costo muy grande.

También asienten que independientemente de lo que perciban por las mismas, es preferible cumplirlas pues de lo contrario existe un perjuicio económico derivado de la sanción aplicada por el Ministerio de Salud.

“Lo que pasa que también tiene otra parte esto de las metas es que a veces el interés primordial muchas veces no es en la buena calidad de la atención sino es llegar a la meta sino no la cobramos...” (A. Costa, SMI)

A su vez se hallaron diferentes posiciones en lo que tiene que ver con la adecuación del dinero que reciben por cumplimiento.

El Director Técnico del CASMU sostuvo que sería bueno destinar mayores incentivos económicos al pago por cumplimiento ya que las metas son cumplidas para todos sus socios y no sólo para los usuarios FONASA y que el pago no es suficiente.

En una entrevista realizada por el diario El País (Capurro, 2011), Toledo expresó:

"En 2008 hicimos un estudio que nos daba que en el viejo sistema, el CASMU recibía más dinero del que recibe hoy"

El Encargado de Metas de la Asociación Española comentó que lo que perciben por el cumplimiento de metas es lo que les corresponde, pues de lo contrario son penalizados. Por tal motivo planteó recibir un adicional por alcanzar la meta con el motivo de mejorar la implementación de la misma y su costo.

Es de relevancia destacar la opinión de dos informantes calificados (Dr. Bagnulo y Dr. Sandoya) que señalaron una debilidad en el tema del pago por cumplimiento. Se refirieron a la molestia que ocasiona en el sector mutual el hecho de que no hay exigencias en cuanto a metas por parte del Ministerio hacia Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y que sin embargo su presupuesto es cada vez mayor. Sostienen que el MSP pierde validez al no tener el mismo nivel de exigencia para las IAMC que para ASSE y que este

último no sólo desconoce el tema metas sino que también un montón de normativa que el Ministerio les requiere a las mutualistas.

11. Controles realizados desde el MSP en relación al cumplimiento de metas

- Representante de MSP

Según lo expresó la Directora de Metas, la forma que tiene el Ministerio de controlar si se están cumpliendo con las metas es mediante auditorías. Para ello se toman muestras y los encargados de ello son de Fiscalización.

Expresó que el pago se realiza en dos partes: en la primera se le paga a las instituciones de acuerdo a lo que ellas informan que han alcanzado y la segunda se paga por auditoría. Si existen diferencias en los resultados manifestados por dichas instituciones se les descuenta lo pagado.

Consultada sobre qué se pretende medir con esos controles, declaró que apuntan a confirmar los resultados enviados por los prestadores; se pretende medir los porcentajes declarados en relación a la meta planteada.

- Representantes de las IAMC

La Encargada de Metas del SMI señaló un desfase entre los auditores que pertenecen a Fiscalización y los instructivos de metas. Según sus declaraciones, por un lado las instituciones se mueven con el instructivo y los auditores vienen con otras exigencias o directivas, por lo que durante la auditoría hay que estar muy atento.

Asimismo estableció que en un principio eran más desorganizadas. Puso como ejemplo de ello el caso de la primera auditoría en la que les solicitaron las HC, donde el MSP advierte sobre la misma una hora antes de concretarse.

Por otra parte reconoce la buena disposición de los representantes de Fiscalización a tratar de resolver el problema y generalmente lo auditan con el instructivo que tenga la institución en ese momento.

El entrevistado por la Asociación Española manifestó que a veces los auditores se presentaban con directivas que al momento de establecer la meta, no quedaban lo suficientemente explícitas.

Tanto la representante del SMI como el de la Asociación Española reclaman que los puntos a controlar en cada meta sean más claros.

El Dr. Toledo (CASMU) estableció que si bien la fiscalización es difícil, la misma resulta una experiencia en la cual todos aprenden: por una parte se le señalan errores a corregir la institución y a su vez el equipo de fiscalización toma conocimiento de dichas debilidades y aprende a interpretarlas.

- Representante de la FUS

Como mencionó el Sr. Dos Santos, se identifica una falta de profundización en los controles realizados desde el Ministerio en lo que respecta al cumplimiento (por parte de las instituciones de salud) de aspectos vinculados con los contratos de gestión.

Sobre este tema también se cuenta con opiniones vertidas por otros informantes calificados:

Existe consenso entre los mismos en que los controles por parte de la JUNASA no son del todo suficientes o les falta adecuación, aunque algunos encuentran como aspecto positivo que al menos se haya comenzado a controlar.

Sobre las auditorías se recogieron las siguientes opiniones:

“...Es burocrático, es espantoso, porque aparte esa es la orden que traen, algunos no son médicos ni nada entonces ellos no entienden la historia clínica, lo

único que vienen a ver es que tengan las 4 rayitas o la 20 rayitas. Si las tienen está bien y sino te la observan...” (Dra. S. Sanibo, informantes calificado)

“...No hay posibilidad de controlar a fondo todo...Entonces uno puede en esto juntar historias si es que van a revisar historias. Hacer cosas para que parezca como tal. Y en realidad los controles de la JUNASA no pueden llegar a determinar si eso realmente se hace o no se hace... Por ahora algunos mostrarán algunos números, los que incluso pueden ser fabricados, y la JUNASA por ahí podrá ver algunas cosas y otras no las verá, la mejora ocurrirá cuando se produzca el cambio cultural”. (Dr. E. Sandoya, informante calificado)

“Yo creo que los controles nunca son suficientes, siempre se pueden mejorar. Pero por lo menos se empezó a controlar..., los controles hay que hacerlos más, hay que mejorarlos, hay que tener mejores cuerpos inspectivos...” (Dr. H. Bagnulo, informante calificado)

12. Plazos para la entrega de información por parte de las instituciones al

MSP

Respecto a este apartado sólo se cuenta con la opinión de los representantes de las instituciones de salud ya que son los involucrados directos en la preparación y entrega de la información. A su vez se recogieron las posiciones de los

informantes calificados por su experiencia con las instituciones de salud a las que pertenecen o pertenecieron.

- Representantes de las IAMC

Dos de los entrevistados por el sector mutual (representante del CASMU y Asociación Española), sostienen que los tiempos estipulados para entregar la información no presenta mayores dificultades.

Por otro lado Adriana Costa (SMI) piensa que los tiempos son muy cortos, ya que termina una meta e inmediatamente empieza la otra, entonces se superpone la elaboración de la información de la meta anterior con la puesta en práctica de la actual. Esto lleva a que se desatienda el inicio de la nueva meta para poder cumplir en tiempo con la entrega de información de la anterior.

Los informantes calificados consideran que los plazos son adecuados aunque existen quejas del sector mutual.

La Dra. Sanibo expresó que la información que se solicita se avisa con tiempo suficiente.

La misma opinión mantuvo el Dr. Bagnulo y traslada la responsabilidad a las mutualistas por carecer de adecuados sistemas de registro:

“Suficientes son. Lo que pasa que si a ellos no les dan los plazos es porque no tienen un sistema de registro adecuado”.

Según el Dr. Sandoya por parte de las mutualistas existen quejas de que los tiempos no dan y que por parte del Ministerio se piden muchas cosas juntas.

B. META 2

1. Capacitación de RRHH

En este punto se desarrollarán los siguientes ítems:

- a. Personal a capacitar y forma de convocar a los cursos
- b. Características del dictado de cursos
- c. Evaluación de conocimientos adquiridos y posterior seguimiento en la práctica
- d. Principales dificultades para el cumplimiento de la meta

a. Personal a capacitar y forma de convocar a los cursos

- Representante del MSP

En cuanto a la capacitación de RRHH, la Directora de Metas estableció que en principio el MSP fijó un determinado porcentaje a alcanzar sobre el total de funcionarios que tuvieran atención al público. Después se realizaron cursos para un grupo específico, tal fue el caso de los dirigidos a los médico de adolescentes y adultos mayores sobre la elaboración de la Hoja SIA y el CAM. Posteriormente la posibilidad de asistir a los cursos se abrió a todos los funcionarios.

Tal como lo sostuvo la Directora, la meta se va evaluando continuamente.

- Representantes de las IAMC

En base a los entrevistados, dentro del sector mutual se aprecia que existieron similitudes en la forma de convocar a los cursos.

Según la Sra. A. Costa (SMI) en primera instancia, los cursos se realizaron fuera del horario de trabajo y se pagaban horas extras o a compensar según la conveniencia del funcionario. Esta modalidad no tuvo mucha aceptación por lo que se decidió comenzar a hacerlo dentro del horario de trabajo teniendo la posibilidad de asistir al mismo curso en la mañana o en la tarde, mejorando de

este modo la aceptación por parte de quienes debían concurrir. Sobre la cantidad de trabajadores a capacitar dada por el Ministerio, no se declaró ni a favor ni en contra. Se mostró a favor de la meta pero criticó el hecho de que había gente interesada en participar de los cursos y que sin embargo no lo podía hacer por no contar con la autorización desde el MSP.

El entrevistado por la Asociación Española también coincidió en que en el primer período de implementación, los cursos fueron dictados fuera del horario de trabajo a diferencia del último período de capacitación. A su vez, en esta segunda instancia se incluyó personal que no necesariamente estaba ligado a la atención directa al público, y esto facilitó la posibilidad de realizar cursos dentro del horario de trabajo. En cuanto a la cantidad de trabajadores que debían cumplir con la asistencia a los cursos (575 funcionarios), estableció que era muy elevado. Argumentó que si bien los cursos eran importantes, también lo era la asistencia al trabajo y la atención al público.

El Dr. Toledo (CASMU) sostuvo que la mayoría del personal que asistió a los cursos (90%), lo hizo de manera voluntaria, y el resto se derivó por necesidad. Estableció que se implantó una modalidad de incentivo a los trabajadores que completaran todo el ciclo de capacitación, la cual consistía en un día adicional de licencia. En cuanto a la disponibilidad horaria expresó que había cursos dentro del horario de trabajo, y quienes tuvieran contrato de exclusividad con la institución tenían la posibilidad de realizarlos fuera de dicho horario. Al consultarlo sobre la

adecuación de la cantidad de personal a capacitar exigido por el MSP (492 personas), declaró que no sabía el por qué de ese número y que tampoco se lo habían planteado.

Asimismo todos los entrevistados por el sector mutual coincidieron en que no se aplicaron sanciones a quienes no deseaban concurrir a los cursos.

b. Características del dictado de cursos

- Representante del MSP

Al respecto la Directora de Metas señaló que los temas se establecían desde el Ministerio pero el desarrollo era propuesto por los prestadores de salud, siempre y cuando cumpliera con los requerimientos del MSP. Sin embargo algunos cursos específicos como el de bioética y accidentes de tránsito, ya se dieron pautados.

Asimismo la entrevistada manifestó que el Ministerio tiene por política establecer a las instituciones lo que tienen que hacer en base a ciertas indicaciones, pero el cómo lo dejan a su criterio según las características de cada una. Sin embargo cuando el cómo influye en los resultados, deben intervenir.

Tal fue el caso de la cantidad de asistentes por cada curso, sobre el cual debieron agregarse pautas en el instructivo, por ejemplo acerca los trabajos en taller y los grupos que permitan una asistencia más participativa.

Sobre ese aspecto informó que en principio no estaba reglamentado pero que fue necesario hacerlo al tomar conocimiento de que en algunos lugares cumplían con el dictado de cursos agrupando a las personas todas juntas, en un solo día y con una carga horaria muy extensa.

- Representantes de las IAMC

Los informantes por la Asociación Española y el CASMU declararon que se realizó la capacitación dentro de las instituciones en grupos que no superaron las cincuenta y cinco personas. Por su parte la consultada en representación del SMI sostuvo que se efectuaron en otro lugar con capacidad ilimitada pero que dependiendo del orador, de la modalidad elegida y de los temas del curso, se formaban grupos más pequeños.

A su vez los Encargados de Metas de la Asociación Española y del SMI coincidieron con lo que establece el Ministerio, que los temas estaban definidos así como la duración; en cambio los docentes, criterios y profundidad de cada uno lo definía cada institución. En representación del CASMU no se opinó al respecto.

En cuanto a los docentes todos señalaron que eran elegidos por ser los referentes institucionales en cada tema (excepto para el curso de accidentes de tránsito que participó personal de policía caminera).

c. Evaluación de conocimientos adquiridos y posterior seguimiento en la práctica

- Representante del MSP

Sobre este tema la Sra. Cristina Becoña reconoció la necesidad de profundizar en las evaluaciones de los cursos, así como también sobre la aplicación de los mismos en la práctica. En cuanto a este último punto estableció que una parte muy importante del aprendizaje depende de cuántas veces se repita en la práctica y de cómo sea monitoreado desde los mandos medios de las instituciones, lo cual hasta el momento no se ha evaluado.

Asimismo declaró que para evaluar el cumplimiento de la meta por parte de los prestadores de salud, se dieron dos tipos de controles, uno de ellos fue presencial: las mutualistas tenían que enviar al MSP los cronogramas de capacitación, los auditores se presentaban en alguno de los cursos, chequeaban que se estuviera llevando a cabo y controlaban que los que estaban presentes coincidieran con la lista de asistentes. El otro control es mediante auditoría de legajos personales donde tiene que haber una constancia de asistencia y evaluación.

- Representantes de las IAMC

Con respecto a las evaluaciones de los conocimientos adquiridos la Sra. A. Costa (SMI) declaró que consistían básicamente en la realización de una encuesta muy básica y que era la misma para todos los cursos. Al ser consultada sobre la suficiencia de este control, se refirió al mismo calificándolo de insuficiente y señaló que por parte del Ministerio sólo se audita que en la práctica se lleven a cabo los conocimientos referidos a la capacitación en buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.

El Dr. Pérez (Asociación Española) expresó que si bien las evaluaciones no son suficientes, está más a favor de realizar las mismas preguntas antes y después del dictado de los cursos como forma de evaluar su grado de aprovechamiento. En cuanto al seguimiento en la práctica de su aplicación, sostuvo que es difícil debido a la temática abordada. Entre algunos ejemplos citó los cursos sobre violencia doméstica, accidentes de tránsito, salud sexual y reproductiva, cambio en el modelo de atención y adicción.

A su vez cree que la capacitación es una meta de la cual no se puede exigir demasiado en cuanto a cantidad de conocimiento y calidad, pues la duración es de dos horas y a partir de los cuarenta minutos la capacidad de atención disminuye.

Por su parte el Dr. Toledo (CASMU) estableció que si bien los controles no eran suficientes, en su institución la evaluación consistió en un formulario pre impreso con preguntas post curso. Además, como forma de aprovechar esta herramienta se incluyeron preguntas para tomar conocimiento de otros temas que sean de interés a los trabajadores o consideren necesarios, y así continuar en línea con la meta independientemente de que la hubiera o no.

d. Principales dificultades para el cumplimiento de la meta

Sobre las dificultades que se presentaron en la meta, se contó con las experiencias relatadas por los informantes consultados al inicio de la investigación. Por parte de los representantes de las instituciones de salud no se obtuvo manifestaciones al respecto.

La Dra. Sanibo planteó que había muchos médicos que no querían ir a los cursos, pues al trabajar en más de una institución, si asistían al curso dictado en una era lógico que no quisieran concurrir al mismo curso dictado en otra mutualista.

Consultada cierta documentación emitida por el Equipo de Metas Asistenciales de la JUNASA, se estableció posteriormente una solución permitiendo que una institución tomara como capacitado un trabajador que hubiera realizado el mismo curso en otro lugar de trabajo.

También se refirió al tema de los incentivos para que el personal concurra a los cursos mencionando como ejemplo el pago de las horas de capacitación como si se hubieran trabajado. Negó el hecho de que se aplicaran sanciones a quienes no quisieran concurrir, pero dejó entre ver que el personal se sentía presionado a asistir.

Asimismo el Dr. Bagnulo se refirió a otro tipo de problema vinculado a la falta de determinación de la profundidad requerida para los cursos por parte del Ministerio, lo que ocasionó que algunos prestadores dieran cursos a niveles muy avanzados que no se adecuaban al tipo de público que asistía. En algunas instituciones se dictaron temas que por su contenido, eran propicios sólo para el personal médico, nurses o auxiliares de enfermería bien entrenado; sin embargo también se hizo asistir a personal administrativo.

Según el Dr. Sandoya la meta de capacitación debió ser analizada con más profundidad, con mayor exigencia por parte del Ministerio de la metodología educativa a emplear. Sobre este asunto sostuvo:

“...sólo se contaba con una concepción inicial, la que no se vio complementada de un análisis cuidadoso y detallado, dando participación a los diferentes actores, para después luego llegar a su implementación”.

Otro factor de dificultad se identificó desde los trabajadores que ofrecieron resistencia para asistir a los cursos. Tal como lo determinaron los informantes, el grupo que menor receptividad demostró fue el de los médicos, mientras que el personal de enfermería y nurses fue el más receptivo ya que son quienes menos oportunidades tienen para capacitarse.

Al respecto se recogieron algunas declaraciones:

“El personal de enfermería en algunas instituciones sobre todo, sintió que por primera vez se le abría una puerta de participación”. (Dr. H. Bagnulo, Informante calificado)

“...estaba más interesado el personal no médico que el médico. En general el no médico tenía más interés porque para ellos era algo nuevo”. (Dra. S. Sanibo, informante calificado)

“Tenemos un sistema armado en base a que muchos corren de un lado para el otro y terminan desgastados de la profesión. Poco les interesa atender pacientes, menos les interesa la capacitación”. (Dr. E. Sandoya, informante calificado)

2. Médico de Referencia

a. Elección del médico de referencia por parte del usuario

- Representantes de las IAMC

Con relación a esta meta, de acuerdo a los entrevistados, se presentaron diversas dificultades para llegar a los usuarios para que realicen la elección de su médico de referencia. Algunas de estas son la desconfianza por la desinformación que sobre el tema tienen los usuarios y que la figura del médico de referencia aún no la tienen incorporada. Incluso algunos pacientes toman al especialista como su médico de referencia. Sostienen que están realizando esfuerzos para tratar de educarlos para que pidan con su médico de referencia.

Una de las formas que se han implementado para vigilar este aspecto son los controles anuales o bi anuales dirigidos a los adultos de 45 a 64 años denominado *Screening* preventivo, Carné del Adulto Mayor para los mayores de 65 años y la Hoja SIA para los adolescentes.

Otro de los inconvenientes que se plantea es que el usuario puede cambiar su médico de referencia cuantas veces quiera. A su vez no está obligado a atenderse con éste si desea asistir a otro profesional.

El Dr. Edgardo Sandoya al respecto dijo:

“El problema es que tenemos una medicina o una atención sanitaria en que los médicos del primer nivel están muy sub valorados. Entonces para los pacientes si no vienen al cardiólogo no se sienten atendidos”.

La entrevistada por el SMI, declara que se han identificado distintos inconvenientes para lograr que los usuarios efectúen su elección según las distintas franjas etarias de la población. En la población adolescente es donde se presenta menos receptividad y las diferentes instituciones consultadas expresan que ofrecen diversidad de beneficios para que concurran a realizar la elección de su médico.

Por su parte en la franja de 45 a 64 años los mayores problemas se presentan por ser uno de los grupos con mayor participación en el mercado laboral. De esta manera, no sólo pasan muchas horas fuera del hogar, sino que además son la población que menos concurre a consultar. Con las personas de 65 y más años, no se presentan demasiados inconvenientes, salvo quienes tienen problemas físicos o de otra índole que les impida trasladarse por sus propios medios.

Los entrevistados por las mutualistas entienden que los medios más utilizados para llegar al usuario fueron la comunicación telefónica, vía *mail*, papelería, afiches, revistas, el contacto personal con el usuario al momento de concurrir a

consultar y publicaciones en las páginas *Web* institucionales. En este momento las instituciones pueden apreciar que las personas están más informadas pero sostienen que es por efecto de la comunicación “boca a boca” y no porque exista alguna campaña de difusión masiva.

b. El personal médico respecto a la figura del médico de referencia

Según los entrevistados por las IAMC, la mayoría de los profesionales de la salud mantienen resistencia en relación a la figura del médico de referencia. La principal razón de esto es el tiempo que insume la parte administrativa, no pudiendo dedicar el tiempo suficiente al paciente.

Por tal motivo algunas de estas instituciones contrataron practicantes para ayudar al médico de referencia y más personal de enfermería, de modo de dotar al profesional con más apoyo para efectuar su trabajo.

Por su parte el Director Técnico del CASMU afirma que la receptividad fue buena ya que esta forma de trabajar está muy incorporada en la cultura institucional.

Para el Dr. Homero Bagnulo una de las principales fallas de esta meta en particular, es que no se ha actuado sobre la fuerza laboral. Sostiene que los médicos siguen teniendo tanto o más multi empleo que antes.

En cuanto al control de que los médicos cumplan con el perfil establecido en el instructivo de la JUNASA, no se encontraron mayores inconvenientes. Las instituciones envían al Ministerio la lista de médicos referenciados y se verifica que los mismos sean Médico General, Médico de Familia, Pediatra o Geriatra.

V. DISCUSIÓN

A continuación se exhibe el análisis de la información presentada en la sección anterior, conforme a la base teórica seleccionada.

Para ello es que se realiza una discusión de los resultados obtenidos en la investigación, alineada con la teoría sobre cambio organizacional, que permita evaluar en el caso de estudio cuáles aspectos de dicha teoría se cumplen y cuáles no.

Esto nos permite arribar a las conclusiones que se exponen en el siguiente capítulo de la obra.

En primer lugar, como ya se ha mencionado, para incorporar un cambio se debe detectar la necesidad del mismo y evaluar las razones por las cuales es ineludible para quien lo debe concretar en la práctica.

En nuestro caso de estudio se aprecia que la necesidad de cambio de las instituciones de salud, viene dada por las condiciones que impone el MSP para lograr los ejes fundamentales de la reforma de la salud. Como forma de acelerar este proceso es que el Ministerio creó e incorporó las metas asistenciales, incluidas en el contrato de gestión que celebran los prestadores con la JUNASA

para tener derecho a percibir ingresos (cuota salud) por cada usuario FONASA que tengan asociado.

Como ya se ha mencionado, el no cumplimiento de las metas por parte de las IAMC, trae como consecuencia que las mismas no reciban el pago correspondiente por cumplimiento, y además son sancionadas por el MSP con una penalización de índole económica.

De la presente investigación se desprenden opiniones más específicas respecto a la necesidad de adaptarse a este cambio.

Algunos entrevistados sostienen que hay instituciones más comprometidas en la implementación de las metas, sin embargo otras las adoptan únicamente por el beneficio económico que su cumplimiento conlleva, y que se trata de cumplir para mantener el equilibrio financiero de la institución. Otros sin embargo, opinan que algunas ya mantenían desde antes un modo de trabajar alineado con las metas y que se sumaron a la organización sin mayores complejidades.

Entre los entrevistados también están quienes opinan que hay instituciones que emplean el tema de las metas y su cumplimiento como una forma de *marketing*, para obtener una promoción dentro del sector.

Siguiendo con esta línea de análisis, podemos vincular las situaciones encontradas a los aportes realizados por K. Lewin cuando trata las fases necesarias para lograr un cambio con éxito.

A. ANÁLISIS DE RESULTADOS CONFORME A LA TEORÍA EXPUESTA POR K. LEWIN

Sobre este punto vale recordar que las tres fases que el autor considera imprescindibles son:

- Descongelamiento (hacer evidente la necesidad del cambio de forma que la organización o personas lo vean y acepten con facilidad)
- Movimiento (crear en las personas condiciones para inducirlos a reconocer la necesidad del cambio)
- Recongelamiento (se logra la decisión y acción de cambiar, se introduce el cambio)

En cuanto a la primer fase, se puede mencionar que una de las fallas que se cometen, es la de generar en las personas o grupos de trabajadores esa necesidad de cambio.

Es notorio que hay personal dentro de las instituciones que no se sienten comprometidas con el proceso. Principalmente desde el punto de vista del personal médico.

Uno de los factores a destacar en este sentido, es el desconocimiento que hay sobre el tema por parte de actores clave en el cumplimiento de las metas.

Dentro de las causas posibles del escaso compromiso, se encuentra la falta de sentimiento de pertenencia que tienen los médicos para con las instituciones en las cuales prestan sus servicios a causa del multi empleo. Esto es algo que algunos señalan como debilidad en la reforma de la salud y sobre lo que hay que actuar para modificar.

El compromiso con el cambio es más evidente en los mandos altos de las organizaciones, pero según las distintas opiniones, es un compromiso por cumplir nada más, para no perjudicarse económicamente.

Sobre la fase de **movimiento**, se destacan los esfuerzos que se realizan desde el cuerpo técnico de las instituciones, la formación de equipos de trabajo orientados a las metas y el nombramiento de nuevo personal dedicado a impulsar y difundir el compromiso con las mismas dentro de las instituciones.

Si bien existe voluntad por parte de la directiva de las instituciones de sembrar en el personal ese sentimiento con las metas, estos intentos son socavados por la constante modificación que sufren los procedimientos de trabajo. Esto puede deberse a los escasos plazos de implementación con los que cuentan los prestadores de salud. En plazos ajustados deben generar las condiciones

necesarias para dar cumplimiento a las metas, a esto debe agregarse que dichas metas cambian año a año.

Con este escenario, la posibilidad de generar y/o potenciar aptitudes, valores y conductas que, durante los procesos, se orienten a la consecución de las metas, parece, al menos, algo complicado.

Al llegar a la fase de **recongelamiento**, se aprecia que todavía no está muy desarrollada.

Las fallas que se detectan en las fases anteriores conllevan a que esta no funcione como debería imposibilitando un proceso de cambio que se logre con total éxito.

Esta etapa requiere que los individuos internalicen un nuevo comportamiento mientras lo están aprendiendo de modo que se convierta en la norma nueva, que sea incorporado a sus actos de forma natural.

Algunos factores que impiden la internalización de nuevos procesos, son la disconformidad de algunos profesionales médicos con la forma de trabajo que requiere el cumplimiento de metas. Por ejemplo, en la meta que pretende instaurar el médico de referencia existe contrariedad con algunos aspectos, como ser: el llenado de planillas o formularios (insumen demasiado tiempo), y la escasa valoración que la cultura médica da a los registros.

En base al material analizado, una lectura posible es que, en general no se visualiza una cultura de trabajo orientada al cumplimiento de objetivos preestablecidos. Salvo en las instituciones que ya tenían incorporados procedimientos similares, no se visualiza un enfoque en sintonía con las metas y el marco en el que éstas están propuestas.

Un aspecto muy importante a tener en consideración en cualquier proceso de cambio, son las fuerzas que actúan a favor del mismo (fuerzas impulsoras) y en contra (fuerzas restrictivas).

Al respecto, se identifican las siguientes fuerzas impulsoras:

- Esfuerzos gestionados desde el MSP para cambiar el modelo de atención de la salud
- Incentivo económico que perciben las instituciones de salud por el cumplimiento de metas asistenciales
- Otros incentivos, como ser el hecho de que el cumplimiento de metas otorga cierto reconocimiento a quienes las cumplen, lo cual es utilizado por las instituciones para promocionarse entre sus competidores

Identificación de fuerzas restrictivas:

- Aspectos relativos a la cultura del entorno
 - a. falta de formación y de valoración de los registros por parte del personal médico

- b. idiosincrasia, costumbre por parte de la población de asistir a consulta sólo cuando se está enfermo y no por prevención
 - c. sub valuación de profesionales del primer nivel de atención lo que genera que las personas sientan preferencia por atenderse con especialistas
 - d. otro factor relativo a la cultura, es la forma de trabajo de los médicos que en su mayoría es dispersa en varias instituciones con su consecuente falta de pertenencia y compromiso con cada una
- El cambio es impuesto por parte del MSP, dando poca o nula participación a los prestadores de salud en el tema, sin un conocimiento profundo de las condiciones dadas en el sector mutual para afrontarlo
 - Falta de preparación para adoptar las medidas del MSP por parte las los prestadores: inadecuada infraestructura, recursos escasos, carencia en la informatización y modernización de registros
 - Escaso tiempo para gestionar y organizar las estructuras organizacionales y los recursos necesarios
 - Las metas son cambiadas desde el Ministerio de manera frecuente: los procedimientos de trabajo deben ser constantemente revisados y modificados

Para el autor, la conducta es el equilibrio entre ambos tipos de fuerzas y sostiene que el incremento de las fuerzas impulsoras puede mejorar los resultados, pero también puede aumentar las fuerzas restrictivas.

Ejemplo de ello es el empuje desde el MSP para la consecución de metas. Esta imposición si bien es una fuerza que actúan en pro al cambio deseado, tiene su contrapartida en la resistencia que, en base al análisis del material de campo, manifiestan principalmente aquellas instituciones que se encontraban menos preparadas.

B. ANÁLISIS DE RESULTADOS CONFORME A LA TEORÍA EXPUESTA POR J. KOTTER

Error 1: No establecer la verdadera importancia del sentido de lo urgente

No se aprecia desde las IAMC un sentimiento o sensación de urgencia que genere impulsos enfocados hacia el logro de los objetivos deseados por el Ministerio. Es decir, la necesidad de cambio viene dada, es una obligación. El mismo no se presenta por factores de mercado o competencia, ni porque las instituciones enfrentaran problemas de crisis financieras que llevaran a las mismas a buscar nuevas oportunidades. Pero al hablar de éstas, vale mencionar que con el cambio sí se presentan, en lo que respecta a la posibilidad por parte de las mutualistas de acceder cada vez más a la incorporación de usuarios FONASA, recibiendo mayores ingresos por parte del BPS. A su vez esto genera una modalidad de competencia en el sector mutual.

Error 2: No establecer la coalición conductora lo suficientemente poderosa

Si bien existen equipos de metas en las instituciones, no se deja ver que estos interactúen con el resto del personal. Están concentrados en poder llegar con la información en tiempo y forma para entregársela al Ministerio y no tener sanciones. Se evidencia una falla en la comunicación entre los encargados de metas y el personal que las debe llevar a cabo en su labor diaria.

Error 3: Carecer de una visión

La sensación generalizada es que: mientras el objetivo del MSP es el cambio en el modelo de atención de salud, el de las instituciones es llegar a cumplir con la meta exigida, principalmente por el beneficio económico que implica.

Según se desprende de las entrevistas, los representantes de las instituciones consideran que no es posible crear una estrategia enfocada hacia las metas asistenciales ya que los tiempos no lo permiten y las metas están cambiando continuamente.

Error 4: Nivel de comunicación de la visión inferior al necesario

En cuanto a la comunicación, parece evidente que presenta debilidades. Algunos entrevistados coinciden en el hecho de que hay médicos que no saben de la

existencia de las metas. Nuevamente se señala la debilidad en la interacción del equipo de metas con el resto del personal.

A la luz de lo mencionado, resulta evidente la necesidad de que, quienes encabezan el cambio, adopten un proceder alineado con las nuevas conductas requeridas. Esto se hace muy difícil si el equipo tiene escasa o nula interacción con el resto de los involucrados en el proceso.

El hecho de que miembros directivos de las instituciones comprendidas en el estudio, no haya participado de los cursos de capacitación de RRHH, puede leerse como un ejemplo de la falta de credibilidad de las prestadoras de salud frente a las metas.

Error 5: No retirar los obstáculos para la nueva visión

A partir del estudio de campo se puede percibir que en general las instituciones trataron de facilitar el nuevo escenario en el que deben desarrollar las actividades los médicos de referencia, para ello se dotó de personal de apoyo. Algunos ejemplos son la contratación de licenciadas en enfermería por policlínica y de practicantes para que colaboren con el médico en la consulta.

También se puede señalar que algunas instituciones presentaron problemas estructurales para el cumplimiento de ciertas metas; es el caso del CASMU en lo

que tiene que ver con médico de referencia, ya que tiene un sistema asistencial muy descentralizado, con muchos consultorios periféricos y esto dificultó la unificación de criterios. Para tratar de subsanar estos inconvenientes se están implementando la utilización de HC electrónicas.

Error 6: No elaborar sistemáticamente un plan para obtener buenos resultados a corto plazo

En este sentido, la Directora de Metas de la JUNASA afirma que desde el Ministerio existe una planificación constante de procedimientos orientados a mejoras. Plantea que las metas son anuales o semestrales y cada vez que se termina un período se evalúan los resultados y se discute cómo seguir. Para cada meta se puede mantener, agregar o quitar indicadores.

En lo que tiene que ver con la retribución y reconocimiento de los demás involucrados, se analizó desde dos perspectivas: por un lado el sistema mutual y por otro el personal que integra dicho sistema. Para las mutualistas la principal retribución es el pago por cumplimiento de la meta; otro aspecto a tener en cuenta es el reconocimiento social de ser una institución que cumple con lo requerido por el MSP. Para el caso del personal que realizó la capacitación no existió ningún tipo de reconocimiento. Lo que sí hubo en algunos casos y más que nada al principio de la implementación de la meta, fue pago de horas extras o días de licencia adicional para incentivar a que participaran de la misma.

Error 7: Dar por alcanzados los resultados antes que el cambio esté enraizado en la organización

En función de las consideraciones de los entrevistados, desde las mutualistas no parece haber una preocupación en que el cambio sea arraigado, entienden que estas en principio se esfuerzan en conseguir los resultados para cumplir con la meta y poder percibir el incentivo económico que eso conlleva.

Los representantes de los prestadores de salud entrevistados, la mayoría considera que no hay una política de continuidad más allá de lo que exige la meta, es decir, una vez cumplida ahí se terminó el compromiso. Sí se percibió la formación de empleados que puedan contribuir con la puesta en práctica de las exigencias demandadas por el MSP, es el caso de la creación de equipos de metas por las instituciones.

Error 8: No arraigar firmemente los cambios en la cultura

Durante el proceso de implementación de las metas en general es muy difícil poder consolidar las mejorías ya que se realizan cambios constantes en las mismas.

En el caso de capacitación de recursos humanos uno de los inconvenientes importantes, tiene que ver con el hecho de que los cursos se realizan por única

vez. No existe un monitoreo ni un seguimiento a efectos de constatar si en la práctica cotidiana se aplican o no los conocimientos adquiridos.

En este contexto, resulta difícil concluir que los resultados de las capacitaciones, aunque fueran positivas, se mantendrán en el tiempo. Incluso podría esperarse lo contrario: la imposibilidad de supervivencia más allá del corto plazo.

En cambio, la meta orientada a instaurar el médico de referencia, parece estar fortalecida, y con proyección de continuidad. En parte debido a que se debe cumplir con los controles establecidos por parte del MSP, los cuales se efectúan solamente a través del médico de referencia.

De la discusión se desprende la visión general de los entrevistados por las distintas instituciones involucradas en la reforma.

La entrevistada por el MSP asegura que se pretende mejorar la calidad de la atención en la salud, para ello se optó por comenzar con el cambio de modelo de financiamiento para luego seguir con los demás. Si bien puntualiza aspectos a mejorar (meta de capacitación, controles, otros), es optimista en cuanto al compromiso por parte de los prestadores de salud en el cumplimiento de metas asistenciales, así como en el aporte de éstas a la sociedad.

Los entrevistados por el sector mutual en general sostienen estar de acuerdo con las metas, aunque les hacen críticas (escaso tiempos para la implementación, poca disponibilidad de recursos, cambios frecuentes en las metas). Dejan ver que están más preocupados en cumplir con la meta por el incentivo económico que por el significado de la misma.

Los representantes de los gremios entrevistados coinciden en que la reforma era necesaria y manifiestan su apoyo a la misma. Una de las críticas que realizan es la poca información y participación tanto de trabajadores como de usuarios. El entrevistado por la FUS responsabiliza a las mutualistas de ser opositoras a la reforma y ponerle trabas.

Tanto la representante de usuarios de la Junta como el de la FUS están de acuerdo en que existe desconocimiento generalizado de los usuarios sobre sus derechos. Asimismo el entrevistado por la FUS señala dificultades en la forma de organizarse de aquéllos.

C. ANÁLISIS DE RESULTADOS EN BASE A INFORMACIÓN DE LA JUNASA

Luego de realizados los controles por la JUNASA a los distintos prestadores de salud, ésta emite un informe anual, en el cual se detalla el grado de cumplimiento de la o las metas designadas para cada período.

El último informe es del período enero-diciembre de 2010 (Ver Anexo D). En éste se encontraron algunas inconsistencias, como ser al detallar la cantidad de instituciones que alcanzaron las metas de forma total, parcial, que no cumplieron o no enviaron información. Se constató que la suma de éstas no coincide con el total de instituciones que según la Junta estaban alcanzadas por el cumplimiento de metas (47 instituciones).

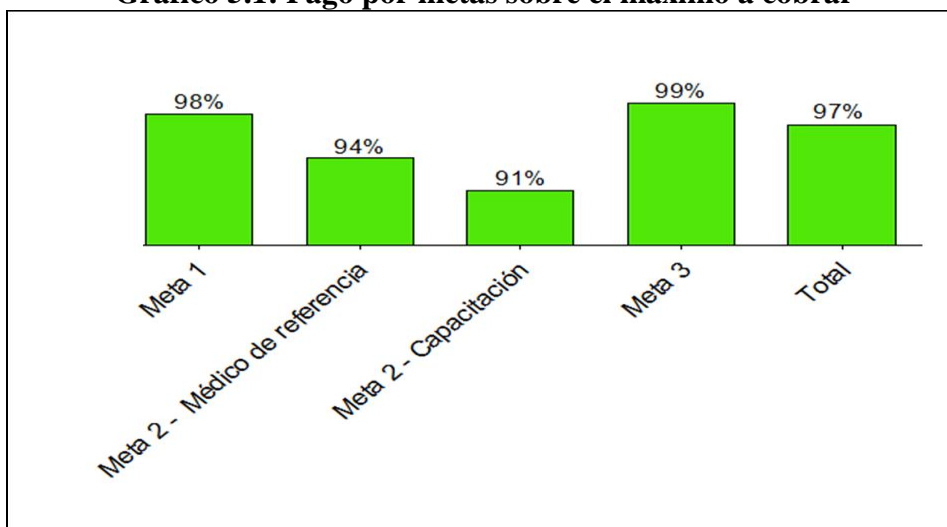
Consultado el Equipo de Metas Asistenciales confirmó dichas inconsistencias.

Para la Meta objeto de estudio de este trabajo (Meta 2) las instituciones recibieron menos recursos en comparación con la Meta 1 y la Meta 3.

Del monto máximo que se podría recibir por el cumplimiento de la Meta 2 (100%), se cobró un 94% por la meta de médico de referencia y un 91% por la de capacitación de RRHH.

En el siguiente cuadro se exponen los porcentajes que en promedio, percibieron los prestadores de salud (sector privado) por las metas asistenciales durante el año 2010:

Gráfico 5.1: Pago por metas sobre el máximo a cobrar



Fuente: Rendición de Cuentas 2010 de la JUNASA

Del cuadro se desprende que la Meta 2 fue la que tuvo menor cumplimiento. Esto puede deberse a las dificultades que se encontraron en la presente investigación, al implementar la Meta.

Algunas de estas son: inconvenientes para que los adolescentes y los mayores de entre 45 y 64 años concurrieran a hacer la elección de su médico de referencia y posteriores controles, la mala calidad de los registros médicos y la resistencia por parte del personal médico a concurrir los cursos. Asimismo se tuvo conocimiento que hubo personal incluido en el listado de funcionarios capacitados enviado a la Junta que al realizar la auditoría se constató que no trabajaba en la institución.

Datos sobre el cumplimiento de la Meta 2

Médico de referencia

Se recuerda que en el primer período de aplicación de la meta (jul09 - jun10), la misma estaba dirigida a la elección por parte de los usuarios menores de 15 años y mayores de 44 años, de su médico de referencia.

A continuación se expone un resumen de los resultados obtenidos para esta meta durante la primera anualidad de su aplicación:

Cuadro 5.1: Cantidad de usuarios referenciados

	Cumplimiento meta de elección de Médico de Referencia					
	Trimestre					
	jul-set 09	oct-dic 09	ene-mar 10	abr-jun 10	jul-set 10	oct-dic 10
Usuarios referenciados	95.000	200.000	285.000	430.000	La meta se enfocó a la realización de controles	
Variación		111%	43%	51%		
Instituciones que cumplieron	38	39	37	33		
Variación		3%	-5%	-11%		

Fuente: Elaboración propia en base a la Rendición de Cuentas 2010 de la JUNASA

En base a esta información se observa que si bien el número de usuarios referenciados se incrementa en cada trimestre, disminuye la cantidad de instituciones que cumplen totalmente con la Meta.

De las instituciones que enviaron información y no cumplieron con la totalidad de la meta, todas superaron el porcentaje exigido en el trimestre anterior, lo que les permitió el cobro proporcional del valor de la meta.

En la segunda etapa de aplicación de la meta (jul-dic 2010), se profundizó en la elección de la figura del médico de referencia para adolescentes entre 15 y 19 años, y adultos entre 45 y 64 años. A su vez se exigió la realización de controles para ambos grupos con el médico tratante.

Cuadro 5.2: Consulta con médico de referencia

Cumplimiento de controles efectuados con médico de referencia						
Franja edades	Forma de cumplimiento					
	Total		Parcial		No cumplieron o no enviaron información	
	jul-set10	oct-dic10	jul-set10	oct-dic10	jul-set10	oct-dic10
Adolescentes (15 a 19 años)	28	35	14	6	4	5
Adultos (45 a 64 años)	31	39	11	4	4	5
Adultos (65 a 74 años)	39	38	3	2	4	5
Adultos (más de 75 años)	40	36	2	4	4	5

Fuente: Elaboración propia en base a la Rendición de Cuentas 2010 de la JUNASA

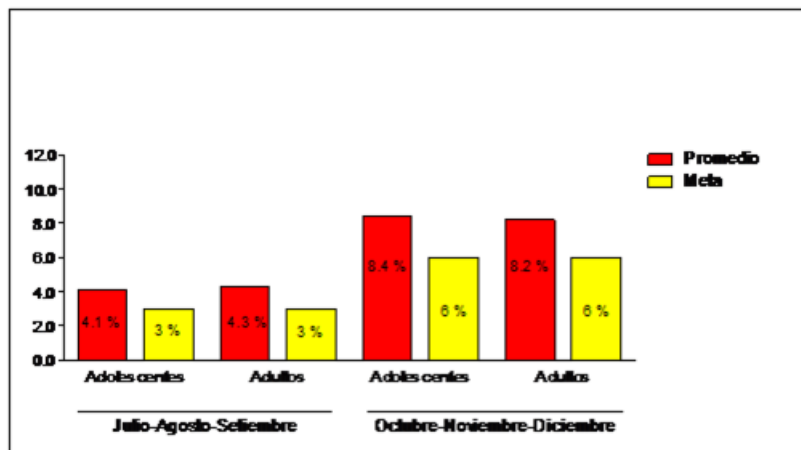
Nota: Los valores del cuadro expresan cantidad de instituciones de salud.

Se puede apreciar que el grado de cumplimiento de la realización de controles es menor en el grupo de adolescentes que en el de adultos. Asimismo dentro de este último grupo, se advierte una mayor consecución de la Meta en los adultos mayores de 65 años.

Esta situación condice con lo advertido durante la exposición de los resultados de la presente investigación, sobre la dificultad de acceder a los usuarios dependiendo de la franja etaria a la que pertenecen.

En el siguiente gráfico se muestra la comparación entre la meta promedio alcanzada y el porcentaje exigido, para el segundo semestre de 2010.

Gráfico 5.2. Cumplimiento promedio y meta según indicador (%)



Fuente: Rendición de Cuentas 2010 de la JUNASA

Otro aspecto comprendido dentro de la Meta 2, es la exigencia de la capacitación del 95% de los médicos de referencia de cada institución de salud, en el Programa Adolescencia y Juventud y llenado de la Hoja SIA.

De las 47 instituciones que debieron cumplir con la meta, 29 alcanzaron dicho porcentaje, 10 cumplieron parcialmente de las cuales 5 capacitaron más del 80% de sus médicos, y 6 instituciones no cumplieron con la meta.

Se recuerda que estos datos fueron elaborados por la Junta, y presentan leves inconsistencia (se utilizan por no disponer de los correctos).

Capacitación de RRHH

Esta meta fue llevada a cabo durante el año 2010. Para el primer semestre del año se planteó capacitar la misma cantidad de personal que para el segundo semestre de 2009 (20% del personal vinculado directamente con la atención al público de cada institución) pero en ocho temas y no cuatro. La cantidad de horas de capacitación se mantuvo en 24 horas.

En el segundo semestre de 2010 se modificaron las exigencias. Se cambió la cantidad de cursos pasando a ser 6 obligatorios y 4 opcionales de los cuales debieron seleccionarse 2. Las horas de capacitación pasaron a ser 12 y el público objetivo se extendió a todos los trabajadores de las distintas áreas de la institución. A su vez se permitió considerar el personal parcialmente capacitado en el semestre anterior.

Cuadro 5.3: Cumplimiento Capacitación de RRHH

CAPACITACIÓN DE RRHH	Período	
	ene-jun 10	jul-dic 10
Cantidad de personal capacitado	7.167	6.015
Instituciones que cumplieron	35	35
Instituciones que cumplieron parcialmente	8	7
Instituciones que no cumplieron	3	4

Fuente: Elaboración propia en base a la Rendición de Cuentas 2010 de la JUNASA

De lo expuesto se desprende que de un período al otro hubo un decremento de aproximadamente 16% en el personal capacitado, a pesar que se extendió el público que debía participar de los cursos.

Según datos extraídos del informe de la Junta, se realiza una exposición de lo percibido durante el 2010 por el cumplimiento de la Meta 2 en cada institución estudiada, así como el total percibido por dicha meta.

Cuadro 5.4: Pago por Capacitación de RRHH (\$U)

Capacitación de RRHH	Inst.	Española	CASMU	SMI
	Ene	9.95	9.95	9.95
	Feb	9.95	9.95	9.95
	Mar	9.95	9.95	9.95
	Abr	9.95	9.95	9.95
	May	9.95	9.95	9.95
	Jun	9.95	9.95	9.95
	Jul	10.28	10.28	9.25
	Ago	10.28	10.28	9.25
	Set	10.28	10.28	9.25
	Oct	10.28	10.28	9.25
	Nov	4.11	4.11	4.11
	Dic	4.11	4.11	4.11

Fuente: Elaboración propia en base a la Rendición de Cuentas 2010 de la JUNASA
 Nota: En color gris se marcan los casos en que se cumplió parcialmente con la meta

Cuadro 5.5: Pago por Médico de Referencia (\$U)

Médico de Referencia	Inst.	Española	CASMU	SMI
	Ene	9.95	9.95	9.95
	Feb	9.95	9.95	9.95
	Mar	9.95	9.95	9.95
	Abr	9.95	9.95	9.95
	May	9.95	9.95	0.00
	Jun	9.95	9.95	9.95
	Jul	10.28	10.28	10.28
	Ago	10.28	10.28	10.28
	Set	10.28	10.28	10.28
	Oct	10.28	10.28	10.28
	Nov	16.44	16.24	10.12
	Dic	16.44	16.24	10.12

Fuente: Elaboración propia en base a la Rendición de Cuentas 2010 de la JUNASA
 Nota: En color gris se marcan los casos en que no se cumplió la meta o se cumplió parcialmente

Cuadro 5.6: Total alcanzado por Meta 2 (\$U)

Total Meta 2	Inst.	Española	CASMU	SMI
	Ene	19.90	19.90	19.90
	Feb	19.90	19.90	19.90
	Mar	19.90	19.90	19.90
	Abr	19.90	19.90	19.90
	May	19.90	19.90	9.95
	Jun	19.90	19.90	19.90
	Jul	20.56	20.56	19.53
	Ago	20.56	20.56	19.53
	Set	20.56	20.56	19.53
	Oct	20.56	20.56	19.53
	Nov	20.55	20.35	14.23
	Dic	20.55	20.35	14.23
	Total	242.74	242.70	216.03

Fuente: Elaboración propia en base a la Rendición de Cuentas 2010 de la JUNASA

Cuadro 5.7: Total Ingresos Por Meta 2 (\$U)

INSTITUCIÓN	Afiliados FONASA	Ingreso por Meta	Total (\$U)
Española	109.231	242.74	26.514.732,94
CASMU	119.641	242.70	29.036.870,7
SMI	83.637	216.03	18.068.101,11

Fuente: elaboración propia en base a la Rendición de Cuentas 2010 de la JUNASA

VI. CONCLUSIONES

En cuanto a la definición de metas asistenciales, se concluye que no existe una única interpretación del concepto. Las diferencias más notorias se hallan entre las opiniones provenientes de los representantes del MSP y de los prestadores privados de salud. El primero se apoya en una definición más técnica, basada en el contenido de las normas que contemplan la forma de financiamiento del sistema mutual; mientras que los segundos si bien no emiten una definición expresa, las perciben como una imposición, una exigencia que implica esfuerzos para reorganizarse en función de los requerimientos para cumplir dichas metas. Por último vale mencionar el desconocimiento generalizado que sobre el tema tienen los usuarios del sistema de salud.

Al indagar sobre las percepciones de los representantes de los prestadores de salud respecto al impacto y conveniencia de las metas asistenciales y de la Meta 2 en particular, se puede concluir que si bien en líneas generales están de acuerdo con el cumplimiento de metas, dejan ver ciertas molestias. Como ser el hecho de que el MSP no los incluya en la discusión de programación de las metas, el plazo que les exige para el cumplimiento y posterior entrega de información. Asimismo sostienen que el pago por cumplimiento no es ningún premio ya que es algo que les corresponde independientemente de la reforma. Afirman que en muchos casos se les está quitando recursos en lugar de dar un incentivo.

En cambio, los representantes de los gremios (FUS y SMU) muestran una postura favorable a la implementación de metas asistenciales. En este sentido, si bien señalan algunas debilidades, sostienen ser impulsores de la reforma. El representante del SMU observa cierta separación entre aquellos profesionales médicos comprometidos en este nuevo modelo de salud y aquellos que sólo les interesa el corporativismo. El entrevistado por la FUS realiza duras críticas al sector mutual, afirma que son opositores a la reforma, que ponen trabas de todo tipo. Los acusa de no incentivar a la participación de los usuarios y en algunos casos de falsear la información enviada al Ministerio para llegar a cumplir con determinada meta. Asimismo cuestiona que no hubo por parte de éste ningún tipo de campaña publicitaria.

Al identificar y describir las medidas llevadas a cabo por parte de las instituciones, orientadas a implementar la Meta 2, se puede determinar que las principales dificultades que encontraron fueron de distinta índole (acceso a usuarios y desconfianza por parte de éstos, desinformación, sub valoración del médico general, entre otros) y no por trabas impuestas por los trabajadores en general. En lo que tiene que ver con la capacitación de recursos humanos no parece haber existido mayores dificultades según lo expresado por los distintos entrevistados. Esto despierta cierta curiosidad ya que fue la sub meta que alcanzó menor porcentaje de cumplimiento dentro de la Meta 2, como así también en comparación con las demás metas. Se plantea la incógnita del porqué de esta

situación. En algunos casos se mencionó que la escasa resistencia que existió fue por parte de los médicos que le restaban importancia.

A partir de la investigación realizada se puede confirmar la hipótesis de que no se ha dado un proceso exhaustivo de discusión interna que marque como prioritario la implementación de la Meta 2 en las instituciones seleccionadas. A su vez, debido al escaso tiempo para cumplir con las metas, no es posible establecer criterios que permitan priorizar la implementación adecuada de la Meta. Esto conlleva a que las medidas adoptadas por las instituciones para su cumplimiento, no respondan a una visión integral de las mismas provocando que no sean sostenidas en el tiempo. La principal preocupación es cumplir con la Meta por el beneficio económico y no por lo que la misma implica para el bienestar social.

Además se determinó que en las instituciones de salud objeto de estudio, no se han incorporado pautas ni procedimientos que permitan monitorear y evaluar internamente las distintas etapas del proceso de implementación de las metas. Los entrevistados señalaron como causas de ellos el escaso tiempo de implementación mencionado anteriormente y el cambio frecuente en las características de las metas impartidas desde el Ministerio.

En cuanto a las acciones realizadas desde la JUNASA, orientadas al control del cumplimiento de las metas (basadas en auditorías), se concluye que los mismos no son suficientes.

Si bien es posible determinar si las instituciones alcanzan o no la meta (numéricamente), han existido casos, según el representante de la FUS, en que los resultados fueron “disfrazados” al proporcionar información falsa a la Junta. Asimismo hasta el momento, dichos controles no son adecuados para evaluar el impacto que la referenciación y la capacitación del personal, tienen en la salud de los usuarios. Por su parte los representantes de las mutualistas analizadas, manifestaron inconsistencias entre las directivas de los auditores y las especificadas en el instructivo.

Reflexiones finales

A tres años del inicio de una reforma en el sistema de salud uruguayo, que implicó básicamente la implementación de una serie de acciones en forma progresiva orientadas al cumplimiento de objetivos diversos; y en base al abordaje realizado en la presente investigación, es posible señalar algunas reflexiones finales.

Si bien el alcance de la investigación no se extiende más allá de las consideraciones de informantes calificados y representantes de los actores con mayor protagonismo en el proceso de reforma; el bagaje acumulado de información, la bibliografía, las notas de prensa y los prolongados debates entre las autoras, permiten, al menos, esbozar algunos puntos de vista respecto a la reforma.

Las críticas de representantes de los gremios a las instituciones privadas de salud, los cuestionamientos de los representantes de estas instituciones a la instrumentación, plazos y seguimiento de las acciones definidos por la JUNASA, la visión oficial que describe la representante del MSP, son factores a tener muy en cuenta al momento de evaluar el avance de la reforma.

Otro aspecto que se desprende de las opiniones vertidas por los entrevistados, es la poca o nula participación de las organizaciones de usuarios. Esto se advierte en un escenario en donde, el desafío de lograr en el corto o mediano plazo una verdadera reforma, como ya se mencionó, no sólo implica la concreción de las metas propuestas como una mera formalidad a cumplir, sino, cambios culturales de entidad que comprometan a la sociedad en su conjunto.

Las instituciones de salud privada son, dada la cobertura cuantitativa y geográfica que tienen en el país, sin ninguna duda, actores fundamentales en el proceso. Establecer las condiciones para que puedan adaptarse a nuevos marcos y promover su compromiso con las metas planteadas y con la reforma en general, puede ser determinante para avanzar hacia un nuevo modelo de atención de la salud.

Si bien las acciones propuestas por la JUNASA han implicado cambios de entidad entre las mutualistas, entre las estudiadas y en base a las opiniones de los

entrevistados, los cambios no parecen desembocar en nuevas formas de gestión y organización.

Es así que, en lo que refiere a las dificultades explicitadas respecto a la implementación de las metas, y considerando el diálogo y la comunicación entre actores involucrados y sus diferentes intereses y prioridades, el desafío de instaurar en el país un nuevo modelo de atención de la salud, aún parece lejano.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Abelenda, R., & Contreras, M. (28 de Enero de 2011). Rémoras de la mala salud. *Brecha*, págs. 2-4.

Capurro, E. (28 de Mayo de 2011). *Portal Digital El País*. Recuperado el 30 de Mayo de 2011, de http://www.elpais.com.uy/Suple/QuePasa/11/05/28/quepasa_569008.asp

Corella, J. M. (1996). *La gestión de servicios de salud*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos.

Drucker, P. (1996). *La Gestión en un tiempo de grandes cambios*. Barcelona, España: Ediciones Gestión 2000 SA.

Eco, U. (1989). *Cómo se hace una tesis*. Barcelona: Gedisa SA.

Economía y Gestión de la Salud, C. (2010). *Tomo I*. Montevideo: CECEA.

Economía y Gestión de la Salud, C. (2010). *Tomo II*. Montevideo: CECEA.

Economía y Gestión de la Salud, C. (2009). *Tomo III*. Montevideo: CECEA.

Equipo de Metas, A. (2010-2011). *Boletín Metas Asintenciales (N° 1 a 15)*. Montevideo: s/d.

Ferrarotti. (1994). Métodos y técnicas cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. En J. M. Delgado, & J. Gutierrez. Madrid: Síntesis Psicología.

Gibson, Ivancevich, Donelly, & Konopaske. (2006). *Organizaciones, comportamiento, estructura, procesos*. México: McGraw Hill.

JUNASA. (2009). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 22 de Marzo de 2011, de http://www.msp.gub.uy/homejunasa_189_1.html

JUNASA. (2010). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 30 de Marzo de 2011, de www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4199,18881

JUNASA. (2010). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 30 de Marzo de 2011, de www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4199,18882

JUNASA. (2011). *Rendición de Cuentas 2010*. Montevideo: s/d.

Kotter, J. (2001). *Gestión del Cambio*. Bilbao, España: Deusto SA.

- Kotter, J. (1996). *Leading Change*. Estados Unidos: Harvard Business School Press.
- Lic. Echevarría, B., & Asist. Delfino, F. (2010). *Pautas para la presentación de monografías*. Montevideo: s/d.
- Mackenzie. (1990). *Alec*. México: McGraw-Hill.
- Mayntz, R., Holm, K., & Hübner, P. (1983). *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Madrid: Alianza Editorial.
- Muñoz, M. J. (9 de Noviembre de 2006). *ADUR Medicina*. Recuperado el s/d de Enero de 2011, de <http://www.adur.fmed.edu.uy/novedades.html>
- Muñoz, M. J. (s.f.). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 15 de Enero de 2011, de [www.msp.gub.uy: www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3056,17024](http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3056,17024)
- Oxman, C. (1998). *La entrevista de investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires: Eudeba.
- Penengo, M. (1997). *Metodología de los Procesos de Mejoramiento Administrativo*. Montevideo: Editorial Técnica SRL.
- Penengo, M., & Pérez Bravo, M. (s/d). *Aspectos comportamentales del cambio organizacional*. Montevideo: Editorial Técnica SRL.
- s/d. (12 de Setiembre de 1978). *Alma -Ata*. Recuperado el 20 de Febrero de 2011, de <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
- s/d. (s.f.). *Blog de La Asistencial. Maldonado, Uruguay*. Recuperado el 10 de Febrero de 2011, de <http://laasistencial.com/downloads/Modelo/CAMBIO-DE-MODELO.pdf>
- s/d. (s/d). *Fundación TYP A Teoría y Práctias de las Artes*. Recuperado el s/d de Junio de 2011, de <http://www.typa.org.ar/Kotter%20Leading%20for%20Change.pdf>
- s/d. (23 de Noviembre de 2007). *LR21.com*. Recuperado el 15 de Marzo de 2011, de <http://www.larepublica.com.uy/comunidad/285886-organismo-nuevo-del-snis-junta-nacional-de-salud>
- s/d. (10 de Abril de 2000). *Organizació Mundial de la Salud*. Recuperado el 10 de Febrero de 2011, de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sad5.pdf

Sen, A., & Kliksberg, B. (2007). En *Primero la Gente* (págs. 61-182). Barcelona: Ediciones Deusto.

SINADI. (Marzo de 2011). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 1 de Abril de 2011, de www.msp.gub.uy/uc_5261_1.html

Stoner, J., Freeman, E., & Gilbert Jr., D. (1996). *Administración*. México: Prentice Hall.

Touriño, R. (22 de Octubre de 2010). La mala salud. *Brecha* , págs. 2-6.

Triunfo, P., & Balsa, A. I. (2011). *Banco Central del Uruguay*. Recuperado el 01 de Setiembre de 2011, de http://www.bcu.gub.uy/Comunicaciones/Jornadas%20de%20Economia/t_triunfo_patricia_2011_.pdf

Valles, M. (2002). Cuadernos Metodológicos N° 32. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos.



Facultad de
Ciencias Económicas
y de Administración

Universidad de la República
Facultad de Ciencias Económicas y de Administración

TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OBTENER EL TÍTULO DE CONTADOR PÚBLICO

***Primeros pasos hacia un Nuevo Modelo de
Atención en la Salud***
Evaluación de Metas prestacionales en el sistema privado



VOLUMEN II

Autoras

Mónica D'Alessandro
Natalia Echavalete

Tutora

Cra. Ana Mariela Rodríguez

Montevideo, Uruguay
2011

*Primeros pasos hacia un nuevo modelo
de atención en la salud*
*Evaluación de Metas Prestacionales en el Sistema
privado*

Volumen II

ANEXOS

Tabla de contenidos

ANEXO A	5
ENTREVISTAS A INFORMANTES CALIFICADOS	7
DRA. SAMARA SANIBO 2 DE MAYO DE 2011 - <i>REVISADA POR EL ENTREVISTADO-</i>	9
DR. EDGARDO SANDOYA. 11 DE MAYO DE 2011 - <i>REVISADA POR EL ENTREVISTADO-</i>	17
DR. HOMERO BAGNULO. 1º DE JUNIO DE 2011 - <i>REVISADA POR EL ENTREVISTADO-</i>	28
ENTREVISTAS A REPRESENTANTES DE INSTITUCIONES DE LA SALUD SELECCIONADAS	39
DR. ALFREDO TOLEDO – DIRECTOR TÉCNICO DEL CASMU. 13 DE JUNIO DE 2011 – <i>SIN REVISAR POR EL ENTREVISTADO-</i>	40
DR. MIGUEL PÉREZ - ENCARGADO DE METAS. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PRIMERA DE SOCORROS MUTUOS. 5 DE JULIO DE 2011 - <i>REVISADA POR EL ENTREVISTADO-</i>	47
ADRIANA COSTA - ENCARGADA DE METAS. SERVICIO MÉDICO INTEGRAL (SMI). 4 DE JULIO DE 2011 – <i>REVISADA POR EL ENTREVISTADO-</i>	55
ENTREVISTAS A REPRESENTANTES DE GREMIOS (FUS Y SMU)	69
HÉCTOR DOS SANTOS – MIEMBRO REPRESENTANTE DE LA FEDERACIÓN URUGUAYA DE LA SALUD (FUS). 15 DE JUNIO DE 2011 - <i>SIN REVISAR POR EL ENTREVISTADO-</i>	70
DR. MARTÍN ODRIOZOLA - MIEMBRO REPRESENTANTE DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY (SMU). 11 DE JULIO DE 2011 - <i>REVISADA POR EL ENTREVISTADO-</i>	75
ENTREVISTAS A REPRESENTANTES EN EL MSP (METAS Y MOVIMIENTO DE USUARIOS DE LA SALUD)	79
CRISTINA BECOÑA - DIRECTORAS DE METAS ASISTENCIALES EN EL MSP. 2 DE JUNIO DE 2011 - <i>SIN REVISAR POR EL ENTREVISTADO-</i>	80
LILIÁN RODRÍGUEZ – TITULAR DEL MOVIMIENTO NACIONAL DE USUARIOS DE LA SALUD PÚBLICA Y PRIVADA (MNUSPP). 7 DE JULIO DE 2011 - <i>REVISADA POR EL ENTREVISTADO-</i>	90
ANEXO B	95
NORMATIVA LEGAL (PRINCIPALES ARTÍCULOS RELACIONADOS)	95
ARTÍCULOS DE LA LEY N° 18.211/07 – SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD: CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO, FINANCIACIÓN.	97
LEY N° 15.181/81 – NORMAS PARA LA ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA PRIVADA.	103
OTROS ARTÍCULOS	109
CLÁUSULAS RELACIONADAS DEL CONTRATO DE GESTIÓN (DECRETO N° 464/08)	111
ANEXO C. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE META 2 PERÍODO JULIO - DICIEMBRE 2010-	113
CAPACITACIÓN DE RRHH	115

MÉDICO DE REFERENCIA **117**

ANEXO D. JUNTA NACIONAL DE SALUD (JU.NA.SA.). RENDICIÓN DE CUENTAS
EJERCICIO 2010 **121**

Anexo A

Nota: para todas las entrevistas, la nomenclatura es la siguiente:

N: Natalia, co-autora del estudio

M: Mónica, co-autora del estudio

E: Entrevistado/a

Entrevistas a informantes calificados

Dra. Samara Sanibo 2 de mayo de 2011 -Revisada por el entrevistado-

N- ¿Qué piensa del sistema de Metas Asistenciales en el marco de la reforma de la Salud?

E- ¿Desde qué punto de vista, del punto de vista de lo que aporta al sistema de salud, del punto de vista de las instituciones que tienen que cumplir las metas?

N- Desde el punto de vista del sistema, de lo que aporta.

E- Creo que es burocracia, aporta burocracia. No veo, especialmente en esta que estamos hablando de capacitación y médico de referencia. Por ahora, resultado de salud, cero. Diferente con la Meta 1; la Meta ,1 que es la del niño y la madre embarazada, esa aportó. Esa obligó a los controles, los registros me parecen que eran objetivos, eran puntuales en algo y tuvieron un vuelto, se controló mejor, se obligó a un montón de cosas que se daban por entendido en qué. Estas dos me parece que por ahora a la salud no aportaron nada. No hay un indicador que haya mejorado, no hay estado de salud que tuviera a partir esto resultados...

N- ¿En cuanto al médico de referencia, se sabe si realmente una vez que eligieron los médicos, los usuarios se atienden con esos médicos, se hace un seguimiento?

E- Si era su médico, el que habitualmente veía, lo sigue viendo. Ahora hay un montón de gente que tiene que elegir un médico de referencia y elige cualquiera. Cuando vuelve, no vuelve al mismo. Lo que no se ha implementado, que lo pone la meta, es que sea tu médico que vaya a domicilio...

M- ¿Considera que el MSP ha especificado claramente el significado y alcance de las metas, así como los objetivos que con ellas se pretenden alcanzar?

E- No, puntualmente se ve como una condición para recibir un premio, ¿verdad? La definición, se ve como aquel que trabaja para alcanzar la meta pero no como un camino a seguir para mejorar la salud de los usuarios, hay que cumplir, hay que cumplir, hay que cumplir. No existe una conciencia respecto de que debería implementarse como, no como un objetivo de números, si tengo a tantos pacientes referenciados, no, no veo hay que cumplirlo, no veo que por ahora. Lo que sí es que está mal implementada desde el MSP porque lo van haciendo como de a pasos, pero no puede ser que no se referencie a médicos que están en tu zona. Porque si yo quiero que después veas a ese médico, tengo que ver que con el que yo firmé que es mi médico de referencia, pueda venir a mi domicilio. Yo vivo en el Cerro, me ve un médico que vive en Carrasco. No se sigue para nada el criterio de regional.

N- No sé si estás al tanto ¿Qué actores participaron en el proceso de establecimiento de metas, si es que hubieron otros actores además del Ministerio?

E- No, supuestamente hay reuniones donde van delegados de las instituciones privadas con un equipo de metas de Salud Pública. No he escuchado que haya intercambio, o sea: yo sugiero esto y Salud Pública acepta, no. Sí vos podés preguntar lo que quieras pero ya está pautado qué es lo que el Ministerio quiere, tiene atrás una fuerte incidencia de Economía de la Salud del Ministerio, son ellos los que van dando un poco las pautas de lo que se aspira, de lo que no, ¿verdad? Y de las reuniones de metas vienen con información que después Salud Pública las cuelga en la página *Web*. En esas reuniones que se va uno puede preguntar ...

M- ¿La asistencia a esas reuniones cómo es, es obligatoria?

E- Se citan de Salud Pública reunión de Metas y cada mutualista manda a un delegado que va y después viene y trae el vuelto a la institución de lo que, bueno de esto hay que tener tal indicador y él te asesora después de lo que vos tenés que gestionar para cumplir con la meta.

M- A tu criterio, ¿este sistema de cumplimiento de metas es un buen indicador de los cambios que se quieren lograr hacia el nuevo modelo de atención?

E- Es una buena herramienta para imponer cambios, porque de última si no fuera que se obliga a que haya médico de referencia no sé quién lo hubiera hecho. Me parece que este hecho, está como hecho muy parcial, como les decía, si fuera que ya hicieron la parte de tener un médico de cabecera y que se le diera la importancia, no solamente firmar como que tengo un médico de referencia no importar si es Juan o Pedro no, primero elija quien va ir a su domicilio, elija quien es hoy su médico de confianza. Si se hubiera hecho así creo que hubiera sido una buena herramienta para que existiera el médico que te conoce, a quien vos tenés como, me parece que la idea es buena. Haber, la idea es buena, me parece que no lo están haciendo.

N- ¿Se les informo a los usuarios de los derechos, de qué manera se hizo la comunicación?

E- Si, y cuando firman se les da un instructivo de lo que es médico de referencia que tienen derecho a cambiar

N- ¿Y cómo saben esos usuarios que tienen que ir a la institución?

E- Al que iba a la consulta se le ofrecía que firmara, que eligiera un médico de referencia. También se lo llamaba por teléfono y se le sugería y se aceptaba vía telefónica. Salud Pública acepta tu tengas un médico de referencia vía telefónica, entonces para cumplir con la meta si no alcanzaba con lo que iban se llamaba y queda el registro de tal llamada, tal hora y se acepta como tal que esa socia acepte tener tal médico de referencia. Pero también había gente especializada preparada

para hacer las entrevistas por teléfono y conversar y explicar. El socio estaba informado y se le daba un papelito.

M- ¿Para establecer el pago por cumplimiento de metas se consideró el esfuerzo que hace la mutualista?

E- La mutualista tiene costos. Yo creo que tiene costos grandes, esto tiene costos. Tenés que tener gente llamando por teléfono, tenes gente puntualmente en atención al usuario haciendo el papel de médico de referencia, implica un trabajo enorme de registros médicos poniendo todo en la historia porque se habilita a la historia. Hay un equipo de gente trabajando puntualmente para el cumplimiento de metas y tiene un costo grande.

M- ¿Crees que se consideró ese costo?

E- Yo no sé si las cuentas le dan a las mutualistas lo que gastan, eso lo que reciben parece que les debe dar, pero no te podría dar una valoración al respecto. Sí vi los costos que tiene pero es como que no se plantearon no cumplir porque aunque gastes, si después te van a dar algo, peor es si no te dan nada. Yo creo que la premisa fue hay que cumplir.

M- Muchas tal vez lo utilizan como para promocionarse al cumplimiento de metas.

E- Sí, sí, es un tema de promocionarse con el público. El público no se si está tan enterado de eso, la masa social. Pero sí tenés prestigio como institución que puede. Es decir, no somos unos desorganizados sino una institución de prestigio que cumple con lo que Salud Pública le plantea.

N- ¿En el tema de los costos hubo que contratar personal específico u horas extras a gente que ya estaba?

E- Horas extras en cantidad, pero horas mismo, abundantes. Sí, alguna persona más contrataron como zafral, gente de *marketing* por ejemplo sé que habían contratado porque no daban abasto, porque tenías que agendar la gente y venga tal día y venga tal otro, siguen agendando.

N-¿Qué dificultades encontraron en la implementación de Metas? ¿O de éstas dos específicamente?

E- La de capacitación, los médicos no querían ir, ya está ya fui al curso en el CASMU, trabajo en el CASMU ahora no quiero ir a repetir el mismo curso en la otra mutualista que trabajo, ya lo escuché tres veces, te decían. Pero como cada mutualista precisaba registrarlo como que le había dado, en algunas mutualistas le pagaban la hora como si hubiera tenido policlínica, como que hubiera ido a

trabajar en lugar de a capacitarse, lo cual no está mal porque de última vas a capacitarte, es parte de tu trabajo, ¿no?

M- ¿De alguna forma se establecieron incentivos para que asistieran a los cursos?

E- Esa, en algunas. En otras te obligaban, si no venís no te decían nada pero tenés que venir, punto. En algunas pagaban la hora como si fueran horas de trabajo. Pero ya está, que es un aburrimiento que no quiero ir.

M- ¿Desde tu punto de vista, el sistema mutual está preparado para este cambio?

E- Creo que sí, viste que los cambios se ven en la resistencia pero me parece que sí. No generó mayores problemas.

N-¿Cómo evalúas el compromiso de las instituciones médicas respecto al cumplimiento de metas?

E- Es simplemente por las normas de trabajo porque realmente al médico le han complicado más la vida que a la institución porque no te dan los tiempos para la consulta que precisas. En general a los médicos le ha complicado más la consulta, no mejora la calidad de atención porque tenés que registrar más cosas en lugar de ocuparte de atender, estas todo el tiempo registrando. Para quien ha sido más tedioso es para el médico porque la consulta se le hace más larga, tiene que registrar más cosas y si vos no querés desatender el motivo de consulta alrededor del paciente, a vos el tiempo no te da.

M- ¿Las auditorías que realiza la Junta, los controles creen que son suficientes?

E- Espantosos, son espantosos, directamente espantosos. Yo tengo que ver que el médico le haya puesto la fecha, el nombre y donde nació y bueno, pero lo importante de la historia no es donde nació, es si yo lo vi, lo revisé; no, no, no, yo tengo que fijarme esto, lo que miraban no importa si está bien llena o no, el asunto es que esté llena. Es burocrático, es espantoso, porque aparte esa es la orden que traen, algunos no son médicos ni nada entonces ellos no entienden la historia clínica, lo único que vienen a ver es que tengan las 4 rayitas o la 20 rayitas. Si las tienen está bien y sino te la observan...

M- ¿Y en cuanto a los cursos qué miran, la cantidad de participantes?

E- Miran la cantidad de participantes, miran que dure el tiempo que decís que dura, van, va la gente de Salud Pública de vez en cuando a los cursos, a ver si realmente lo estás dando y el que va al curso firma cuando llega y firma cuando se va.

N- ¿Cómo controlan que el que firmó a la entrada esté?

E- El día que van te piden los papeles, cuentan la gente que hay; hay 20, tengo 20 papeles cuando se van hay 20. No van a todos los cursos pero caen a veces. A veces caen y te controlan.

N- ¿El plazo establecido por el Ministerio para entregar la información te parece que es adecuado?

E- Ellos te avisan con tiempo, tal día hay que enviar información. Entonces vos trabajas para tal fecha y a partir de tal fecha vos le mandaste, ellos te ubican al pasar ese plazo. Ponele: primero de mayo vos tenés que mandar los pacientes que tenés referenciados, entonces vos mandas por mail, ellos te avisan el 20 y pico de mayo vamos a auditar, entonces vienen a auditar si lo que tú mandaste está realmente en las historias o se cumple lo que vos decís.

N- ¿Y los plazos esos son como último plazo?

E- Una sola vez creo que hubo una prórroga. Una vez cuando empezó las metas creo que dieron una prórroga de x días porque ellos dieron la información que te iban a pedir un tiempo después.

N- ¿Cómo percibieron los usuarios el cambio este de tener que elegir médico de referencia?

E- Lo entendieron como una cosa de la mutualista. Dice que hagamos esto, hacemos esto.

N- ¿Pero no hubo resistencia?

E- No hay resistencia y tampoco ven por ahora, no ven el producto de eso porque como no está implementado como una política más allá de la meta, es una actitud que termina en la meta, entonces el usuario lo ve como: bueno, me piden que firme el papelito; lee lo que le dan. No entendió todavía que la idea es que tenga un médico. No se está ejecutando como una política, es como para cumplir la meta. La mutualista pone todo el esfuerzo en la meta y no en la política que podría haber atrás, no se ve como un resultado al respecto. Es distinto que la del niño, la del niño la madre tiene familia y cuando se va le dicen, usted el día 5 se le hace la ecografía de cadera al niño, entonces vos te vas con todo resuelto, la madre no sabe que es porque es obligatorio de que el niño tenga la ecografía antes de los 4 meses, pero se va con los papeles, la ve el odontólogo antes de irse, entonces son hechos puntuales que ya recoge el producto o servicio. Como que en esta al usuario le da lo mismo, no lo entendió el usuario, pero ahí me parece que es un tema de que Salud Pública no lo ha sabido implementar más allá de que como una meta. No lo implementó como una política de salud. Capaz que más adelante lo logran pero por ahora quedó en una meta que parece algo interno.

N- Además la mutualista debería cuando viene la persona a sacar un número, la idea es que se la derive a ese médico.

E- La idea es que sí. Si vos eras mi médico de referencia, yo saco un número para vos, sé tus horarios yo voy. Ahora, si fue al azar que elegí uno, yo que sé. Porque viste que al adulto mayor le hacían el Carné del Adulto Mayor y a los veteranos mucho no les gusta el carné ese, entonces se aburrían. Para mí que no vuelven más porque ya está, es larguísimo, muchas veces no les gusta.

M- En el instructivo de las metas de la Junta establecía que el médico de referencia tenía que ser un médico general o médico de familia o geriatra, ¿eso se controla?

E- Sí, sí

N- ¿Hay una lista, cómo es?

E- Y sí, porque vos no podés tener médico de referencia a un neurólogo, tiene que ser medicina general, eso se cumple.

N- ¿Hubo aceptación por parte de los médicos?

E- Es lo que te decía, no te complica ser el médico de referencia de nadie pero no te van a pedir que vayas al Cerro si vivís en Carrasco porque no es tu radio, entonces por un lado y por otro lado en el consultorio se hizo muy burocrático, muy burocrático, se hizo medio pesado el asunto. Tenés que recoger la firma acá, ponga acá, firme acá.

N- ¿Todo lo hace el médico?

E- Hay cosas que hace el médico y cosas que hace la gente de administración. Pero de última el paciente viene porque le duele la garganta, y vos le tenés que revisar la garganta y en el medio si tienen el rango de cuarenta años, tenes que decirle firme como que se lleva los resultados, hágase los análisis porque ya es bueno para usted, ya que está lo aprovechas y le das todo un mensaje, pero tenés que hacerlo sí o sí. De repente no se lo hubieras dicho nunca.

N- ¿En cuánto a los cursos tú sabes si existía una capacidad máxima para asistir?

E- Eran pocos, con suerte 25 o 30

M- ¿En cuánto a los conocimientos se hacían controles?

E- También habían unas preguntas que tenías que contestar y se corregían.

M- ¿Haces un seguimiento?

E- Ah, no, no. Vos das la clase y minutos antes de terminar le dabas unas preguntas múltiple opción que corregías y se lo entregabas al que estaba encargado de la asistencia y los controles, había un interrogatorio de lo que tú habías dicho.

N- ¿En realidad después si se lleva a la práctica?

E- Bueno, supuestamente sí, porque vos lo que das ahí es lo que todo médico ya sabe se lo das organizado pero no le estas enseñando nada, estas dando lo que ya saben de forma organizada de tal como es la meta adecuado a lo que vos quieres que haga. Pero entonces a nadie le iba mal, no porque las preguntas no fueran acorde a lo que vos dabas. Yo les daba adolescente entonces venían médicos de medicina general que de repente no veían tanto adolescentes, veían más adultos. La idea era decirles: bueno, mirá, al adolescente hay que preguntarles sobre todo el sistema de los hábitos, sobre su estilo de vida, si fuma, si toma, que lo haces igual, ¿me entendés?, se lo dabas ordenado. No era ningún descubrimiento lo que les dabas, le dabas la entrevista que tiene que hacer con el adolescente que tiene un orden porque ya está todo pautado.

N- ¿Y la otra parte, la capacitación de todo el personal, habían médicos también?

E- Si era para todo el personal, estaba más interesado el personal no médico que médico. En general el no médico tenía más interés porque para ellos era algo nuevo. Ya que tenía que ir obligado, por lo menos le gustaba.

N- ¿En este caso no había incentivo, iban en su horario de trabajo?

E- Creo que no, no se decirte. Donde yo iba no había incentivo, era obligatorio para los médicos, para cualquiera.

N- ¿Se daba una lista o se decía de este sector tienen que ir tantos?

E- Llamaba la gente encargada de metas, en esta semana tal hora, tal hora y tal hora elegí el día que querés ir, pero tenés que ir.

M- ¿En el instructivo de metas se establece la cantidad de personal a capacitar, en base a qué se hace eso?

E- A eso lo decide Salud Pública. Las metas las van cambiando, las pueden cambiar en número en cantidad... o te cambian lo que te piden, te piden lléneme la hoja de anverso o lléneme también el reverso. Te piden o cantidad de lo que haces o cantidad de gente a que se lo haces y en eso la van cambiando, viste que es como progresivo no.

N- ¿Y la cantidad de funcionarios a capacitar en tu institución te parece adecuado?

E- Me parece que está bien que todos se capaciten. De repente tenés que ir viendo los plazos, no me parece mal que se capaciten. A ver, violencia doméstica, se capacitan ascensoristas; no es porque sean más ni menos el que trabaja en mantenimiento que el otro. Van porque es un tema de actualidad, no le podes dar lo mismo cuando va el médico que es quien tiene que interrogar el paciente. Le vas a hablar de la importancia, del manejo, de que si alguien sabe de algo pero me parece que bueno, es como capacitación general. Difícilmente va a ser la ascensorista que detecte un caso de..., es más para la vida de ella que para su trabajo, es un tema de actualidad que todos podemos saber y está bien que todos sepamos pero es más para su vida privada que para cuando ella esté manejando el ascensor detecte que alguien sea pasible que vaya al equipo de violencia doméstica.

N- ¿Entonces estaban separados los cursos?

E- No, yo daba lo mismo sólo que hacía hincapié en cosas distintas, según quien sea el público.

N- ¿Los capacitadores cómo se seleccionaban, se capacitaron antes?

E- Según cual sea tu área de trabajo la que te pedían que vos fueras a capacitar, los geriatras hablaban de médicos de referencia de tercera edad, son los que hacían los test.

N- ¿Siempre médicos de la institución?

E- Claro, médicos de la institución que son quienes desempeñan la función puntual de cada cosa. La doctora que es la referente en equipo de violencia es la que daba, porque ella es la que ve los pacientes, en ciertos casos cuando vos tenes que hacer la red de violencia, los contactos, entonces vos trasmites, bueno si usted detecta un caso qué es lo que hace, porque es la experiencia de ella.

Dr. Edgardo Sandoya. 11 de mayo de 2011 –Revisada por el Entrevistado–

N- ¿Qué piensa del sistema metas asistenciales en el marco de la reforma de la salud?

E- El enfoque es totalmente compartible. Apoyo 100% el enfoque, creo que es la forma de hacerlo. Hay que hacerlo y no hay otro camino que fortalecer el primer nivel de atención. Creo que el enfoque es el correcto pero estamos muy lejos de la implementación. El Ministerio de Salud es una cosa muy compleja desde siempre dominada por quienes están allí adentro, muchas veces crónicamente. En el período pasado el Dr. Basso en la Dirección General de la Salud, estaba comenzando a hacer cosas en el sentido correcto y ahora, cuando cambió el gobierno hubo remociones muy fuertes y da la impresión de que todo está muy parado, que no se están haciendo cosas. Por lo menos es la impresión que uno tiene.

M- ¿Considera que el Ministerio especificó claramente el significado de las metas y los objetivos que con ellas se pretendían alcanzar o lograr?

E- Se hicieron cosas generales pero si uno quisiera avanzar en serio en este tema como en cualquier otro, habría que tener gente dedicada todo el tiempo, haciéndolo bien, claramente y definiendo precisamente el alcance de todo. A mi juicio no está claramente definido. Por ejemplo, hace un par de años la gente de CAMY, que es la mutualista más chica de la FEMI de la ciudad de Young me pidió ayuda por las metas prestacionales de hipertensión y diabetes. Trabajando eso me contaban su preocupación con las metas prestacionales de la salud materno infantil, que son muy buenas y que si no se cumple con determinado porcentaje, no se paga. El tema es que si hay tres niños nacidos en el período y un niño por alguna razón no lo pudiste contactar, entonces no llegas al 90 o al 80, con lo cual se pierde todo aunque hayan hecho todo muy bien. Entonces uno debería tener factores de ponderación, compensando con otras variables, con otras cosas para no hacer tan en blanco y negro. Porque a los lugares chicos los matas. Alcanza con que una señora no vaya a hacerse el control odontológico pre natal, se quedó sin meta prestacional. El problema es que en Uruguay somos así, donde todo es más o menos entonces esto fue un enunciado teórico bueno, pero de ahí hasta que en una herramienta ajustada y precisa se debe recorrer un largo camino.

N- Nuestra duda es si realmente a las mutualistas o a todos los que forman parte del sistema, entendieron a qué apuntaba el MSP. O sea, entendieron a que el MSP realmente lo informó de manera adecuada o no.

E- Lo que sucede que también las cosas no surgen desde cero, sino que viene de una historia. La historia ha sido que el Ministerio de Salud cambia frecuentemente desde hace mucho tiempo, empiezan con cosas que parecen muy buenas, luego se va el Ministro y todo vuelve atrás. Entonces creo que también mucha gente que trabaja en Gestión de la Salud, lo toma como otra exigencia más, vemos como la

cumplimos para salir del paso y sigamos porque capaz esto cambia dentro de poco.

N- ¿Ud. Sabe si en este proceso de especificación de metas hubieron otros actores o participaron, más allá del MSP? ¿O fue sólo el MSP?

E- No puedo hablar porque no lo conozco. Sé que hubo asesoramiento de distinto tipo.

N- ¿Pero no participación de las mutualistas?

E- No, hasta donde yo sé, no. Lo que sí hubo fueron reuniones donde se comunicaba en forma global a todos los directores técnicos, esto se va a hacer, esto no se va a hacer y ahí se discutía un poco. Pero no era una oportunidad de *feed back* para que después se introdujeran modificaciones a las metas.

M- ¿Se les informó a los usuarios de sus derechos? ¿Cómo se realizó esa información si es que se hizo?

N- Más específico tal vez a la meta de médico de referencia.

E- Yo soy cardiólogo y no estoy en el tema, pero los pacientes vienen y me dicen: ahora me dijeron que hay algo de médico de referencia. Entonces yo les explico en qué consiste y qué importante que lo posean. En la mutualista estaba teniendo problemas, COMEPA, que se llama así la mutualista de Paysandú, con que la gente adhiriera al médico de referencia. No querían. Entonces hablaron con el grupo de usuarios quienes desde su audición de radio exhortaron a los afiliados a que concurrieran a elegirlo y de esa forma se mejoró la asignación del médico de referencia. O sea que ahí, lo hicieron por el camino bueno, que es que los mismos usuarios líderes de la cosa, comunicaran y demás. Hablando en términos generales no hubo información adecuada. En la cultura uruguaya es raro que las instituciones se acerquen a la gente. De hecho en este lugar tenemos dos veces a la semana actividad con personas que han estado operadas del corazón o internadas por problema coronario agudo, y los invitamos a charlas de qué es la enfermedad, porque queremos que se cuiden mejor. Y la gente siempre desconfía mucho: me van a cobrar, y qué es eso y por qué. La cultura uruguaya, que las instituciones salgan y se aproximen a la gente, no es una práctica. Es una cosa que deberíamos cambiar de aquí al futuro.

N- ¿Considera que el cumplimiento de metas es adecuado al esfuerzo que realiza la institución para cumplirlas?

E- La concepción teórica es muy adecuada. Yo creo que tener metas prestacionales obliga a mejorar los procesos, lo que finalmente mejora los resultados. El problema es que muchas veces se lo hace al estilo uruguayo. Hacemos esto para dejar contentos a los del Ministerio y chau. Nos estipulamos

que, no sé qué porcentaje es que tiene que tener médico de referencia, bueno, chau; le asignamos médico de referencia, y en realidad si eso es efectivo o no es efectivo como que no importaría demasiado.

N- ¿Y en la balanza de todas maneras la institución se ve beneficiada económicamente?

E- El tema es que se ve perjudicada económicamente si no lo cumple, más que verse beneficiada. También siempre está presente en todos los administradores porque el presupuesto de ASSE es cada vez mayor y ellos no tienen metas, no tienen obligaciones, no tienen ninguna cosa. Entonces a los directores técnicos y a la gente encargada de las mutualistas les molesta muchísimo. Porque a ellos se les exige esto, esto y esto, y los demás no hacen nada y nadie se hace responsable y no pasa nada.

M- ¿Cuáles fueron las principales dificultades con las que se encontraron las mutualistas para implementar las metas?

E- Muchas. La mala calidad de registros. Por ejemplo metas de hipertensión y de diabetes, que se siga específicamente si se le tomó la presión, cuáles fueron los valores de la presión. Digamos, la calidad de los registros es mala. En cardiología tenemos HC electrónica pero en muchos lugares no. Los médicos del primer nivel no lo tienen. Entonces la información está dispersa. Es difícil, muchas veces no se registra. En la cultura médica, en nuestro medio registrar no ha sido algo que se considere valioso, entonces los registros no son de buena calidad. El grupo que evalúa las metas prestacionales, contaba de la desesperación de la gente de registros médicos para que los médicos escribieran al punto que las historias clínicas tienen un sello que dice: el paciente vino y el médico lo atendió. Nosotros hicimos un estudio que publicamos a fin del año pasado sobre la cantidad de infartos y cómo se redujeron luego de la prohibición de fumar en espacios públicos en el Uruguay y para conseguir la información fue una cosa muy dura. De hecho hubo unos diez centros que no pudieron participar porque no había forma de tener los datos claros. Así que la calidad de los registros es muy mala, dada la poca disposición de los médicos y del personal de la salud en general a cumplir pautas y procedimientos definidos. Un problema cultural también donde a veces los empleados no nos vemos como formando parte de la organización sino que son otros y nosotros no tenemos nada que ver, total, es problema de ellos. Siguen sin entender que si empujamos todos el barco va y si el barco se hunde nosotros somos en parte responsables.

N- Y desde su punto de vista, ¿el mutualismo está capacitado para afrontar este desafío hacia el nuevo sistema de salud?

E- El tema es la cultura en Uruguay que es un tema complejo. En la salud uruguaya predomina aún, me parece a mí, la experiencia vivida antes. Empezaban cosas y quedaban. Hubo experiencias buenas que se hicieron, cosas interesantes y

todas quedaron frustradas o alcanzaban a cierto punto y después se morían. Pienso que eso también sigue pesando. También hay cosas macro de la salud que son importantes. El sistema de salud en Uruguay, al igual que en el resto del mundo, tenemos graves problemas porque es un sistema centrado básicamente en el hospital con un costo asociado al uso de tecnología indiscriminada cada vez más alto y entonces las ecuaciones económicas no cierran. Lo dice alguien que está trabajando en el nivel asistencial sin estar en temas de gestión, pero es un fenómeno de alcance global. En la medida que no se modifique el modelo y que en el primer nivel de atención se resuelvan el 80% de las cosas, la atención con múltiples especialistas, sin nadie que conozca bien a los pacientes, con múltiples estudios, con muchas cosas; lleva a peor salud y consumo de recursos muy fuerte y malo. La situación actual de la salud es complicada, porque progresivamente se implementan, se incluyen más prestaciones a las que es difícil dar cobertura. El Fondo de Recursos el año pasado tuvo un presupuesto de 170 millones de dólares. Con eso se brindaron 19 mil prestaciones más o menos, de los distintos actos que cubre el Fondo de Recursos. Se propone ahora incluir un nuevo tratamiento para el cáncer que abarcaría a 250 pacientes más o menos, que costaría 17 millones de dólares; o sea, el 10% de ese presupuesto. Y ese tratamiento lo que haría sería en promedio, prolongar la vida entre 2 y 3 meses de la persona que lo recibe. Entonces financiar la salud, uno se enfrenta a desafíos de este tipo. Si se incluye ese tratamiento, esos 17 millones, ¿de dónde los sacamos? ¿Desconectamos a los que están en diálisis? A lo que voy es que el tema de contexto salud, si uno no lo modifica termina como los EEUU con 40 millones de personas fuera de la cobertura sanitaria, porque las demandas son infinitas y por eso uno quiere sistemas basados en el primer nivel de atención. Entonces yo creo que el mutualismo está sufriendo de temas vinculados a este modelo, porque cambiar hacia el nuevo le implica invertir más pero al mismo tiempo mantener lo anterior porque las demandas se mantienen o se incrementan, entonces no es simple.

M- ¿Cómo evalúa el compromiso que tiene las instituciones?

E- Pobre. El compromiso es cumplir con algo para que después me paguen. El compromiso es pobre pero basado, me parece, en todo ese contexto que en realidad no se cree mucho de los Ministerios. No por un tema de que sea este gobierno o del anterior. No se cree mucho en los Ministerios que es un problema crónico de América. Una vez un director de OPS que había estado en EEUU en la sede central y demás, decía que él durante su gestión, que estuvo como 10 años, el promedio de recambio de los ministros de salud en las Américas, era por período de gobierno, 5 o 6 ministros de salud. Entonces con nuestra cultura latina y sobre todo en Uruguay que es donde uno más conoce, el que viene nuevo y borra todo lo anterior y otra vez comienza. Nuestro problema es de inteligencia colectiva, la que cuando se suma arroja números negativos, siendo esto particularmente grave en el área de la salud.

N- ¿Cree que los controles realizados por la JUNASA son suficientes para saber si las metas están siendo llevadas a cabo de forma correcta?

E- Eso como en todos los temas de Uruguay. Si uno quiere ver si las normas de tránsito se cumplen o no, debería de haber en cada cuadra dos o tres inspectores. No hay posibilidad de controlar a fondo todo. Implica mucha responsabilidad de quien lo ejecuta. Entonces uno puede en esto, juntar historias si es que van a revisar historias. Hacer cosas para que parezca como tal. Y en realidad los controles de la JUNASA no pueden llegar a determinar si eso realmente se hace o no se hace. De hecho el sistema avanzaba, hasta donde yo tengo entendido, para que hubiese comité de auditoría en cada institución que fuere la que auditase qué tal estaban los números y reportarse a la JUNASA. Eso en general, en realidad no funciona. No existe formación en temas de auditoría. Cuando trabajaba en SUAT era gerente de calidad, donde trabajábamos mucho en temas de auditoría. Además trabajé para el premio nacional de calidad y el LATU lo que me permitió conocer todo lo que es posible hacer al respecto, pero ello no es moneda corriente en el área de la salud. La cultura de nuestras organizaciones sanitarias hay que ir la modelando y cambiando. Actualmente lo que hace la JUNASA es ver algunas cosas pero si realmente no hace “carne” en todos nosotros que esas metas tienen un sentido importante y que valen la pena y que con eso mejoramos la salud las cosas no van a cambiar. Por ahora algunos mostrarán algunos números, los que incluso pueden ser fabricados, y la JUNASA por ahí podrá ver algunas cosas y otras no las verá, la mejora ocurrirá cuando se produzca el cambio cultural.

M- Con respecto a los plazos que establece la JUNASA para la entrega de información

E- Lo que sé es que se quejan como locos. Es que aparentemente hay que estar entregando y entregando. La gente de registros médicos, por ejemplo aquí que es un departamento muy grande; en temas de investigación, que yo les he pedido cosas y me dicen: no, no, no, no; no puedo darte nada porque me tiene muerto el Ministerio que cada poco tiempo tengo que entregar información.

M- ¿Queríamos saber si consideraban que eran adecuados esos plazos?

E- Piensan de que es muy corto todo. Son demasiadas cosas juntas que se piden. Muchas veces descoordinadas, que un sector del Ministerio piensa que tal cosa, o de la JUNASA otro.

N- ¿Cómo se llegó a los usuarios para hacer la elección del médico de referencia?

E- En algunos lados fue voluntario. En otros lados se les impuso.

N- ¿Pero era cuando venían a la consulta?

E- En esta institución, hasta donde yo sé, no se fue a buscar a las personas para decirles que debían tener un médico de referencia.

N- Ah, ¿era voluntario?

E- Realmente, claro. Si uno pretende llegar a una masa de 180 mil personas debería buscar formas para tratar de aproximarse a cada uno de ellos, que no es sencillo porque hay mucha gente que nunca tiene contacto con la institución.

N- Porque sé de algunas instituciones que tenían gente llamando.

E- No lo sé si lo hubo. Por lo que los pacientes me refieren muchos no estaban enterados, pero eso no quiere decir que no haya habido gente llamando y capaz que a las personas que a mí me comentaron, no las llamaron. No lo sé con certeza.

M- ¿En su opinión cómo tomaron los usuarios este cambio?

E- Los comentarios de los pacientes que yo atiendo fueron variados. Algunos con sorpresa. El problema es que tenemos una medicina o una atención sanitaria en que los médicos del primer nivel están muy sub valorados. Entonces para los pacientes si no vienen al cardiólogo no se sienten atendidos. Incluso algunos pacientes toman al especialista como su médico de referencia. Como el caso de una paciente que fue al ginecólogo viene y me dice: doctor, me dieron esto, ¿piensa que está bien? Es un tema cultural de nuestra sociedad.

N- Y luego que hacen la elección del médico de referencia los usuarios, ¿hay algún tipo de control de que esos usuarios realmente se atiendan con ese médico?

E- Acá sí. Acá cuando se asigna el médico de referencia las personas tienen que venir y se les piden un conjunto de exámenes, se llena una ficha que queda en la HC, y hay una evidencia objetiva de que la persona vino o no vino. Se le hace una serie de exámenes, se registra todo lo que contiene la hoja de médico de referencia. El tema es que sucede si no viene la persona, realmente no se que cómo se sigue.

N- Claro, pero el después, una vez que la persona ya eligió el médico de referencia, como dice Ud., capaz que si quiere venia al cardiólogo pero en realidad primero tendría que pasar primero por el médico de referencia. Hay como de la institución: no, Ud. tiene que atenderse con su médico de referencia primero y este lo derivará.

E- Hasta donde conozco, no.

N- ¿No? ¿Pueden seguir eligiendo?

E- De hecho sí. Sigue siendo así.

M- En los instructivos de la JUNASA se establece que el médico de referencia tiene que ser geriatra o Médico de familia, pediatras. No sé si ese control se hace, que la elección de ese médico de referencia recaiga sobre alguna de éstas.

E- No tengo idea.

N- ¿Quizá sabe Ud. si hubo aceptación por parte de los profesionales médicos?

E- Les obligan a llenar un montón de formularios y un montón de cosas que con el sistema que tenemos es muy malo. Porque tenemos 10 minutos asignados a cada paciente. Llenar la hoja inicial del médico de referencia le lleva más de ese tiempo. Entonces hay mucho malestar por cada vez más papeles, cada vez más informes.

M- ¿Existe algún plan de incentivos para que los trabajadores realicen los cursos?

E- No, que yo sepa no.

M- ¿Y sanciones a quien no quiera participar?

E- No, sanciones creo que no. Pero la gente se veía presionada a que tenía que ir sí o sí.

N- ¿Pero era opcional?

E- Sí. Hasta donde yo conozco era opcional. Pero se logró una participación bastante amplia, creo.

N- ¿Existía alguna limitación en el número de participantes en los cursos? Es decir, que no fueran a ser cursos muy numerosos.

E- La experiencia nuestra acá, los cursos estaban muy bien. La dificultad era conseguir la gente, de que vinieran todos. De hecho, por ejemplo este de hipertensión habremos hecho como 30 charlas, una cosa así. Inicialmente los separábamos por médicos, técnicos.

N- ¿Estaban separadas entonces?

E- Sí, sí. Pero después de un tiempo, cuando venía el que podía, en su momento, armamos unas charlas que eran enfocadas para todo el mundo. Con aspectos que abordaban más para los médicos, otros para los funcionarios administrativos. Pero se logró hacer algo que creo que funcionaba bastante bien.

N- ¿Y había buena participación de los médicos?

E- Eran los que menos participaban. El resto del personal, sí. En la salud siempre es así. Cuando uno introduce, yo les decía hoy, cuando en SUAT empezamos a trabajar el tema calidad, había tres categorías de personas involucradas. Los funcionarios administrativos, los más involucrados; los enfermeros y choferes, intermedio, y los médicos, los menos. La cultura médica en nuestro país nos lleva a ser muy omnipotentes, a pensar que lo sabemos todo, qué nos van a venir a

decir, qué me van a explicar. Y en realidad sabemos poco de muchos temas y tenemos mucho para aprender. Pero es parte de la cultura. Y tampoco seamos injustos, está el tema del multi empleo. Tenemos un sistema armado en base a que muchos corren de un lado para el otro y terminan desgastados de la profesión. Poco les interesa atender pacientes, menos les interesa la capacitación.

N- Por ahí nos comentaban de que justamente los que trabajan en varios lugares, los médicos decían: no, bueno, yo ya hice el curso en tal mutualista ahora no voy a hacerlo acá. Pero a la mutualista le servía como un número más.

E- Claro, claro. Son defectos de base que tenemos. Si el sistema hace que los médicos anden por varios lados, es muy difícil ese sentimiento de pertenencia, que es algo que está en la bases de todas estas cosas, mucha gente no lo tiene. No pertenece a nada. Está un rato allá, un rato allá y no forma parte de nada y después para él es una imposición más de tantas. Ojalá que la gente trabaje en un solo lado. Los que tenemos esa fortuna sabemos que ello es muy bueno. Hay muchas partes como en Uruguay que los médicos trabajan en muchos lados pero en los lugares donde hay sistemas de salud bien desarrollados normalmente la gente trabaja en uno solo o a lo sumo tienen alguna actividad privada. Pero no en el multi empleo como acá, el que es malo para médicos y pacientes.

N- Porque el Médico de familia que se está formando ahora, como que apunta un poco a eso

E- Sin dudas. Pero viste, los temas culturales en Uruguay son complicados. Yo fui durante 9 años docente en post grado de Medicina Familiar en la Universidad de Montevideo. En Uruguay la Medicina Familiar no existiría si no fuera por la Universidad de Montevideo. Porque si bien en la teoría era muy bueno de que hubiera Médico de familia, en la Facultad de Medicina de la UdelaR, los pediatras temían que los médicos de familia les quitaran el trabajo; porque en realidad en el 90% de las situaciones del niño las resuelve el Médico de familia. Porque el control del niño sano, el consejo de alimentación, de lactancia, vacunación, eso lo hace el Médico de familia. Los pediatras temían quedarse sin trabajo por lo que bloquearon la posibilidad del postgrado durante muchos años. Nunca hubo especialidad de Medicina Familiar a pesar de que había personas con mucho empuje que hicieron algunas cosas, pero siempre luchando contra la Facultad de Medicina que siempre los bloqueó. Por suerte la Universidad de Montevideo abrió una maestría de Medicina Familiar y ello llevó que ocurriera lo mismo en la universidad pública. Por suerte hoy existe la Medicina Familiar, dado que si no existe un desarrollo del Médico de familia fuerte, importante, es muy difícil cambiar el sistema.

N- A parte son muy poquitos, creo que son 30 por año, algo así.

E- En la Universidad de la República son 30 por año y en la de Montevideo un poco menos tal vez o por ahí. Pero con muchas cosas además porque para ser

docente y enseñar estos temas uno tiene que manejar los conceptos de los modelos de atención centrados en Médico de Familia. Entonces en la Facultad de Medicina, en la UdelaR, ha pasado de que fueron a la cátedra de Medicina Familiar personas que no tiene esa formación, y si los docentes no tienen la formación adecuada la gente que se está formando tampoco la tendrá.

M- Después de realizados los cursos, ¿se realiza algún seguimiento o control para ver en qué grado se aplica en la realidad?

E- No.

M- Se realiza más bien una evaluación después del curso

E- ¿Conocen la pirámide de Patrick de evaluación de actividades educativas? Patrick venía del área de los negocios, dice que uno puede evaluar cuatro cosas: satisfacción, que es lo más fácil, es lo más básico. Vinimos, ah mirá, estuvo buena la charla y eso. A lo sumo alguna vez se evaluaba eso. Lo que se evaluaba era el formulario de evaluación de la JUNASA que no sé exactamente cómo es el mismo. No sé si es de satisfacción o cómo es. El segundo nivel que uno puede evaluar es el conocimiento. Le hace mediante una encuesta de múltiple opción antes y después. El tercero que uno puede evaluar es las actitudes de la gente en la práctica. Les dijimos que hay que tomar la presión, vamos a ver si toman la presión. Y luego el nivel más difícil de evaluar es el impacto que uno ha tenido en la población. Porque en realidad uno hace metas prestacionales de hipertensión para que haya menos muerte por accidentes cerebrovasculares. En Uruguay tenemos la tasa más alta de todas las Américas, de muerte por ataque cerebral; porque el control de hipertensión es muy malo. Pero a medida que uno sube en la pirámide es más complejo. Es más fácil medir si aprendieron cómo se debe tomar la presión, después ver si se toma bien la presión y después conseguir que el impacto se traduzca, que la tasa por accidente cerebrovascular en Uruguay baje, es un tema complicado de conseguir en la medida que uno sube más en la pirámide. De hecho en Uruguay no se ha hecho. En algunos lados, en CAMY, que yo te decía que nos pidieron ayuda, conformamos un grupo de mejora en la institución con gente distinta de sectores, desde administrativos, hasta gente de la farmacia, enfermeros, médicos, etc.; y tenían un sistema planeado muy bueno. No sé si después se habrá terminado de implementar. Por ejemplo, el objetivo de ellos (es la ventaja de ser una institución chica), era saber si todos los afiliados eran hipertensos o no. Entonces en el grupo de trabajo se diseñó una estrategia, se armó en el sistema informático, se podía ingresar ese dato. Por ejemplo fueron a la farmacia y vieron todos los que habían retirado medicamentos para la hipertensión. Esos ya son hipertensos. Los que tenían diagnóstico de hipertensión en la primera hoja esa, porque venían del médico, también lo ingresaban al sistema. Pero lo que está bueno que hicieron fue que en la pantalla administrativa, si una persona viene al mostrador de la mutualista, figura si está captado o no como hipertenso. Si no está captado como hipertenso le decían: tenés que ver médico. Y después llegaron hasta cierto punto con eso y después dijeron bueno,

tenemos que ir a los que nunca vienen. Entonces ellos tienen algunos convenios, por ejemplo CLALDY que es de Young, que tiene varios de cientos de personas que trabajan, entonces fueron a la fábrica, a la plata, para tratar de tomarle la presión a la gente y ver si era hipertensa o no era hipertensa. Y después estaban en el sistema también ingresando, cuando venía a la consulta, los valores de presión. De forma tal, la enfermería le tomaba la presión y le ponían el valor de presión allí de forma tal que yo podía llegar a evaluar en ese nivel, si estaban obteniendo resultados sobre el control de los hipertensos. Porque sabían qué presiones tienen las personas antes y después. No sé si lo están haciendo tal cual comenzaron a hacerlo o no, pero quiero decir que en algunos lugares se han hecho cosas de avanzar un poco más. Aquí no.

M- Así que más bien sería una evaluación después del curso, para ver los conocimientos. No sé, una serie de preguntas

E- Sí. Yo en realidad siempre participé como docente, nunca participé como escucha, entonces no sé. Pero a nosotros no nos pidieron que elaborásemos una evaluación. De hecho lo que había es la evaluación que pidió la JUNASA, que no sé exactamente cuáles eran los puntos

N- Entonces tampoco hay un seguimiento, o sea, ¿una vez terminado el curso, en el día a día del trabajo tampoco hay un seguimiento?

E- No.

N- ¿Y el número de trabajadores a capacitar, considera que es adecuado?

E- ¿El número de...?

N- El número de funcionarios a capacitar que ya viene dado por el Ministerio y que dicen bueno, cuantos funcionarios hay que capacitar.

E- Es que no sé cuánto dice el Ministerio.

N- No sabemos exactamente cómo lo arma pero por mutualista dice, por ejemplo la Española 150.

E- No tengo idea de eso. No tengo idea y no sé qué criterios emplearon para eso.

M- ¿En base a qué criterios se seleccionan los capacitadores?

E- Acá lo que seleccionaron es gente que se dedica al tema. Acá la ventaja que al ser grande, al ser varios miles de médicos, siempre hay grupo de gente que trabaja en temas de diabetes, que trabaja en salud de la mujer. Es más complejo en lugares más chicos. En FEMI por ejemplo organizaron algunas actividades centralizadas y en algunos casos con video conferencias porque no en todos lados tienen gente o la mejor gente posible para capacitar en algunos temas. Como

también hicieron otros modelos en los cuales se hicieron video conferencias, después se gravaban. De hecho yo participé una vez que fui a CAMY por los temas de hipertensión, me dijeron si no tenía inconveniente, que tenían que replicar una de tabaquismo, entonces trajeron el DVD de la presentación que había hecho en la actividad, lo presentaron a todos y después hicieron preguntas. En ese caso la FEMI, yo me quedé mirando cómo era la charla y lo que hacían después, y después tenían preguntas de evaluación de conocimiento.

N- ¿Había o hay algún lineamiento del MSP: bueno, los cursos tienen que ser así y así, o el especialista lo da según su punto de vista? Si tiene que tocar ciertos puntos.

E- No, no había. A nosotros nadie nos dijo cómo hacerlo. Nosotros lo hicimos en el grupo de aquí, de cardiología, nos juntamos cuatro o cinco y definimos cómo lo íbamos a hacer. No recibimos ninguna directiva.

N- ¿Tampoco los tiempos?

E- El tiempo sí nos dijeron ellos cuál iba a ser el marco temporal y demás. También se hicieron cosas disparatadas que era un día 8 horas: 2 horas de esto, 2 horas de esto, 2 horas de lo otro... Tampoco hubo mucho, hasta donde conozco, de exigencia de **la metodología educativa a emplear**. Entonces en general se hizo con conferencias magistrales y no mucho más. Nosotros tratamos de incluir situaciones clínicas y hacer que la gente participara definiendo cómo hacerlo y después dando las opiniones nuestras al respecto. Dada la suerte de que había grupos como aquí por ejemplo, que trabajamos en temas de educación de post grados y tenemos preocupación en el tema de educación médica y de educación en general, se podría conseguir mejores cosas. Yo he visto en otros lados, cosas horribles que uno sabe que tiene un impacto casi nulo en modificar conductas, que es ir a recitar durante una hora y media un montón de cosas, y eso no se midió. Yo creo que en general, en la reforma en el sistema, pasa mucha cosa, que hubo gente con buena inspiración, con el enfoque adecuado pero luego al llegar al terreno al momento de implementarlo, quedó todo colgado en titulares. Todas estas cosas, todo esto que me están preguntando hubiera merecido un análisis a fondo, profundo, **con definición de cómo se haría, luego hacerlo, luego implementarlo, luego evaluar qué tal estuvo, luego si no estuvo bien, mejorarlo; escribir procedimientos de todo. Pero es mi impresión solo se contaba con una concepción inicial, la que no se vio complementada de un análisis cuidadoso y detallado, dando participación a los diferentes actores, para recién después luego llegar a su implementación.**

Dr. Homero Bagnulo. 1º de junio de 2011 -Revisada por el Entrevistado-

N- ¿Qué piensa del sistema metas asistenciales en el marco de la reforma de la salud?

E- Que es una buena idea que a veces tiene dificultades para ser llevada a la práctica.

M- ¿Y considera que el Ministerio especificó claramente el significado de estas metas y lo que se quería lograr con ellas?

E- De algunas metas, sí. En otras, no. En algunas metas parece bastante claro. Las cosas que habría que hacer y eso, y en otras eso no fue así.

M- ¿En qué metas, por ejemplo, fueron claros?

E- Me parece que estuvieron bien diseñadas todas las que se vinculan a los niños y a las embarazadas. Me parece que el tema de la violencia doméstica y de las policlínicas vinculadas a la violencia doméstica y eso, la gente no tiene mucha idea, no hay realmente recomendaciones válidas sobre cómo implementarla. Eso digamos, me parece que varió mucho con las personas que estaban a cargo de las diferentes áreas. Alguna gente tenía las cosas más claras y determinaron, y otras eran, digamos, *wishful thinking*

N- ¿Qué actores participaron en el proceso de establecimiento de metas? ¿O solamente el Ministerio? ¿Tuvo por ejemplo, reuniones con las distintas instituciones privadas?

E- Más que nada las metas, a las instituciones se las tradujeron. Lo que yo te puedo contestar referido a esto, no es absoluto, no es muy preciso en el sentido que yo no estuve en la elaboración de algunas de ellas. Estuve sí cerca de gente que estuvo trabajando en eso. Y lo que sí creo que hubo asesoramiento externo. Yo sé que hubo gente que integraba organismos internacionales y grupos acá que estuvieron opinando, por lo menos, transmitiendo.

N- ¿O sea, fue algo impuesto de alguna manera a las instituciones?

E- Sí, creo que sí. Creo que muchas cosas les fueron impuestas a las instituciones. Lo cual además creo que no me parece nada malo. Que se le imponga a las instituciones determinados cumplimientos. Creo que en esto, lo que importa, en última instancia, lo que está subyacente es el concepto que uno tiene de Sistema Único Nacional Integrado de Salud. Y creo que todo el mundo habla de que es más justo, más distributivo, etc. Puede ser. En algunos aspectos creo que sí. A mí lo que me parece muy importante del Sistema Nacional Integrado, que le devolvió al Ministerio una rectoría que había perdido. Y la rectoría me parece, uno de los mecanismos, es esto de fijarles metas y fijarle a las instituciones qué prestaciones

tienen y deben dar. Y bajarle además, por ejemplo, los tickets, los copagos, el sistema de copagos. Me parece que eso, por ejemplo, claramente definió políticas. Por ejemplo bajar los copagos en la medicación de los hipertensos me pareció realmente un logro muy importante del sistema.

M- Y con respecto a los pagos que hace el Ministerio por cumplimiento de metas a las instituciones, ¿considera que es adecuado el pago al esfuerzo que hace la mutualista por cumplir las metas?

E- Sí. Creo que hay cosas que además es generoso el Ministerio en pagarle, porque lógicamente tendrían que hacerlo. Creo que acá el gran problema que tiene el tema de las metas, el gran problema que tiene es ASSE. El gran problema que tiene es que para mí lo que no tiene validez, donde el Ministerio pierde validez, es no haber tenido el mismo nivel de exigencia para ASSE que tuvo para las instituciones. Es digamos, el talón de Aquiles del tema de las metas. Pero además ASSE desconoce las metas y desconoce el cumplimiento, no sólo de las metas, de un montón de normativa que el Ministerio le requiere a las instituciones. Las desconoce olímpicamente y todavía, y un poco como que hasta se jacta de ello.

N- ¿Creen que este establecimiento de metas es un buen indicador de los cambios hacia el nuevo sistema? O sea, con estas metas ¿se puede ver si se está encaminando?

E- No únicamente. No únicamente con estas metas. Me parece que hay otras cosas que también importan mucho saber. Y en los hechos hay otras medidas que se están tomando. Por ejemplo, hay un reporte universal. Los primeros indicadores de calidad son, por ejemplo, el control de las infecciones hospitalarias. Y el Ministerio ha desarrollado realmente un buen sistema de control de infecciones hospitalarias. Ahora estamos trabajando en políticas de seguridad y eso también es, el nivel mínimo de la calidad que es la seguridad. Y es la calidad visto desde el punto de vista de la clínica. Y eso se está trabajando y creo que hay otros indicadores, otros elementos que de alguna manera se están midiendo, y muchos más debieran medirse también. Por ejemplo, nosotros salimos a medir el tema de la HC. El Ministerio debiera de tener eso sobre la HC. Otras de las áreas que estuvo desarrollando fue el tener una descripción operatoria y una hoja anestesiológica informatizada. El llenado de eso debiera de estarse siguiendo mucho más con la lupa porque me parece que te da un montón de información enormemente valiosa.

M- ¿Y a su entender cuáles fueron las principales dificultades con que se encontró el mutualismo para implementar estas metas?

E- Diría que eso mismo, de que los registros en el mutualismo son muy malos. Inclusive tenían cosas que habían cumplido más y no podían notificar su cumplimiento por no tener registros adecuados. Este es un problema además,

general de este país. En la medicina, y yo supongo que en otras áreas también, es la falta de educación en el registro.

N- ¿El mutualismo está capacitado para este desafío hacia el nuevo sistema?

E- Tendrá que estarlo. De alguna manera el mutualismo va a tener que empezar a gestionar con otro nivel de calidad. La salud está evolucionando hacia eso y además ahora el país está invirtiendo mucho más dinero en todo eso. Y si invierte más dinero lo lógico es que se exija más.

M- Y el compromiso de las instituciones para con el cumplimiento de metas ¿cómo lo evalúa? ¿Es cumplir por llegar a un número para que me den más plata o hay realmente algo más en el fondo?

E- Paulatinamente algunas instituciones están llegando a comprometerse más. Creo que cuando salieron lo veían nada más que como un tema de plata y como que estaban acostumbrados a que el Ministerio no controlara. Hubo instituciones, ustedes saben, que fueron sancionadas por no llegar a las metas, por no cumplir o por no reportar en tiempo. Esto es un proceso de educación. Esto es un proceso de educar al mutualismo en que determinadas cosas se tienen que hacer o hacer, y que determinadas prestaciones hay que brindarlas o brindarlas. En ese sentido también fue importante que se generara el PIAS. ¿Ustedes saben lo que es el PIAS? El PIAS es la descripción de las prestaciones esenciales que el mutualismo tiene que dar. Y eso se está poniendo, cada dos años se está poniendo a punto y se está describiendo. Y eso es una garantía muy importante para un usuario del sistema. Porque ahí está descrito lo que te tienen que dar. Porque antes cada institución daba lo que quería y como lo quería. Es un camino hacia normar todas las prestaciones. El mutualismo hizo lo que quiso, además se manejó a nivel político. No diría que dejó de manejarse, ¿no? Uno, hay muchos diputados y senadores, que siempre se preguntó si eran diputados de los partidos o eran diputados de instituciones. Hay presiones desde el sector político. Yo creo que eso es una de las cosas que se fue acotando. Yo diría que hasta el 2000 esa era la regla. Acá había personas, algunos notorios, que desde el parlamento incidían fuertemente para obtener beneficios para sus instituciones. Es llamativo además, la cantidad de gente vinculada a instituciones médicas que tienen cargos, que ha tenido cargos a nivel político y cómo usaron eso para beneficio de las instituciones.

N- ¿Cree que los controles realizados por la JUNASA son suficientes para saber si las metas se están llevando a cabo correctamente?

E- Esto es lo que yo pienso: “el hombre es bueno, cuando se lo vigila es mucho mejor”. Yo creo que los controles nunca son suficientes, siempre se pueden mejorar. Pero por lo menos se empezó a controlar. Yo creo que los controles hay que hacerlos más, hay que mejorarlos, hay que tener mejores cuerpos inspectivos. Uno de los problemas que ha llevado a la JUNASA, no sé si ustedes están al tanto,

es de que ASSE aumentó los sueldos, el Ministerio no aumentó los sueldos y el Ministerio perdió un montón de cargos en manos de ASSE. Entonces hoy el Ministerio, la JUNASA, la DIGESA; han perdido montones de personas de las que estaban más o menos entrenadas en ir a hacer inspecciones, ir a controlar los cumplimientos de las instituciones. El propio Estado se roba recursos entre ellos. Eso debilitó, lo reconocen todos en el Ministerio, debilitó el papel rector del Ministerio y de la JUNASA.

M- Con respecto a los plazos para la entrega de información, ¿considera que son los adecuados, son suficientes?

E- Sí, sí. Suficientes son. Lo que pasa que si a ellos no les dan los plazos es porque no tienen un sistema de registro adecuado. Cuanto mejores tienen las instituciones sistema de registro, mejor te entregan la información. Hay instituciones que es una cosa demencial. No tienen las HC. Instituciones que ves un enfermo el viernes de tarde y no tenés la HC hasta el lunes. Si eso pasa con la HC ni te cuento con otras cosas. Hay instituciones que no saben lo que pagan a sus proveedores. Pero eso ahora creo que ha mejorado por las exigencias. Pero eso era la regla. Una institución no tenía previsto un presupuesto de cómo iba a hacer, cómo iba a cerrar el año, qué déficit iba a generar. Todas estas exigencias las han ido haciendo, de alguna manera, cambiar algo. Pero creo que todavía falta.

N- Hay algunas instituciones, salió ahora un informe, un artículo en realidad; se están quejando dicen que lo que el Ministerio les paga es poco para ciertas metas y que tiene pérdida con las metas. Que en realidad ahora en enero, cuando ingresen los jubilados con ciertos ingresos, piensan que el sistema puede colapsar.

E- Sí, sí. El que salió diciendo eso fue específicamente el CASMU. El CASMU tiene un problema de gestión que está tratando de cambiar. El problema del CASMU es que tiene una estructura dimensionada para 280 a 285 mil afiliados, y se quedó con 216 mil. Las instituciones siempre están absolutamente acostumbradas a que cuando no les cierran los números, van al parlamento, manejan desde el parlamento grupos de presión; que están en todo partido. Y en base a eso obtenían un aumento de recursos. Esto se les está complicando.

N- Nuestro estudio se va a basar en lo que fue la Meta 2 del año pasado, que es médico de referencia y capacitación de RRHH.

E- Estuvimos trabajando en eso, justamente. En médico de referencia y capacitación de los recursos.

N- ¿Desde el Fondo Nacional?

E- Desde el Ministerio. Nuestra *task force*, llamémosle así, que la nombró Jorge Basso. Una de las cosas que estuvimos trabajando fue en eso. Sobre todo en

capacitación en hipertensión, diabetes, tabaquismo, obesidad, etc. Hay un estudio, lo tenemos publicado por ahí, ganamos un premio; si quieren se lo pasamos. El 24% de los hipertensos tenían controles todas las visitas. Si vos vas a la mutualista y sos hipertenso, ¿qué es lo que pretendés? Que te tomen la presión, y si te toman la presión, que te la apunten en la historia. Bueno, de los hipertensos que se revisaron que eran en general hombres mayores de 55 años, sólo el 24% tenía la hipertensión registrada en todas las consultas. Había 12% que nunca, siendo hipertenso y sabiéndolo el enfermo y estando etiquetado como hipertenso, nunca estaba anotado en la historia, nunca se encontraba en la historia anotada. Entonces si te parece que no hay que controlar.

N- Para médico de referencia, ¿estaba previsto por parte del Ministerio, cómo se llegaría a los usuarios para la elección del mismo, o cada institución tenía que hacerse cargo?

E- Estaba previsto de que instaran a los usuarios a que elijan un médico de referencia. Y que si no lo elegían, después se les adjudicaba. Primero eligen ellos, y la persona que no elige pasa un tiempo y hay que decirle quién se le adjudica.

N-¿Pero sí queda un registro por parte de la institución?

E- Sí. Y además eso lo tuvo que llevar al Ministerio.

N- Pero yo digo antes. ¿Ellos se comunicaban con los usuarios y quedaba un registro que se comunicaron?

E- Que se comunicaron.

N- Perfecto.

M- La implementación de la figura del médico de referencia, a su entender, ¿cómo lo percibió el usuario?

E- Bien, muy bien. Y claramente. Porque en otras épocas, sobre todo gente veterana, tiene claramente la noción de tener un médico de familia, de tener a alguien que se ocupe. En el interior en los hechos eso se daba. Las instituciones del interior no tuvieron mayor dificultad con eso. Quienes tuvieron mucha dificultad con eso fueron los seguros. Porque el seguro, el paciente del seguro dice: yo quiero ir a mi cardiólogo, quiero ir a mi dermatólogo, o quiero ir a esto. Y cuando le decías no, pero hay que tener un médico de familia. Porque en el mundo cómo funciona, además. El médico ese funciona como el *gate keeper*, o sea, la persona que cuida los recursos de las instituciones. Es ese uno de los fundamentos. Así funciona, por ejemplo, sistemas como las HMO en Estados Unidos. La más grande, la KAISER PERMANENT, el médico tuyo es el que te da la autorización si vas a ir a un especialista, o si te vas a hacer un funcional

respiratorio, o algún otro examen. Por eso, de alguna manera, es el que cuida los recursos.

N- Luego de efectuada la elección del médico de referencia por los usuarios, ¿existen controles para asegurar que se atiendan por el médico elegido?

E- Eso dependería de las instituciones si quisieran cumplir. El Ministerio no lo sabe. Sabemos que hay instituciones que sí, que buscan eso claramente. Hay tres o cuatro instituciones que implementaron muy bien eso. Porque nosotros hicimos unas reuniones en las cuales ellos presentaron, experiencias. Y hay tres o cuatro instituciones que lo implementaron muy bien: el Evangélico, CRAMI; CUDAM. Hubieron tres o cuatro que lo implementaron muy bien. Y esas lo presentaron en público, justamente cómo había sido la estrategia de su implementación.

M- En el instructivo de la JUNASA se establece que el médico de referencia debe ser un geriatra, un pediatra o un médico de familia. ¿Ese control se realiza, que el médico de referencia efectivamente sea de alguna de esas especialidades?

E- Sí. Además eso lo han cumplido. Es muy fácil para ellos cumplir eso. El otro tema es si es realmente es lógico que el pediatra y el geriatra sean médico de referencia. Que es otra discusión muy dura en el mundo, porque los pediatras se han negado a que si no sos un pediatra, seas médico de referencia de un niño. Eso dio como resultado un problema grave que es la ausencia número suficiente de pediatras. Porque en primer lugar hubo un traspaso de niños desde el sector público al sector privado. Ustedes deben de haber leído eso más que yo, lo del enfoque sistémico de la salud. La salud como cinco sistemas interconectados en el cual cuando vos haces un movimiento en uno de los sistemas tenés que estar pensando cómo se mueven los otros sistemas. Muy a menudo cuando decidieron metas o decidieron estos movimientos, no pensaron cómo se compaginaban los otros sistemas. Sobre todo, en el que nunca piensa nadie en el Uruguay, son los RRHH. Deciden cosas sin pensar si vas a tener la cantidad y la calidad de los RRHH necesarios, que ahí fue donde aparecieron fallas. Ese trabajo está muy bueno, es de la OMS en el cual habla justamente de la salud como su componente sistémico en el cual son cinco sistemas que están interrelacionados, al cambiar alguno de ellos se tiene que prever siempre los movimientos que se puedan generar en los otros.

N- Los profesionales estos, pediatras, geriatras, ¿estaban todos obligados o era opcional?

E- ¿Pero y quién iba a decir que no? Te dan una población, de alguna manera más población de la que tenías.. Pero en última instancia les implicó a los pediatras claramente, un aumento muy franco en sus ingresos. En todo este sistema que se creó hasta ahora uno de los grandes ganadores han sido los médicos.

N- ¿Y hay un máximo por médico?

E- Eso sí que no se cumplió. En pediatría no se cumplió. Porque además si no tenías pediatras suficiente y no tenían de dónde sacar más pediatras, bueno. Había gente que tenía la consulta llena hasta las diez de la noche y a las diez de la noche si no los habían visto la gente se iba para su casa y le mandaban un acuerdo que habían hecho con la emergencia médica móvil. Determinó este tipo de situaciones.

M- ¿Por parte de los funcionarios médicos cuál fue la reacción generalizada? ¿Hubo aceptación? Porque esto repercute en su trabajo, el médico no va a tener tanto la posibilidad del multi empleo como tenía antes.

E- Esa es la gran falla del sistema hasta ahora, para mí (y lo he dicho públicamente). Para mí la gran falla de este sistema es que hasta ahora no actuó sobre la fuerza laboral. No determinó eso que vos decís. Porque eso que vos decís también es *wishful thinking*. En realidad todos siguen teniendo tanto o más multi empleo que antes. Ahí es donde la cosa no ha marchado. Y fijate el tema de los anestesistas. Eso es lo que no marchó. Desde ese punto de vista los médicos no les han requerido nada de eso. Y al personal de la salud tampoco. Es más, se están pasando recursos de un lado a otro en base al mayor pago.

N- En cuanto a la capacitación de RRHH, ¿estaba previsto algún plan de incentivos para que los trabajadores realizaran el curso?

E- Sí, se les pagaban las horas por hacerlo. Hubieron ahí diferentes posturas en las diferentes instituciones. En principio el criterio del Ministerio era de que se les pagaran las horas. Pero inclusive hubieron algunas instituciones que dieron más que eso, dieron hasta algunos días de licencia. Y algunas instituciones, creo que en el interior, le dan algún grado de retribución.

N- ¿Pero también podía ser dentro del horario de trabajo?

E- Sí, podía ser dentro de su horario de trabajo.

N- ¿Y se aplicaban sanciones para los que no participaban?

E- Eso no te lo puedo contestar. Dudo que se hayan aplicado pero no lo sé, no estoy seguro

N- ¿Lo podía manejar cada institución?

E- Sí, sí.

M- ¿El número de asistentes a cada curso estaba limitado?

E- El problema es que hubo gente de muy diferente formación. Hicieron ir a los administrativos a algunas actividades que eran realmente para personal médico,

personal de la salud médico, o nurses, o auxiliares de enfermería bien entrenado. Entonces eso fue uno de los problemas que se cumplió y que además las instituciones entendieron mal. Como se fue a controlar que estuvieran haciendo, se mandaron inspectores a las instituciones y eso, algunas cosas las entendieron mal. Hicieron ir al personal administrativo. Por ejemplo, a tabaquismo se había dicho de que era bueno que todo el mundo participara, inclusive personal administrativo. Pero de repente al control de un diabético, no. Y después por otro lado hubo gente que dio a nivel de súper especialista. La idea es que se dieran pautas bien concretas. Además se les pidió a las instituciones que cada una siguiera una pauta de tratamiento para diabéticos, para hipertensos, etc., que la podía sacar de diversas pautas. ¿Por qué se les pidió a las instituciones que fijaran sus propias pautas? Porque sabíamos seguro que si eso se fijaba desde el Ministerio, del momento que eso se fijara desde el Ministerio, iban a estar en contra. Entonces hubo una institución, que dijo: no puede ser que nos obliguen a nosotros a fijar las pautas, tiene que fijarlas el ministerio. ¿Por qué? Tomen una pauta, hay varias. De los europeos, de los americanos, argentinos y pautas acá de la sociedad de cardiología, por ejemplo. Porque lo bueno que tiene de fijar una pauta que vos después acotas el tipo de medicamento que compras. Para tratar la hipertensión hay cuarenta o cincuenta medicamentos posibles. No es lógico que una institución tenga cincuenta medicaciones. Lo lógico es que tenga, suponete, dándole variación, diez para diferente gravedad, diferentes grupos. Los negros hay alguna medicación que no les funciona para la hipertensión, etc. Vos tenés que tener algunas soluciones, pero no cincuenta. Entonces eso ordena a la institución, ordena a la farmacia de la institución, le permite comprar mejor, disminuyen los errores; porque cuanto más medicación tenés, más posibilidad de equivocarse hay por interacciones medicamentosas y eso.

N- Y por otra parte el Ministerio entonces cuando envían y dicen: bueno de tal institución necesitamos que capaciten a tanta gente, porque llegaste a un número, ¿no? No decían: bueno, de estos tantos tienen que ser médicos, ¿no? ¿O sea, tienen que llegar a ese número sin importar?

E- Pero tenían que tener de todos y era muy importante que estuvieran los médicos. No hubo mucho problema. La institución en sí, el hecho de capacitar a sus técnicos, lo tomaron muy bien. Porque son muy conscientes que falta educación médica continua.

M- Con respecto al número de funcionarios a capacitar, la JUNASA en su instructivo da una cifra por cada mutualista. A ese número, ¿cómo se llega?

E- Yo creo, honestamente, que eso fue un número un poco al tanteo para tratar de que no fuera todo el mundo junto, para ir progresivamente capacitando gente. Creo yo, eso no sé. De repente alguien hizo algún cálculo.

N- Porque no aclara ahí si es un porcentaje justamente, o es un número.

E- La idea que se manejó, yo me acuerdo en aquellas reuniones, era que era un porcentaje de la gente que tenía. Ahora, la gente cumplió y la gente fue y mucha gente estaba interesada.

M- Nos decían que por ejemplo, estaba más interesado el personal no médico que el médico.

E- Sobre todo las auxiliares de enfermería y las nurses. Lo que pasa que los médicos tienen más opciones a veces, para capacitarse, hay más actividades para los médicos. Mientras que el personal de enfermería tiene menos. El personal de enfermería, en algunas instituciones sobre todo, sintió que por primera vez se le abría una puerta de participación.

N- Y esta cantidad de personas a capacitar, ¿usted cree que está bien o que deberían ser más?

E- Yo creo que deberían ser todos en la institución. Más focalizado. Qué para los médicos, qué para el personal de enfermería, qué para los administrativos porque creo que las necesidades no son las mismas. Pero no hay tantos RRHH y además capacitar es una inversión no un gasto, pero en su momento le genera una demanda económica a las instituciones.

N- ¿Cada institución capacitaba con sus profesionales?

E- Con sus profesionales. Viste que las instituciones tienen diferentes tipos de vínculos con los profesionales. Están los médicos de la institución, están los consultantes, etc. Algunas instituciones fueron a los consultantes. Y la FEMI por ejemplo, hizo toda esta capacitación para toda la FEMI. Hizo también por métodos a distancia, hizo por internet, hizo talleres. La FEMI ya antes estaba trabajando fuertemente en la capacitación de sus recursos. Y la FEMI además trabajó en capacitación en la gestión de recursos. A parte de estos temas, trabajó mucho en gestión.

M- Para los cursos, en cuanto al público que asiste a los cursos, ¿se fija una prioridad? Por ejemplo, primero vamos a darle prioridad a los médicos y a quienes atienden al público ¿O es en general, es para todos?

E- Eso es interesante porque hubo instituciones que le dieron mucha prioridad a la gente que atiende al público y eso parece importante. Hubo instituciones que hicieron eso como un tema que les importaba mucho.

M- Y después con respecto al contenido de los cursos, ¿cada mutualista lo forma al curso, las pautas, cómo se da? ¿O ya viene dado por el Ministerio?

E- No, no. El Ministerio lo que dio fueron los temas, qué temas tocar y un poco qué enfoque requería. La profundidad, ahí fue donde falló. Por eso se fue a ver

gente y se fue a plantear. Y hubo gente que se fue a niveles de patogenia, fisiopatología, los últimos adelantos. Que eso no era lo que se pretendía.

N- ¿No estaba pautado entonces ni el tiempo de duración?

E- Sí, el tiempo sí. El tiempo estaba bastante bien pautado.

N- Y los grupos, ¿había por ejemplo, para los distintos cursos, un máximo por grupos, o no?

E- Sí. Eso se trató de plantear de manera que hubiera un máximo para que no hubieran grupos muy grandes. Se repetía el curso y se repetía en diferentes horarios. A veces pasaba que el último curso en el tiempo aparecían montones de gente que no lo habían hecho antes y que entonces lo querían hacer.

Entrevistas a representantes de instituciones de la salud seleccionadas

**Dr. Alfredo Toledo – Director Técnico del CASMU. 13 de junio de 2011 – Sin
revisar por el Entrevistado-**

M- ¿Qué piensa del sistema metas asistenciales en el marco de la reforma de la salud?

E- El sistema creo que es bueno desde el momento que apunta a mejorar la calidad de las prestaciones que tienen las instituciones. Eso nos obliga. Al Ministerio, a ser un buen controlador, a saber qué controla, a tener un diseño adecuado de las metas y de cómo fiscalizar las mismas. Y por otro lado para las instituciones, porque también sabiendo que vamos a estar siendo supervisados y fiscalizados en determinados puntos, te obliga a tener una visión mucho más asistencialista y salir un poco de la visión de tantos números que hemos tenido últimamente. Ir verdaderamente al foco de lo que son estas instituciones de salud, que es el real sentido de las mismas, de brindar asistencia a sus abonados, atenderlos tanto sanos como en la enfermedad. Así que en principio nos parece muy adecuado, sin entrar en la profundidad de los detalles. Como en grueso, está bien.

N- El concepto de metas asistenciales manejado por el MSP, ¿ha sido compartido con el mutualismo? Antes de implementarlas.

E- No. El Ministerio es ese sentido tiene un formato en estos últimos años que implementa, pone arriba de la mesa con muy poquito tiempo y a veces ni siquiera con tiempo para que analicen o pongan su opinión las instituciones o los actores en general, de la salud. Con las metas fue un caso similar. Se pusieron, se implementaron. Hoy, ya con dos años de estar funcionando las metas, se tuvo la primer reunión hace una semana vinculado justamente con el punto de vista técnico, cuál es la opinión de los diferentes prestadores con respecto a las metas. En general ha sido una metodología que no ha sido muy participativa, la del Ministerio. Implementa, lo pone en práctica. Hoy está oyendo y viendo cuáles son los inconvenientes de las metas, o cómo implementarlas, o cómo fiscalizarlas, de qué manera, o en qué tiempo ponerlas. Y que además las instituciones tal vez no sean todas iguales. Hay instituciones de diferente porte, hay instituciones en el interior y en Montevideo. Las instituciones del interior tienen sus particularidades. Hay instituciones chicas e instituciones grandes. Instituciones que de repente los números absolutos son muy chicos y tres nacimientos, o tres muertes, o tres personas no controladas en un mes o en un trimestre, cambia totalmente los números finales.

M- ¿Qué actores participaron en el proceso de establecimiento de metas?

E- Acá participó el MSP. Que yo conozca no hay otros actores que hayan participado, ni a nivel gremial ni institucional.

N- Tenemos idea de que podían todos participar. O sea, eso es ahora dice usted...

E- Hoy tuvimos la primer reunión técnica. Con aspectos técnicos y no políticos, de salud.

N- ¿Cree que el establecimiento de metas es un buen indicador de los cambios hacia el nuevo modelo de atención?

E- Sí. Por lo menos de repente te sirve para marcar el cambio en el modelo de atención. En los demás aspectos de la reforma en cuanto al modelo de atención, son indicadores que van bastante atados al mismo.

M- ¿Qué dificultades encontraron acá en CASMU, para la implementación de las metas? Específicamente estas.

E- CASMU es una institución de las que hablábamos, especial en algunos sentidos. Para nosotros no fue fácil porque CASMU siempre había apostado a tener un sistema asistencial muy descentralizado. Hay 700 consultorios periféricos. Entonces se nos ha hecho muy difícil unificar los criterios de que ahora estábamos obligados a alcanzar determinadas metas, pero además la importancia que tenían esas metas no era sólo alcanzarlas, sino que estaban marcando y hablando de la calidad de asistencia. Y por otro lado es la recolección de la información, es bastante complicada. Porque no es lo mismo. No tenemos centralizado, la HC electrónica recién está comenzando a funcionar y no más de un 20% de los médicos la están utilizando; porque si fuera así sería muy sencillo. A través de ahí tú captas rápidamente la información. Y para fiscalizar también es difícil. Porque tuvimos que mantener varias reuniones con la unidad de metas del Ministerio para que nos fiscalizaran y tuvieran algunos elementos en cuenta. Por ejemplo, que la información no puede llegar el lunes de tarde para que te fiscalicen el martes. Nosotros precisamos por lo menos setenta y dos horas de un listado de un set de HC a fiscalizar, para salir a buscarlas. Esos temas, claramente con la unidad de metas, los comprendieron y así se hace. Pero esos son los cuellos de botella que tiene hoy el CASMU con el tema de las metas.

N- ¿Se les informó a los usuarios sus derechos? De los nuevos derechos...

E- Sí. Nosotros ya desde principio de año comenzamos a implementar la distribución de la cartilla con los derechos. Tenemos el consejo consultivo del CASMU funcionando regularmente, se reúne mensualmente pero además de esas reuniones mensuales tienen todo un trabajo que se va realizando durante el mes con una coordinación rotatoria. En este momento la coordinación la tienen los trabajadores. Creemos que tenemos un buen contacto para lo grande que es esto.

N- ¿Y las cartillas se le distribuyen a los usuarios que vienen o...?

E- Las cartillas, a los nuevos abonados que se van haciendo se lleva su cartilla. Después se distribuyen permanentemente en el policlínico y en las unidades

periféricas que tenemos, se están entregando. Y en las actividades que hacemos con los usuarios, también se entrega.

M- ¿Para esta institución, la implementación de las metas interfirió en metas propias que tenía la institución?

E- No, no. No interfirió, creo que se sumó. Lo que ya estaba haciendo la institución lo seguimos haciendo. Algunas se van incorporando ahora. Tenemos un buen equipo trabajando en violencia doméstica desde hace muchos años. Antes de que se implementara una meta de violencia doméstica la institución tenía una policlínica y un grupo trabajando, o sea que se unieron es esa línea de trabajo. El equipo de adicciones, también. El equipo que ya está venía trabajando y ahora cuando el Ministerio ya marque las pautas en ese sentido, va a continuar. Pero no, en ese sentido se sumaron. Lo que ya se estaba haciendo, se siguió haciendo.

N- ¿Considera que el pago por cumplimiento de metas se adecúa al esfuerzo que realiza la institución?

E- Habría que ver bien. Yo creo que cuanto más se pudiera destinar al pago para el cumplimiento de metas, mejor sería. Es un buen aliciente porque a uno le marca por qué te doy dos pesos, y es por esto específicamente, porque estás cumpliendo, porque se cumplió con los indicadores y demás. Es una plata que uno la tiene muy bien justificada. Entonces, sin disminuir la torta general, pero cuando se aumente la torta sería bueno que se aumentara en el cumplimiento de metas. Sobre todo en instituciones como la del CASMU que las metas no las podemos cumplir solamente para los afiliados FONASA, sino que la cumplimos para todos. Más de 45% de los afiliados nuestros no están todavía incorporados al FONASA. Son personas mayores, trabajadores de la Intendencia, que son un convenio muy grande que tenemos y los convenios colectivos. Todo eso suma 45%. Ahora, las metas se cumplen para todos.

M- ¿Utilizan cálculos de costos o financieros para determinar si se adecúa el pago al esfuerzo?

E- Sí, se hacen... La unidad administrativa continuamente está analizando los costos. Cuando analiza, por ejemplo el costo de la cuota salud, también se analiza el ítem de metas.

N- ¿La capacidad instalada de la institución fue suficiente o requirió ampliarla a partir de la implementación?

E- No, ampliarla no. Modificarla sí. Estamos disminuyendo algunas zonas con mucho consultorio periférico, tratando de concentrar en clínicas. Tener más clínicas y menos consultorios periféricos sin complicarle la vida al abonado. Es decir, en un mismo radio donde había cinco consultorios, buscar un punto central y ahí generar una clínica concentrando a los especialistas y a los médicos.

N- ¿Y RRHH tampoco fue necesario?

E- Sí, hay un incremento de RRHH. RRHH hubo que incrementar, sí.

M- Con respecto a los plazos que establece el Ministerio para la entrega de la información, ¿considera que son adecuados?

E- Sí, yo creo que son adecuados. No hay problemas con los plazos.

N- Desde su punto de vista, ¿el mutualismo está capacitado para afrontar este cambio?

E- No, el cambio es muy rápido. En muy poco tiempo se pretende hacer mucha cosa que el mutualismo no estaba preparado. No sólo el mutualismo, porque ASSE tampoco estaba preparado para un cambio de este tipo. Yo creo que hay que buscar la manera de parar para seguir andando, ajustar más todo el sistema de los prestadores para que se avanzara en eso más seguro.

M- En cuanto a las auditorías que lleva adelante el Ministerio, ¿qué opinión le merecen?

E- Todos tenemos buena experiencia. Es una fiscalización en la cual todos aprendemos. Nunca la hemos sentido como entre malos y buenos, sino que el momento de la auditoría y de la fiscalización es un momento más en el cual todo sirve porque nos marcan errores que estamos cometiendo. Y ellos también a veces están aprendiendo de la debilidad que tiene nuestra institución y cómo interpretarla. Que a veces lo bueno que viene, que comparten. No es desde el escritorio que vos mandas papeles y ves papeles... La verdad que se hace un lindo trabajo en conjunto, a nuestro entender no hay nada objetable.

N- ¿Cómo se llegó a los usuarios para que hagan su elección de su médico de referencia?

E- Se fueron paulatinamente utilizando diversas vías. Primero se le informó, se puso en la página *Web*. Se trató de informar en muy corto tiempo porque no había mucho para hacerlo. Rápidamente había que implementarlo, pero bueno. A los abonados creo que se estaba tratando de ordenar la atención de los mismos en función de un médico que iba a ser su referente, un médico de cabecera, un médico de familia y demás. Y después utilizamos todos los puntos de contacto que tienen los abonados, por ejemplo cuando salen de alta, salen con su médico de referencia cuando no lo tienen. Es un momento que nosotros entendimos que era bueno para hacerlo. Después en las policlínicas periféricas también ya se fueron adaptando y se fueron consultando médicos que están contratados específicamente para trabajar por capitación con poblaciones que van entre 500 y 2000 abonados.

N- Ah, ¿el CASMU ya tiene un máximo de usuarios?

E- Empezamos marcando 2000 por ahora.

N- ¿Y además de eso, no se los llamaba?

E- La vía telefónica la usamos pero tratamos de que no fuera la principal. Pero no era fácil de explicar esto telefónicamente. Entonces se apostó mucho más al trato personal. Hay un policlínico por el cual circula mucha gente, así que de repente nos facilita eso.

M- ¿Y el usuario cómo percibió este cambio?

E- Creo que no lo evaluamos. En general la gente aceptó, nos dijo que ya lo tenía, que ya tenía su médico. Nosotros le dijimos que no había por qué cambiarlo, que era solamente asegurar eso. La gente también a veces toma un médico como propio aunque no sea el médico de referencia, pasa mucho con los ginecólogos donde la mujer se aferra mucho a su ginecólogo. O los cardiólogos, las personas mayores piensan que ese es su médico de referencia. Entonces ahí es donde tenemos que ir muy lentamente. El Ministerio tiene que oírnos a quienes estamos en esto y ver cuáles son los inconvenientes por los cuales yo no le puedo decir al diabético que su diabetólogo no es su médico de referencia.

N- ¿Luego de efectuada la elección del médico de referencia por el usuario existen controles para asegurar que se atienda con ese médico?

E- Sí, nosotros tenemos los médicos que definitivamente optaron por la capitación, los tenemos controlados, tratamos de que el abonado no toque otros médicos. Se va acostumbrando lentamente a que tiene que atenderse solamente con su médico de referencia. Es una tarea que no es fácil, pero bueno, hay que hacerla.

N- O sea que cuando vienen tratan de informarle a la persona. Si la mujer pide son su ginecólogo tratan de hacerla entender...

E- Sí, sí.

M- En el instructivo de metas de la JUNASA se establece que el médico de referencia tiene que ser un pediatra, un médico general, un geriatra o un médico de familia. ¿Ese control se hace, que el médico de referencia sea de alguno de estos?

E- Sí, se usó pediatra y médico general. Por ahora estamos ahí, pediatra, médico general, médico de familia. La institución debe de tener entre 15 o 20 médicos de familia titulados. Por ahí anduvimos con las especialidades.

N- ¿Y qué grado de aceptación hubo por parte de esos profesionales?

E- Que fue buena. Estaba muy metido en la cultura de CASMU. El famoso médico de zona era un médico de referencia, o sea que en muchos casos no cambió y se tenía muy claro cuál era el rol. Pasó de ser un médico de zona a un médico de referencia o un médico con herramientas de medicina familiar. Capaz eso haya jugado a favor de que en CASMU no haya habido mayores problemas.

M- Con respecto a la implementación de la BD que relaciona la información del médico de referencia con sus pacientes. ¿Eso se llevó con total normalidad o hubieron complicaciones para realizarla?

E- No, en general bien porque estamos caminando en forma paralela con el pasaje a la HC electrónica y nos ha ayudado mucho. Por supuesto que se puso el foco ahí. Empezamos a aplicar la HC electrónica en aquellos médicos que estaban capitando, los médicos de referencia y demás. Entonces eso nos ha facilitado. Todavía tenemos interconexiones que no son fáciles porque cuando uno consulta con un especialista, en parte hay información que todavía se nos está fugando.

N- ¿Se establecieron procedimientos escritos para alcanzar la meta?

E- Sí. Tuvimos que comunicar y todavía lo seguimos haciendo. De las importancia de las mismas, de las pautas, de los procedimientos, de la importancia del llenado de alguna información que se pasaba muy por arriba con los médicos. Nos pareció que era necesario y fue bueno también.

M- ¿Los funcionarios capacitados fueron seleccionados por algún criterio o la decisión fue voluntaria de cada uno para asistir?

E- No, en esta primera etapa se hizo voluntaria. Te diría que el 90% fue voluntario y después hubo un porcentaje que se derivó por necesidad y se consideraron. Pero mayormente voluntario.

N- ¿Existe algún plan de incentivos para que los trabajadores realicen los cursos, o se aplicaban sanciones si no deseaban participar?

E- No. Fue por la positiva. Quien cumplía todo el ciclo tenía algún beneficio pero creo que era algún día de licencia extra o algo así. Fue un cambio por la positiva, no por el lado de la sanción.

N- ¿Y en general eran dentro del horario de trabajo los cursos o fuera?

E- Nosotros les dimos las dos opciones. Teníamos cursos durante y después teníamos fuera de los horarios para aquellos que tienen exclusividad con el CASMU.

M-¿Existía alguna limitación al número de asistentes, algún cupo máximo por curso?

E- Andaban entre las 40 o 50 personas y tratábamos de no superar ese número.

M- ¿Los cursos se dictaban dentro de la institución?

E- Dentro de la institución, sí.

N- ¿Se efectúa algún tipo de seguimiento o control constante sobre los trabajadores que concurren para evaluar si en la práctica se estaban llevando a cabo los conocimientos adquiridos?

E- No.

M- ¿Qué tipo de evaluación se realiza una vez finalizado el curso que permita estimar el grado de aprovechamiento del mismo, si es que se realiza?

E- La evaluación post curso sí se hizo. Se hizo una evaluación post curso de los temas que se habían tratado o del tema que se había tratado y cuál era la necesidad de otros temas, para nosotros continuar independientemente de que hubiera meta o no, para poder continuar con otros temas. Era un formulario pre diseñado en el cual se marcaban algunas preguntas de post test.

N- ¿Y cree que eran suficientes para saber si habían adquirido los conocimientos?

E- No, era poderlo hacer realmente ya en servicio, pero bueno. La verdad que por ahora no lo hemos hecho.

M- El Ministerio también daba el número de trabajadores a capacitar por institución. ¿Considera que era adecuado ese número? Para CASMU creo que dieron 492, algo así.

E- No sé. No sabemos muy bien cómo lo calcularon ni por qué y nunca nos pusimos a pensar. La verdad que no sé.

N- ¿Pero no creen que deban ser ni más ni menos?

E- No. Como primer punto de contacto fue bueno porque a partir de ahí sí recogieron información de otras necesidades. Pero en principio no te puedo decir si eran muchos o pocos.

M- ¿En base a qué criterios se seleccionaron los capacitadores? ¿Ellos fueron capacitados o...?

E- No, en general fue el personal técnico que ya trabajaba en la institución, que tenía la especialidad o el perfil para los temas. Todo lo que era geriátrico lo daba gente del equipo, lo de adicciones también lo dieron. Por suerte esta es una institución muy grande entonces tenés la posibilidad de recurrir.

Dr. Miguel Pérez - Encargado de Metas. Asociación Española Primera de Socorros Mutuos. 5 de julio de 2011 –Revisada por el Entrevistado-

E- Ustedes se van a referir exclusivamente a Meta 2. Estamos hablando de médico de referencia en el rango etario de 15 a 19 años y de 45 a 64 años, y capacitación de RRHH. Por un lado se impuso un actor que es el médico de referencia pero ya no sólo referenciado. Por otro lado se informó a fines de junio y la meta empezaba los primeros días de julio, por lo cual fue muy complejo implementar toda la operativa mientras los plazos estaban corriendo. Eso fue muy desafiante. En lo que tiene que ver con capacitación, por un lado fue la capacitación en seis temas de los cuales cuatro eran obligatorios y dos opcionales. Pero por otro lado también existió la capacitación en Meta 2 y Meta 3 en lo que tiene que ver con el llenado de la Hoja SIA, que es la del adolescente, y en la del carné del adulto mayor. Como el año anterior y el semestre anterior se habían hecho venir a muchos médicos a las otras capacitaciones, acá la decisión fue: para los temas que no son de adolescente y carné de adulto mayor que van a ser exclusivos para los médicos, son para el personal no médico. Y a los médicos en este momento se les siguió, de la lista que mandó el Ministerio, la capacitación en esos dos temas.

N- ¿Qué piensa del sistema metas asistenciales en el marco de la reforma de la salud?

E- Yo estoy de acuerdo con que a las distintas instituciones se les exijan determinadas prestaciones. En líneas generales la institución está de acuerdo con esa línea. Siempre se han invertido muchos recursos para cumplir con esas metas. Y el desafío que siempre nos hemos planteado es ir más de la meta en sí, atarlo con toda la parte asistencial propiamente dicha.

M- ¿Considera que el concepto de metas asistenciales manejado por el Ministerio fue compartido con el mutualismo?

E- Yo tomé contacto con las metas hace un año exactamente. Toda esa parte no la viví de adentro y con tanta profundidad como te puedo hablar ahora de lo que pasó del 1ero. de julio en adelante. No sabría responder.

N- ¿Sabe que actores participaron en el establecimiento de metas?

E- Por un lado participó la gente de Programas, por otro lado está Metas propiamente dicha, y se hicieron propuestas a la JUNASA. Y en la JUNASA hay representantes de los prestadores, del Ministerio de Economía, de los usuarios... El grado de desarrollo en el cual llevaban o lleva las propuestas la JUNASA, no lo sabría responder.

M- ¿Cree que el establecimiento de metas es un buen indicador de los cambios hacia el nuevo modelo de atención que se pretende?

E- Pienso que es parte del camino. No deberíamos considerarlas como el fin en sí mismo.

N- ¿Qué dificultades se encontraron en la implementación de las metas en general?

E- Como todo cambio, por un lado la resistencia al cambio. Por otro lado, por ejemplo cuando se comenzó con las primeras metas, el Ministerio dio un determinado período de tiempo para la implementación y luego empezó a exigir en función de..., se fijó una línea de base de cada institución y ahí se fueron poniendo metas. La Meta 2 y Meta 3 con los controles para los adultos mayores, ahí el 26 o 27 de junio se comunicó algo que empezaba el 1ero. de julio y eso fue muy difícil de absorber. Pero Metas asistenciales lo tuvo en cuenta, cuando a partir del 1ero. de enero cambiaba lo que es la Meta 1, y fijó un determinado período de tiempo para la implementación. Capaz que en el período de tiempo que definieron anteriormente, en un principio fue un poco prolongado. Pero tampoco llegar a lo que fue el año pasado que fue en cuestión de tres días. El camino del medio se me ocurre que es algo razonable, o sea, que por lo menos te den un trimestre para implementarlas.

M- ¿Se les informó a los usuarios de sus derechos? En caso de hacerlo, ¿cómo se los abordó?

E- Al usuario se lo abordó por distintas vías. Por un lado a través de llamados telefónicos. Se les comunicaba en qué consistía el médico de referencia (todavía lo seguimos haciendo), la particularidad de los tipos de controles a los cuales tiene derecho, que la consulta es gratuita igual que los exámenes en el rango de 45 a 64 años, que tiene la colesterolemia, el fecatest y la glicemia gratuita. También a través de folletería, de afiches, de la revista institucional en la página *Web*. Y lo que sucede es que este nuevo actor que se llama médico de referencia, todavía no está del todo incorporado en el usuario. Nosotros hemos estado viendo por ejemplo, que aquellos socios que ya eligieron médico de referencia y consultaron, sólo el 57% lo hace con su médico de referencia a la consulta de Medicina General. O sea que hay un porcentaje muy alto que por X razones que las estamos estudiando, estamos tratando de profundizar en eso; no consultó a su médico de referencia. O en determinado momento eligió su médico de referencia pero después no lo siente como lo debería sentir, que es el médico de cabecera, el que lo va a conocer, que lo va a seguir. Es algo que estuvimos hablando con la Gerencia, profundizar en eso, hacerle llegar al usuario esa figura, que la incorpore. Estamos desarrollando unos procesos en la atención post alta. Aquel paciente que está internado, el médico que está a cargo del sanatorio o por alguna otra vía, se le comunique su médico de referencia. Y una vez que se va de alta también. La información que el paciente le va a llevar a su médico de referencia acerca de la estadía, del tipo de internación... Estamos trabajando en ese sentido.

N- ¿Para esta institución la implementación de metas interfirió en el cumplimiento de metas propias?

E- No te sabría decir. Yo estoy mirando por la ventanita de metas asistenciales, el resto del espectro no te lo sabría decir, no lo tengo al detalle. Lo que sí puedo confirmar es que esta institución ha hecho los máximos esfuerzos para cumplir con las Metas y alinearse con la política, y ha destinado muchísimos recursos para eso.

M- ¿Considera que el pago por cumplimiento de metas se adecua al esfuerzo que realiza la institución para lograrlas?

E- Entramos ahí en una discusión que no tiene fin. Nosotros planteamos que en realidad lo que se nos da por el cumplimiento de metas es lo que nos correspondería. Y si no se cumplen estamos siendo penalizados, estamos dejando de percibir. Entonces planteamos percibir todo pero que haya un plus por el cumplimiento de metas y eso facilitaría un poco la financiación de toda la implementación y el costo de la meta. Desde que se empezó con esto se está con esta discusión.

N- ¿Tiene la institución algún cálculo de costos financiero para determinar si se adecua el esfuerzo para cumplir las metas?

E- Se está trabajando en eso. Al detalle no lo puedo contestar exactamente cuánto sale cada una, pero sí estimaciones que se han venido haciendo. En líneas generales a pesar de que en realidad nos están dando lo que nos corresponde, vale la pena hacer el esfuerzo. Ahora la Española está gestionando GREMCA, está en una etapa de transición. Entonces de la gestión de las metas de GREMCA también estamos a cargo y la institución está haciendo un esfuerzo muy grande en recursos humanos y económicos para llegar a lograr el mayor cumplimiento posible en todas y cada una de las metas porque ese dinero no es gasto, es inversión. Y por eso estamos haciendo los máximos esfuerzos para que en un tiempo lo más cercano posible, revertir la situación.

M- ¿La capacidad instalada de la institución fue suficiente o requirió ampliarla?

E- No, se fue ampliando. Las Metas han sido cada vez más desafiantes entonces hubo que incorporar RRHH, una serie de *software* nuevo, todo lo que tiene que ver con la capacitación de RRHH.

N- ¿Están de acuerdo con los plazos establecidos por el Ministerio para cumplir con la entrega de la información?

E- Sí, a mí me parece un tiempo prudencial. Ahora, Meta 2 y 3, el trimestre abril-junio hay que informarlo el 20 de julio. Y Meta 1 el 3 de agosto, entonces en ese sentido no tenemos objeción.

M- ¿Desde su punto de vista el mutualismo está capacitado para afrontar este desafío?

E- Me parece que no estábamos, en general. Habrá habido instituciones que estaban más preparadas que otras pero ninguna lo suficiente. Pero si se iba a esperar que todas estuvieran capacitadas, no se empezaba más.

N- ¿Qué piensa de las auditorías que lleva adelante el MSP?

E- Con las auditorías hemos tenido todo tipo de experiencias. A veces hemos visto algún desfase entre la parte de fiscalización con la parte de Metas y la gente de Programas. El auditor viene con determinadas directivas que tal vez en su momento, cuando se planteó la meta y cómo se iba a auditar, no quedaron lo suficientemente explícitas. Algo a optimizar sería que una vez que se define una determinada meta a cumplir, quede un poco más claro cuáles son los puntos a ser auditados en cada una de ellas.

M- ¿Cómo se llegó a los usuarios para que hagan la elección de su médico de referencia?

E- Para la elección se llegó a través de teléfono, de *mails*, de la consulta espontánea. Una vez que la persona llega al mostrador se le preguntaba si tenía y si no se le hacía llenar un formulario. Se trató de ampliar lo más posible el abanico de posibilidades para facilitarle al usuario para que pudiera elegir su médico de referencia. Amén de la parte de papelería, de afiches, por la revista institucional en la página *Web*.

N- ¿Cómo percibieron los usuarios este cambio? ¿Hubo buena receptividad, rechazo o indiferencia?

E- Entre receptividad e indiferencia. Porque todavía no se ha incorporado el concepto médico de referencia. Pero rechazo no. Por ejemplo hay socios que no tienen la costumbre de consultar con su Médico General. Hay cosas que perfectamente las puede ver su médico de Medicina General..., entonces cuando se les plantea dicen: por qué mi médico de referencia no puede ser fulanito de tal. Entonces se les plantea que en realidad médico de referencia es un médico de Medicina General, Medicina Familiar, Geriatra... Ahí hemos encontrado cierta resistencia, incluso de colegas como usuarios. Y lo otro es el porcentaje, que también lo hemos estudiado el año pasado, un porcentaje alto (de un 30 y pico por ciento) de *bypass*, o sea, en lugar de consultar a Medicina General consultan directamente con especialista.

M- Justamente esa era otra pregunta, si luego de efectuada la elección del médico de referencia se controla que el usuario se atienda con ese médico y no otro.

E- Como poder, puede. Se está estimulando a que lo haga con su médico de referencia. La meta te lleva a eso porque te exigen determinado control con su médico de referencia y después en el seguimiento también. Pero el usuario tiene derecho a cambiar de médico de referencia cuantas veces quiera.

N- ¿Se controla que el médico sobre el cual puede caer la selección sea de las especialidades que fueron contempladas en el Instructivo de Metas?

E- Sí, totalmente. El sistema informático está establecido de manera que en la elección sólo se permitan esas especialidades que considera el Ministerio.

M- ¿Qué grado de aceptación hubo por parte de esos profesionales?

E- Hubo de todo. Rechazo no existió. Indiferencia en algunos y otros lo tomaron con mucha responsabilidad. Otro de los puntos en los que estamos trabajando..., ¿se define un tope para los médicos para que tengan pacientes referenciados?. ¿Cuál va a ser ese tope para que puedan cumplir? Porque va a llegar un momento en que no va a poder cumplir con esa demanda. A su vez si aspiramos a que ese mismo médico sea el que haga los domicilios, que sea el médico de radio, se complica aún más. Entonces, en lo que tiene que ver con la figura médico de referencia, los médicos lo tomaron entre indiferencia y aceptación. En lo que tiene que ver con la parte administrativa de las metas, el papeleo, ahí sí existió resistencia y hemos tratado de facilitarle lo más posible proveyéndole más enfermería para las consultas, una licenciada de enfermería por policlínica, se tomó practicantes para que ayudaran al médico de Medicina General en esas consultas de médico de referencia. Como les contaba, la inversión ha sido importante. Hay todo un tema administrativo que antes no estaba e insume tiempo y el médico sigue teniendo la misma cantidad de pacientes por hora. Entonces eso es algo que se tendrá que resolver más adelante y se está en eso, pero mientras tratamos de rodear a ese médico ya sea con más enfermería, con practicantes, para que en la medida que puedan colaborar se pueda contemplar la parte administrativa.

N- Respecto a la implementación de la BD que relaciona información del usuario con su Médico de referencia, ¿se llevó a cabo?

E- Sí.

N- ¿Se encontró algún tipo de dificultad?

E- Sí, costos. Pero nosotros contamos con un departamento informático muy bueno. Podemos cruzar esa información desde que el socio eligió por un médico de referencia, cuando va a la consulta y va a retirar la orden le sale si no usó esa cuponera. Si la cuponera está habilitada y coincide que es con su médico de referencia le sale al administrativo de manera que se la pueda dar. Después esa información que se recaba en el formulario del médico de referencia se vuelca en una HC Web ya sea en una primera consulta como en los seguimientos. De ahí importamos información que luego nos pide el Ministerio y otra, nos sirve para análisis internos. Podemos cruzar esa información con los exámenes de laboratorio de esos pacientes, por ejemplo.

M- ¿Se establecieron procedimientos escritos para alcanzar las metas?

E- Sí, para todos. Se van actualizando porque se van modificando, por un lado porque las metas van cambiando, y por otro lado, como toda cosa que arranca vamos viendo errores o cosas que las podemos hacer mejor.

N- ¿Los funcionarios capacitados fueron seleccionados por algún criterio o fue decisión voluntaria de cada uno?

E- Los jefes de esos servicios, de esos departamentos en función del número de personas que tenían y del número que se nos exigía a nosotros capacitar (un número mínimo), estamos hablando de unas 575, algo así, se pidió una lista con un determinado porcentaje para dar cumplimiento.

N- Pero no había una prioridad. Por ejemplo, los que atendían al público.

E- Eso fue en las primeras metas. En estos cursos como los temas eran diferentes y como en aquellos se les había exigido mucho a la gente que tenía contacto con el público, sin perjuicio de que se tuvo en cuenta también esos sectores, se tomó aquellas que no tenían contacto con público. Lo cual en muchos aspectos facilitaba para poder capacitar en horario de trabajo.

M- ¿Hay algún plan de incentivos para que los trabajadores realicen los cursos? ¿Hubo sanciones para los que no querían asistir?

E- Sanciones no hubo para los que no querían ir. Tampoco incentivo adicional.

N- ¿Eran siempre dentro del horario de trabajo?

E- Fueron dentro del horario de trabajo a diferencia del período anterior que se hizo incluso fuera del horario de trabajo. Ahí no te puedo decir bien qué tipo de incentivo. En este período fue siempre dentro del horario de trabajo y sanciones no existieron.

N- ¿Existía alguna limitación al número de asistentes por curso? Es decir, si había una capacidad máxima.

E- Nosotros habíamos estimado en el entorno de 50. No superar las 50 o 55 personas, que nunca se superó. Lo estimamos así para hacer un entorno de ocho clases para cada uno de los cursos y terminamos haciendo casi que el doble de eso. Como mucho, a los cursos asistían 20 personas, en algunos un poquito más. Pero incluso hubo clases de 8, 5... Entonces por eso nos llevó más tiempo de lo que se había planificado en una primera instancia.

M- ¿Y los cursos se hacían en la institución misma?

E- Acá mismo en el anfiteatro en el quinto piso.

M- ¿Se efectuó algún control o seguimiento constante sobre los trabajadores que concurrieron a esos cursos para evaluar si en la práctica llevaban esos conocimientos adquiridos?

E- En estos temas que se dieron es muy difícil porque era violencia doméstica, accidentes de tránsito, salud sexual y reproductiva, cambio en el modelo de atención, adicción. No se hizo desde Metas. Desde la Gerencia de RRHH tampoco. Si se hubiera querido hacer hubiera sido muy difícil dada la temática que se abordó en esta instancia.

N- Sabemos que luego de terminados los cursos habían unas preguntas, unos cuestionarios. ¿Cree que esos cuestionarios servían para evaluar el grado de aprovechamiento de los cursos?

E- A mí me parece que no eran suficientes. Si me preguntás, yo me afilio más a aquellos que hacían un pre test y luego post test, o sea las mismas preguntas las hacían después. Pero como todo curso de dos horas, tal vez habría que apuntar muy bien a tres o cuatro tópicos que interesa que queden claros, pero eso ya depende del docente. Porque para una charla de dos horas como máximo, cuando sabemos que después de los 40 minutos la capacidad de atención merma, no podemos ser muy ambiciosos en cuanto a la cantidad o la calidad del conocimiento adquirido. Sí, de repente, es importante de que el docente tenga en cuenta tres o cuatro puntos que queden bien marcados y profundizar en alguno de ellos. Me parece que más no le podemos pedir a esa herramienta.

M- ¿Considera adecuado el número de trabajadores a capacitar que dio el Ministerio?

E- A nosotros nos tocó un número muy alto de trabajadores a capacitar. Estoy hablando de 500 y pico para esos cursos y ya se venía de semestres anteriores, también con capacitaciones de otro tipo pero capacitaciones al fin. Eso implica sacar a los trabajadores de su trabajo para que vayan. Eso es algo muy importante pero también la asistencia es importante, la atención al público. Por eso, en esta segunda etapa tomamos personal que no trabaja con público. Me parece un tanto excesivo lo que nos tocó y en la capacitación para los médicos el criterio que tomaron me parece que fue muy al barrer, porque tomaron todos los médicos que al menos tuvieran un paciente referenciado y de esos tenías que capacitar el 95%. Y cuando se referenció, en aquel momento no se tenía tan claro, no estaban las reglas tan claras y de repente en alguna instancia algún médico que estaba haciendo una suplencia en aquel entonces (eso no sucede ahora) se le referenció un paciente, te aumentaba el N para llegar a ese 95% de los capacitados. Entonces fue muy exigente. Pero así como nosotros estamos aprendiendo el Ministerio seguro que también está haciendo su análisis interno y estará evaluando todas estas cosas. De hecho, en julio del año pasado con tres días de anticipación

comunicaron una meta que empezó el 1ero. de julio y después cuando hubo que hacer otros cambio dieron un plazo, no el plazo que daban antes pero sí un plazo prudencial para hacer las cosas. Yo creo que en esto, como toda cosa nueva, todos estamos aprendiendo sobre la marcha. Yo he hablado con ellos también de no poner un porcentaje tan alto para seguir y seguir... De repente optimizar eso que se está logrando, lograr un porcentaje más pero menos desafiante.

N- ¿En base a qué criterio se seleccionaron los capacitadores para esos cursos?

E- Para cada uno de esos temas que nombramos, al referente institucional en ese tema. Ya sea él o su equipo coordinado por ese referente.

N- ¿Eran todos profesionales de la institución?

E- Sí, excepto en accidentes de tránsito que se habló con policía de tránsito y vinieron a dar unas clases.

M- ¿Tenían libertad para armar los cursos? Es decir, el tema venía dado pero lo armaban como querían.

E- El tema estaba definido, la duración estaba definida de dos horas, que había que hacer una evaluación... Ahora el docente, los criterios para eso eran libres.

Adriana Costa - Encargada de Metas. Servicio Médico Integral (SMI). 4 de julio de 2011 -Revisada por el Entrevistado-

M- ¿Qué piensas del sistema de Metas Asistenciales en el marco de la reforma de la Salud?

E- Las Metas Asistenciales arrancan desde 2007; en el 2007 como no se sabía en qué situaciones estaban las instituciones, se arrancó haciendo una línea de base, entonces todas las instituciones trabajaron. Si bien implicó un esfuerzo y una reorganización de las infraestructuras existentes, a las instituciones les pedían una exigencia a la cual llegar. En función de eso los dos primeros trimestres se trabajó armando una línea de base y el Ministerio en base a eso después empezó a exigir, eso fue la Meta 1. Después cuando surgió la Meta 2, el Ministerio ya exigió porcentajes que llegó a lo hoy conocido por todos: que entre las instituciones y el Ministerio empezaron a hacer negociaciones para bajar los porcentajes que eran muy irreales, si bien en un principio arrancaron bien. Están bien las metas pero lo que pasa es que en este momento no te dejan terminar de organizarte en una cosa y ya te están exigiendo otra y entonces las instituciones están todas sobre exigidas.

N- ¿El concepto de Metas Asistenciales manejado por el MSP ha sido compartido con el mutualismo?

E- Hasta donde yo sé siempre partieron de propuestas parte del Ministerio, en función de estudios que se habían hecho y tiene que ver con las políticas y las prioridades del ministerio.

N- ¿O sea que no participaron otros actores que tú sepas?

E- Que yo sepa, el Ministerio hace políticas y se pone metas para llegar, entonces en función de eso las metas hoy tienen que ver con el Sistema Integrado de Salud, eso es una política ministerial, en función de eso propone las metas para que las instituciones las cumplan para pagar per cápita, para financiar las instituciones, en función de lo que ellos quieren priorizar. En principio fue la salud de la mujer y el niño, después el tema de médico de referencia; todo tiene un porqué, y tiende a consolidar el sistema de salud. Pero hasta donde yo tengo entendido el Ministerio propone y después las instituciones, es como un tire y afloje. En un principio arrancaron como: bueno, no sabemos adónde estamos parados, exigimos esto pero no le vamos a castigar si ustedes no cumplen. Vamos a hacer una línea de base, o sea adónde lleguen las instituciones, a partir de ahí fijamos los porcentajes. Entonces claro, ahí surgieron un montón de dificultades y en principio se fijaron porcentajes, que si bien para algunas instituciones resultaron difíciles de alcanzar o un poco difíciles de alcanzar eran promedios bastantes accesibles. Después empezaron con los ajustes, después emparejaron a todas las instituciones en porcentajes que para algunas en algún momento, incluso para nosotros particularmente, nosotros completo teníamos un 0%, como el Ministerio te lo podía. La primer firma de compromiso de gestión las instituciones pudieron

proponer sus porcentajes o sea, se hizo estudio de la línea de base, se dijo que no se podía firmar nada por debajo de tu línea de base, entonces cada institución dijo yo puedo llegar a esto y en cada trimestre tu tenías que subir o por lo menos lo mismo. En aquellos ítems que tenías un 0% te decían que tenías que proponerte algo. Nosotros arrancamos con un 0% en el CIP y propusimos que íbamos a llegar a un 6%, que era 0, 2, 2 y 2, la sumatoria es un 6% y en aquel momento en el primer mes lo superamos.

N- ¿Y esa línea de base cuándo le solicitaron por parte del Ministerio, ustedes sabían para que era?

E- Claro, el único problema es que siempre presentan las cosas después que ya empezaron a correr. Si bien aquellas metas empezaron en julio de 2007 y obviamente las presentaron a principio de julio, que ya estaba corriendo julio, como eran líneas de base todos nos tuvimos que acomodar un poco el cuerpo pero claro, no tenías una exigencia de llegar, entonces al otro trimestre todos tratamos de mejorar para después firmar el compromiso de gestión. Estas metas, la Meta 2 y 3 que arrancó en julio de 2010, la presentaron los últimos días de junio y había que arrancar el primero de julio. Ninguna institución se pudo terminar de organizar, nosotros particularmente arrancamos en agosto, el 9 de agosto acá en el centro y el 10 de agosto en el sanatorio y hubo instituciones que arrancaron en setiembre, siendo que el trimestre cerraba el 30 de setiembre. Nosotros tuvimos perdido todo el mes de julio y ahí ya tenías que cumplir con un porcentaje y obviamente cuando se empezó a trabajar todas las instituciones se dieron cuenta que era imposible los porcentajes que ellos proponían, y entre idas y venidas y negociaciones se bajaron los porcentajes. Los primeros días de setiembre cada institución tuvo que hacer un informe a ver en qué porcentaje estaba, eran bajísimos. Ellos pedían que al 30 de setiembre por ejemplo, tuviera un 6% de tus adultos medios, de 45 a 64 años referenciados, los primeros días de setiembre nosotros íbamos en un 0,3 y estábamos bárbaros al lado de algunas otras y siendo que el SMI Centro, su mayor cantidad de socios son adultos medios. Yo creo que si se hubiera empezado la Meta 2 igual que la 1, que te avisen tarde pero haces una línea de base y puedes empezar a trabajar y acomodar. Era algo totalmente incierto, nadie sabía cuánto personal ibas a precisar, qué volumen de trabajo, nada; fue como tirarse a una piscina sin saber nadar.

N-¿Qué dificultades se encontraron para implementar las metas?

E- Para implementarlas, que las instituciones no tenían previstas ni su estructura ni su organización para hacerle frente a esto; no pudimos prever, sobre la marcha, y estaban corriendo los plazos y sobre la marcha tuvimos que organizarnos como pudimos. Cada uno apeló al ingenio y a lo que se les ocurrió, acá en el SMI la dirección propuso formas de trabajo, después nos reunimos con ellos y cuanta gente empieza y esto cómo arranca, y bueno dos personas y dos personas y vemos pero no va a alcanzar. A la semana ya estábamos pidiendo otra persona más para acá y otra para el sanatorio y por supuesto que el equipo que se armó es bárbaro

porque la idea es esa, es un equipo y todos aportan, hasta a los más nuevos le decimos, es a esto lo que tenemos que llegar, si a ustedes se les ocurre otra forma de llegar que facilite el trabajo de todos. Hemos reorganizado he inventado, esto empezó en julio, para nosotros en agosto del 2010 casi va a hacer un año y son incontable las veces que hemos cambiado la forma de trabajar.

M- ¿Qué tipo de personal nuevo se contrató?

E- Acá nosotros tenemos Auxiliar de Registros Médicos básicamente, eso es una experiencia nueva para el área de registros médico, acá trabaja particularmente sólo registros médicos. En otras instituciones registros trabaja y le pasa toda la información a un equipo que básicamente son médicos que revisan las historias y todo eso. Acá somos todos de registros médicos y lo que sí fue una innovación para nosotros es incluir personal de enfermería y personal administrativo.

M- ¿Se les informó a los usuarios de sus derechos? ¿Cómo se llegó al usuario?

E- Acá se arrancó, es lo que se hace hasta ahora, llamando por teléfono, se los llama personalmente por teléfono al domicilio o al celular, sacamos los datos de la base de datos de la institución y en la llamada se le explica. Primero nos presentamos, les decimos de dónde somos y le explicamos por qué lo estamos llamando; eso nos lleva a que cada llamada sea un promedio de 5, 8 minutos porque cada vez que vos llamas a alguien más allá de lo que tenés que explicar surgen otro montón de cosas que no puedes decir para esto no estoy, llame a otro lugar, es personalizado.

N- ¿Crees que el establecimiento de metas es un buen indicador de los cambios hacia el nuevo modelo de atención?

E- Como que bien utilizadas y bien orientadas las metas, están buenas, porque obviamente apuntan hacia la mejor calidad en la atención. Por ejemplo los niños, te hacen un seguimiento que tengan todos los controles, que tengan las ecografías de caderas, las vacunas; la embarazada que este bien controlada. Nosotros y todas las instituciones tenemos obligación en este momento por ejemplo, todos los niños nacidos de riesgo antes del séptimo día hay que mandar alguien al domicilio o sea, se está haciendo un seguimiento en la calidad de la atención. Lo que pasa que también tiene otra parte esto de las metas es que a veces el interés primordial muchas veces no es en la buena calidad de la atención sino es llegar a la meta sino no la cobramos, en definitiva lo logras porque tenés que hacer un acción, pero en realidad está como un poco desvirtuado. Según del lado de donde lo mires, de la dirección o del funcionario o del paciente, cada uno tiene visiones diferentes.

M- ¿Para esta institución la implementación de metas interfirió en metas propias?

E- Yo calculo que sí porque ha sido un gasto extra el tema de las metas. Porque obviamente el personal, para que te hagas una idea, entre abril y mayo entraron

para trabajar en metas 6 personas más. La cantidad de horas extras que teníamos que hacer era impresionante, entonces yo calculo que si bien no lo sé específicamente, calculo que todo ese gasto no previsto tiene que haber repercutido de alguna forma. No es que sólo trabajemos nosotros de registros sino que tenemos que coordinar acciones con afiliaciones por el tema de los niños, con despacho por el tema de las consultas, con cómputos; es más cuando estamos cerca de los cierres cómputos nos ayuda y nosotros tenemos personal desde cómputos que nos dicen si ustedes precisan hablen con tal que está a disposición de ustedes, o sea, prioridad es metas. Sí tiene que haber influido en algo, no sé en cuanto.

N- ¿Consideras que el pago por cumplimiento de metas se adecua al esfuerzo que se realiza para cumplirlas?

E- Sé de instituciones que gastan más de lo que reciben, se da más en el interior donde los usuarios viven mucho más lejos y es mucho más difícil acceder entonces creo que ellos tienen más gastos y nosotros, en realidad me da hasta como miedo preguntar;. Nosotros tuvimos un período que eran muchísimas extras, prácticamente trabajábamos todos horario doble porque no teníamos personal. Entonces yo sé que las metas hoy por hoy para la institución que tenemos casi 112.000 socios, ésta representa un monto de dinero importante pero el gasto también es significativo.

M- ¿Tienen algún cálculo de costos o financiero para determinar si el pago por cumplimiento de metas se adecua a este esfuerzo?

E- Nosotros hacemos más que nada la parte asistencial y administrativa, la parte contable nosotros no la manejamos.

N- ¿Están de acuerdo con los plazos establecidos por el Ministerio para cumplir con la entrega de la información requerida?

E- No, porque las metas terminan, termina el trimestre y después por ejemplo tenemos 20 días para entregar la información, a su vez, termina una y empieza la nueva, entonces esa adecuación de los tiempos, incluso nos ha pasado que nos acortaran los tiempos, antes teníamos 45 días para entregar y ahora tenemos 35. Incluso en enero del año pasado cuando terminó el trimestre de diciembre de 2009 antes de eso ya nos habían avisado que las metas las teníamos que entregar el 15 de enero, cuando particularmente hablando con otros compañeros que trabajan en otras instituciones te decían lo que hiciste vos lo hicimos todos los que trabajamos en metas. Es como imposible porque vos pones todos los esfuerzos en llegar con el personal que tenés y después a veces andas corriendo atrás de los tiempos para poder entregar, porque hay muchísimo que revisar, se revisan las historias clínicas absolutamente todas, como que los días son pocos y es eso, terminas una meta, o sea el 30 se termina una meta y el 1 ya se empezó la nueva, como que siempre vas de atrás. En las metas nuevas siempre seguro vas 20 días atrás porque como

que los primeros días no les das mucha bolilla entonces después tenés que remontar eso.

N- ¿El mutualismo estaba capacitado para afrontar este desafío?

E- Está capacitado siempre y cuando te informen las cosas con tiempo. A mi entender es necesario que te avisen por lo menos un mes antes entonces tenés cómo adecuar la estructura y la organización de la institución, sino es como una cosa muy de locos. Estás trabajando todo el tiempo exigido y con cosas que te desbordan y que tenés que acomodarlas sobre la marcha y que no podes parar, o sea no podes decir bueno vamos a parar, paramos quince días, reorganizamos, pero parás quince días y reorganizas y perdiste la meta. Siempre va a haber metas nuevas porque aparte cambiar las metas como que tienen un tope, tienen un tope de que ellos no te pueden pedir más de lo que te vienen pidiendo, entonces van cambiando las metas; pero siempre van a seguir pidiendo que no descuides. No es que como no te piden más la ecografía de caderas de los niños ya no te importan más, no, tenés que seguir. Metas nuevas, la idea del Ministerio, porque aparte se pidió es que van a empezar a avisar o informar de lo que se va a pedir 60 días antes y van a hacer reuniones con las instituciones para ver cómo se puede adecuar. En ese contexto está todo bien, el tema son esas cosas, principalmente la Meta 2 y 3, la Meta 2 es capacitación y médico de referencia, que siempre te avisan y venís de atrás. Entonces esas cosas a lo loco, te largas a trabajar porque los días corren y siempre estás peleando cómo te podes organizar de la mejor manera y no podes prever, no podes decir: para esto necesito tanta gente. Nosotros estamos permanentemente revisando los procesos de trabajo y reacomodando las tareas.

M-¿Qué piensan de las auditorías que lleva adelante el Ministerio?

E- Las auditorías hemos tenido de todo tipo. Con las auditorías tenemos a veces diferencias, si bien ahora en las últimas auditorías la verdad que los equipos que han venido son bárbaros, pero hasta ellos mismos nos manifiestan, ellos no pertenecen a metas, pertenecen a fiscalización. Antes las auditorías las hacían la propia gente de metas y hacían una auditoría por año que a mi entender para ser auditoría no me resultaba que fuera suficiente, si te están controlando que vos cumplas y pongas en las historias tiene que ser un control real. Pero también los auditores tienen que venir preparados con el mismo conocimiento y las exigencias que la gente de metas te pide en su momento. A nosotros nos han pasado cosas de que como por ejemplo con lo de las embarazadas, y el primer trimestre cuando arrancó la meta preguntamos, consultamos al Ministerio, consultamos a los ginecólogos, se consultó a la JUNASA, meta embarazada en el primer trimestre, 14 semanas; hicimos el corte en las 14 semanas. Cuando nos vinieron a auditar, unas de las primeras auditorías, por casualidad escuchamos que una auditora le dice a la otra: “no llega ninguna del primer trimestre, todas de 13 semanas, tenemos poquitas de 12”. ¡No, pero es 14! “No, es 12 porque en realidad...”, no.

Tenés que estar con los instructivos abajo del brazo todo el tiempo y sumamente atenta.

N- ¿Pero el instructivo sí es claro?

E- El instructivo es claro y nosotros lo consultamos y las consultas que hacemos las pedimos por escrito. Lo bueno está en que nosotros le presentamos a los auditores lo que nosotros tenemos, ellos ven contra el instructivo que ellos vienen y dicen bueno, pero si la institución tiene esto lo vamos a auditar con esto. Entonces me parece que hay como un desfase en los auditores. Una de las auditoras que había repetido varias veces cuando vino con los auditores nuevos, después que terminó la auditoría comentó: “Vieron, yo les dije en el SMI somos nosotros y un montón de gente”, porque a las auditorias vamos todos y es como que estamos todos uno al lado del otro mirando, porque a veces porque no entienden la letra o porque no saben dónde buscar en las historias te puntúan como que... Igual el equipo de auditores ha cambiado. Nosotros nunca tuvimos problema, incluso el trabajo está totalmente documentado y cada vez que ellos han indicado algo que se puede cambiar, nosotros lo cambiamos. Y es como les decimos, bueno si a partir de ahora nos dicen que nos van a controlar a partir de la semana 12 del primer trimestre bárbaro, nosotros a partir de ahora cortamos en la semana 12 pero no nos audites para atrás lo que nunca nos avisaron. A veces tenemos esas cosas, son menores pero tenés que estar ahí. A nosotros nunca nos fue mal pero porque la defendimos porque estamos todos atentos.

N-¿Cómo se llegó a los usuarios para que hagan la elección de su médico de referencia? ¿Cómo fue la forma de abordarlos?

E- Como decía recién, personalizado, por teléfono. Lo llamábamos por teléfono y hablábamos con ellos y después la otra forma que tenemos es una forma alternativa, para eso está el personal de enfermería. Ellos pueden escribir en las historias, es personal autorizado por el MSP para hacer determinado tipo de preguntas y encuestas. También llegamos por ellos a través de cuando vienen a las consultas, nosotros sabemos ya con anticipación quién viene y quién no viene, la edad que tienen, los salimos a buscar por los pasillos.

M-¿Cómo percibieron los usuarios este cambio? ¿Hubo buena receptividad, rechazo, indiferencia?

E- Ahora como que nos damos cuenta que la gente está como más acostumbrada, al que de repente es la primera vez que lo llamamos pero tiene a alguien un familiar, un vecino, un amigo porque ya está como, ya se masivizó. Al principio fue una lucha, nos decían que no. Es según el grupo atarico, por ejemplo en los mayores de 65 años, la verdad que con ello no tenemos mayor problema. El único problema es con los mayores de 74, los que tienen ochenta y pico que no se pueden trasladar o tienen que pedirle a alguien que los traiga o cosas así. Pero a esos usuarios vos les decís: tiene una consulta para venir al médico, y la verdad

que vienen. De 45 a 64 es la edad que la gente trabaja entonces es muy difícil, la gente trabaja muchísimas horas y nos pasa y nos sigue pasando que a veces son seis horas que tenemos personal que llama por teléfono las seis horas de trabajo y a veces en ese tiempo logra dar ocho o diez números nada más. Porque aparte le tenés que hablar y los tenés que convencer y todo eso. Y los adolescentes bueno, a todas las instituciones se lo podes preguntar, se nos han ocurrido dos millones de cosas, andamos todos con los adolescentes justitos, es algo que prácticamente a nadie le sobra. Nosotros hemos sorteado celulares, otras instituciones han sorteado entradas a los cines, a los bailes; lo que se te pueda ocurrir, todo es válido y acá al que se le ocurra algo para atraer adolescentes..., los salimos a buscar cuando vienen a otras consultas y los traemos. Ahora es eso, no es que haya mayor receptividad y nos cueste menos trabajo llenar las consultas, sino que la gente está más informada, pero más informada por el boca a boca, no porque haya una propaganda en la televisión ni nada por el estilo. Solamente porque a la gente ya no le resulta extraño. Pero sí desconfianza también, porque nos ha pasado que hemos tenido que dar el teléfono porque como llamamos por celulares para que quede registrada la llamada y se pueda verificar por parte del Ministerio en las auditorías, que nosotros llamamos por teléfono, hay que hacerlo a través de celulares. Después Ancel nos manda unos listados con todas las llamada que hacemos y la gente claro, le tenemos que dar los teléfono para que ellos llamen a la cabina y verifiquen que realmente los estamos llamando de la institución.

N-Luego de efectuada la elección del médico de referencia por el usuario, ¿existen controles para asegurar que sea atendido por ese médico?

E- Sí, claro. Porque el espíritu de la meta de médico de referencia es esa, o sea que una vez que el usuario elige su médico de referencia el control anual o bianual sea hecho por su médico de referencia. Entonces se está educando a los usuarios para que pidan con su médico de referencia. En un principio el médico de referencia no era como está planteado hoy, los usuarios tenían que tener un médico de referencia pero no exigían que se tenían que atender, tenían que elegir un médico, entonces en aquel momento se los llamaba o se los citaba, por la cantidad se hizo un estudio en el último año cuantas veces había repetido con el mismo médico, entonces se le ofrecía ese médico y la mayoría de los usuarios aceptaron bajo ese sistema. Hoy por hoy el médico de referencia va atado de que el mismo médico que la persona eligió sea el médico que le haga el *Screening* en el caso del adulto medio, la hoja SIA en el caso del adolescente y el Carné del Adulto Mayor. Esos actos tienen que ser hechos para que sean válidos ante el Ministerio, por el médico de referencia. Pero también está un poco desvirtuado porque muchas veces los usuarios cambian de médico de referencia, cambian mucho de médico de referencia, cambian de un día para el otro.

N- ¿El Ministerio todavía no está haciendo esos controles?

E- Sí, claro. Porque el *Screening*, nosotros mandamos al Ministerio, cuando vienen a hacer las auditorías son con las historias clínicas, en este momento

tenemos que tener un 15% de nuestros usuarios de 45 a 64, que representa un total de 3800 usuarios. Entonces ellos vienen y te piden 200 historias, te mandan el día anterior. La primera auditoría nos la mandaron el mismo día a las nueve de la mañana y ellos vinieron a las diez. Ahora sí, se organizaron y el día anterior a última hora te mandan las historias que ellos quieren ver al otro día temprano, ellos revisan que el mismo médico porque los pacientes tienen que firmar una constancia, firma un formulario de que acepta a tal médico como su médico de referencia. Entonces ellos verifican en las historias que ese formulario coincida con la tapa de la historia que tiene que ser identificado cuál es su médico, que coincida con el médico que le hizo el *Screening* que está en un formulario aparte. Cuando esas tres cosas no coinciden, no pasamos el control.

M- ¿Se controla que el médico sobre el cuál pueda recaer la selección del médico de referencia sea de las especialidades que están contempladas en el instructivo?

E- Sí, claro. Porque en la planilla que se le envía tenés que poner la especialidad del médico, incluso hubo una capacitación que era para los médicos en hoja SIA que es la del sistema del adolescente y en Carné de Adulto Mayor y el Ministerio había mandado un listado que había sacado de las bases de datos que las instituciones mandan de todos los médicos que había que capacitar. Nosotros tuvimos que mandar un listado porque hubieron muchos médicos que si bien el Ministerio los había mandado como médicos de medicina general, habían médicos que ya se habían especializado y teníamos por ejemplo cardiólogos, y esos no correspondían entonces hubo que mandar las fotocopias de los títulos. Cuando se jubilaron hubo que mandar las bajas del BPS.

N-¿Qué grado de aceptación hubo por parte de los profesionales?

E- En realidad casi te podré decir que un 0.0001. A los médicos les costó, les cuesta y les costará porque obviamente tienen una razón que tenemos que ser realistas, esto le insume más tiempo en la policlínica, o sea el *Screening* son cinco minutos porque es como un cuestionario que tienen que ir tildando, indicarle uno exámenes y nada más. El Carné del Adulto Mayor y la hoja SIA lleva por lo menos de 20 a 25 minutos, si bien acá en el SMI se hicieron policlínicas específicas para la referenciación también se reservan los unos y dos de todas las policlínicas de medicina general, geriatría y pediatría. Aparte de eso en la Meta 1 está el formulario de violencia doméstica, más los formularios internos; les lleva muchísimo tiempo. Es mucho tiempo que al final no tienen tiempo para preguntarle: y bueno, ¿qué le pasa? Tanto papel que tiene que llenar, es entendible también, hay resistencia sí, hay resistencia diaria te podría decir. Por parte de los médicos me llaman, sino me llaman todos los días, día por medio alguien del equipo me está llamando: “Ah, sabes que fulano dijo: esta vez no hago más nada”. Es un tira y afloje constante.

M- Respecto a la implementación de la BD que relaciona información del usuario con su médico de referencia, ¿la misma se llevó a cabo? ¿Hubo dificultades para implementarla?

E- En este momento creamos nosotros mismos nuestras propias bases de datos de lo que mandamos al Ministerio. Obviamente dependemos de la sección cómputos, nosotros los tenemos atomizados con las cosas que les pedimos y ellos la verdad que siempre están dispuestos, entonces nos largan unos listados quilométricos y en función de eso nosotros trabajamos. Lo que va al Ministerio son planillas *Excel*, el Ministerio te pide que salga esa planilla y hoy por hoy el *software* de la institución no las emite automáticamente. Pero en este momento estamos trabajando en violencia doméstica que era lo más sencillo de empezar porque era muy básico. Hasta lo más básico en lo que tiene que ver con el *software* es bastante complicado, tenemos que ingresar muchas cosas. El *software* de la institución se va ir adaptando para eso que todos queremos: apretar un botón y listo.

N- ¿Se establecieron procedimientos escritos para alcanzar la meta?

E- Sí, incluso el 27 de enero que fue una de las entregas de las metas, había que mandar normas y pautas de procedimientos y después bueno, nosotros que los escribimos y los re escribimos, el trabajo base es uno después los instructivos del trabajo los vamos acomodando a medida de que nos va resultando más fácil hacer algo primero, algo después, eso en la tarea diaria. Estaba en el instructivo, podías mandar todas las planillas al 27 de enero, podías mandar todo lo que tenía que ver con la meta y si no mandabas la norma y pautas de procedimientos no te consideraban la meta como cumplida.

M-¿La capacidad instalada de la institución fue suficiente o requirió ser ampliada a partir de estas metas?

E- Más personal, todo lo que es soporte informático. Hubo que ampliar absolutamente todo, desde personal hasta el espacio físico.

N-¿Los funcionarios capacitados fueron seleccionados por algún criterio o fue decisión voluntaria de cada uno para los cursos?

E- En un principio, el primer semestre de capacitación eran todos los recursos humanos que estuvieran afectados a la atención directa con el usuario, todos aquellos como contaduría o lavadero esos sectores, no. No había obligación y tampoco se contaba en el denominador para sacar los porcentajes. Tenías que cumplir un porcentaje, era un 20% de funcionarios capacitados. En el segundo semestre (primer semestre de 2010) también era con funcionarios afectados a la atención del paciente pero tenías salvedades como por ejemplo del 20% capacitado en el primer semestre no podían volver a capacitarse más de un 6%, o sea tenías un porcentaje que tenían que ser capacitados nuevos o gente que de

repente no hubiera terminado la capacitación en el primer semestre, terminaba su capacitación en el segundo semestre. Y en el tercer semestre de capacitación fue todo un jeroglífico. Teníamos todas las situaciones: gente nueva, gente totalmente capacitada, gente a medio capacitar. En el tercer trimestre mandaron ellos el número total de personas a capacitar. Había cosas ilógicas como que el personal de registros médicos no estaba incluido en el denominador porque consideraban que no tenían atención directa con el usuario. Al final resultó ser que si bien para el denominador el Ministerio no había tenido en cuenta ese tipo de personal, teníamos que capacitar 331 funcionarios. Después vieron que sí, que por lógica se tomó en cuenta todo el tipo de personal que tenía trato con los usuarios y que se podían capacitar, incluso una de las veces la gente del área de afiliaciones, que tiene trato permanente, en el segundo semestre de 2010 se permitió esa capacitación y no había restricción con respecto al porcentaje de los funcionarios capacitados; porque obviamente los que se habían capacitado totalmente con 24 horas en el primer semestre, con 24 horas en el segundo, es gente que estaba interesada entonces tampoco le podías cortar, decir: “No, vos no porque ya estás capacitado”.

M-¿Existió algún plan de incentivos para que los trabajadores realicen los cursos de capacitación? ¿Se aplicaron sanción para aquellos que no concurrieron?

E- No, no se aplicaron sanciones y el incentivo era que, en principio hubo de todo hasta que en último semestre como que se encontró un poco más la vuelta. En el último semestre se hicieron en los horarios laborales, entonces podías salir en tu horario e ibas y venias dentro de tu horario y fue como que la aceptación fue mayor. Pero en los otros semestres anteriores que tenías que ir fuera de tu horario de trabajo, si bien era según el requerimiento de la sección, se podía pagar con extras o si no podían ser horas a compensar si al funcionario le servía. En el último semestre se tomó la modalidad de hacerlo en distintos horarios, los mismos cursos se repetían en la mañana y en la tarde entonces se pudo organizar de otra manera, por ejemplo en lo que tiene que ver con registros hubo que hacer como una selección dentro del personal que había, por los que tenían ganas de hacerlo, por los que podían salir según la tarea que desempeñaban sin entorpecer el trabajo del equipo y bueno, lo que sí se dio es que los que habían empezado terminaran todos los cursos. Pero el último semestre fue más fácil porque eran solamente 12 horas de capacitación y como te tenían en cuenta las horas de capacitación de semestres anteriores se hacía un poco más accesible el poder llegar. Porque en los dos primeros semestres tenías que tener 24 horas de capacitación y la verdad que fue bastante difícil.

N-¿Existió alguna limitación al número de asistentes a los cursos, es decir, un máximo de participantes por curso?

E- No, básicamente la mayoría se hicieron en la Misión Católica Italiana que tiene una capacidad ilimitada, a veces según los disertantes que eran en el curso y según

la modalidad que ellos hubieran elegido y según el tema, se dividía el grupo en pequeños grupos.

N- ¿No había una exigencia por parte del Ministerio?

E- No, no. Tenés que mandarle al Ministerio todo el organigrama de los cursos, entonces el Ministerio auditaba los cursos de capacitaciones y podía aparecer en cualquiera de ellos. Entonces ellos llegaban y se fijaban porque tenías que firmar planillas de entrada y la salida, ellos se quedaban todo el curso y se fijaban cómo eran los cursos, si la gente se quedaba, si se iba, si había alguien que se retirara fuera del horario por más que había asistido ellos levantaban un acta y tachaban, no importaba que fuera un médico que se tuviera que ir de guardia o que lo llamaran porque tuviera un parto o que tuviera una operación urgente, nada, en eso eran bastante... Hay cosas lógicas que sí podés aceptar y otras como esas que de repente si te llaman porque tenés que hacer una cirugía de urgencia no podés, el médico tuvo la voluntad de asistir y se iba a quedar pero lo llamaron porque estaba de guardia y se tuvo que ir a una cirugía. Me parece que esas cosas no las deberían haber eliminado.

M-¿Luego de los cursos se efectúa algún tipo de seguimiento o control constante sobre los trabajadores que concurren a esos cursos para evaluar si en la práctica están llevando a cabo los conocimientos adquiridos?

E- No, no. Se hacían unas encuestas al final de cada curso que eran muy básicas, eran las mismas para todos los cursos. Cuando se entregaba ese resumen de meta había que hacer la entrega por planillas de la cantidad de cursos que se habían hecho, la cantidad de horas y también había que hacer una evaluación cualitativa en función de esas encuestas. Se hacían esas encuestas y nada más.

N- ¿Te parece que esas encuestas eran suficientes para saber si habían adquirido los conocimientos?

E- No. La única evaluación que tiene que ver con capacitación y con las metas es buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Los funcionarios son capacitados dentro del área de trabajo por el equipo de buenas prácticas y después los auditores caen y te entran a preguntar sobre alimentación del niño, sobre lactancia porque se supone que todos los funcionarios de la institución tenemos que tener un mínimo de información para orientar a cualquier persona que te pregunte sobre el tema si te lo cruzas en el pasillo, si te lo cruzas en el ascensor, que por lo menos sepa a dónde dirigirlo, a dónde derivarlo; nociones mínimas, y según el lugar de trabajo te preguntan algunas cosas u otras. Eso sí vienen del Ministerio a auditar sobre esa capacitación.

M- ¿Con respecto a la cantidad de funcionarios a capacitar dados por el Ministerio, te parece adecuado ese número?

E- Es un porcentaje que puso el Ministerio. A mí me parece que lo de la capacitación tendría que ser más que una meta. Yo le decía al equipo de metas, nosotros tenemos que dar el ejemplo y fuimos todos, nos organizamos de tal manera que todos pudieran asistir. La verdad que los cursos son bárbaros porque uno aprende un montón de cosas que no tiene ni idea y que de repente después te sirve porque siempre uno tiene alguien, un familiar, un conocido, que es hipertenso, diabético o que tenga trastornos alimenticios. A mí me parece que el tema de los cursos de capacitación, es una meta, hay que cumplirla pero lo que estaría bueno es involucrar al funcionario para que el funcionario esté interesado en asistir, más allá de lo que la institución te pueda aportar como incentivo, o pagarte las horas extras o hacerlo en tu horario de trabajo. No sé cuál es la fórmula, la verdad que no la tengo. Sí lo que sé es que realmente hay un montón de gente que está interesada y que le gustaría participar. Pasaron cosas como que había gente que quería participar pero no estaba autorizada porque su lugar de trabajo no le permitía y el Ministerio no dejaba que esa gente fuera. Es como que habría que hacer un balance.

N- ¿En base a qué criterios se seleccionaron los capacitadores?

E- Desconozco. Creo que fueron elegidos como idóneos en los temas que se plantearon. En realidad en los dos primeros semestres de capacitación la organización de la capacitación estuvo a cargo de la dirección técnica, y bueno, con altos y bajos se fue organizando y básicamente eran profesionales que estaban dentro de la institución. Incluso en algunos de los cursos de capacitación, específicamente en el de violencia doméstica estuvo la gente de registro explicando cómo había que manejar las historias, como había que hacer. En el último semestre se puso una coordinadora y entonces si bien utilizó los recursos de la institución también se organizaron de otra manera. Calculo que tiene que haber sido gente idónea en el tema a tratar. Sé que de accidentes de tránsito, me consta que el Ministerio organizó una jornada para explicar cómo quería que encararan los equipos de capacitación el tema de los accidentes de tránsito y tuvieran información, eso en base solamente a los accidentes de tránsito.

M- ¿El Ministerio dejaba a criterio de la mutualista que organizara los cursos?

E- Lo único que el Ministerio te decía era que cosa tenías que dar. Tenías cursos obligatorios y después cumplidos esos obligatorios, salvo en el último semestre que tenías obligatorios y opcionales, cumplidos los obligatorios después para cumplir con la cantidad de horas la institución podía poner lo que se le ocurriera, podía usar opcionales los que quisiera. Después en base a las encuestas y al análisis cualitativo que había que hacer, que todas las instituciones mandamos, porque una de las preguntas era qué cursos sugiere usted que se podrían realizar, en base a eso en el último semestre que se capacitó se hicieron cursos que tenían que ver con las encuestas, el de adicciones, el de accidentes de tránsito y el de bioética, entonces teníamos temas obligatorios y temas opcionales. Después si sé, de los primeros que hubo fue de diabetes e hipertensión y las instituciones

tuvieron que hacer protocolos de actuación. Si viene un paciente diabético cuál es el protocolo de la institución que el médico debe seguir.

Entrevistas a representantes de gremios (FUS Y SMU)

Héctor Dos Santos – Miembro representante de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS). 15 de junio de 2011 –Sin revisar por el Entrevistado-

M- ¿Qué entienden en la federación por metas asistenciales?

E- Vamos a hacer un poquito de marco histórico. Esta federación estuvo comprometida desde el año 2007 con la implementación de la ley que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud y ha participado en forma activa desde el ámbito sindical para su promulgación y su profundización. Los ejes fundamentales de la reforma son la participación social, el cambio de modelo de gestión, el cambio de modelo de atención y lo que ha cambiado sustancialmente y está en práctica y está en las etapas finales, es el cambio de su financiamiento. Registros históricos de la década del noventa, la salud privada, conjuntamente todo el presupuesto que movía el sistema de salud privada, no solamente en el sector mutual, equivalía en aquellos tiempos al presupuesto del Ministerio del Interior. O sea que una inmensa cantidad de plata, una inmensa cantidad de recursos, donde más de un millón de personas se atienden en el sistema mutual. El tema de las metas es ciertamente parte del desarrollo de la (...) de la reforma. Las de capacitación con las asistenciales van de la mano, porque la capacitación de la meta 2, que fue el tema de marco de médico de referencia y en los lugares de trabajo se hicieron cursos de capacitación orientados dentro del marco de la reforma, tuvo gran repercusión. La instrumentación de eso tuvo algunos inconvenientes. Este modelo nuevo de reforma sentó las bases para poder seguir un método de trabajo para objetivos un poco más amplios y a corto, mediano y largo plazo.

M- ¿Todos tienen la misma visión de las metas?

E- Sí, los trabajadores, tenemos las metas asistenciales y las metas de capacitación. Nosotros podemos dar más empuje a las metas de capacitación, ya lo otro es un poco más técnico. Nosotros sí impulsamos que los trabajadores de la salud deben estar capacitados en las distintas áreas.

M- ¿Entonces están de acuerdo?

E- Estamos de acuerdo, es más, lo promovemos. Lo promovemos porque es parte integrada de un programa. Esta federación lleva adelante la profundización de la reforma. Nosotros entendemos que los efectores de salud público y privado deben complementarse para optimizar los recursos materiales, los recursos humanos, y hay contradicciones que todavía no dejan avanzar en total profundidad ya con los años que lleva, la reforma de salud es un proceso largo, la completa instalación..., es una reforma que lleva más de diez años, como les decía al principio, hasta ahora el modelo de financiamiento es el que está más avanzado. Está muy en pañales el tema de la gestión y estamos promulgando la participación social a través de los consejos consultivos y la JUNASA, que nosotros también los

trabajadores (es una representación del PIT-CNT) tenemos incidencia porque participamos activamente de la Junta Nacional de Salud.

N-¿Se explicitó claramente por parte del MSP el significado y alcance de las metas asistenciales?

E- El tema de las metas tiene un buen diseño. La instrumentación, para empezar a encaminar esas metas, hay resistencias de los gestores de las mutualistas a las metas. Nosotros hemos visto en la JUNASA que hay instituciones que trampean un poco ese tema y cabalmente no las llevan a cabo, porque la meta tiene un costo. El Sistema paga a las instituciones por metas completas y ha habido rispideces en ese sentido porque hay instituciones que a la JUNASA presentan metas cumplidas y cuando se va, los contralores, los controles son los que deberían implementarse en más profundidad y está en ese tema. Sabemos que el Ministerio ha estado en esos temas pero siempre es motivo de discusión en la Junta Nacional de Salud, el tema de llegar a las metas asistenciales, tanto en porcentaje como en tiempo.

M- ¿Creen que el cumplimiento que realizan de las metas apuntan sólo al aspecto cuantitativo, es decir sólo llegar a un número o hay algo cualitativo?

E- No percibimos del sector privado, desde la gestión de las mutualistas, que estén involucrados cualitativamente en lograr las metas. Porque ellos son opositores a la reforma, ofrecen muchas resistencias y va también en el modelo de gestión. La meta del modelo de gestión, del modelo de atención va ligado, va de la mano, es una cosa que no puede quedar por fuera, porque la meta es para evaluar lo que está haciendo la mutualista en pos del marco de la reforma.

N- ¿El cumplimiento de las metas se percibe sólo como una obligación impuesta para las instituciones de salud o además contiene otra significación para éstas?

E- Para las instituciones es como una imposición, es una imposición. Lo minimizan a los ámbitos de los consejos consultivos, lo minimizan mucho. Generalmente la instrumentación y el desarrollo para poder buscar que se instalen los cursos en las instituciones, hacen resistencia. No de parte de los trabajadores, es más, nosotros en el consejo de salario hemos laudado la forma de participación a esos cursos. En los consejos de salarios hay un marco en donde los trabajadores en tales condiciones aseguradas promovemos para que integren en lo que corresponde, las metas de capacitación; las metas que llevan ellos en cuanto a asistenciales, todo eso, las desarrollan pero como decíamos hace un ratito como un mero trámite administrativo. Hay algunas instituciones que sí lo toman en serio pero no es el común denominador de todas las instituciones mutuales de asistencia privada.

M- ¿Los miembros de la FUS se sienten comprometidos con la obtención de metas o si consideran que sólo el mutualismo lo debe afrontar?

E- Nosotros empujamos, empujamos porque esta federación se mueve con programas. Los trabajadores nos movemos, reivindicativamente en el marco de los consejos de salarios y estamos comprometidos sustancialmente en la profundización de la reforma. El actual Ministro de Salud Pública fue asesor de ésta federación y fue impulsor de la reforma desde el ámbito sindical, hoy es el Ministro de Salud Pública y nosotros como trabajamos con programa, la Federación Uruguaya de Salud lleva de la mano lo reivindicativo y el programa. No entendemos desde el ámbito sindical, que no haya un proceso de acumulación donde estas dos cosas no caminen de la mano, es más, dentro de nuestro programa también capacitamos y ahora en estos momentos hay un curso de salud laboral, género y equidad; nosotros acompasamos eso y lo metemos dentro del marco de la reforma. Todo internamente como federación, nuestra capacitación de nuestros trabajadores, de nuestros militantes y dirigentes sindicales, o sea, nada está desconexo, todo va de la mano.

N-Desde el punto de vista de la federación, ¿las mutualistas están preparadas para afrontar este cambio?

E- Están preparadas porque ya hay un tiempo que ha transcurrido donde nosotros visualizamos que sea por su misma resistencia al cambio de modelo de atención y de gestión, están perdiendo los tiempos. Porque todo es muy ríspido, todo es muy a profundizar y tratar de empujar, empujar, empujar; tanto nosotros como movimiento sindical, como las autoridades del ministerio. Esto hablando de salud privada, si nosotros profundizamos un poco más desde nuestra federación, entendemos que ASSE debe tener sus representantes en la JUNASA y no un directorio. Si estamos hablando de un sistema integrado ASSE y las mutualistas deben complementarse. Los órganos de dirección están separados, porque el directorio de ASSE tiene representación del Poder Ejecutivo, de los trabajadores pero es un organismo como paralelo. Debe complementarse en algún momento, porque estamos hablando en los niveles más abajo en el nivel de atención de complementar servicios público y privado. No se entiende que desde arriba estén separados, o sea que tendría que juntarse abajo pero arriba también.

N- Las instituciones privadas se quejan un poco de que a ellas les exigen metas y a ASSE no

E- Lo que está planteado ahora, en este período es la creación de pequeñas juntas de salud a nivel nacional y departamental y un ambicioso plan en cuanto a tratar hacer juntas de salud zonales. Nosotros entendemos, las instituciones no lo entienden así, que (...) consultivos que participan la empresa, una representación de usuarios y una de trabajadores, eso debe ser vinculante en el marco de la reforma y vinculante también en las decisiones que como institución deben darse de cierta forma y tenemos problemas desde la participación social porque las mutualistas ofrecen resistencias a eso y hay que terminar denunciando a veces en la Junta Nacional de Salud de que no promueven la participación social y no

juntan esos consejos consultivos, o sea que es muy profundo, las resistencias las dan en todos los frentes.

M- ¿A partir de la fijación de estas metas se ha percibido un cambio a nivel de atención del usuario?

E- Nosotros como federación no lo percibimos en profundidad, algunas cosas muy esporádicas, la parte administrativa.

M-¿Lo evalúan como positivo?

E- No, lo valoramos negativamente todavía. Como te decía hoy se está perdiendo tiempo y se corre el peligro que si esto no avanza en profundidad se puede transformar el tiempo en una contra reforma, porque vas a cambiar el modelo de financiamiento que es el que los patronos de las mutualistas..., es el mejor, o sea ellos cuando contraponen..., dicen el sistema las ha desfinanciado totalmente y es al revés, las ha potenciado. Y también cuando no llegan a cobrar las metas porque no lo han hecho bien, hacen la resistencia en todos los frentes.

N- Según el MSP todos los actores participaron en el establecimiento de metas, ¿fueron tenidas en cuenta las sugerencias de la federación?

E- Más que nada la instrumentación y que las empresas den el cumplimiento de las mismas y no que hayan resultados trucados en los formularios, donde si bien se dice que se cumplió una meta y no fue tal. Nosotros apuntamos a que los órganos rectores desde Salud Pública sean controladores de que esas instituciones, lo que ponen en el papel, lo hayan hecho. O sea, nosotros hemos apuntado a eso. Esa es la sugerencia mayúscula, por como entendemos nosotros la reforma en un proceso de avance y profundización.

N-¿Cuándo se armaron las metas, ya vino impuesto por el Ministerio?

E- Eso vino en un diseño, nosotros activamente de la meta en sí, no tuvimos participación. Más que nada nosotros hacemos hincapié de que se cumpla.

M-¿Cuáles considera que fueron las mayores dificultades para implementar esas metas, ya sea desde el punto de vista de la infraestructura de las mutualistas o de los recursos humanos?

E- Bueno, hay, hay de parte de la infraestructura, hay severas deficiencias en las mutualistas por no habilitaciones, por decirte algo, el bloc quirúrgico, la mayoría en Montevideo no tienen habilitación. O sea, eso un problema que no es de ahora del sistema integrado sino cosas que arrastran. Hay un factor muy pero muy importante que es la súper población de las mutualistas, hay mutualistas que tienen un cuarto de millón de personas y no tienen esa infraestructura. En un mercado donde determinación lucrativa, la compra de socios de una de las

mutualistas, el *marketing*; nosotros somos férreos opositores al *marketing*. Ustedes ven por la televisión que cuando se está por abrir el corralito gastan millones y millones de pesos en minutos televisivos para captarse socios y en una ferocidad robarse los socios unos con otro. Eso se da de bruces contra la reforma y ni si quiera se ha dado un paso positivo en ese tema. Si bien se ha controlado un poco la intervención lucrativa que estuvo hasta en los ámbitos judiciales, se han perseguido esas prácticas; pero por intermedio de la televisión hay una competencia feroz. Hay instituciones que tienen muy pocos socios, tienen buena infraestructura, buenos recursos humanos y hay mega mutualistas donde los recursos humanos son escasos, donde el usuario llega a la institución y tiene que ir con una carretilla de plata. Porque también somos defensores en la baja de los copagos los tickets y las ordenes. Y para ver un especialista llenan un formulario y puede que le den tres meses para ver un especialista. Hay emergencias, de esos mega lugares, que están totalmente saturadas esperando una cama. En algunos lugares tuvo un retroceso. La participación de usuarios, si nosotros en los consejos consultivos decimos que tiene que ser vinculante con la decisión de las mutualistas, la instalación de los usuarios en los consejos consultivos todavía es lenta, la población no lo entiende. Si bien nosotros lo empujamos, no todos los actores empujan igual para su participación, para la importancia que tiene. Porque en un consejo consultivo que es la célula mínima fundamental dentro de una mutualista, el usuario ahí no está condicionado a nada, porque el usuario tiene que decir y denunciar y promover lo que sea en función de que mejore cualquiera de las mutualistas y que no pase las vicisitudes que pasan. Los trabajadores aportando en los consejos consultivos permanentemente para mejorar el diseño de las cosas y que las mutualistas mejoren. Los ámbitos de consejos consultivos no son órganos bipartitos donde nosotros vamos a ver relaciones laborales con ellos, no, nosotros hacemos la diferencia, se les pide a las empresas información, balances. Pero siempre para la instalación y la dinámica de ese consejo consultivo, siempre hay problemas. Se convocan en tiempo y forma y no funcionan en algunos lugares, en otras sí.

N- La impresión es como que hay poca información hacia los usuarios.

E- Sí, hay una falta total de tratar de involucrar a los usuarios a la participación de ellos. Del Ministerio no hay esas convocatorias, decir la importancia. Si, tú ves que no existe eso, están los diseños de cuando hacen las propagandas orientadas a los problemas de la salud o el mosquito del dengue o esto o lo otro. Esas cosas que el Ministerio siempre lo hizo. Pero orientar a participar desde la televisión, no; un medio masivo de comunicación, no. Nosotros sí, nosotros tratamos de reunirnos a veces con los usuarios, con los pocos representantes que hay de los usuarios y tratar de ayudar a que ellos se organicen. Porque nosotros tenemos que correr en paralelo pero no somos lo mismo; si bien somos usuarios de las mutualistas tenemos la condición de trabajadores y no podemos participar en la representación de usuarios siendo trabajadores de las mutualistas.

Dr. Martín Odriozola - Miembro representante del Sindicato Médico del Uruguay (SMU). 11 de julio de 2011 -Revisada por el Entrevistado-

1. ¿Qué entienden en el SMU por metas asistenciales? ¿Todos los miembros del sindicato entienden lo mismo?

Aunque no lo creas, hay muchos colegas que aún no están al tanto de que su propio trabajo está sujeto a control y que de él depende que su mutualista pueda cumplir con determinadas metas. A modo de ejemplo, hoy día en GREMCA (que está siendo gerenciada por la Española como parte del período de transición hasta su absorción por parte de la misma) no se cumplen las metas siendo esto una pequeña parte del problema de gestión y financiero que tenía. Muchos de sus médicos, recién se están enterando que hay metas a cumplir y que su registro es fundamental. Hay especialidades que están más en contacto con el tema ya que se les exige del punto de vista registral más datos y se les ha explicado el motivo. A nivel de quienes militan gremialmente, el nivel de información es mayor y por ejemplo el año pasado que hubo un elevado nivel de conflictividad y donde muchos de nosotros no queríamos que se hicieran paros médicos, una medida novedosa y alternativa era la de no llenar los registros que eran capitales para las metas. De ese modo no se afectaba al usuario y sí a la mutualista que sabía que de esos registros se derivaba o no un cobro. Dentro del núcleo dirigente gremial, el nivel de información y análisis es heterogéneo. Hay quienes tienen ideas muy claras, sobre todo por su trabajo cercano a la gestión y otros no. Muchos a su vez, ven en eso un tema a criticar o a defender con intencionalidad política (en función de su apoyo o resistencia a la reforma) sin detenerse a analizarlos por separado y evaluar su conveniencia.

2. ¿Considera que se explicitó claramente por parte del MSP el significado y alcance de las metas asistenciales? Es decir, lo que son y lo que se pretendía lograr con ellas.

Creo que a los efectores de salud sí, que las empresas lo tienen todo muy claro, pero que el cuerpo médico en su conjunto no lo entiende totalmente.

3. ¿En su opinión el cumplimiento que realizan de dichas metas apunta sólo al aspecto cuantitativo del mismo o también se enfoca hacia lo cualitativo?

Creo que por parte de las empresas de salud es una necesidad para su equilibrio financiero por lo cual se esmeran en llegar hasta allí, es justamente una meta. No creo que hayan sido debidamente consultadas sobre que metas elegir (si bien ha habido Consultivos al respecto), ni que en su mayoría sean consientes de que es parte de una gestión sanitaria en sí misma. Sin duda, la exigencia de lo que nunca se exigió, los obligó a ser y parecer prolijos, y en muchos casos no se alcanzó la meta, no dio el esfuerzo. De todos modos, es difícil responder por otro, si las empresas aspiran además a una mejora cualitativa la cual en todo caso queda librada al interés de cada una. Desde el MSP no cabe duda de que el objetivo es la

mejora también cualitativa, pero la forma en que se han implementado determinadas metas no lo asegura. El ejemplo más claro es el de la meta de capacitación. Lo que se hizo en casi todos lados fue cumplir con hacer un cursito y encargarse que el número de funcionarios necesario registrara el presentismo. Si se aprendió algo o no, parece ser secundario y no parece haber colmado expectativa alguna a nadie. Por supuesto que probablemente igual sea mejor que nada, igual parte del personal de salud comprenda un poco más de algo que lo rodea y en lo cual antes ni había pensado (hipertensión, violencia, etc), pero creo que se vivió así: la empresa- se apura en demostrar los cursitos; los funcionarios- se sacan el clavo de encima habiendo asistido; el MSP pone una meta accesible para ayudar al financiamiento de las mutualistas. Creo que sobre la falla “cualitativa” de esta meta hay consensos y hoy se está trabajando desde la Academia y las instituciones más vinculadas a la formación médica continua a colaborar en cursos pedagógicamente pensados, temáticamente útiles y técnicamente evaluables para hacer mejores cursos. El GTIP es un grupo interinstitucional (escuela de Graduados de Facultas, Sindicato médico, FEMI, etc) que se ha dedicado al tema y se ha conectado con el equipo de metas del MSP.

4. ¿El cumplimiento de las metas se percibe sólo como una obligación impuesta para las instituciones de salud o además contienen otra significación para éstas?

Similares conceptos que en la respuesta anterior. Me es difícil opinar desde donde no estoy, desde la empresa. De todos modos, lo vivo por el relacionamiento con las mismas y tuve una experiencia personal como miembro de la Junta Directiva del CASMU hace 2 períodos y creo que desde las empresas mayoritariamente se vive como algo a aprobar por un fin económico, de un recurso además que le es necesario.

5. ¿A partir de la fijación de metas se ha percibido un cambio a nivel de atención a los usuarios? Si lo hay, ¿se valora como positivo o negativo?

Entiendo que sí ha habido cambios, y que han sido positivos, siendo a su vez muchos una herramienta para otros cambios (ejemplo la población referenciada del primer nivel).

6. ¿Cree que las Mutualistas estaban preparadas para afrontar este cambio?

No. Creo que no. Creo que igualmente se dio un proceso de información de lo que se venía y creo que era igualmente necesario. Sin dudas el grado de preparación era muy heterogéneo y muy vinculado a la prolijidad o desprolijidad de la gestión en que se encontraban. Se pusieron en evidencia muchas carencias informativas de la propia institución y se notó la necesidad de modernizar e informatizar registros.

7. ¿El SMU está de acuerdo con este nuevo modelo, creen que ha habido avances o aún no se ven esos cambios?

El SMU es un colectivo diverso. Alcanza con haber visto en los últimos tiempos (y en todos los tiempos) declaraciones antagónicas sobre muchos temas. Es heterogéneo en grupos etarios, especialidades, ingresos, orientación política, nivel de información e interés en temas de salud. Sólo puedo responder que institucionalmente en su momento, al inicio de la reforma, el SMU se pronunció a favor y es lógico ya que los fundamentos de la reforma nacieron de propuestas y de miembros del SMU. Luego, es cierto que algunos colectivos médicos dentro y fuera del SMU se han manifestado o han actuado en ocasiones como verdaderos detractores de la reforma. Por tal motivo sólo puedo contestarte a título personal o del colectivo que integro y represento, la Agrupación Fosalba, que hemos sido y somos defensores de la reforma, sólo que señalamos sus defectos de implementación y creemos que con ello la apoyamos ya que queremos evitar su fracaso. En cuanto a resultados, creo que en lo sanitario ya ha tenido impacto positivo y en cuanto a la estructura y financiación no soy el más indicado para opinar (hay colegas más calificados que si querés los contactamos) pero advierto defectos estructurales que hacen peligrar la estabilidad.

8. ¿Los miembros del Sindicato se sienten comprometido con los cambios que se están implementando o consideran es un tema de las Instituciones?

Similar a la respuesta anterior en cuanto a nuestro colectivo diverso. Nosotros lo sentimos como tema propio, y como tal actuamos. Tan es así, que nos sentimos responsables de que nuestro accionar no sea dañino a la reforma y transitamos el fino equilibrio entre lo que puede considerarse intereses del colectivo y los intereses de la salud colectiva y del usuario. Esa fina línea que creemos y queremos que nos separe del corporativismo médicos que sólo se mira el ombligo y el bolsillo, sin caer en una defensa oficialista que dé la espalda a los médicos. Nuestro reclamo de participación en los organismos de conducción responde justamente a que creemos que tenemos mucho para aportar allí.

9. ¿Los trabajadores médicos se han visto perjudicados de alguna forma con el establecimiento de metas?

En algunos casos seguramente se los ha obligado a trabajar más, o más prolijamente, a registrar mejor. Pero creo que todo perjuicio tiene su contrapartida en que también se han obtenido mejoras en las condiciones de trabajo, en las retribuciones, en la estabilidad laboral, en que hoy día hay ocupación plena, en la posibilidad de transitar hacia un mono-empleo bien remunerado, a una dedicación mejor al trabajo, al laudo único y a un sinnúmero de cosas que pueden parecerle consignas pero que hacen a la calidad de vida del médico y a la satisfacción con su trabajo. Pongo a disposición de ustedes los datos que soliciten de la encuesta 2010 de la empresa CIFRA. Si la pregunta es más genérica que sobre la “metas”, sobre los perjuicios económicos de la reforma, creo que sí se ha producido una

importante carga tributaria, como nunca, pero que en mi caso (que me pega y mucho), me parece bien.

10. ¿A su entender cuáles son las principales dificultades que presenta la implementación de éstas metas, tanto para los trabajadores médicos como para las instituciones de salud? Debe referirse en lo posible a la Meta 2: Capacitación de RRHH y Médico de Referencia.

Creo que tanto en una como en otra una de las dificultades son los intereses diversos en cómo llevarlas adelante, la motivación para cumplirlas y la forma de implementarla. Ya me referí a la de Capacitación, un super resumen sería que fue un mamarracho bien intencionado que hay que mantener pero reformulado totalmente. En relación a la de médico de referencia, considero que es capital, pero que falta informar y difundir adecuadamente (no con consignas ni con esquemas administrativos) para comprometer tanto a las instituciones, como a los médicos, los funcionarios y los usuarios.

Entrevistas a representantes en el MSP (metas y movimiento de usuarios de la salud)

Cristina Becoña - Directoras de Metas Asistenciales en el MSP. 2 de junio de 2011 -Sin revisar por el entrevistado-

N- ¿Qué se entiende por metas asistenciales?

E- Las metas asistenciales es un componente, uno de los componentes de la cuota salud. Eso ya está establecido en la ley de creación del sistema nacional integrado de salud, en la ley 18.211 y a su vez está reflejado en los contratos de gestión que firman las instituciones con la Junta Nacional de Salud. Ahí se establece que la forma de pago a las instituciones a través del Fondo Nacional de Salud (del FONASA) y se dice que esa forma de pago será a través de una cuota salud que tiene dos componentes, un componente cápita y un componente meta. El componente cápita se establece con un estudio por edad y sexo de la población y el componente meta se establece desde la Junta Nacional de Salud teniendo en cuenta las prioridades sanitarias que el país tenga en el momento.

N- ¿Hay una definición de metas en las normas?

E- No, en realidad nosotros relevamos documentación teórica internacional tanto para metas como para contratos y en realidad la definimos nosotros como una herramienta de la gestión, o sea nosotros tenemos varias herramientas que nos pueden ayudar a cambiar el modelo asistencial que es el objetivo principal que tiene esta reforma de la salud. Entre esas herramientas está el Fondo Nacional de Salud, así como está el Fondo están las metas asistenciales.

N- ¿Y ese concepto se compartió con el mutualismo o ya venía dado en la norma?

E- No, no, porque la creación de la norma, de la 18.211, tuvo un proceso bastante largo. Entre que asumió la primera administración con María Julia Muñoz del gobierno de Tabaré Vázquez, por lo menos dos años estuvimos en la creación de la norma y dentro de eso estaba el tema de cómo se les pagaría a los prestadores, eso se discutió en lo que se llamaron los consejos consultivos del Ministerio y en esos consejos consultivos participaban todos los prestadores. Ahí se definió que justamente ese componente cuota salud iba a tener dos cambios.

M- ¿Se realizaron talleres con el mutualismo?

E- Bueno, el proceso de instalación de las metas fue un proceso bastante complejo, o sea tuvo mucho de prueba y error. Ahora ya estamos en un proceso bastante aceptado, todo el mundo, las mutualistas, los prestadores lo han incorporado como parte de su gestión pero al principio no fue así. Al principio hubo que establecerlo desde el Ministerio, no tuvieron un diseño muy pulido en un primer momento. La Meta 1, la del niño, niña y mujer fue la mejor instrumentada pero aún así se fue haciendo todo con ensayo y error. No teníamos experiencia en el país de trabajar sí en el sistema de salud y a nivel internacional no son demasiadas las experiencias de pagar por metas, por resultados.

N-¿Cuentan con algún tipo de biblioteca para consultar materiales?

E- Interno nada más. Este trabajo comenzó a hacerse en la administración pasada en la división Economía de la Salud y ahora en esta administración, justamente para darle mayor relieve, o sea porque hemos evaluado la herramienta y como tal hemos llegado a la conclusión de que es una herramienta válida, que teníamos que profundizar en esa herramienta, entonces ahí se crea esta división que es justamente control de la gestión de los prestadores en donde entran las metas asistenciales. Tenemos material interno pero no un material público digamos.

M- ¿Cómo se comunicó a los usuarios de sus nuevos derechos? ¿Cómo se llegó a los usuarios?

E- Bueno, yo creo que tenemos una debilidad fuerte ahí. Porque algunas de las metas, por ejemplo la Meta 1, que es la del niño, niña y mujer; esa meta cuenta con cierto consenso porque ya hay una tradición cultural de que las madres lleven a sus niños a control, y si bien esa tradición hubo que trabajarla y extenderla y profundizarla era algo que ya existía. Sin embargo no es fácil decirle a población sana entre 44 y 65, que es ese tramo, pero bueno por lo menos en ese tramo de 40 a 50 no es fácil decirle a la gente que haga prevención, que tiene que hacerse controles, etc. Porque las metas buscan cambiar el modelo hegemónico pero el modelo hegemónico sigue siendo todavía el viejo modelo de curar y no prevenir.

N- ¿Qué actores participaron en el establecimiento de metas, y cómo se determinaron que eran esos y no otros?

E- Bueno, eso también tiene un proceso, pero como mínimo participaron los actores que forman la Junta Nacional de Salud, que están integrados a la Junta Nacional de Salud; y la Junta está formada por representantes del PODE EJECUTIVO, de los prestadores, de los usuarios y de los trabajadores. O sea que como mínimo los representantes de esos grupos en la Junta Nacional de Salud, tuvieron la oportunidad de opinar sobre las metas asistenciales. Ahora en esta otra etapa, en esta segunda administración que decidimos profundizar como te decía sobre las metas, generalmente llamamos a reuniones de trabajo con los prestadores y con los equipos de metas asistenciales que son los encargados de llevar adelante después el trabajo.

N- ¿Los prestadores pueden opinar?

E- Si, si, pueden opinar, exactamente. Se ha negociado con ellos el tipo de información que les reclamamos, se ha negociado con ellos los porcentajes a alcanzar, y a su vez hemos establecido un diálogo constante de ir a las instituciones, tanto para el diseño como para después la aplicación de la meta, de ir de que vengan, diálogo a través de internet, tratamos de que sea una tarea conjunta.

M- ¿Cree que el establecimiento de metas es un buen indicador hacia los cambios que se pretenden?

E- Claro, bueno fundamentalmente porque nosotros desde el principio de la reforma establecimos una estrategia de cómo llegar al cambio de modelo, o sea, la reforma se planteaba el cambio de modelo asistencial, el cambio de modelo de gestión, el cambio de modelo de financiamiento; por cuál de esos cambios comenzar o si era posible llevar adelante los tres juntos. Bueno, si bien lo ideal sería ir llevando los tres juntos, necesitábamos una serie de normativa que por algún lado teníamos que empezar y decidimos empezar por el modelo de financiamiento. O sea que eso es una estrategia que se define de política asistencial en donde se considera que el que tiene los fondos, el que tiene los dineros, es el que puede liderar la reforma. Como parte de esa concepción está el de dar estímulos económicos para que algunos cambios se produzcan con un aceleramiento mayor y esa es la idea de las metas asistenciales. Si bien casi todo lo que está en las metas son obligaciones que las instituciones ya tenían para cumplir, se decidió dar un plus para que ese proceso sea acelerado y se buscara uniformizar a los prestadores de Montevideo y del interior.

N-¿Qué medida tiene ese indicador y cómo lo relaciona con un mejor estado de la salud de la población?

E- La herramienta meta tiene varios indicadores. La Meta 1 tuvo doce indicadores primero, ahora tiene diez indicadores; la Meta 2 comenzó en realidad por ser una meta de capacitación y después se transformó en la meta médico de referencia y la Meta 3 que comenzó sólo para el adulto mayor, entregarle el carné del adulto mayor, ahora se transformó en la de médico de referencia. Todas tienen varios indicadores, por trimestre o por semestre. Ahora estamos trabajando sobre trazadores asistenciales, que nos puedan justamente mostrar el impacto sanitario que las metas tienen sobre la población. Nosotros consideramos que las metas son una herramienta válida, pero podrían llegar a ser (nosotros lo decimos en algunos documentos), podrían llegar a ser sólo buenas intenciones y no quedar demostrado que cambia en algo la salud de la población. De hecho tenemos el indicador de mortalidad infantil que ha bajado sustancialmente, que nos estaría dando, que junto con otras acciones que se han tomado desde el gobierno, porque nosotros somos de los que creen que la salud no se resuelve sólo desde la salud, se resuelve desde otras áreas sociales o sea creemos en las determinantes sociales también; en la baja de la mortalidad infantil tuvieron que ver las determinantes sociales pero creemos que esos controles que les hemos exigido a las instituciones y en salir a buscar al usuario, eso está impactando sobre la salud de la población. Pero de todas maneras ahora estamos trabajando sobre trazadores específicos para cada meta, trazadores asistenciales.

M- ¿Los controles que realiza el ministerio es solamente cuantitativo o también cualitativo?

E- Nosotros tenemos una forma de pago que es, justamente la primera parte es pagar por cumplimiento o sea, les pagamos a las instituciones de acuerdo a lo que ellas nos informan que han alcanzado y una segunda parte que es pagar por auditoría, o sea que todo eso luego se audita y si no se encuentran los resultados manifestados por las instituciones se les descuenta ese dinero. Ahora en los indicadores hay algunos de tipo cualitativos, que son muy difíciles de evaluar obviamente pero que por lo menos nosotros creemos que vamos llevando a las instituciones por ese cambio de gestión, porque no hay cambio asistencial si no ha habido cambio de gestión y no se pueden llevar las metas adelante si no terminas cambiando la gestión institucional. O sea en un primer momento nosotros evaluamos que las instituciones pensaron: bueno llegamos a ese porcentaje y esto se termina. Cuando vieron que esto continúa y continúa, llega un momento que tenés que cambiar la forma de gestionar. Podrás presionar un mes, podrás inflar los resultados dos meses, pero ya no durante muchos años como tienen algunas metas. Entonces ahí les pusimos algunos indicadores cualitativos que tienen que ver con aspectos de la gestión, cómo están logrando que la gente vuelva a su médico de referencia, cómo están logrando que en la gestión sanitaria institucional sean derivados los pacientes a los médicos de referencia, cómo están pensando en fortalecer al médico de referencia. Esos son indicadores más cualitativos.

N- Les tienen que informar.

E- Nos tienen que informar a nosotros, a través de planillas, documentos, etc.

N- ¿Las auditorías son del 100% o son una muestra?

E- No, las auditorías son una muestra, no las establecemos nosotros sino la gente de fiscalización.

N- ¿Los controles que se realizan a qué apuntan, qué se pretende medir con esos controles?

E- Fundamentalmente ahí tratamos de confirmar los resultados mandados por las instituciones, o sea que pretende medir los porcentajes declarados en relación a la meta obtenida, a la meta planteada.

N- ¿Cómo esos controles mejoran el estado de salud de la población?

E- Es un poco lo que estuvimos hablando, en realidad hay que buscar trazadores muy bien elegidos que puedan demostrar eso. Estamos todavía en una etapa de proceso.

M- ¿Existen manuales para los equipos de auditoría?

E- Sí

M- ¿Y cualquiera los puede consultar?

E- No, pertenecen al grupo de fiscalización, se crean internamente entre la división esta que es control de prestadores y fiscalizaciones que depende de otra dirección.

M- ¿Entonces no se comparten?

E- No, la forma de fiscalizar no, es interna.

N- ¿Al imponer el cumplimiento de las metas asistenciales se tomó en consideración la preparación o capacidad que tuvieran las mutualistas para poder cumplirlas?

E- En realidad como te decía hoy, estos son todos requisitos que las instituciones ya deberían estar cumpliendo por el Plan Integral de Atención en Salud (el PIAS). O sea, cuando tú ves un indicador de carné de vacunación entregado, en realidad las instituciones ya deberían estarse encargando de eso. La diferencia es que ahora no esperan que la persona vaya a vacunarse, establecen todo un circuito para que no queden sin vacunar porque de lo contrario no se les pagaría ese indicador, o sea deberían de estar preparadas y si no, tuvieron que hacerlo rápidamente con las metas.

M- ¿Cómo evalúa el Ministerio el compromiso de las mutualistas, es por llegar a un número para obtener un beneficio económico o detrás de esto hay otro interés?

E- Bueno, hay una combinación de ambas cosas y siempre hay algunas más comprometidas con el cambio y otras más interesadas en los resultados económicos financieros. Pero en general nosotros vemos que hay un compromiso con cumplir las metas. Depende mucho de cómo ya fuera la política asistencial. Por ejemplo el CASMU siempre desarrollo una política de primer nivel de atención mucho más de acercarse al usuario que otras instituciones, entonces algunas de estas cosas le resulta mucho más fácil implementarlas. Pero bueno, hay una combinación de ambas cosas.

N- ¿Se realizan revisión de las normas para evaluar si se adecuan a la implementación de las metas o si tienen que ir cambiando o hay que hacerles ajustes?

E- Generalmente las metas han sido por un año. Como primer medida en esta administración se evaluaron todos los resultados de la administración anterior y ahí se planearon nuevos objetivos, pero a su vez las metas o son anuales o son semestrales, o sea que cada vez que termina un período se evalúan los resultados y se vuelve a discutir el cómo seguir, que puede ser mantener la meta o agregarle o quitarle indicadores. Hay indicadores que tienen un índice alto, prácticamente del 100% y entonces hemos decidido juntarlos con otros o sacarlos directamente.

M- ¿Para el establecimiento de esas metas utilizaron alguna base teórica algún marco teórico que hayan tomado de otros lados?

E- En general como te decía, la herramienta sí, se consideró toda experiencia internacional sobre ese tema. Lo que pasa es que la experiencia internacional que hemos encontrado no es tan generalizada, era más bien por centro asistencial o por región pero no una experiencia de todo un sistema que funcione en base a metas asistenciales. Y después la construcción de la meta misma y de los indicadores, la dirección general de salud del Ministerio, en base a los programas de salud ahí fue determinando, digamos, y a la experiencia más que nada nacional. O sea que necesitaba impulsarse a nivel nacional en determinadas áreas de salud, el niño o del adulto; o sea que se miró sobre todo en relación a los programas asistenciales.

N- ¿Cómo se llega al número de funcionarios a capacitar por institución?

E- En principio fue un porcentaje sobre el total de funcionarios que tuvieran atención al público. Después hay otras metas de capacitación que son referidas exclusivamente a un grupo, por ejemplo el médico del adolescente o el médico del adulto mayor, para que supiera o refrescarle los instrumentos específicos que a su vez tienen los adultos mayores o tienen los adolescentes, que son la hoja SIA y el Carné del Adulto Mayor. O sea que la capacitación fue variando, después hay una capacitación en temas generales que se dio para todos los sectores y una masa específica para algunos, o sea que continuamente se va evaluando.

M- En cuanto a la información que envían las mutualistas en cuanto a la cantidad de capacitados en el curso, ¿qué control se hace para validar esa información?

E- Hubo dos tipos de control, uno fue un control presencial. Ellos nos tenían que enviar los cronogramas de sus capacitaciones y nosotros aparecíamos en esos horarios y días y veíamos si se estaban haciendo la capacitación y pedíamos a su vez las listas de asistentes, chequeábamos con lo que estaban presente en el curso. Y ahora estamos pidiendo los legajos personales del personal de la institución, donde tiene que haber una constancia de asistencia, donde tiene que haber una constancia de evaluación y donde tiene que haber una constancia de pasaje de la capacitación.

N- ¿Cuándo iban ahí, a la auditoría, contaban a la gente o llamaban?

E- No, presenciábamos la capacitación y ahí veíamos a su vez las listas de asistentes si coincidían con los que estaban presentes. Participábamos de un rato de esa capacitación.

N- ¿Se evalúa el contenido del curso de una mutualista a otra o los principales ejes ya vienen dados?

E- No, nosotros le dábamos los temas y les pedimos a las instituciones que nos manden el desarrollo del curso. Ahí se ve si se adecúa a los requerimientos del Ministerio y se les devuelve, o se les evalúa el curso que está planteado. Otros cursos como el de bioética y accidentes de tránsito, se armaron desde el Ministerio o desde una (...) y se les envió a las instituciones para que reprodujeran el curso.

M- ¿Existe control en cuanto a los diferentes tipos de personal que está involucrado en el curso, por ejemplo médicos, administrativos u otro tipo de funcionarios?

E- En algunas sí, en otras no importa. Cuando son temáticas generales, sociales, que afectan al conjunto como violencia doméstica, tratamos de que llegue a todo el mundo y en todas las instituciones que se den esos cursos. Tanto está involucrado al médico, como el auxiliar de enfermería, como el auxiliar de servicio; en esta temática. Otros que tienen que ver con el llenado de la hoja SIA para el adolescente, nos interesa que lo haga el médico o la enfermera o la licenciada que trabaje con él. De acuerdo a eso las del médico de referencia nosotros tenemos a su vez aquí quienes son médicos de referencia en las instituciones, o sea que somos nosotros quienes le mandamos el listado de a quien tienen que capacitar. Todo va dependiendo de la temática o el momento de la capacitación.

N- ¿En términos generales eso en sí no importaba?

E- No, le pedimos un X por ciento de su población de trabajadores.

N- ¿Las evaluaciones que se realizan una vez terminados los cursos, creen que es suficiente para saber si los participantes entendieron el contenido?

E- Eso, yo creo que deberíamos profundizar un poco más en ese tipo de evaluaciones pero bueno, la idea nuestra es primero, instalar el tema de la capacitación que no estaba instalado en la salud, luego nosotros dejamos a las instituciones hacer los cursos, después pasamos a una etapa que algunos cursos ya se los enviamos nosotros. O sea que estamos en un camino también de profundizar y mejorar en esos aspectos. Yo creo que la evaluación es uno de los que habría que mejorar. La evaluación y la aplicación, o sea cómo aplicaría usted esto que ha aprendido en su lugar concreto de trabajo, la evaluación desde ese punto de vista.

N- Una vez que se hacen los cursos, que se capacitan, la gente que asistió a los cursos lleva a la práctica eso, ¿de eso no hay un control?

E- Claro, de eso no hay un control, obviamente. Como toda capacitación hay un porcentaje que uno lo incorpora a su práctica y un porcentaje que no y dependerá a su vez de cuantas veces se repita eso y dependerá también, me parece, de cómo

se monitoree desde los mandos medios de las instituciones ese tipo de acciones. Es como cualquier otra capacitación en otros ámbitos.

M- ¿Hay una capacidad máxima de participantes por curso en los grupos?

E- Eso comenzó por no estar reglamentado y terminamos reglamentándolo porque teníamos conocimiento que juntaban a todo el mundo en un lugar en un día, desde de las ocho de la mañana a las ocho de la noche, cumplían... Entonces también reglamentamos ese aspecto, el trabajo tipo taller, todo eso está en el instructivo.

M-¿Y cómo se controla que eso se lleve a cabo?

E- Con esas auditorías presenciales.

N- ¿Pero no está establecido un número?

E- No, pero decimos que deben ser grupos pequeños, que permita el diálogo, que permitan trabajar en talleres. O sea, damos una serie de indicativas. En realidad nosotros en todo, nuestra idea es decirle a las instituciones lo que tienen que hacer y el cómo se los dejamos a ellos. Cuando vemos que ese cómo influye en el qué, en los resultados, ahí empezamos a intervenir, bueno no, así no, de esta otra manera; pero en general como política dejamos que el cómo lo resuelvan ellos, de acuerdo a sus características, al tamaño, a su personal, a sus usuarios, para que lo puedan adaptar lo mejor posible.

N- Los cursos tienen una duración de dos horas por módulo, ¿creen que en ese tiempo es posible adquirir conocimientos suficientes para brindar una mejor atención al público?

E- Bueno, seguramente el tiempo no es un factor determinante, tiene más que ver después la repetición, la aplicación, el cómo llevó esto a la práctica. Y a su vez me parece que esto tiene que ver que está enmarcado en un plan de capacitación. Si son capacitaciones sueltas que uno no logra encontrarle el sentido seguramente no va a tener repercusión, ahora si son capacitaciones enmarcadas en un plan y tendientes (que es lo que nosotros les insistimos) a trabajar en el equipo de salud, o sea cuando hablamos del equipo, que el administrativo sepa porque también tiene que entender que tiene enfrente un usuario con hipertensión, qué riesgos tiene, por qué hay que generar agendas para médicos de determinada manera, el médico trabajar con la enfermera; o sea que realmente pensamos que todos estamos yendo hacia un mismo lugar, eso más que el tiempo es lo que puede hacer cambiar el modelo.

M- ¿Cuál es la cantidad máxima de pacientes o usuarios por un médico de referencia, eso está dado?

E- No, eso no está dado y no está dado el proceso, hay literatura internacional que habla de un número. A nosotros no nos pareció conveniente aplicarlo y a su vez estamos trabajando en ese tema con el Sindicato Médico del Uruguay y con las instituciones en los consejos de salarios, en un ámbito específico de cambio en las condiciones de trabajo. O sea asignar un número de pacientes a un médico tiene mucho que ver con las condiciones de trabajo, entre ellas con la carga horaria. Entonces antes de dar un número preferimos discutir todas estas cosas antes y ahí si después ver de cuanta población estamos hablando.

N- ¿Existe control por parte del MSP en cuanto a que los médicos elegidos por los usuarios cumplan el perfil establecido por el instructivo, es decir que sean médicos generales, médicos de familia, geriatras o pediatras?

E- Si, las instituciones nos envían aquí la listas de pacientes, de usuarios referenciados y nos mandan a qué médico están referenciados, entonces nosotros de ahí sabemos si cumple con el perfil de médico general o médico de familia, pediatra.

M-¿Se realizaron controles para comprobar si efectivamente el 95% de los médicos fueron capacitados en el Programa Adolescente y Hoja SIA?

E- Eso se está auditando en este momento, pero la idea es un poco lo que decía hoy, en esto lo auditamos por los legajos del personal. Nosotros fuimos los que les enviamos la lista del personal que ellos habían declarado como médico de referencia, ahora ese personal tuvo que haber sido capacitado y ahora vamos a los legajos y vemos si efectivamente hizo la capacitación. Hay un responsable que dio ese curso y que tiene que hacerse cargo de decir que esa persona cumplió.

N-¿Se tiene previsto cómo se controlará si las acciones están siendo llevadas a cabo en forma correcta? Estas acciones forman parte del objetivo de la meta y son:

-Comenzar a identificar en la HC y en lugar visible el nombre del médico de referencia del usuario. -Derivación posterior a médico de referencia cuando el paciente concurre a emergencia. -Dar prioridad al médico de referencia del usuario cuando este solicita médico a domicilio.

E- Esas acciones todavía no están siendo controladas, son como una sugerencia. Nosotros les decimos a veces, no todo lo que te pedimos que hagas te lo vamos a pagar, en este caso sino lo hiciste no te va a influir en el cobro de la meta, pero la idea es esta: si lo estamos mandando es porque en algún momento esto va a empezar y te estamos advirtiendo, avisando de que empieces a trabajar en este tema, ¿por qué? Porque seguramente de los consejos de salarios algo de esto va a salir, o sea que parte de las tareas del médico ya no van a ser sólo las de atención directa sino que hay una serie de tareas que tienen que ver con esto, con saber si el paciente cuando estuvo en emergencia fue devuelto a él como médico de referencia o él a su vez referenciarlo, lo que se llama la referencia y la contra

referencia. O sea que esto no lo estamos fiscalizando todavía pero son pasos que además tenemos constancia que en muchas ya están dando porque son cosas que se vienen, entonces es una manera de irlos preparando y no decir de un día para el otro todos tienen que hacer esto.

Lilián Rodríguez – Titular del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP). 7 de julio de 2011 –Revisada por el Entrevistado-

M- ¿Qué entienden por metas asistenciales?

E- ¿Qué son las metas asistenciales?

M- Sí.

E- Es un mínimo que se fija entre... Hay un contrato de gestión entre la Junta Nacional de Salud y el prestador. Entonces en ese contrato de gestión el prestador se compromete a cumplir 80 mil artículos. Entre esas cosas, para poder ser prestador integral y tener derecho a usuarios del FONASA. El que no firme el contrato de gestión no puede integrar el SNIS. En ese contrato de gestión dice que se va a comprometer a cumplir las metas asistenciales. Esas metas asistenciales se fijan entre el prestador y la Junta. El prestador arrancó así, diciendo a cuánto él podía comprometerse. O sea, vos tenés que ser por ejemplo, la captación... Una de las metas es la captación de las embarazadas en los primeros tres meses. Entonces se compromete a captar, vamos a suponer, el 20% de las embarazadas que entren a esa institución, que haya en esa institución, un 20%. Luego, eso fue al principio, ahora ya..., con la meta del niño por ejemplo, que es más fácil de entender, por ejemplo la meta del niño que es que todos los niños tengan tantos controles anuales, placa de cadera, derivación a odontólogo y todo eso. Bueno, se arranca que el 20% de la población de niños de la Española de 0 a 2 años van a estar controlados. Y luego, desde esa base, que nunca va a ser menos que eso que se arrancó, se va progresando hasta que se pueda llegar a un 100%.

M- Y esos porcentajes, esas cantidades ¿se conversan entonces con las mutualistas? No es que el Ministerio dice tiene que ser tanto...

E- No, después es una para todos. Ahora ya estamos llegando a la etapa en que el Ministerio empieza a decir. Porque se lleva mucho tiempo de esto de continuar en lo mismo. Un 20% para el CASMU que para la FUNDASER. Entonces no es lo mismo ponerte el 100% en una meta donde te falte una persona que no entró... Por ahora las metas, algunas metas que sólo están pensadas para los usuarios FONASA, no es para la masa. Hay otras que sí.

M- Nosotros estamos enfocados en lo que es la Meta 2: capacitación y médico de referencia.

E- Capacitación se eliminó. Se convirtió esta meta, o sea que la capacitación no hay más. La plata que se cobraba por esa meta se repartió.

M- ¿Y ahora cómo es?

E- Yo no me acuerdo bien en qué se amplió el médico de referencia. Se abrió el rango del médico de referencia. Porque antes estaba que tenía que tener médico de referencia X cantidad por ciento de usuarios de tal edad a tal edad. Ahora queda sólo una franjita en el medio. Los viejos y donde está el programa del adulto mayor, y del adolescente para abajo están todos.

M- ¿Los usuarios del SNIS saben lo que son las metas, están informados?

E- No. Hay un (...) conocimiento de cosas más fundamentales que las metas, que son los derechos. No es fácil la comunicación. Hoy en día todos los prestadores están obligados a tener la cartilla de derechos y deberes de los usuarios, por lo tanto están obligados a informar a todo el mundo. Pero recién se está comenzando y la difusión no es fácil.

M- ¿Entienden que se explicitó claramente por parte del MSP el significado y alcance de estas metas, lo que se quería lograr?

E- El tema es que tiene que haber como un cambio en las cabezas absolutamente de todos. Entonces aunque vos a veces hables y especifiques, la persona que está escuchando que viene de un sistema de tantos años asistencialista, no puede entender que tiene que ir al médico estando sano. Es algo cultural que venimos arrastrando durante toda la vida. Nunca existió un sistema basado en la salud y no en la enfermedad. Entonces aunque vos hagas toda la divulgación que quieras, hasta que vos entiendas de todos los actores, de los trabajadores, de los médicos, de los gobernantes... Porque mirá que los gobernantes también tienen que entender que nosotros no estamos acá para cumplir en la foto, sino que estamos realmente para participar y se nos tiene que tener en cuenta. Que tenemos voto y que si no incidimos no es participar.

M- A veces pasa también que a veces están muy encaminados con algo y viene el cambio de gobierno, vienen otros y se cambian las cosas, lo que se venía haciendo ya no se puede seguir haciendo. Como que no hay una continuidad. Esto es como que recién arrancó.

E- Acá hay que meterse en la cabeza que el SNIS salió por ley. Venga del gobierno que venga lo va a tener que seguir. La participación social está con un marco legal también en la ley. Y lo que nosotros tenemos que luchar es para que no se desvirtúe y se convierta en un cargo político, y que sí pertenezca a los trabajadores y a los usuarios y no a ningún partido político. En el caso de la organización que yo integro te puedo dar fe que ahí hay gente de todos los partidos políticos, todos involucrados. Nosotros tenemos blancos, colorados, frenteamplistas; y en la dirección incluso.

M- ¿Los usuarios han percibido el cambio que ha generado esta reforma? Y en el caso de haberlo percibido si es de forma positiva o negativa. ¿Cómo lo valoran?

E- Lo han percibido en una forma positiva desde el punto de vista que ahora tienen derecho sus hijos si aportan al FONASA. O sea, siempre se empieza a medir por el lado plata. Entonces cuando vos ves que hacés un aporte pero tenés derecho a tener, si tenés 10 hijos todos tener FONASA. Pero ese es otro tema, porque la gente también ha idealizado que si va a la salud privada todo está bárbaro. Pero después se encuentra que tiene que pagar tickets de urgencia, que tiene que pagar esto, que tiene que pagar lo otro, y no era tan linda... En general el positivo y creo que para toda la sociedad. No te quepa la menor duda.

M- ¿Qué participación tienen los usuarios en esto de las metas?

E- Nosotros hacemos el control social. El rol fundamental nuestro es el control social. Si me encuentro (el trabajo nuestro además es en la comunidad) que en una cuadra tenemos cuatro niños que no han ido a control, bueno, ahí ver de qué prestador son y no está cumpliendo. Es muy fácil.

M- Nosotros estuvimos hace poco, la semana pasada, una entrevista con Cristina Becoña, la Directora de Metas, y nos informaba sobre que el Ministerio aceptaba como sugerencias de parte de los usuarios, que está abierto a sugerencias dentro del establecimiento de metas. Quería saber si se realizaron esas sugerencias por parte de los usuarios.

E- Sí, por supuesto. Y en una la peleamos y la perdimos, que es el tema de la violencia doméstica. Nosotros consideramos que la violencia doméstica es un tema re importante y no puede ser pago como una meta asistencial. Porque los médicos no les van a preguntar a las mujeres lo de la violencia doméstica ni las mujeres le van a ir a contar a los médicos. Porque además los médicos son uno de los hombres más violentos dentro del rating de violencia. En la Junta la pelea si, te puedo decir que la dimos y en la cual se les preguntó: ¿en qué año en facultad ustedes aprenden violencia doméstica y con qué medicamento lo van a curar? No es una meta para estar recibiendo plata por ella. Entonces ahí de repente nos propusieron que tiráramos otra idea. Y bueno, no cuajó muy bien. Pero ahora sí estamos trabajando para que se empiece a educar sobre sexualidad placentera. Y terminemos de los cánceres y de las prevenciones y de todo eso que sí tiene que estar pero no siempre estar mirando la sexualidad como una enfermedad. Entonces si no se educa ya a los niños que tienen sexualidad desde el día que nacen...

M- ¿Y cuál es la idea, por ejemplo en el caso de los niños, en las escuelas?

E- En las escuelas, que se empiecen a dar charlas. Pero bueno, en ese tema igual estamos yendo para atrás porque primaria sacó la educación sexual. Pero sí que en las instituciones de salud se pueda empezar al tema a tratarlo también desde de la educación. Que el ginecólogo no se limite a ver si está enferma o no, sino si esa mujer tiene una sexualidad placentera. Porque pueden haber cantidad de disfunciones o cosas que la mujer ni las cuenta por vergüenza.

M- Creo que era un tema que se daba en los cursos, pero no sé cómo viene enfocado, si el algo muy general.

E- No, no estaba ese tema. No estaba porque lo largamos este año en el día de la mujer. Se daba violencia doméstica, salud sexual y reproductiva. Pero siempre están con el tema: no tengas hijos, no te embaraces, no te agarres el SIDA... Eso está todo bien, pero está parada en la prevención. Y la prevención se para en la enfermedad. Porque vos cuando prevenís, prevenís enfermedades. Pero cuando vos hacés promoción, la promoción está en la salud, porque vos promovés salud. ¿Y a caso la sexualidad no es salud?

M- ¿Ven como positiva la implementación de las metas o les es indiferente?

E- Estuvimos en desacuerdo en dejar que los prestadores entráramos en esta dialéctica de la negociación del 10, del 15, del 20, del 30... Nosotros como usuarios decíamos no, pónganle..., como Ministerio pónganle ya... Pero la resistencia al cambio de modelo de parte de las prestadoras que han venido de un sistema lucrativo y mercantilista de la salud, es muy fuerte.

M- ¿Cómo perciben los usuarios el cambio referente a la elección del médico de referencia y posterior derivación al mismo?

E- No lo entienden todavía. Mucha gente no lo entiende. Pero bien. Cuando lo entiende que es como médico de cabecera y le hablás que es como antes con un médico de cabecera, ahí bien.

M- ¿Consideran que era un cambio necesario?

E- Sí, muy necesario. Y terminar con la superespecialización. Que acá uno va al especialista que se le canta.

M- Con respecto a la participación que se busca de los usuarios en esto del nuevo sistema, ¿hay algún tipo de formación para que los usuarios colaboren en la toma de decisiones?

E- No, lo hacemos nosotros. Sí, hacemos capacitación. Ahora va a haber un curso de capacitación en la Intendencia de Montevideo. Nosotros estamos siempre pero la capacitación debe ser para todos. Es más, yo en este momento estoy haciendo dos cursos.

M- ¿Por cada mutualista hay representantes de los usuarios?

E- Están obligados al firmar el contrato de excepción, a tener un consejo consultivo. Un consejo consultivo se forma con dos directores, dos trabajadores y dos usuarios.

Anexo B
Normativa legal (Principales artículos relacionados)

Artículos de la Ley N° 18.211/07 – Sistema Nacional Integrado de Salud: creación, funcionamiento, financiación.

Artículo 3- Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A- La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- B- La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- C- La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- D- La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- E- La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
- F- La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- G- El respeto a los derechos de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- H- La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- I- La participación social de trabajadores y usuarios.
- J- La solidaridad en el financiamiento general.
- K- La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- L- La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Artículo 4- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

- A- Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- B- Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios incluyendo los cuidados paliativos.
- C- Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- D- Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- E- Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humano, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

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

Artículo 23- Créase la Junta Nacional de Salud como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública con los cometidos que le atribuye la presente ley.

Artículo 24- Son cometidos de la Junta Nacional de Salud:

- A- Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea la presente ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva.
- B- Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 25- La Junta Nacional de Salud tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

- A- Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales la presidirá.
- B- Un miembro representante del Ministerio de Economía y Finanzas.
- C- Un miembro representante del Banco de Previsión Social.
- D- Un miembro representante de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- E- Un miembro representante de los trabajadores de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- F- Un miembro representante de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En todos los casos, por cada titular se designará un alterno.

Todos los integrantes de la Junta Nacional de Salud deberán formular una declaración jurada de bienes e ingresos a cualquier título, a la Junta Asesora en Materia Económico Financiera del Estado, de acuerdo con lo dispuesto por el Capítulo V de la Ley N° 17.060, de 23 de diciembre de 1998, en lo que resulte pertinente.

Artículo 26- La reglamentación de la presente ley determinará la forma de integración de los representantes sociales a que refieren los literales D), E) y F) del artículo 25 de la presente ley, garantizando mecanismos de selección democrática de los mismos. Su mandato tendrá una duración máxima de dos años.

Los representantes de prestadores y trabajadores que se integren a la primera Junta serán propuestos por sus organizaciones representativas.

Artículo 27- La Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, que se integrarán en la forma que determine la reglamentación de la presente ley, observando que en los mismos estén representados los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, sus trabajadores y sus usuarios.

Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.

Artículo 28- Compete a la Junta Nacional de Salud:

- A- Suscribir con los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud los contratos de gestión a que refiere el artículo 15 de la presente ley.
- B- Aplicar los mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que se determinan en el Capítulo VII de la presente ley.
- C- Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.
- D- Controlar las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y terceros.
- E- Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme.
- F- Elaborar el proyecto de su reglamento interno de funcionamiento que elevará al Poder Ejecutivo para su aprobación, dentro de los ciento ochenta días de su constitución.
- G- Las demás que le asigne la presente ley.

Artículo 29.- Compete al Presidente de la Junta Nacional de Salud:

- A- Presidir sus sesiones, sin perjuicio de los mandatos sustitutivos que otorgue en previsión de sus ausencias.
- B- Ejecutar las resoluciones de la Junta.
- C- Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Junta Nacional de Salud, dando cuenta de ellas a la misma en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad será necesario el voto de por lo menos cinco de los miembros de la Junta. Mientras no se integren a él los representantes sociales, a estos efectos se requerirá el voto de tres de sus miembros.
- D- Representar al organismo y suscribir todos los actos, contratos y convenios en que intervenga el mismo.
- E- Las demás tareas que le sean encargadas por la Junta.

Artículo 30- Para sesionar, el Directorio de la Junta Nacional de Salud requerirá la presencia de cuatro de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del cuerpo.

En caso de empate el voto del Presidente del Directorio se computará doble.

Artículo 31.- Créase dentro del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" el Programa "Administración del Seguro Nacional de Salud" dentro del cual se constituye la Junta Nacional de Salud como su unidad ejecutora.

Artículo 32- Facúltase al Poder Ejecutivo, a propuesta del Ministerio de Salud Pública, a adecuar sus programas y redistribuir los créditos presupuestales a los efectos de atender los costos de funcionamiento de la Junta Nacional de Salud.

Artículo 33- La Junta Nacional de Salud deberá elevar anualmente al Poder Ejecutivo una rendición de cuentas de la administración del Seguro Nacional de Salud, dentro de los primeros ciento veinte días de vencido cada ejercicio.

Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud publicarán anualmente los estados de situación y balance de resultados de su gestión. Estas entidades deberán poseer sistemas de información contable ajustados a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes y proporcionar a la Junta Nacional de Salud toda la documentación que ésta le solicite.

Artículo 34- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

Artículo 36- El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.

Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

Artículo 37- El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

Artículo 38- El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

Artículo 45- Las entidades públicas y privadas que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

- A- Actividades de promoción y protección de salud dirigidos a las personas.
- B- Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.
- C- Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.

D- Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación de la presente ley definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descritas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a los cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuota salud a los prestadores.

Ley N° 15.181/81 – Normas para la asistencia médica colectiva privada.

Artículo 1°.- El Estado establecerá una cobertura de atención médica para todos los habitantes de la República como esencial componente de la seguridad social, a través de organismos públicos y privados.

El Ministerio de Salud Pública deberá asegurar la normalidad de las prestaciones asistenciales.

Artículo 2°.- La asistencia médica solamente podrá ser prestada en el ámbito de sus competencias específicas por médicos, odontólogos y obstétricas con título otorgado o revalidado por la Universidad de la República, o bajo la dirección y responsabilidad de dichos profesionales, conforme a las normas de esta ley y las demás que tutelan la salud pública.

Artículo 3°.- La asistencia médica podrá ser brindada en forma privada, ya sea particular o colectiva, y en forma pública a través de los organismos respectivos:

- A- Se entiende por asistencia médica privada particular la que brindan a sus pacientes los profesionales mencionados en el artículo 2 actuando individualmente, en equipo o a través de entidades. Esta forma de asistencia puede ser parcial o total y abarcar todos los aspectos técnicamente posibles y se regulará por los acuerdos que se celebren al respecto mediante el régimen de libre contratación. Los sanatorios y clínicas privados podrán ofrecer seguros individuales de internación, parciales o totales, en régimen de libre elección de asistencia profesional;
- B- Se entiende por asistencia médica privada colectiva la que brinden a sus socios o afiliados las instituciones que se organicen y funcionen según las disposiciones de la presente ley;
- C- Se entiende por asistencia médica prestada en forma pública, aquella que realizan las personas jurídicas públicas.

Artículo 4°.- Los profesionales, equipos o entidades que brindan asistencia médica privada particular podrán convenir con las instituciones de asistencia médica colectiva y con los organismos públicos, con conocimiento del Ministerio de Salud Pública, distintas prestaciones específicas a sus asociados, usuarios y beneficiarios en las condiciones técnico - administrativas y arancelarias que acuerden o que determinare en casos especiales dicho Ministerio.

Artículo 5°.- Sin perjuicio de la responsabilidad personal de los profesionales que trabajen en entidades de asistencia médica, éstas responderán por acciones u omisiones que violen las disposiciones legales y reglamentarias que regulan su actividad.

Artículo 6º.- Las instituciones privadas de asistencia médica colectiva serán de los siguientes tipos:

- A- Asociaciones Asistenciales, las que inspiradas en los principios del mutualismo y mediante seguros mutuos otorguen a sus asociados asistencia médica y cuyo patrimonio esté afectado exclusivamente a ese fin;
- B- Cooperativas de Profesionales las que proporcionen asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social haya sido aportado por los profesionales que trabajen en ellas;
- C- Servicios de Asistencia creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar, sin fines de lucro, atención médica al personal de dichas empresas y eventualmente, a los familiares de aquél.

Artículo 7º.- Las instituciones de asistencia médica colectiva deberán suministrar a sus asociados, afiliados o usuarios, con prescindencia de los recursos económicos de éstos, los medios para la prestación de una cobertura de asistencia médica, de acuerdo a las pautas técnicas establecidas por el Ministerio de Salud Pública.

Cuando las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) ofrezcan coberturas parciales no lo podrán hacer en un número superior al diez por ciento del total de sus afiliados.

Los derechos y obligaciones de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), y de los asociados, afiliados o usuarios serán determinados por la reglamentación de la presente ley.

Artículo 8º.- Las instituciones de los tipos A) y B) deberán contar con un número mínimo de asociados o afiliados, con recursos suficientes de infraestructura, equipamiento y capacidad de hospitalización y destinar un porcentaje de sus ingresos a la creación y mantenimiento de un Fondo de Inversiones.

La reglamentación respectiva establecerá la dimensión de estos requisitos para el departamento de Montevideo y para los departamentos del interior del país.

El Poder Ejecutivo podrá autorizar, en casos especiales debidamente justificados y por un plazo no mayor de dieciocho meses para la capital y de tres años para el interior, a partir de la publicación de la reglamentación de esta ley, el funcionamiento de instituciones que no reúnan dichas exigencias.

Artículo 9º.- Las entidades de asistencia médica colectiva que se creen a partir de la publicación de la presente ley deberán ajustar sus estatutos a las disposiciones del "Estatuto Tipo" que establezca el Poder Ejecutivo y sus registros contables a

las normas que éste dicte; obtener la personería jurídica, registrarse en el Ministerio de Salud Pública y obtener de éste la autorización para funcionar acreditando haber cumplido todos los requisitos exigidos en esta ley.

Artículo 10.- Las instituciones de asistencia médica colectiva, además de los órganos de gobierno que les establezca el "Estatuto Tipo", deberán contar con un Director Técnico Médico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la institución y ante el Ministerio de Salud Pública.

Las instituciones del tipo A) y B) deberán contar además con un Consejo Técnico Asesor integrado por profesionales vinculados a la labor asistencial de las mismas.

Artículo 11.- El Ministerio de Salud Pública, a través de una Dirección con estos fines específicos ejercerá la inspección, fiscalización y control en los aspectos técnicos, administrativos, contables y técnico - laborales del funcionamiento de entidades de asistencia médica colectiva.

Artículo 12.- El Ministerio de Salud Pública de oficio, por recomendación de las autoridades competentes o a solicitud fundada de los asociados, afiliados, usuarios u órganos de gobierno de las entidades de asistencia médica colectiva en la forma y condiciones que establece esta ley y que determine la reglamentación respectiva, podrá:

- A- Realizar o disponer investigaciones de los hechos que por su gravedad lo requieran, compulsar o retirar toda clase de documentos que se consideren necesarios y efectuar intimaciones bajo apercibimiento de las sanciones o medidas que correspondan;
- B- Agotada la investigación, cuando medien graves irregularidades que pongan en riesgo el cumplimiento de los fines o la existencia de la institución, proponer al Poder Ejecutivo, mediante resolución fundada, la intervención de dichas entidades por un plazo de seis meses prorrogable por una vez por igual período. La intervención será a los efectos de investigar las causas, determinar las responsabilidades resultantes, dando intervención a la justicia ordinaria si se comprobare la comisión de delitos y promover la renovación parcial o total de autoridades debiendo en todos los casos, asegurar el cumplimiento del fin específico de la institución;
- C- Disponer la aplicación de multas, la suspensión parcial o total de actividades, la que no podrá exceder de seis meses y la clausura definitiva de locales. Las sanciones financieras oscilarán entre N\$ 2.000 (nuevos pesos dos mil) y N\$ 200.000 (nuevos pesos doscientos mil); su graduación deberá hacerse por resolución fundada y de acuerdo con las circunstancias de cada caso y los montos serán actualizados según lo establecido en el artículo 99 del Código Tributario.

Artículo 13.- Las instituciones de asistencia médica colectiva estarán exoneradas de toda clase de tributos nacionales y departamentales con excepción de los aportes a los organismos de seguridad social que correspondan. También estarán exentos de tales tributos los bienes de capital que éstas adquieran, importen o reciban con excepción del Impuesto al Valor Agregado cuando corresponda. Las donaciones efectuadas a nombre de las instituciones de referencia, estarán exoneradas en todo caso.

Artículo 14.- Las instituciones de asistencia médica colectiva deberán recabar autorización del Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, con fundamentos debidamente documentados, para:

- A- Crear, clausurar, suspender, ceder, constituir derecho de uso en favor de otras entidades de asistencia o arrendar servicios de atención médica;
- B- Adquirir, enajenar, arrendar o preñar equipos sanitarios;
- C- Adquirir, enajenar o hipotecar bienes inmuebles y construir, reformar o ampliar plantas físicas para la atención médica.

Artículo 15.- Los asociados o afiliados de las instituciones de asistencia médica colectiva de los tipos A) y B) asegurarán su derecho a la asistencia médica básica, completa e igualitaria, mediante el pago de cuotas mensuales que se adecuen al costo del servicio.

La demanda y prestaciones de servicios se regularán en lo económico por el pago de tasas moderadoras y, cuando así lo resolviere el Poder Ejecutivo, por aranceles.

Entiéndese por cobertura de asistencia médica básica, completa e igualitaria, la que en lo asistencial, incluye la aplicación de las siguientes actividades fundamentales: medicina ginecología, cirugía y pediatría, como asimismo, sus especialidades complementarias.

Artículo 16.- Las entidades de asistencia médica colectiva del tipo C) podrán prestar, en forma sucesiva o simultánea desde su inicio, las siguientes coberturas:

- 1) Atención médica sanitaria.
- 2) Atención médica laboral, cubriendo entre ambas la prevención de los riesgos propios de su actividad.
- 3) Asistencia médica básica completa e igualitaria a su personal y eventualmente a sus familiares.

Artículo 17.- Las instituciones de asistencia médica colectiva no podrán:

- A- Mantener ningún tipo de dependencia con instituciones gremiales, políticas o similares;
- B- Realizar afiliaciones de carácter vitalicio, entendiéndose por tales aquellas que representen un aporte fijo, definitivo distinto a la cuota social o variable en el tiempo, sin consideración al costo real del servicio; esta disposición no afecta los derechos adquiridos en mérito a contratos celebrados antes del 14 de marzo de 1974;
- C- Utilizar cualquier tipo de intermediación lucrativa en la obtención de nuevos socios o afiliados.

Artículo 18.- Los servicios de atención médica a cargo de organismos públicos y personas de derecho público no estatales existentes o a crearse, adecuarán su actuación con el Ministerio de Salud Pública, ajustándose en lo técnico a las normas que éste dicte.

Además de las prestaciones que actualmente brindan a sus beneficiarios, deberán incluir los servicios indicados en el artículo 16, numerales 1 y 2, cubriendo así la prevención de los riesgos propios de su actividad y cuando corresponda, la rehabilitación de sus beneficiarios.

Dichos organismos podrán contratar y coordinar servicios sanitarios y asistenciales con instituciones de asistencia médica colectiva de tipos A) y B) y con el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 19.- A los efectos del cumplimiento de la presente ley dentro de los dieciocho meses de la publicación de su reglamentación, las instituciones de asistencia médica colectiva existentes deberán, cuando corresponda, fusionarse o transformar su tipo y en todos los casos, reformar sus estatutos de acuerdo con las normas del "Estatuto Tipo", adicionar a su nombre o denominación la tipificación que corresponda y ajustar sus registros contables a las normas que dicte el Poder Ejecutivo. Las fusiones se realizarán bajo el régimen de transmisión de patrimonio a título universal.

Las fusiones, transformaciones y reformas de estatutos que se cumplan dentro de dicho plazo, estarán exoneradas del pago de toda clase de tributos y exceptuadas de lo dispuesto en el artículo 473 del Código de Comercio.

Artículo 20.- Cuando una institución de asistencia médica colectiva quedare disuelta y existiere la previsión estatutaria de que, en caso de disolución, sus bienes pasaren a instituciones públicas asistenciales, el Poder Ejecutivo queda facultado para afectar el uso y destino de dichos bienes en el modo que estime más conveniente para asegurar la continuidad y regularidad de la asistencia a los asociados o usuarios en la prosecución de los fines asistenciales para los cuales la institución había sido creada.

Artículo 21.- En todos los casos de transformación de tipo, fusión, tramitación de personería jurídica y modificación de estatutos de las entidades de asistencia médica colectiva, deberá ser oído el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 22.- Deróganse el decreto-ley 10.384, de 13 de febrero de 1943 y la ley 14.164, de 7 de marzo de 1974. Todos los convenios colectivos de trabajo, suscritos por las instituciones de asistencia médica colectiva, que estuvieron vigentes, quedarán sin efecto a partir de la publicación de la reglamentación de la presente ley.

Otros artículos

Artículo de la Ley N° 18.131/07 – Creación del Fondo Nacional de Salud

Artículo 7- El Banco de Previsión Social abonará una cuota uniforme a todas las prestadoras de asistencia médica por los que hubieran optado los beneficiarios. Dicha cuota podrá estar asociada a la edad y sexo de los beneficiarios e incluir pagos por el cumplimiento de metas asistenciales. La fijación de la cuota se realizará por el Poder Ejecutivo en acuerdo con los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública.

Artículo del Decreto N° 276/07 – Reglamentario de la Ley N° 18.131/07

Artículo 9- A partir de la vigencia del presente Decreto la cuota salud que el Banco de Previsión Social pagará a todas las instituciones prestadoras de asistencia con las que haya contratado será uniforme y constará de dos componentes:

- a. Un componente cápita, que hace referencia al precio que se pagará por cada beneficiario/as según sus características de edad y sexo.

La estructura relativa de cápitaa a aplicar, según diferentes tramos de edad y sexo, es la siguiente:

EDAD	HOMBRES	MUJERES
5 a 14	1,11	1,00
15 a 19	1,08	1,43
20 a 44	1,00	2,12
45 a 64	2,07	2,53
65 a 74	3,99	3,47
> 74	5,26	4,34

Se define como cápita base al valor monetario de la cuota correspondiente a los tramos de hombres entre 20 y 44 años, y mujeres entre 5 y 14 años. Dicho valor será de \$ 419.00 y se ajustará en las mismas fechas y condiciones que el resto de las cuotas del Sector.

- b. Un componente metas, vinculado al cumplimiento de metas asistenciales. La verificación del incumplimiento de éstas por el Ministerio de Salud Pública, determinará que, a partir de ese momento, se suspendan total o parcialmente los pagos por este componente. Dicho valor será de \$ 45.00 y se ajustará por IPC, en las mismas fechas que la cápita base.

Artículo del Decreto N° 02/08 – Reglamentario de la Ley N° 18.211/07

Artículo 26- La cuota salud que pagará el Administrador del Fondo Nacional de Salud a los prestadores por cada uno de los beneficiarios del Seguro Nacional de

Salud, constará de un componente cápita y un componente metas, definidos en el artículo 8 del Decreto 276/007 de 2 de agosto de 2007.

A partir de la vigencia del presente Decreto, la estructura relativa de cápitaa aplicar según tramos de edad y sexo será la siguiente:

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

Se define como cápita base al valor monetario de la cuota correspondiente al tramo de hombres entre 20 y 44 años. Dicho valor será de \$ 419 y se ajustará en la oportunidad que determine el Poder Ejecutivo en acuerdo con los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas.

El valor del componente metas será de \$ 45 y se ajustará en la misma oportunidad que la cápita base.

Cláusulas relacionadas del Contrato de Gestión (Decreto N° 464/08)

Vigésima séptima – Equipo de salud del primer nivel. Con el propósito de avanzar en el cambio de modelo asistencial, el prestador implementará líneas de acción con incentivos adecuados para establecer un proceso de atención basado en un vínculo longitudinal, a lo largo del tiempo, de sus usuarios con un equipo de salud de referencia, integrado según las pautas que determine el Ministerio de Salud Pública. El prestador deberá adoptar las medidas necesarias para que este equipo tenga la mayor capacidad resolutoria respecto de los problemas de salud que atiende en el primer nivel, en el marco de las guías y protocolos institucionales y de las normas aprobadas por el Ministerio de Salud Pública.

Trigésima primera – Detección precoz y prevención de enfermedades. A los efectos del control de la salud de sus usuarios, así como para la detección precoz y prevención de enfermedades, el prestador se obliga a proporcionar a los mismos:

- 1) Carné de salud casa dos años a los que lo soliciten, que será gratuito para todos aquellos a los que les sea exigible por sus actividades laborales y que tengan realizadas en la institución en los últimos 12 (doce) meses consultas con médico general, incluyendo rutinas de control con el alcance que establecen los Decretos 651/990 del 18 de diciembre de 1990 y 571/007 del 2 de enero de 2007. En los demás casos, el otorgamiento del carné de salud habilitará el cobro de la tasa moderadora que autorice el Poder Ejecutivo.

En todos los casos el usuario deberá pagar el aporte a la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios.

- 2) Controles de salud gratuitos a niños y adolescentes de hasta 18 años que así lo soliciten, de los que quedará registro en sus respectivas historias clínicas y en los carné de salud correspondientes.

Trigésima tercera - Capacitación de recursos humanos. El prestador deberá incorporar actividades de capacitación permanente en la gestión clínica y administrativa, como estrategia para mejorar la calidad de atención.

Para evaluar el cumplimiento de estas obligaciones, la JNS tomará en cuenta tanto las actividades que organice para su personal el propio prestador, como aquellas ofrecidas por otros actores, cuya realización facilite al mismo.

Para la evaluación de actividades en materia de educación médica, la JNS tendrá en cuenta, entre otros, los criterios de acreditación de la Escuela de Graduados.

**Anexo C. Información adicional sobre Meta 2 Período julio -
diciembre 2010-**

En base al Instructivo de metas asistenciales emitido por la JUNASA, se presenta información adicional de los dos componentes de la Meta 2.

CAPACITACIÓN DE RRHH

Indicadores

El pago de la meta dependerá del desempeño de cada institución, según el siguiente indicador:

$$X1 = \frac{\text{No. de trabajadores capacitados}}{\text{No. de trabajadores a capacitar}}$$

El número de trabajadores capacitados surgirá de la planilla de capacitación que proporcionará la institución médica luego de realizados los cursos, mientras que el dato de número de trabajadores a capacitar será dado por la Junta.

El indicador de resumen (IR), se construirá a partir del valor de X, según el siguiente criterio:

$$\begin{aligned} \text{IR} &= 1 \text{ si } X \geq 100\% \\ \text{IR} &= 0 \text{ si } X < 50\% \\ \text{IR} &= X/100 \text{ si } 50\% < X < 100\% \end{aligned}$$

El valor de la presente meta será del 20% del valor de la Meta 2 para el período julio-diciembre 2010.

Para determinar el pago por cumplimiento de esta meta, se aplicará la siguiente fórmula:

$$\text{Pago} = \text{IR} (20\% \text{ valor Meta 2})$$

El número que surja de esta fórmula será multiplicado por la cantidad de afiliados FONASA de la institución. De esta forma se llega al monto total a transferir a la institución por concepto de capacitación.

Según lo establece el Decreto N° 336 del 10 noviembre de 2010, el valor de la Meta 2 a julio de 2010 es de \$20,55 (pesos uruguayos veinte con cincuenta y cinco centésimos).

El instructivo de la Junta establece que son dos los motivos que pueden ocasionar el no cobro de la meta. Estos son extra cálculo de desempeño, es decir, aunque numéricamente la meta se haya alcanzado, la mutualista pierde el cobro de configurarse alguna de las siguientes causales:

Entrega fuera de plazo: Si la información requerida a las mutualistas fuera presentada fuera de los plazos y horarios establecidos, con los criterios que a continuación se detallan:

Cuadro 1: Presentación de información fuera de plazo (Capacitación).

Entrega de información fuera de fecha y hora límites	
Entrega de información	No cobrará
30 días corridos posteriores a la fecha límite	El primer mes del trimestre de pago
Entre 30 y 60 corridos posteriores a la fecha límite	El primer y el segundo mes del trimestre de pago
Más de 60 días corridas posteriores a la fecha límite	Los tres meses del trimestre de pago

Fuente: (JUNASA, Ministerio de Salud Pública, 2010)

Modificación por auditoría: Si luego de realizadas las auditorías, llegara a constatarse que la información enviada no se ajusta a la realidad, se podrán realizar descuentos, los cuales podrán ser totales o parciales.

La JUNASA realizará una serie de controles que apuntan a evaluar el real cumplimiento de las metas por parte de las instituciones médicas, determinado si corresponde o no el pago por cumplimiento.

Para ello se realizan distintos tipos de auditorías.

- Auditoría presencial.

El o los auditores designados para asistir a los cursos de capacitación, recabarán los siguientes datos:

- 1) Que efectivamente se están llevando a cabo los cursos en el día y hora establecidos en el programa.
- 2) Control de las personas que han concurrido al el curso y de asistencia.
- 3) Observaciones que se planteen.

- Auditoría de validación de la planilla de capacitación.

Según lo establece el propio instructivo *“El MSP tomará una muestra aleatoria de la planilla enviada y constatará en las respectivas instituciones la existencia de los pos test y pruebas evaluatorias realizadas por los trabajadores seleccionados, donde constarán las firmas del trabajador y docente. En el caso de capacitación a distancia, la aprobación del curso podrá venir firmada por los tutores del mismo.*

Se verificará la existencia de certificados de asistencia y de aprobación del curso en el legajo de cada trabajador”. (JUNASA, Ministerio de Salud Pública, 2010, pág. 5)

- Participación de los concejos consultivos.

“Los concejos consultivos podrán realizar el monitoreo de la presente meta. Para ello tendrán acceso a los programas de capacitación, las listas firmadas, los formularios de evaluación, los cronogramas de los cursos, los certificados de aprobación del curso, los materiales utilizados, así como otros insumos para evaluar el proceso de desarrollo de la capacitación”. (JUNASA, Ministerio de Salud Pública, 2010, pág. 5)

MÉDICO DE REFERENCIA

Indicadores

Grupo 1) Control para usuarios entre 15 y 19 años

X1) Control de adolescentes entre 15 y 19 años con su médico de referencia

El presente indicador se construirá con la siguiente fórmula:

Numerador: No. de afiliados entre 15 y 19 años con al menos una consulta con su médico de referencia y cuentan con historia SIA completa.

Denominador: No. de afiliados entre 15 y 19 años.

El dato del numerador saldrá de provendrá de la planilla de médico de referencia.

El dato del denominador será extraído del Censo de instituciones.

X2) Capacitación en Programa del Adolescente y Hoja SIA

En el semestre julio – diciembre 2010 se deberá capacitar en el Programa del Adolescente y llenado de la Hoja SIA a los médicos de referencia que tengan población asignada.

Para el semestre se exige un 95% de los médicos capacitados. Metas asistenciales entregará el número y nombre de los médicos que deberán realizar la capacitación, que surgirá de la planilla de médico de referencia del trimestre abril-mayo-junio 2010.

El presente indicador formará parte del indicador resumen sólo en el trimestre octubre-noviembre-diciembre 2010.

Numerador: No. de médicos de referencia capacitados en el programa del adolescente y llenado de Hoja SIA

Denominador: No. de médicos de referencia con población asignada (excluyendo a los pediatras y geriatras)

El dato del numerador será informado por la institución y el del denominador surgirá de la planilla de médico de referencia del trimestre abril-mayo-junio 2010.

Grupo 2) Controles para usuarios entre 45 y 64 años

X3) Control *Screening* preventivo con su médico de referencia.

Numerador: No. de afiliados entre 45 y 64 años que a partir de julio de 2010 cuentan con *Screening* preventivo realizado con su médico de referencia.

Denominador: No. de afiliados entre 45 y 64 años.

El dato del numerador se extraerá de la planilla de médico de referencia mientras que el denominador será extraído del censo de instituciones.

Grupo 3) Gestión institucional en torno a la estrategia de médico de referencia

X4) Entrega de la tabla “Población por sexo y edad según médico de referencia”.

Esta planilla se encuentra en la planilla de médico de referencia, en la Hoja 2. Deberá ser llenada para cada uno de los médicos de referencia de la Hoja 1.

X5) Entrega del informe “Normas y pautas de funcionamiento de la consulta con médico de referencia” previsto en el indicador X5, deberá presentar el siguiente contenido:

1. Pauta de coordinación de la consulta médica programada a consultorio por médico de referencia con la consulta médica a domicilio.

2. Sistema de referencia y contrarreferencia de la consulta a médico de referencia con el resto de las especialidades médico -quirúrgicas y el resto de los niveles asistenciales.

i. Pautas de captación y seguimiento de la población usuaria por su médico de referencia (Pautas de actuación en los sectores de Atención al usuario y agenda médica)

ii. Pautas de coordinación con la atención médica especializada

iii. Pautas de derivación de los servicios de emergencia a la consulta de médico de referencia.

iv. Pautas de derivación del egreso hospitalario a la consulta de médico de referencia. (JUNASA2, 2010, pág. 5)

IR Indicador resumen

Los valores de cada indicador X se compararán con la meta del trimestre y la meta del trimestre anterior para cada uno de ellos. Para el primer trimestre, se utilizará como meta del trimestre anterior 0%. A partir de allí se construirán indicadores (I) cuyos valores serán entre 0 y 1, según el siguiente criterio:

$I=1$ si $X > \text{Meta del trimestre}$.

$I=0$ si $X < \text{Meta del trimestre anterior}$.

$I = \frac{X - \text{Meta del trimestre anterior}}{\text{Meta del trimestre} - \text{Meta del trimestre anterior}}$ si $\text{Meta trimestre anterior} < X < \text{Meta del trimestre}$

Meta del trimestre - Meta del trimestre anterior

El indicador resumen para el trimestre julio-agosto-setiembre 2010, se calculará mediante la utilización de la siguiente fórmula:

$$IR = (I1 + I3 + I4) / 3$$

Para el trimestre oct-nov-dic 2010 se aplicará la siguiente fórmula:

$$IR = (I1 + I2 + I3 + I4 + I5) / 5$$

Para determinar el pago por cumplimiento de esta meta, se aplicará la siguiente fórmula:

$$\text{Pago} = IR * (80\% \text{ valor Meta 2})$$

El número que arroje la fórmula anterior, será multiplicado por la cantidad de afiliados FONASA de la institución. De esta manera se llega al monto total a transferir a la institución por concepto de médico de referencia.

Metas mínimas a alcanzar:

Cuadro 2: Metas mínimas a alcanzar en el período por trimestre.

Indicador	Primer trimestre (jul-set 10)	Segundo trimestre (oct-dic 10)
X1-Adolescente	6%	10%
X2-Capacitación adolescente		95%
X3-Screening preventivo	6%	10%

Fuente: (JUNASA2, 2010)

Para evaluar la consistencia de la información vertida por las mutualistas, se realizarán auditorías por parte de la Junta, las cuales se centrarán en la revisión de HC. Para ellos se seleccionará una muestra representativa de la planilla de médico de referencia.

Al igual que en la meta anterior, existen dos motivos extra cálculo de desempeño que ocasionarían el no cobro de la meta:

Entrega fuera de fecha:

Cuadro 3: Presentación de información fuera de plazo (Médico de referencia).

Entrega de información fuera de fecha y hora límites	
Entrega de información	No cobrará
30 días corridos posteriores a la fecha límite	El primer mes del trimestre de pago
Entre 30 y 60 corridos posteriores a la fecha límite	El primer y el segundo mes del trimestre de pago
Más de 60 días corridas posteriores a la fecha límite	Los tres meses del trimestre de pago

Fuente: (JUNASA2, 2010)

Modificación por auditoría:

Se reiteran las mismas disposiciones que para la meta de capacitación de RRHH.

**ANEXO D. JUNTA NACIONAL DE SALUD (JU.NA.SA.). Rendición
de cuentas ejercicio 2010**

Índice

Índice

Introducción

Capítulo I: Trabajo de la JUNASA 2010

I.1. Principales avances en materia de participación social, acuerdos interinstitucionales y avances desde el punto de vista normativo

1. Principales avances en materia de participación social

2. Acuerdos interinstitucionales

Avances desde el punto de vista normativo

I.2. Contratos de Gestión

I.3. Metas Asistenciales

1. Cambios en los indicadores de las metas

1.1. Meta 1 – Salud del niño, de la niña y de la mujer

1.1.1. Primeros dos años

1.1.2. Cambios para seguir mejorando

1.1.3. Nuevos indicadores

1.2. Meta 2

1.2.1. Meta 2 – Capacitación

1.2.2. Meta 2 – Médico de referencia

1.3. Meta 3 – Adulto Mayor

2. Evolución de los indicadores

2.1. Meta 1 – Salud del niño, de la niña y de la mujer

2.2. Meta 2 – Médico de referencia

2.2.1. Meta 2 - Médico de referencia

2.2.1.1 Período Julio 2009 – Junio 2010 – Referenciación

2.2.1.2. Período Julio 2010 – Diciembre 2010 – Consulta con médico de referencia

2.2.1.3. Período Julio 2010 – Diciembre 2010 – Capacitación de los médicos de referencia en el Programa Adolescencia y Juventud y Hoja SIA

2.2.2. Meta 2 – Capacitación

2.2.2.1. Período Enero 2010 – Junio 2010

2.2.2.2. Período Julio 2010 – Diciembre 2010

2.3. Meta 3 – Adulto Mayor

2.3.1. Período Julio 2010 – Diciembre 2010 – Consulta con médico de referencia

2.3.2. Período Julio 2010 – Diciembre 2010 – Capacitación de los médicos de referencia en Programa Salud Adulto Mayor y CAM

3. Pago por metas

I.4. Implementación de la movilidad regulada: resultados

Capítulo II: Evolución de los Beneficiarios del Fondo Nacional de Salud

Capítulo III: Estructura de Ingresos y Gastos del FONASA

III.1 Resultado del ejercicio 2010

III.2 Ingresos

III.3 Egresos

Anexos

Anexo I: Movilidad Regulada de los usuarios del Seguro Nacional de Salud por prestador 01/02/2010 – 27/02/2010

Anexo II: Normativa aprobada en el Período

Anexo III: Pago por Metas

Anexo IV: Informe de Revisión Limitada Fondo Nacional de Salud _ BPS

Introducción

La anterior rendición de cuentas “ejercicio 2009” presentada en julio del año pasado correspondió al término del “período fundacional” del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Esta nueva rendición que estamos presentando hoy, corresponde al inicio de una nueva etapa de evolución del Sistema, en la cual se emprende el desafío de alcanzar la “consolidación, ampliación y profundización” de la Reforma del Sistema de Salud, una reforma estructural, de carácter dinámico y en permanente construcción y negociación entre todos los actores involucrados.

Quisiéramos reconocer entonces el esfuerzo desarrollado por el anterior equipo encabezado por el Dr. Basso y el Ec. Daniel Olesker (actual Ministro) y asumimos hoy, con el nuevo equipo de la Junta, una tarea que tiene aspectos de continuidad y cambio y por sobre todo un enorme compromiso con la mejora de la calidad de vida de todos los uruguayos.

Cumple asimismo agradecer el trabajo realizado en este período, por todos los actores que interrelacionados hacen posible el trabajo de la Junta Nacional de Salud (JUNASA): administrativos, asesores, directores de las diferentes áreas del Ministerio de Salud Pública (MSP), entre otros muchos tantos.

Uno de los objetivos fundamentales de la Reforma de Salud consiste en desarrollar y fortalecer la capacidad del Estado en la conducción de la política de Salud. En ese marco uno de los focos más importantes ha sido el fortalecer los recursos asignados al SNIS.

En este sentido la JUNASA, organismo desconcentrado, dependiente del MSP, creado por la ley N° 18.211, combina aspectos de Superintendencia y Junta, ganando el Ministerio en especialización institucional, para cumplir diversas funciones de orientación, regulación y control de los servicios de salud, unido al aspecto participativo que esta imprime, dado que en ella se ven reflejados los intereses de los colectivos sociales relevantes en la temática, trabajando en conjunto el gobierno con los trabajadores, prestadores y usuarios de la Salud.

Para comprender el funcionamiento de la Junta debemos remitirnos a los cometidos principales de la misma, que son: administrar el Seguro Nacional de Salud (SNS) y velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS, lo cual debe lograr en coordinación efectiva de sus integrantes para crear las estrategias más favorables para viabilizar y alcanzar sus objetivos en todo el Sistema de Salud. De esta forma, en su integración contempla a los actores estatales que tienen competencia en la regulación del Sistema (MSP, BPS y Ministerio de Economía y Finanzas) así como los actores sociales directamente involucrados (Usuarios, Trabajadores y Prestadores de Salud). Como principales logros de la gestión realizada correspondiente al ejercicio 2010 debemos destacar:

La incorporación de nuevos colectivos al SNS, como los Cónyuges y Concubinos de beneficiarios del Seguro. Continuando así la tendencia hacia la “universalización” del acceso a la salud de todos los uruguayos (objetivo principal de la reforma).

Queda en curso el trabajo, que ya se está realizando en el corriente año, con nuevas incorporaciones de suma relevancia por la vulnerabilidad de alguno de los colectivos que involucra: Jubilados y Pensionistas.

En el marco de la políticas de salud, la Junta ha innovado en el diseño de las Metas Asistenciales, herramienta fundamental para el perfeccionamiento del sistema, modificando la Meta 2, priorizando y realzando la importancia del médico de referencia y la capacitación. Acompasando así esta herramienta con uno de los objetivos fundamentales de la reforma de la Salud en el Uruguay que supone transformar el modelo de atención desde un modelo asistencialista arcaico hacia un modelo basado en la prevención. Priorizando el primer nivel.

Otros de los logros en el trabajo llevado adelante por esta gestión fue la implementación por primera vez de la Cláusula N° 58 del Contrato de Gestión firmado entre la Junta y los prestadores Integrales del Sistema. En este sentido, desde la Presidencia de la Junta, como eje fundamental y promotor de esta ardua tarea, la Junta se abocó a la cooperación para alcanzar la realización de una encuesta de satisfacción de Usuarios en el primer nivel de atención a nivel nacional, viabilizando y propiciando la conformación de un consorcio de cinco empresas encuestadoras, las más prestigiosas del medio, a los efectos de garantizar profesionalidad y credibilidad de los datos a obtener en el cumplimiento de esta obligación contractual.

Asimismo, en el marco de los programas prioritarios establecidos por el Ministerio, la Junta colaboró junto a los responsables del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en la elaboración del Decreto reglamentario de la Ley 18.426, incorporando el acceso a pastillas anticonceptivas, preservativos, ligadura tubaria, y vasectomía como parte de los canasta básica de prestaciones obligatorias, tanto para usuarios de ASSE como del privado. En cuanto a los anticonceptivos orales y condones, estos hoy en día están al alcance de los usuarios a tasas moderadoras de muy bajo costo, las cuales fueron posible establecer en virtud de la exitosa negociación llevada adelante por el Presidente de la Junta con organismos intencionales.

Finalmente, quisiéramos destacar que la Reforma de la Salud que estamos construyendo, es parte fundamental de las políticas sociales implementadas por un Estado “presente” que impulsa una política redistributiva con justicia social. Trabajo que se lleva adelante desde esta Junta con orgullo y compromiso.

“La privación no radica en lo que la gente no posea, sino en aquello que lesincapacita para poseer los logros favorables de las personas; son las

oportunidades económicas, las libertades políticas, condiciones sociales, buena salud y educación que se pongan a su disposición” Amartya Sen.

Dr. Luis Enrique Gallo Cantera
Presidente de la Junta Nacional de Salud.

Capítulo I: Trabajo de la JUNASA 2010

A continuación se presenta la rendición del trabajo realizado por la JUNASA durante el año 2010. En este capítulo se sistematiza lo trabajado en cuatro áreas fundamentales. En primer lugar, se exponen los principales avances en materia de participación social, así como los acuerdos interinstitucionales que se han realizado y los principales cambios introducidos a la normativa durante 2010. A continuación, se destaca lo realizado en materia de Contratos de Gestión durante el ejercicio, para luego exponer los cambios que sufrieron las Metas en 2010, y la evolución estos indicadores que mostraron las instituciones. En el último apartado de este capítulo, se presenta en forma resumida los resultados del período de movilidad regulada (febrero 2010).

I.1. Principales avances en materia de participación social, acuerdos interinstitucionales y avances desde el punto de vista normativo

1. Principales avances en materia de participación social

Durante el año 2010 la JUNASA revisó y promulgó la Cartilla de Derechos y Deberes de los Usuarios y Pacientes de Servicios de Salud, y por medio de la Ordenanza Ministerial N° 761 de fecha 21/12/2010, se comunicó a todos los Prestadores que en un plazo de 60 días debía ser entregada a los usuarios nuevos, y en el correr del año 2011 a todos sus usuarios.

Con el objetivo de profundizar los vínculos territoriales, se realizaron talleres con los representantes de trabajadores y usuarios de los Consejos Consultivos de los Prestadores. Los mismos fueron realizados por el Departamento de Atención al Usuario y contó con la participación de integrantes del área de Comunicación y Salud, la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente, entre otros. La primera jornada se realizó el 30 de octubre en Montevideo. En esa oportunidad se convocó a los representantes de los departamentos de Canelones, Durazno, Flores, Florida, San José y Montevideo. De los prestadores que estuvieron convocados solo uno no asistió a la jornada (asistencia del 93%), de los usuarios y trabajadores convocados asistieron un 54% de cada uno. Asimismo asistieron al taller de Montevideo el Dr. Reherrmann, Director Departamental de Montevideo, la Sra. Lilián Rodríguez, representante de los usuarios en la JUNASA, el Sr. Néstor Pereyra, representante de los trabajadores en la JUNASA, y el Dr. González, integrante de la unidad de descentralización del MSP.

La segunda jornada se realizó el 13 de noviembre en la ciudad de Paysandú. Para la misma se convocó a los departamentos de Artigas, Rivera, Soriano, Tacuarembó, Río Negro, Salto y Paysandú. De los prestadores convocados asistió el 100%, de los usuarios y trabajadores convocados asistió un 75% de cada uno. También estuvieron presente en esta jornada la Dra. Magdalena Espillar, Directora Departamental de Paysandú, la Lic. Teresa Laens, Directora Departamental de Artigas, el Dr. Nelson Ferreira, Director Departamental de

Tacuarembó, el Sr. Pereyra, representante de los trabajadores en la JUNASA, y el Sr. Carlos Benavides, integrante de la unidad de descentralización.

La tercera jornada se realizó el 27 de noviembre en la ciudad de Maldonado. En esta ocasión estuvieron convocados los departamentos de Maldonado, Treinta y Tres, Cerro Largo, Lavalleja, Colonia y Rocha. De los prestadores convocados asistió el 82%, mientras que de los usuarios asistió el 80% y de los trabajadores el 76%. Asistieron también la Dra. Amoroso, adjunta a la Dirección Departamental de Maldonado, la Sra. Elisa Sánchez, representante del Movimiento Nacional de Usuarios, la Sra. Lilián Rodríguez, representante de los usuarios en la JUNASA, y la Sra. Zully Olivera, integrante de la Unidad de Descentralización del MSP.

Todas las jornadas se desarrollaron en el mismo formato: en la mañana se trabajó en el tema de Seguridad del Paciente y en la tarde en el tema derechos de los usuarios. Se utilizó metodología de taller, con sub grupos que no excedieran las 15 personas, para lograr que todos pudieran intervenir y realizar sus aportes; luego se realizaron sesiones plenarias, para exponer las ponencias y contestar las preguntas que surgieran.

2. Acuerdos interinstitucionales

Durante el transcurso del año 2010, en el marco del Acuerdo Interinstitucional celebrado en diciembre de 2009 entre el Banco de Previsión Social (BPS) y la JUNASA, con el fin de facilitar la ejecución de los procesos de la administración del SNS, se han llevado adelante trabajos coordinados sobre la base de la conformación de Grupos de trabajo o Comisiones. Esto ha propiciado un flujo ágil de la información, resultando mayor fluidez y eficiencia en los diversos procedimientos. Se integró una Comisión Operativa entre ambos organismos, a la que se sumó el Ministerio de Economía y Finanzas, dando lugar a la conformación tres grupos de trabajo:

1. Grupo de trabajo abocado al estudio de los nuevos ingresos de colectivos y redacción de las normas respectivas;
2. Grupo de trabajo entre la JUNASA y el BPS exclusivamente, tendiente a una mejor coordinación entre ambos en la operativa de los trámites administrativos en los que intervienen en conjunto (cambios de domicilio, expedientes de débitos, etc.);
3. Grupo de trabajo de los procesos de liquidación del FONASA. El Grupo de trabajo Normativo tuvo como primer objetivo la reglamentación de las nuevas incorporaciones al SNS determinadas por el art. 66 de la Ley N° 18.211, a ingresar el 1° de diciembre de 2010: cónyuge o concubino del aportante con 3 o más hijos menores de 18 años a cargo. El proyecto elaborado por el grupo y elevado a las autoridades, se concretó en el Decreto N° 318/2010 de fecha 26 de octubre de 2010.

A la fecha, este grupo de trabajo, mantiene su actividad en torno a la reglamentación de la Ley 18.731 de fecha 7 de enero de 2011. El Grupo de trabajo Operativo se conformó ante la necesidad de entablar un relacionamiento fluido y cotidiano con el BPS que permitiera agilizar y perfeccionar los procedimientos relativos al SNIS y el SNS, promoviendo el aprovechamiento eficaz y eficiente de los recursos con los que se cuenta en beneficio directo del usuario.

Su objetivo se trazó en primera instancia en la detección de problemáticas generalizadas y búsqueda de soluciones coordinadas. El trabajo de esta comisión se desarrolla tanto en forma presencial, con reuniones fijadas a requerimiento de la problemática a tratar, o vía informática por correo electrónico diariamente, entre las dependencias de ambos organismos (Gerencia de Prestaciones, Afiliaciones Mutuales, Sección de Gestión de mantenimientos de procesos, entre otros del BPS y Secretaria General y Jurídica de la JUNASA).

Esta Comisión continúa su trabajo en el 2011, detectando e individualizando todo elemento, tanto a nivel del sistema que desenvuelve el BPS, como de la gestión práctica en expedientes, que depurándose redunde en beneficio del usuario y/o beneficiario del SNIS.

Algunas de las temáticas tratadas fueron primordialmente respecto de las afiliaciones mutuales, determinación del derecho al SNS, pérdida o rehabilitación del mismo, agilización de expedientes, aplicación de la normativa, trámites administrativos o cualquier otra temática del trabajo diario de la cual se desprenda que requiere perfeccionamiento o unificación de criterios para su ejecución eficiente y coherente. Así, el trabajo llevado adelante ha determinado importantes modificaciones que mediante acciones cuasi imperceptibles han generado cambios altamente favorables para sus destinatarios.

El Grupo de trabajo de los Procesos de liquidación se ha abocado al estudio de nuevos mecanismos que en el plano informático permitan la transparencia de los procedimientos de liquidación de pago a los diversos prestadores de salud, y la correspondiente fluidez de comunicación entre el BPS y la JUNASA.

Avances desde el punto de vista normativo

A comienzos del año 2010, la gestión de la Dra. Isabel Villar, asesora ministerial que trabaja en continua colaboración con la JUNASA, contribuyó a la elaboración del Decreto 47/2010, con el objetivo de determinar los criterios a aplicar en cuanto a las solicitudes de información por parte de la JUNASA a los prestadores. Las solicitudes de información que realiza la JUNASA a los prestadores, en el ejercicio de sus potestades y con el fin de alcanzar sus cometidos, suponen la correlativa obligación de las instituciones de aportar lo que se les requiere. Los prestadores que integren el SNIS deberán enviar a la JUNASA toda la información relacionada con las obligaciones a su cargo, sean éstas de fuente legal, reglamentaria o contractual.

La omisión en el envío de la información a que refiere este decreto, así como el envío de la misma fuera de los plazos determinados a tal efecto, constituirá incumplimiento de la obligación legal, reglamentaria o contractual a que dicha información refiera y es pasible de las sanciones previstas en el Decreto 464/2008.

De la misma manera, fue tema de discusión en la mesa de la JUNASA lo referente a las elecciones de los Consejos Consultivos (Art. 12 de la Ley 18.211), propiciándose la redacción de una norma que prorrogara las elecciones respectivas, lo que se tradujo en el Decreto 160/2010. Dicho decreto tuvo como finalidad hacer eco a la solicitud de los trabajadores de la salud, quienes solicitaron por medio de sus representantes en la JUNASA mayor tiempo a los efectos de lograr una correcta difusión del acto eleccionario que permita la mayor participación posible de todos los involucrados.

Certificación laboral

Es importante asimismo poner de relieve el trabajo conjunto entre BPS y la JUNASA en materia de certificación laboral. En el Contrato de Gestión suscrito con los prestadores, en la cláusula novena, se estipuló la obligación de los prestadores de comunicar al BPS la situación de enfermedad de un usuario, a requerimiento de éste. A tales efectos, el BPS instrumentó un nuevo procedimiento de certificación laboral denominado Sistema Nacional de Certificación Laboral.

Por dicho sistema, para que a un beneficiario se le otorgue el subsidio por enfermedad, debe requerir al profesional médico del prestador de salud al cual se encuentra asociado en el marco del SNIS, que le expida la constancia de certificación laboral al momento de la consulta. El profesional actuante escriturará dicha constancia en dos vías, una de las cuales le entregará al trabajador, en tanto la otra quedará en poder de la institución para cumplir con la transferencia electrónica de los datos al BPS. En dicho documento debe constar el diagnóstico y el período por el cual el trabajador estará impedido de realizar actividad laboral.

Esta circunstancia determinó que el Sindicato Médico del Uruguay efectuara varios planteos, poniendo énfasis en la confidencialidad de los datos clínicos puestos en el certificado, lo que motivó cierto grado de conflictividad que fue superada con la intervención de la JUNASA. A tales efectos dictó la Resolución No. 48 del 7 de julio de 2010, por la cual se dispone que en cada institución debe intervenir exclusivamente el personal de Registros Médicos, el que será responsable de remitir la información al BPS de acuerdo al Sistema Nacional de Certificación Laboral, salvaguardando la confidencialidad de los datos incluidos en dicho documento.

Salud sexual y reproductiva

Continuando con la materia normativa se debe señalar el trabajo realizado en lo referente a la Ley No. 18.246 de 1º de diciembre de 2008, denominada de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

A los efectos de determinar las características de los servicios de salud sexual y reproductiva a implementar por parte de los prestadores que integran el SNIS, fue necesario reglamentar la norma mencionada, lo que se tradujo en el Decreto 293/010 del 30 de septiembre de 2010, el cual comete expresamente a la JUNASA el deber de controlar que los prestadores brinden las prestaciones respectivas.

En la elaboración de dicha reglamentación intervino el Programa respectivo del MSP, siendo oída la JUNASA, que participó activamente en la definición de los servicios de anticoncepción a prestar por los diversos efectores de salud, culminándose la parte normativa con el Decreto 9/011 del 9 de enero de 2011.

Cartilla de derechos y obligaciones

En cumplimiento de lo dispuesto por el Decreto 274/010 del 10 de septiembre de 2010, reglamentario de la Ley 18.335 que regula los derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los Servicios de Salud, la JUNASA aprobó la CARTILLA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, comunicando a los prestadores que tenían un plazo de un año a partir de la fecha de la Ordenanza Ministerial de aprobación de la misma, para entregar dicha Cartilla a cada usuario o grupo familiar que se registre en su padrón.

Contralor de cumplimiento de las obligaciones contractuales

En el año 2010 la JUNASA procedió a controlar el cumplimiento de varias de las obligaciones asumidas contractualmente por los prestadores de salud. Las temáticas controladas fueron: Drogodependencia, Violencia Doméstica, Cronogramas de Habilitaciones de Servicios y Accesibilidad a los Medios de Comunicación con el Usuario. Dicha tarea se centró inicialmente en el cumplimiento de la cláusula 30 (Trigésima) del Contrato de Gestión, que dispone prestaciones obligatorias en materia de lucha contra el tabaquismo, la drogodependencia y las patologías psiquiátricas crónicas, de acuerdo a lo previsto por el artículo 45 de la Ley N°.18.211 de 5 de diciembre de 2007, y la obligación de los efectores de salud de contar con servicios de atención telefónica, ambulatoria y de internación para aquellos pacientes con problemas de drogadicción, de acuerdo a lo previsto en el PIAS (Decreto 465/2008 Catálogo de prestaciones).

Para poder cumplir con la tarea se solicitó información a cada uno de los prestadores en base a un formulario o ficha de relevamiento, sustentando la solicitud en lo dispuesto en el Decreto 47/010. Aquellas instituciones que no

aportaron la información requerida fueron sancionadas, previo cumplimiento del procedimiento administrativo previsto.

Fue trabajo de la Junta impulsar el cumplimiento de la cláusula 51 (Quincuagésima Primera) del Contrato de Gestión que refiere a los medios de comunicación con el usuario de la salud, estableciendo que: “En cada uno de los locales de atención, sean de carácter administrativo o asistencial, el prestador dispondrá de una o más carteleras para uso exclusivo de la información a divulgar por la JUNASA o el MSP en relación al contrato y/o para otras campañas publicitarias, que con carácter oficial disponga el MSP”. A tales efectos fueron confeccionados por parte de esta Junta tres modelos de afiches informativos diferentes, dirigidos al usuario sobre las temáticas de: Tiempos de Espera, Médico de Referencia y Derechos de los niños y adolescentes, habiendo sido repartido entre los prestadores a fin de dar cumplimiento con la referida cláusula del Contrato de Gestión. Posteriormente se realizó la fiscalización del cumplimiento de dicho artículo a través de las Direcciones Departamentales de Salud.

Asimismo, se solicitó a los prestadores que acreditaran el cumplimiento de lo dispuesto en los Decretos 494/006 y 299/009 en materia de atención y asistencia en Violencia Doméstica, sin perjuicio de las fiscalizaciones que disponga oportunamente la JUNASA, anunciando que el no cumplimiento daría lugar a la aplicación de sanciones en base al marco sancionatorio vigente.

Se ha iniciado también, a fines del 2010, el relevamiento del cumplimiento de lo dispuesto en la cláusula cuadragésima del Contrato de Gestión. La misma establece como obligación del prestador mantener vigentes las habilitaciones que exige la autoridad sanitaria.

Por su parte, la Ordenanza 742 del 8 de diciembre de 2010 del MSP estableció un nuevo procedimiento para la tramitación de habilitación de los Servicios de los prestadores integrales de salud. A efectos de su instrumentación, la División Habilitación Sanitaria se ha presentado ante la JUNASA a solicitarle que ésta, en base a las disposiciones del Decreto 47/2010, pidiera a todos los prestadores integrantes del SNIS que propusiesen, dentro de un plazo razonable, un cronograma de habilitación de todos los servicios asistenciales, aportando un instructivo al respecto. Dicha tarea a la fecha esta en pleno relevamiento por parte del área competente del Ministerio, una vez cumplida la solicitud realizada por intermedio de esta JUNASA a los prestadores del sistema.

I.2. Contratos de Gestión

La compra es una función fundamental para alcanzar la coherencia de los incentivos para los proveedores. Consiste en un proceso a través del cual a partir del Fondo Nacional de Salud (FONASA) se paga a los proveedores de servicios de salud por un conjunto de prestaciones.

La JUNASA, compra el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) a los prestadores de salud, que deben brindarlo a todos sus afiliados en forma obligatoria. Dichas prestaciones pueden ofrecerlas con recursos propios o contratados a terceros (sobre los cuales la Junta tiene control con el análisis de los contratos).

El mecanismo de contratación requiere que los prestadores, luego de estar autorizados por la JUNASA para brindar servicios a los usuarios del SNS, firmen con ella un contrato de gestión.

La JUNASA ordena al BPS el pago de Cuotas Salud de acuerdo a criterios predefinidos (cápita, meta). Previo al pago, la JUNASA debe verificar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en los contratos de gestión.

El 30 de setiembre de 2010 vencieron los contratos firmados en el año 2008, y se produjo su renovación automática, ya que ninguna de las partes presentó objeciones. La renovación de los mismos fue por 1 año.

Debe mencionarse que las tareas de reestructura del Ministerio que conformaron la nueva División denominada Control de Prestadores, y en particular el trabajo de rediseño de las metas asistenciales en consonancia con las prioridades ministeriales y el Departamento de Programación Estratégica, no permitieron un monitoreo extenso de los artículos del Contrato de Gestión.

De todas formas, la Junta monitoreó varios artículos, que se detallan a continuación:

Se fiscalizó la presencia a la vista del público usuario de los servicios de salud de cada institución y de los carteles distribuidos por la JUNASA relativos a médico de referencia, controles gratuitos, y tiempos de espera.

Se realizó el relevamiento del cumplimiento del Art. 30 en lo relativo a servicios telefónicos y de policlínica e internación para pacientes con drogodependencia.

Se realizó el relevamiento del cumplimiento de la instalación de los servicios de salud sexual y reproductiva, detallándose por parte de las instituciones la conformación del equipo, el responsable del mismo y el lugar de funcionamiento. Asimismo, se realizó el control del cumplimiento de las instituciones en lo que respecta a la atención de situaciones de violencia doméstica, de acuerdo con el Art. 7 referido al PIAS.

Finalmente, se exigió a las instituciones el cumplimiento de las obligaciones relativas a la realización de una encuesta de satisfacción de los usuarios (Art. 58). La misma fue realizada en el año 2010 a partir de los términos de referencia establecidos por la JUNASA. La información final se entregó en enero de 2011, y está siendo procesada por la Junta.

Como resultado de los diferentes relevamientos realizados, se encontró en todos los casos incumplimiento por parte de algunas instituciones, desencadenándose el proceso administrativo correspondiente (vista, descargos, etc.). A su vez, hasta el momento la JUNASA ha sancionado a varias instituciones por no entregar en tiempo y forma la información que daba cuenta del grado de cumplimiento.

I.3. Metas Asistenciales

Una de las herramientas para incentivar el cambio en el modelo de atención son las Metas Asistenciales, uno de los mecanismos de financiamiento del SNS.

Tal como se detalló en el informe de Rendición de Cuentas 2009, sumado al pago por cápita, discriminado por sexo y edad, que realiza el FONASA a las instituciones prestadoras integrales de servicios de salud, se encuentra un componente adicional pagado en función del cumplimiento de Metas Asistenciales fijadas a las instituciones en el marco de la Reforma.

En este periodo podemos encontrar dos líneas de trabajo; por un lado se profundiza la normativa de los programas nacionales de promoción y prevención a la salud para diferentes grupos de edades, y por otro, se busca plasmar la transversalidad de dichos programas a través de la figura del médico de referencia y de una población a éste asignada. Esta estrategia da estructura al desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS), bajo un enfoque poblacional en el análisis y abordaje de los problemas de salud demandantes.

1. Cambios en los indicadores de las metas

1.1. Meta 1 – Salud del niño, de la niña y de la mujer

1.1.1. Primeros dos años

La Meta 1 cumplió en setiembre 2010 sus dos años de implementación. En estos dos años se ha venido trabajando con una batería de 12 indicadores, 6 del niño y 6 de la embarazada. Los indicadores utilizados fueron:

1. Derivación del recién nacido
2. Captación del recién nacido
3. Controles en salud, de niños de un año según pauta
4. Cumplimiento del Certificado Esquema de Vacunación (CEV)
5. Promoción de la lactancia (luego Acreditación en Buenas Prácticas de Alimentación)
6. Cumplimiento de ecografía de cadera
7. Control del embarazo
8. Historia Clínica Perinatal Básica completa
9. Control de VDRL y HIV en el embarazo

10. Captación precoz del embarazo
11. Derivación y control odontológico en la embarazada
12. Puérperas con control odontológico

1.1.2. Cambios para seguir mejorando

La existencia de Metas Asistenciales dirigidas a la atención de niños y niñas ha significado importantes avances en la reorientación del modelo de atención y en la reorganización de los servicios de salud.

Resulta imprescindible continuar avanzando en el fortalecimiento del Programa Nacional de Atención a la Niñez con énfasis en la vigilancia y control adecuados del crecimiento, el desarrollo, el cumplimiento del calendario de inmunizaciones, así como en la detección precoz de defectos congénitos y en la promoción de hábitos de vida saludables.

Dando continuidad al desarrollo de la Meta 1 del niño, se persigue en este período fortalecer la atención en salud del recién nacido y extender la cobertura del control en salud hasta la primera infancia (hasta 3 años de edad).

Fortalecer la atención del recién nacido implica la exigencia de la captación del mismo a control pediátrico en los primeros días de vida, por lo que se propone en este período que se alcance un 100% de captación. Ello obliga a las instituciones a disponer de un programa de seguimiento de la atención dada a sus recién nacidos, e implementar la visita domiciliaria a cargo de un equipo multidisciplinario en caso de no concurrencia del niño a la cita médica. De esta manera, el proceso de atención del recién nacido en sus primeros 10 días de vida debe ser enfáticamente vigilado por la institución.

En concordancia con este programa de monitoreo y seguimiento de la salud del recién nacido, se establece para aquellos nacidos catalogados de riesgo, la visita domiciliaria, persiguiendo la misma los siguientes objetivos:

- a) Realizar el control de salud en domicilio en el transcurso de los 7 días posteriores al alta sanatorial.
- b) Relevar información del contexto socio-cultural del niño: pesquisar la presencia de factores de riesgo, específicamente los vinculados al problema de salud del cual el niño es portador, valoración de factores protectores, observación de prácticas de crianza, y orientación a la madre y su familia al correcto cuidado de salud según el caso. Al mismo tiempo, y considerando la importancia del binomio madre-hijo, se continúa con el desarrollo de las metas establecidas para el embarazo, proponiéndose llevar a todas las instituciones (como mínimo) a los promedios de cumplimiento alcanzados en el período anterior. De esta forma, las instituciones estarán garantizando la continuidad del cuidado de las mujeres durante el proceso del embarazo, con los más altos niveles de calidad.

Por último, se ha introducido un indicador relativo a la detección precoz de mujeres en situación de violencia doméstica, con el objetivo de dar un impulso al cumplimiento del Programa Nacional de Mujer y Género. El indicador refleja la proporción de mujeres consultantes en el primer de nivel de atención que fueron valoradas técnicamente en esta materia.

1.1.3. Nuevos indicadores

El nuevo esquema de Meta 1 se basa en 10 indicadores, 5 para el niño y 5 para la mujer. Estos indicadores serán aplicados en el período Enero-Setiembre 2011.

1. Captación del recién nacido

Los indicadores de derivación y captación del niño se unifican en un único indicador que contempla la captación del recién nacido. Se entiende por niños captados aquellos recién nacidos afiliados a la institución que efectivamente concurren a la consulta de primer control antes de los 10 días de vida.

2. Visita domiciliaria para nacidos de riesgo

Deberá realizarse una visita domiciliaria con uno o más integrantes del equipo multidisciplinario conformado a esos efectos, a todos los recién nacidos de riesgo afiliados a la institución dentro de los 7 días posteriores al alta. Se entiende por recién nacido de riesgo aquellos que cumplen con uno o más de los siguientes criterios:

- Prematuro
- Defecto o malformación congénita.
- Patología que requirió cuidados especiales o intensivos.
- Madre menor de 19 años.
- Madre consumidora de sustancias psicoactivas
- Madre con patología psiquiátrica o retardo mental.
- Antecedente de hermanfallecido antes del año de vida.

3. Controles del niño y CEV vigente según pautas en los primeros 3 años de vida.
El control del niño, que se limitaba al primer año de vida, se extiende ahora a los 3 primeros años, teniendo como pauta el siguiente esquema:

Primer año: 10 controles (2 controles en el primer mes de vida, 1 control por mes hasta los 6 meses de vida y 1 control bimensual en el segundo semestre de vida)

Segundo año: 4 controles (uno por trimestre)

Tercer año: 3 controles (uno por cuatrimestre)

4. Ecografía de cadera. Este indicador continúa como en los años anteriores, exigiendo la realización de la ecografía de cadera hasta los cuatro meses de vida. En esta etapa se exigen mayores porcentajes de cumplimiento.

Acreditación en Buenas Prácticas de Alimentación (BPA). Se extiende un año el período para la acreditación en BPA. Este indicador se controlará al finalizar setiembre 2011, y las instituciones que a ese mes estén acreditadas en BPA tendrán derecho a cobrar la parte de la meta correspondiente.

6. Embarazadas correctamente controladas. Se continúa con la exigencia de los controles obstétricos según pauta (como mínimo seis), y se incorpora el control odontológico dentro del primer mes de captación del embarazo, por lo que en este indicador se resumen los anteriores indicadores de controles obstétricos y odontológicos de la embarazada.

7. Historia Clínica Perinatal Básica completa (Hoja SIP completa). Este indicador, al igual que en años anteriores, pretende incentivar el correcto y completo registro de la historia de la embarazada en la Hoja SIP, buscando seguir aumentando el porcentaje de cumplimiento de los años anteriores. En conjunto con este indicador las instituciones deberán informar la cantidad de historias volcadas al Sistema Informático Perinatal y enviadas al MSP.

8. Control de VDRL y HIV en el embarazo. Se continúa utilizando el indicador de años anteriores, con el objetivo de que siga creciendo la cantidad de mujeres que tienen controles de VDRL y HIV en el 1er y 3er trimestre de embarazo.

9. Captación precoz del embarazo. Este indicador también permanece, y su cumplimiento depende de la captación de las embarazadas en el 1er trimestre de embarazo.

10. Pesquisa de violencia doméstica. Las mujeres de 20 a 45 años que concurran a consulta con médico general y ginecólogo como mínimo, serán pesquisadas sobre violencia doméstica de acuerdo al contenido del Formulario de Violencia Doméstica. No deberá completarse el formulario, sino que deberá ser utilizado como una guía para la consulta, así como el algoritmo de violencia doméstica, que deberán estar a la vista en los consultorios donde se realizan dichas consultas. Quedará registro en la historia clínica de la realización de la pesquisa y el diagnóstico.

1.2. Meta 2

Dada la importancia de ir consolidando un modelo de atención integral, preventivo y promotor de la salud de los individuos, con énfasis en el accionar educativo y proactivo del bienestar social, la Meta 2 cobró a mediados del año 2010 dos dimensiones:

- a) La capacitación de recursos humanos de salud en el marco de la reforma sanitaria.
- b) El fortalecimiento de la figura del médico de referencia del 1° nivel de atención, como eje de abordaje poblacional de la atención de la salud. Consecuentemente, e identificada la necesidad de priorizar la estrategia de médico de referencia, se planteó a mediados de año modificar la distribución de los montos de los subcomponentes de la Meta 2, pasando de un 50% para cada componente, a una asignación de 20% para capacitación y 80% para médico de referencia.

1.2.1. Meta 2 – Capacitación

La meta capacitación tuvo como objetivo en el período 2010 el de sensibilizar y educar a los trabajadores de la salud en aspectos de prevención y promoción de la salud con incidencia en el perfil socio- sanitario de los uruguayos.

En el primer semestre se planteó que las instituciones capacitaran a la misma cantidad de trabajadores que el segundo semestre de 2009, pero en ocho temas en lugar de cuatro. A los temas de Hipertensión, Diabetes, Tabaquismo y Violencia Doméstica se agregaron SNIS, EPOC, Depresión y Reanimación cardiovascular. La cantidad de horas de capacitación se mantuvo en 24 horas en el semestre.

En el segundo semestre se entendió conveniente reajustar los requisitos exigidos en la meta capacitación, dada la disminución notoria que tuvo el monto de la misma en el segundo semestre de 2010. Dichos cambios pasaron por los siguientes puntos:

- Extensión del público objetivo de la capacitación: se extendió a todos los trabajadores de las instituciones de salud, correspondiendo a diferentes perfiles funcionales, involucrando trabajadores procedentes de la Sede Central o Sedes Locales.
- Elección de los temas a capacitar. Se introdujeron temas de carácter opcional a ser elegidos por el prestador además de los considerados obligatorios. La oferta de temas a seleccionar fue proporcionada por la JUNASA en el marco de las necesidades de capacitación de la Reforma. Los temas obligatorios fueron: Depresión, Violencia Doméstica, Salud Sexual y reproductiva, Modelo de Atención y Médico de referencia. Por su parte, los opcionales fueron: Tabaquismo, Adicciones, Trastornos nutricionales, Bioética, Seguridad del paciente y Accidentes de tránsito.

- □ Requisitos en cuanto a la cantidad de temas y la duración de la capacitación por trabajador. Pasaron de ser 8 temas y 24 horas curso totales en el 1° semestre, a 6 temas y 12 horas curso por trabajador en el 2° semestre.
- □ Se tuvo en cuenta como política de la JUNASA hacer extensivo para el cumplimiento de la meta capacitación en un semestre determinado, el considerar las capacitaciones realizadas en semestres anteriores de los trabajadores que no habían completado la meta capacitación, pudiendo sumarse la capacitación parcial de éstos en el semestre siguiente.
- □ El número de trabajadores a capacitar por cada institución fue entregado por la JUNASA, incorporando como criterio que dicho número tenga una relación proporcional al ingreso monetario máximo a percibir por dicha meta.

1.2.2. Meta 2 – Médico de referencia

La meta médico de referencia se sustenta en la estrategia de estructurar el primer nivel de atención en torno a equipos de salud en donde el médico de referencia aparece como elemento central del proceso de atención de los individuos a lo largo de sus vidas. Intenta volver a la figura del médico de cabecera o de familia, el cual pasa a tener una población referenciada, de la cual es responsable de velar por su bienestar sanitario en lo que en materia de cuidados médicos se refiere.

Mediante la implementación de la meta se busca desarrollar una *práctica asistencial sistematizada* que conlleve los siguientes aspectos:

- Abordaje en salud con enfoque poblacional teniendo en cuenta factores socio-epidemiológicos y de riesgo, individuales y comunitarios.
- Monitoreo y vigilancia de la población usuaria a través de pautas de atención en salud avaladas por el MSP en base a la evidencia científica nacional e internacional presente.
- Los programas nacionales de salud se integran en el quehacer médico determinando las normas y pautas de actuación.

Por lo tanto, el diseño de la meta contempla las siguientes acciones:

- □ *Referenciar* usuarios a médicos del primer nivel de atención. La aceptación del médico de referencia por parte del usuario es de vital importancia para la consecución de la meta.
- □ Realizar el *control de salud a grupos poblaciones* según sus necesidades contempladas en los programas nacionales. En primer lugar, se prioriza el Programa Adolescencia y Juventud, más precisamente el grupo de usuarios de 15 a 19 años, debiendo realizarse el control integral de salud del adolescente referenciado tomando los criterios establecidos en la Historia SIA.

Concomitantemente con los controles al adolescente, se exige la capacitación en “Programa de salud adolescencia y aplicación de Historia SIA” a todos los médicos de referencia declarados por la institución.

El segundo grupo priorizado es la población usuaria de 45 a 64 años, quienes deben ser evaluados a través de un control de salud (screening preventivo), que busca la detección precoz de factores de riesgo y morbilidades. Esta detección abarca aspectos surgidos a través del interrogatorio, examen físico y análisis paraclínicos. Para la instrumentación del screening preventivo se ideó un formulario tipo a aplicar a la interna de las instituciones, el cual aborda:

- Hábitos no saludables: fumador, alcohol, drogas, sedentarismo
- Patología previa. HTA, diabetes y cardiopatías entre otras.
- Medición de PA, Medidas antropométricas
- Glicemia, colesterolemia y fecatest.

La realización de estos controles de salud por el médico de referencia a una población asignada, obliga a las instituciones a generar sistemas de vigilancia y alerta que permitan monitorear a la población usuaria e identificar los usuarios con falta de control de salud.

Por tal motivo, uno de los requisitos básicos para el desarrollo de esta meta es la consolidación de una *base de datos* que identifique a los usuarios según sus características de edad, sexo, domicilio, necesidad de control (screening preventivo, Historia SIA) y médico de referencia asignado. La identificación del médico de referencia pasa a formar parte de los procesos asistenciales de los usuarios. Es así que en esta etapa se complementa la meta con la presentación por parte del prestador de las pautas instrumentadas por la institución en relación a los sistemas de referencia y contrarreferencia en torno a la estrategia del médico de referencia. La presentación de esta información obligó al prestador a dar a conocimiento de lo elaborado en torno al tema, solicitándole identificar las siguientes líneas de trabajo:

- a) Pauta de coordinación de la atención en policlínica del médico de referencia con la atención en domicilio.
- b) Pauta de derivación de la consulta con médico de referencia a la consulta de especialidades médicas
- c) Pauta de derivación de los servicios de hospitalización y emergencia a la consulta con médico de referencia. El resultado de lo elaborado en torno a los sistemas de referencia y contrarreferencia, desde y hacia el médico de referencia, ha sido dispar según prestador, pudiéndose encontrar instituciones con un grado de avance mayor que otras en cuanto a la implementación de sistemas de agenda informatizados con identificación de médico de referencia y protocolos de coordinación y derivación entre los niveles asistenciales.

1.3. Meta 3 – Adulto Mayor

La Meta 3 tiene como objetivo el promover una atención integral del adulto mayor a través de su médico de referencia. La atención a ser recibida por el adulto mayor se enmarca en las pautas consensuadas por el Programa Nacional del

Adulto Mayor, teniendo como guía de actuación lo explicitado en el Carné del Adulto Mayor (CAM).

Se pasa entonces, en este período, de la entrega del CAM, requisito implementado en período anterior, al *control de salud* del adulto mayor con los siguientes requisitos:

-Referenciación del adulto mayor a un médico de referencia y su aceptación por parte del usuario.

-Control de salud con la periodicidad marcada por el Programa Adulto Mayor.

-Implementación o complementación del CAM en la consulta control.

Se establecieron 2 grupos de adultos mayores a ser controlados según la pauta del Programa Salud Adulto Mayor. Para los adultos de entre 65 y 74 años, se establece 1 control anual, mientras que para los mayores de 75 años se plantea como mínimo 2 controles anuales, uno en cada semestre.

-Capacitación de los médicos de referencia de la institución en Programa Salud Adulto Mayor e implementación el CAM.

Esta capacitación podrá ser tenida en cuenta para computarse en la Meta Capacitación, validándose como una de las materias opcionales de dicha meta.

2. Evolución de los indicadores

2.1. Meta 1 – Salud del niño, de la niña y de la mujer

En cuanto a la evolución de los indicadores de la Meta 1, los resultados aquí presentados se dividen en dos grandes bloques: ASSE y sector privado. Los datos presentados corresponden a los indicadores de Meta 1 definidos anteriormente, a saber¹:

N1. Derivación del recién nacido

N2. Captación del recién nacido

N3. Controles en salud, de niños de un año según pauta

N4. Cumplimiento del Certificado Esquema de Vacunación (CEV)

N6. Cumplimiento de ecografía de cadera

N7. Control del embarazo

N8. Historia Clínica Perinatal Básica completa

N9. Control de VDRL y HIV en el embarazo

N10. Captación precoz del embarazo

N11. Derivación y control odontológico en la embarazada

N12. Puérperas con control odontológico

Mientras que las metas del sector privado fueron fijadas a finales del 2009, las metas enviadas por Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en esa oportunidad no cumplían los requisitos estipulados por la JUNASA. Por este motivo, ASSE trabajó durante el 2010, en el caso de Meta 1, sin metas fijadas.² Sin embargo, continuó enviando información en relación a su desempeño en cada uno de los indicadores. Posteriormente, en Marzo del 2011, se procedió a

realizar el pago correspondiente a ASSE durante el año 2010, marcando de oficio las metas para el cálculo de pago.

El siguiente gráfico permite apreciar el crecimiento del sector privado en cada uno de los indicadores de la Meta 1. Se verificó un crecimiento en todos los indicadores entre el 1er trimestre (enero-febrero-marzo 2010) y el 4to trimestre (octubre-noviembre-diciembre 2010).

Por otro lado, también se puede analizar en qué medida el sector privado ha cumplido o no con las metas. El siguiente gráfico muestra, para el trimestre octubre-noviembre-diciembre 2010, el desempeño promedio y la meta a alcanzar. Como se observa, en la mayoría de los indicadores los desempeños promedios superaron las metas fijadas en el último trimestre del año.

Si observamos el caso de ASSE, también se aprecia un aumento en el desempeño de los indicadores entre el trimestre enero-febrero-marzo 2010 y el trimestre octubre-noviembre-diciembre 2010.

Sin embargo, si bien el desempeño ha aumentado, vale destacar dos aspectos. En primer lugar, los valores siguen estando por debajo del sector privado. En segundo lugar, estos valores han sido inferiores a las metas de ASSE. Este segundo aspecto se visualiza comparando el desempeño y las metas de ASSE para el último trimestre del año, en donde, en promedio, la meta a alcanzar supera sistemáticamente el desempeño alcanzado por ASSE.

2.2. Meta 2 – Médico de referencia

Como se mencionó anteriormente, la meta 2 estuvo conformada durante 2010 por dos subcomponentes: Médico de referencia y Capacitación. Se presentarán datos de cumplimiento para los dos subcomponentes de forma separada.

2.2.1. Meta 2 - Médico de referencia

En relación al médico de referencia, durante la primera mitad del año las exigencias estuvieron basadas en la referenciación de los afiliados con su médico de referencia. En la segunda mitad del año se avanzó en dos direcciones: exigiendo controles de salud a determinados grupos poblacionales (de 15 a 19 y de 45 a 64 años) y capacitación para los médicos de referencia.

2.2.1.1 Período Julio 2009 – Junio 2010 – Referenciación

En el marco de la meta 2 - Médico de referencia, las instituciones debían comenzar un proceso paulatino de referenciación entre sus afiliados y sus médicos. La primera etapa de la Meta Médico de referencia consistió en la referenciación de los usuarios con su médico de referencia, con la expresa aceptación del usuario. En la primera anualidad, de julio 2009 a junio 2010, la meta se concentró únicamente en los menores de 15 y mayores de 44 años.

Las metas a alcanzar las fijaban las propias instituciones, teniendo en cuenta una serie de mínimos planteados por la JUNASA: 6%, 15%, 15% y 35% para los cuatro primeros trimestres de la meta (de julio 2009 a junio 2010). La cantidad de usuarios referenciados comenzó, en el trimestre julio-agostoseptiembre 2009, en el entorno de los 95.000 afiliados. Esta cifra siguió ascendiendo, pasando por 200.000 en el siguiente trimestre y 285.000 en el primer trimestre del 2010. Finalmente, en el segundo trimestre del 2010 la cantidad de usuarios que aceptaron a su médico de referencia se ubica en 430.000.

En los diferentes trimestres los niveles de cumplimiento de la meta han sido importantes, siendo 38 las instituciones que cumplieron totalmente la meta en el primer trimestre, 39 en el segundo, 37 en el tercero y 33 en el cuarto. Las instituciones que enviaron información y no alcanzaron la meta siempre superaron la meta del trimestre anterior, lo que les permitió el cobro proporcional del valor correspondiente a la meta.

2.2.1.2. Período Julio 2010 – Diciembre 2010 – Consulta con médico de referencia

En esta etapa se buscó avanzar en la referenciación de los adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años, al tiempo que se les realiza una consulta obligatoria y gratuita anual, según las pautas del Programa del Adolescente, donde se completará la Hoja SIA. También se propuso avanzar en la referenciación del grupo de adultos entre 45 y 64 años, en la medida que se realizan consultas gratuitas y obligatorias. Las mismas están acompañadas de estudios de glicemia, colesterolemia y fecatest, también en forma gratuita y obligatoria.

En la entrega correspondiente al trimestre julio-agosto-setiembre 2010, 4 de las 47 instituciones no entregaron información. Para la entrega correspondiente al trimestre octubre-noviembre-diciembre 2010, fueron 5 las instituciones que no enviaron la información, de las cuales 3 tampoco lo habían hecho en el trimestre anterior.

Con relación a los controles de adolescentes, en el tercer trimestre, 28 instituciones alcanzaron la meta, mientras 14 instituciones alcanzaron un cumplimiento parcial. En el cuarto trimestre, el número de instituciones que cumplieron con la meta ascendió a 35 instituciones, quedando 6 instituciones con un cumplimiento parcial.

Por el lado del control de adultos entre 45 y 64 años, en el segundo trimestre, 31 instituciones cumplieron totalmente con la meta y 11 lo hicieron de forma parcial. Sin embargo, para el cuarto trimestre, el nivel de cumplimiento mejoró. La cantidad de instituciones que cumplieron con la meta ascendió a 39, quedando 4 instituciones con un cumplimiento parcial.

El siguiente gráfico resume la información sobre el cumplimiento promedio en el semestre para el sector privado. En el gráfico se puede observar que tanto para los

controles de adolescentes como para los controles de adultos, el cumplimiento promedio superó ampliamente la meta establecida en ambos trimestres.

2.2.1.3. Período Julio 2010 – Diciembre 2010 – Capacitación de los médicos de referencia en el Programa Adolescencia y Juventud y Hoja SIA

En este semestre las instituciones capacitaron en el Programa Adolescencia y Juventud y en el llenado de la Hoja SIA a los médicos de referencia que ya cuentan con población asignada. Se solicitó para el semestre un 95% de los médicos capacitados. En total fueron 2.267 los médicos de referencia que se capacitaron en estas temáticas. De las 47 instituciones, 6 instituciones no realizaron la capacitación, 10 alcanzaron un cumplimiento parcial y 29 cumplieron totalmente la meta.

Cabe destacar que 5 de las 10 instituciones que obtuvieron un cumplimiento parcial capacitaron a más del 80% de sus médicos de referencia.

2.2.2. Meta 2 – Capacitación

La capacitación de los trabajadores fue impulsada desde las metas asistenciales tanto en el primer como en el segundo semestre del año. Los resultados en esta materia se presentan a continuación.

2.2.2.1. Período Enero 2010 – Junio 2010

En el primer semestre de 2010 se realizaron más de 1.400 jornadas de capacitación, teniendo 12.823 participantes en total. De esos 12.823 trabajadores, 7.167 finalizaron el semestre habiendo recibido al menos 24 horas de capacitación en los 8 temas obligatorios de la Meta Capacitación: Hipertensión, Diabetes, Tabaquismo, Violencia Doméstica, SNIS, Epoc, Depresión y reanimación cardiovascular. De los 7.167 trabajadores capacitados en el semestre, 30% ya habían recibido capacitación en el segundo semestre 2009, mientras que el 70% se incorporaron en este semestre.

En términos de cumplimiento, 35 instituciones alcanzaron la meta, llegando a un 20% de trabajadores capacitados; 8 instituciones no cumplieron con la meta pero capacitaron a más del 10% de sus trabajadores, por lo que obtuvieron un pago proporcional; por último, 3 instituciones capacitaron a menos del 10% de sus trabajadores, por lo que no tuvieron derecho al cobro de la presente meta.

2.2.2.2. Período Julio 2010 – Diciembre 2010

El tercer semestre de capacitación transcurrió durante el 2do semestre del 2010. En esta oportunidad se trabajó con 4 temas obligatorios y 2 opcionales. A nivel general, 6.015 trabajadores fueron capacitados en los 4 temas obligatorios y en 2 temas opcionales.

En términos de cumplimiento institucional, 35 instituciones cumplieron totalmente con la meta, capacitando a la cantidad de trabajadores estipulada por el MSP. Por otro lado, 7 instituciones capacitaron una cantidad menor a la estipulada

por el MSP, pero alcanzaron el 50% de esta cifra. Finalmente, 4 instituciones no alcanzaron el 50% de trabajadores a capacitar o no realizaron cursos de capacitación.

2.3. Meta 3 – Adulto Mayor

2.3.1. Período Julio 2010 – Diciembre 2010 – Consulta con médico de referencia

En esta etapa, la meta consistió en el control periódico que debe realizarse el adulto mayor con su médico de referencia, acompañado de la entrega del carné del adulto mayor. Entre 65 y 74 años se exigió 1 consulta anual y de 75 en adelante 1 consulta semestral a lo largo del año julio 2010- junio 2011.

En cuanto al cumplimiento de los adultos mayores entre 65 y 74 años en el tercer trimestre del 2010, 34 instituciones cumplieron totalmente con la meta, mientras 8 lo hicieron de forma parcial y 5 no cumplieron. Por su parte, en el cuarto trimestre aumentó a 38 el número de instituciones que lograron el cumplimiento total de la meta para ese tramo etario, mientras que 2 instituciones cumplieron parcialmente y 7 no cumplieron.

En lo referido a controles de los mayores de 75 años, en el tercer trimestre 39 instituciones alcanzaron la meta, 3 instituciones tuvieron un cumplimiento parcial de la misma y 5 no cumplieron. Finalmente, en el cuarto trimestre el número de instituciones que alcanzaron la totalidad de la meta descendió a 36, quedando 4 instituciones con un cumplimiento parcial y 7 que no cumplieron.

El cumplimiento en términos promedios del sector privado para cada trimestre se presenta en el siguiente gráfico. Se puede observar que en ambos trimestres, el cumplimiento promedio alcanzado superó la meta planteada, tanto para los controles entre 65 a 74 años como para los controles en mayores de 75 años.

2.3.2. Período Julio 2010 – Diciembre 2010 – Capacitación de los médicos de referencia en Programa Salud Adulto Mayor y CAM

Para el semestre julio-diciembre 2010, las instituciones capacitaron en el programa Salud Adulto Mayor y en el llenado del CAM a los médicos de referencia con usuarios asignados. Se solicitó para el semestre un 95% de los médicos de referencia capacitados.

De las 47 instituciones, 41 instituciones realizaron la capacitación. De éstas, 25 cumplieron totalmente con la meta y 16 cumplieron de forma parcial, de las cuales la mitad, si bien no alcanzaron el cumplimiento total, capacitaron a más del 80% de los médicos de referencia que debía capacitar. En total 2.163 médicos de referencia recibieron capacitación en ambas temáticas.

3. Pago por metas

En este apartado se valorarán algunos datos agregados referidos al pago por metas durante el 2010. En primer lugar, los valores de las metas por afiliado FONASA en el 2010 fueron los siguientes:

Enero-Junio 2010 \$53.33 \$19.90 \$71.54
Julio-Diciembre 2010 \$55.08 \$20.55 \$73.89

Estos valores son máximos, y corresponden cuando la institución cumple con las metas propuestas.

En el caso de las Metas 1 y 2, para calcular el monto total que se paga a las instituciones por concepto de Metas Asistenciales debe multiplicarse el valor de la meta por la cantidad de afiliados FONASA.

En el caso de la Meta 3, la meta por afiliado FONASA varía con cada institución, y se calcula de la siguiente forma:

Para calcular el monto total debe multiplicarse este valor por la cantidad de afiliados FONASA. El cumplimiento de las diferentes metas asistenciales generó un pago para cada uno de los meses del año 2010, como muestra la siguiente tabla:

Meta □ □ *Valorbase* * Cantidad de afiliados FONASA de la institución
Cantidad de afiliados mayores de 65 años de la institución

En el ámbito privado, el monto total pagado por concepto de metas asistenciales representó el 97% del monto máximo a pagar durante el año 2010. Estos valores se mantuvieron relativamente constantes a lo largo del año, oscilando entre un 95% y un 98%.

Una separación por meta permite ver en cuáles metas se pagó más y en cuáles menos, siempre en relación al máximo posible:

A partir del gráfico se puede decir que la meta por la que se pagó menos durante el año fue la meta 2 – subcomponente capacitación, con un 91% en promedio, mientras que por la que se pagó más fue la Meta 3 – Adulto mayor, con un promedio de 99%.

En relación al ámbito público, si se observa el monto liquidado a ASSE en relación al monto máximo posible, se concluye que en el año ASSE cobró el 71% de lo que podía haber cobrado. Esta relación no fue constante durante el año, sino que fue decreciendo conforme avanzaba el tiempo, comenzando en un valor de 91% en enero 2010 y terminando en un 25% en diciembre 2010.

La caída entre enero y octubre responde a una caída paulatina en el pago por Meta 1 para ASSE, básicamente derivada del aumento de los valores de las metas que esta institución tenía que alcanzar, y no necesariamente de una caída de su desempeño, como se analizó anteriormente.

La caída del pago en los meses de noviembre y diciembre responde fundamentalmente al no cumplimiento de la meta 3 en el trimestre Julio-Agosto-Setiembre 2010, que representaba aproximadamente el 70% de lo que ASSE cobró por metas hasta noviembre 2010.

I.4. Implementación de la movilidad regulada: resultados

De acuerdo al Decreto No 14/010 de 18 de enero de 2010, entre el 1º y el 27 de febrero de 2010 podían cambiar de prestador:

- Usuarios con 7 ó más años de afiliación a un mismo prestador a través de la ex DISSE y luego SNS.
- Usuarios del SNS que hubieran sido registrados de oficio en ASSE por no haber elegido prestador en los plazos reglamentarios.

Según estos criterios, 255.000 usuarios del SNS afiliados a las IAMCs estaban habilitados a cambiar de prestador, 55% de los mismos se encontraba afiliado a una institución cuya sede principal era en Montevideo y 45% en el interior del país. A su vez, 219.000 eran trabajadores activos y 36.000 pasivos. Por su parte, los usuarios registrados de oficio en ASSE ascendían a 77.000. Por lo tanto, en total 372.000 usuarios estaban habilitados a cambiar de prestador.

Al final del período, el resultado fue que en total 22.504 usuarios cambiaron de prestador durante el mes de febrero, ello representó el 6.8% del total de habilitados. Aproximadamente el 60% de estos cambios (12.980 personas) se correspondieron con afiliados de oficio de ASSE que eligieron pasarse a una IAMC. El restante 40% (9.524 personas) fueron usuarios de una IAMC que se cambiaron de institución, lo cual representó el 3,7% de los habilitados a moverse de las IAMC. Dentro de éstos últimos, 661 usuarios optaron por cambiarse de un prestador privado a ASSE.

En lo que respecta a la residencia de los individuos, el 85% de quienes optaron por cambiar de prestador privado son usuarios de instituciones de Montevideo, lo cual se explica, en gran medida, por el importante número de instituciones que se encuentra compitiendo en la capital del país.

De acuerdo a la condición de actividad, entre quienes se encontraban afiliados a una IAMC, tan sólo el 4% de los activos habilitados y 1.4% de los pasivos optaron por cambiar de prestador. Si se observan los movimientos de ASSE, 12.980 usuarios se trasladaron a un prestador privado (17% de los habilitados), de

los cuales el 64% (8.281 personas) eligieron una IAMC de la capital, y el restante 36% lo hizo por una del Interior del país.

En términos generales, los cambios observados se correspondieron a lo esperado, y no se observaron pérdidas netas de afiliados que afectasen los ingresos de las instituciones.

La proporción de habilitados a cambiar de prestador que hicieron uso de la opción fue menor aún a la observada en el año 2009. Por lo cual puede decirse que se reafirmó la estabilidad del sistema mutual y la fidelidad de los afiliados a sus instituciones.

Por otra parte, si bien los movimientos de usuarios se concentraron en el mes de febrero debido a la instauración de la movilidad regulada para los usuarios FONASA, debe considerarse también que la JUNASA asegura a lo largo de todo el año la movilidad a aquellos usuarios que demuestren disconformidad con la atención recibida, configurándose la ruptura del vínculo asistencial, así como la de aquellos que por cambio de domicilio no quede garantizado el acceso a la asistencia.

También son contemplados los problemas de acceso económico que pudiesen tener los usuarios, con lo cual durante todo el año éstos pueden cambiarse de una mutualista a ASSE o de un seguro privado volver a su mutualista de origen. Durante el año 2010, 522 personas fueron autorizadas a cambiar de institución por motivos de disconformidad con la atención percibida y 7.153 fueron autorizadas a hacerlo debido a cambios de domicilio, totalizando 7.675 personas que cambiaron de prestador privado.

Capítulo II: Evolución de los Beneficiarios del Fondo Nacional de Salud

A partir de la creación del FONASA, el número de beneficiarios ha crecido sistemáticamente pasando de 689.945 en agosto de 2007 a 1.591.898 en diciembre de 2010. Esto implica un aumento de más de 900.000 beneficiarios, representando un incremento superior al 130%. En relación a los trabajadores privados y públicos, en poco más de 3 años el número de beneficiarios registró una expansión cercana a las 350.000 personas, mientras que en el caso de los jubilados el incremento superó los 60.000 afiliados. Si bien una parte de dicho incremento obedece a la normativa que permitió el ingreso de ciertos colectivos que carecían de cobertura de salud a través de la seguridad social, otra parte se explica por el fuerte dinamismo registrado en la economía y el mercado de trabajo y el crecimiento de la formalización.

Por su parte, en los primeros meses de 2008 se produjo el ingreso de los menores al SNS, posibilitando que a fines del año pasado el número de beneficiarios pertenecientes a esta categoría se ubique en 491.490. Por último, en diciembre de 2010 se habilitó el ingreso gradual de los cónyuges al FONASA, con la incorporación de 629 beneficiarios en ese lapso.

El crecimiento registrado en el último año por los trabajadores bancarios obedece al ingreso de las cajas de auxilio de este sector a partir de enero de 2010.

A continuación se muestra la evolución de los afiliados FONASA entre diciembre 2007 y diciembre 2010, desagregado para cada institución prestadora de servicios de salud. Al observar lo ocurrido con los prestadores privados, y sin considerar la situación particular de IMPASA que fue absorbida por el Servicio Médico Integral a partir de Octubre de 2009, en el último año solamente GREMCA, UMER y GREMEDA registraron un leve descenso de afiliados FONASA que se ubicó en 1% para las dos primeras y 2% para la mutualista de Artigas. Con la excepción de dos instituciones del interior en las que prácticamente el número de afiliados no varió (AMEDRIN y CAMY), en el resto se registraron incrementos que fueron liderados por COSEM (16%), seguidos por COMECCEL (11%), Médica Uruguay (10%), Universal (9%) y Casa de Galicia (8%). Por su parte, en el caso del prestador público ASSE se observa un incremento de 21% de afiliados FONASA durante 2010.

Considerando todas las instituciones, en el último año el número de usuarios FONASA creció 7%.

Capítulo III: Estructura de Ingresos y Gastos del FONASA

De acuerdo con la información brindada por el BPS, durante el ejercicio comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2010, el FONASA presentó un resultado operativo negativo equivalente a \$ 507.541.062. El mismo se deriva de ingresos de \$ 19.901.513.735 y egresos \$ 20.409.054.797.

En el cuadro que antecede puede observarse que debió realizarse una reliquidación a los montos abonados a las IAMC y ASSE como consecuencia del aumento retroactivo en el valor de la cuota salud registrado en noviembre de 2010.

Por otra parte, se percibe una diferencia entre los ingresos por cobros de adelantos financieros y los egresos por dicho concepto que es consecuencia del no cobro en 2010 de parte de los adelantos financieros otorgados a GREMCA. Dado que dichos adelantos serán cobrados en el ejercicio 2011 el resultado negativo de \$ 994.501 por dicho concepto se muestra en forma separada.

Por otra parte, si se observa el resultado por grupo de población, y tal como se venía apreciando en años anteriores, se perciben comportamientos dispares. Por un lado, se encuentran los colectivos de pasivos y menores, al cual se le suma a partir de diciembre 2010 el de cónyuges, que arrojan resultados deficitarios y constituyen la causa del resultado global negativo. Es importante aclarar que los ingresos adjudicados al grupo de pasivos para poder realizar este ejercicio es aproximad, y se encuentra sobrevaluado, por lo cual el déficit generado por este grupo debería ser mayor.

Por otra parte, los colectivos de trabajadores, tanto públicos como privados y bancarios, arrojan saldos favorables al fondo que compensan, en gran medida, el déficit de los restantes colectivos. En el siguiente cuadro puede apreciarse de forma resumida una aproximación de los saldos particulares de cada colectivo.

III.2 Ingresos

A partir de la información que brindan las oficinas de Asesoría Tributaria y Recaudación (ATyR) del BPS se aproximan los ingresos del FONASA durante 2010 de acuerdo al tipo de aporte. Si bien es una aproximación, permite observar, en términos generales, cual es el peso de cada uno de los componentes que constituyen el Fondo. De esta forma, puede decirse que durante 2010 los ingresos del FONASA previos a la asistencia de Rentas Generales se correspondieron en un 42,5% a los aportes realizados por los propios trabajadores, donde el 24.3% responde a aportes personales básicos (3%) y el restante 18.2% a los aportes adicionales de los trabajadores (1,5%; 3%; 2%) destinados a la cobertura de los menores y discapacitados a cargo, así como de los cónyuges a partir del mes de 7

Nota: debido a que la información de importes destinada a los seguros integrales no presenta desagregación por afiliados, debió estimarse en función del número de

usuarios que presentan en cada categoría, distribuyendo el gasto en forma proporcional.

Mientras tanto, los aportes patronales (tanto públicos como privados) y el complemento de cuota representan el 41.6% de los ingresos de FONASA. Finalmente, resta destacar que la asistencia financiera brindada por Rentas Generales representó un 2.5% de los ingresos totales recibidos por el Fondo.

Como era de esperar, el mayor monto de los egresos se debió al pago de Cápitas, tanto a ASSE como a las IAMCs, los cuales representaron el 82% de los egresos totales, en segundo lugar se ubican los pagos por concepto de Metas y al FNR, donde cada uno se corresponde con un 8% de los egresos, y finalmente los montos por sustitutivo de tickets así como los transferidos a los seguros privados integrales, que representaron un 1% de los egresos totales.

Si se desagregan los egresos del FONASA de acuerdo al tipo de institución, se observa que el 83% de los mismos fueron destinados a las IAMCs. Por su parte, el prestador público recibió el 7% de los recursos, mientras que el 8% fueron para el pago de cuotas del FNR y el 1% a los Seguros Integrales.

Anexos

Anexo I: Movilidad Regulada de los usuarios del Seguro Nacional de Salud por prestador 01/02/2010 – 27/02/2010

SEGÚN PRESTADOR

Las IAMCs cuya sede principal es de Montevideo, aumentan sus afiliados FONASA en un 1% respecto al mes de diciembre de 2009 por efecto de la movilidad regulada del mes de febrero de 2010. El incremento neto de afiliados es de 7.634.

Médica Uruguay concentra el 70% de la variación neta, con un crecimiento de 5.313 afiliados. Sin embargo es COSEM quien presenta un mayor incremento relativo de afiliados de 5.5%.

Tres instituciones de Montevideo experimentan una variación neta negativa, aunque de reducidas dimensiones. El CASMU es quien presenta una mayor variación negativa, de 1.539 afiliados, el 1.3% de su total de afiliados FONASA.

Sin embargo es pertinente señalar que esta institución había perdido el 3% de sus afiliados en la anterior apertura de febrero de 2009, con una pérdida de 2.460 afiliados, con lo cual su situación relativa ha mejorado: en 2009 el 12% de los afiliados habilitados se cambiaron a otro prestador mientras que en el 2010 la pérdida equivale al 4.7% de los habilitados.

El Círculo Católico y CUDAM disminuyen sus afiliados del SNS en 0.2% y 0.4% respectivamente.

Es de destacar que aunque las instituciones del interior se presenten en forma agrupada no compiten entre sí, ya que tienen sedes en diferentes departamentos. En el interior del país las instituciones aumentan sus afiliados FONASA en 0.8% respecto a diciembre de 2009.

Una única institución, UMERCO, disminuye sus afiliados en 24 usuarios, representando una variación negativa del 1%. Ocho instituciones presentan un crecimiento relativo superior al promedio:

CRAME, CAAMEPA, CAMEDUR, SMQ, CAMDEL, CASMER, COMERO y la ASOCIACIÓN MÉDICA DE MALDONADO. Sin embargo los porcentajes de variación no presentan grandes diferencias para el total de las instituciones.

Por su parte, el Prestador público ASSE presenta una disminución de 12.319 afiliados, los cuales representan el 10 % del total de sus afiliados FONASA. La totalidad de los afiliados que salen de ASSE lo eran de oficio por no haber elegido prestador en los plazos que establece la reglamentación.

El crecimiento de afiliados FONASA de 7.634 observado en las IAMC de Montevideo sumado a los 4.685 de las IAMC del interior del país se explica entonces por los afiliados de oficio que decidieron salir de ASSE.

Anexo II: Normativa aprobada en el Período

Decreto No. 125/010

Establécese la integración de la tripulación de los móviles especializados, Móvil de Apoyo Vital Avanzado “AVA” y la presentación, ante la Dirección General de la Salud- División Habilitación Sanitaria, del plan de capacitación de todo el personal que trabaja en la misma. C

Decreto No. 126/010

Suspéndese temporariamente lo dispuesto en el Art. 4º del Decreto No. 295/009. Por el que se dispone que para acceder a los cursos correspondientes a Educación Primaria y Secundaria, tanto en Instituciones Públicas como Privadas, es obligatorio gestionar, obtener y mantener vigente el Carné del/de la Adolescente; A D E 8.

Decreto No. 142/010

Acéptase la renuncia presentada por el Señor Francisco Amorena como representante titular de los trabajadores de los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud ante la Junta Nacional de Salud, y dispónese la integración de dicha Junta, con el Señor Jorge Bermúdez en carácter de titular y el Señor Néstor Pereira como alterno. C A D E 5278.

Decreto No. 160/010

Prorrógase la realización de la primera elección de representantes de trabajadores y de usuarios en los Consejos Consultivos y Asesores de los Prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud. C A D E 5278.

Decreto No. 198/010

Acéptase la renuncia presentada por el Dr. Ítalo Moggi, como representante alterno de los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud, en la Junta Nacional de Salud y désígnanse a la Vicepresidenta del BPS, Dra. Esc. Rosario Oiz Márquez como representante de dicho Organismo ante la Junta Nacional de Salud y al Dr. Yamandú Fernández como representante alterno de los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Decreto N° 208/010

Exoneración al producto semolín de la obligación de incorporación de fortificantes prevista en el artículo 1º del Decreto N° 130/006.

Decreto No. 218/010

Exceptúase de lo dispuesto por el Art. 1º del Decreto No. 495/989 y por el Art. 17º del Decreto No. 455/001 a las Instituciones que brindan Asistencia Médica de Cobertura Parcial, cuya naturaleza jurídica sea sin fines de lucro y que ofrezcan a

sus beneficiarios, además de la asistencia médica, otros servicios de notorio contenido social.

Decreto No. 244/010

Adóptase la Resolución No. 34/07 del Grupo Común del MERCOSUR, por la que se aprobó el “Reglamento Técnico Mercosur sobre la Exclusión de Uso de Aditivos Alimentarios”.

Decreto No. 256/010

Dispónese el cese de integrantes de la Comisión Asesora en Control de Infecciones Intrahospitalarias, designanse y ratifícanse otros.

Decreto No. 274/010

Reglaméntase la Ley No. 18.335, que regula los derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los Servicios de Salud y deróganse el Título II del Decreto 258/992 y el

Decreto No. 297/002.

Decreto No. 276/010

Intégrase la Junta Nacional de Salud.

Decreto No. 284/010

Adóptase la Resolución GMC N° 69/06 del Grupo Mercado Común del MERCOSUR, por la que se dispuso derogar la Resolución GMC N° 55/00 sobre “Intercambio de Información Trimestral de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas”.

Decreto No. 285/010

Acéptase la renuncia presentada por el Dr. Juan José Dati Petrini como representante en calidad de alerno del MSP ante la Junta Nacional de Salud y designanse en representación del MSP, al Dr. Raúl Lombardi y en representación del BPS, al Dr. Oscar Acuña.

Decreto No. 293/010

Reglaméntase la Ley No. 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

Decreto No. 318/010

Reglaméntase el art. 66 de la Ley No. 18.211, referente a la incorporación al Seguro Nacional de Salud, de cónyuges o concubinos de beneficiarios de este Seguro.

Decreto No. 321/010 Determinanse los mecanismos de designación de los representantes de las Instituciones de Salud del Sub-Sector Privado y de los Médicos Residentes, en la Comisión Técnica de Residencias Médicas.

Decreto No. 330/010

Exceptúase de lo establecido en el art. 17 del Decreto No. 455/001, a los Servicios de Emergencia Médica con unidades móviles terrestres.

Decreto No. 336/010

Autorízase un ajuste en las tasas moderadoras de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y de la cuota salud del FO.NA.SA.

Decreto No. 369/010

Apruébanse las “Referencias para la Realización de Estudios de Biodisponibilidad y Bioequivalencia de Medicamentos”.

Decreto No. 383/010

Autorízase a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva a incrementar, a partir del 1º de enero de 2011, el valor de las cuotas de afiliaciones individuales no vitalicias, sin el aporte al Fondo Nacional de Recursos, las cuotas de convenios colectivos, la sobrecuota de gestión, la sobrecuota de inversión y las tasas moderadoras.

Incorpórase a los Programas Integrales de Salud y al Catálogo de Prestaciones de Salud, como prestación obligatoria a la Vasectomía y a la Ligadura Tubaria por vía Laparoscópica.

Decreto No. 421/010

Extiéndese la vigencia de los regímenes transicionales de cobertura integral de salud acordados entre el Poder Ejecutivo y ANCAP y el BHU, conjuntamente con la Agencia Nacional de Vivienda, para los trabajadores dependientes de dichos organismos, así como los jubilados de éstos y para los trabajadores comprendidos en el convenio colectivo de trabajo de la Industria Tabacalera

(AFITCSAT).

LEY N° 18.707

13/12/10 - SE OTORGA UN CRÉDITO FISCAL A LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA.

LEY N° 18.711

22/12/10 - SE DECLARA EN ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA LA ASISTENCIA ANESTÉSICO-QUIRURGICA.

LEY N° 18.728

5/01/11 -SE INCORPORAN AL SEGURO NACIONAL DE SALUD LOS EX FUNCIONARIOS JUBILADOS DE OSE.

LEY N° 18.731

07/01/11 - CRONOGRAMA DE INCORPORACIÓN DE NUEVOS BENEFICIARIOS AL SEGURO NACIONAL DE SALUD.

LEY N° 18.732

07/01/11 -SE ESTABLECE QUE TODOS LOS AFILIADOS A LA CAJA NOTARIAL DE SEGURIDAD SOCIAL SE INCORPORARÁN AL SEGURO NACIONAL DE SALUD A PARTIR DEL 01/07/11.

Anexo III: Pago por Metas

Anexo IV: Informe de Revisión Limitada Fondo Nacional de Salud _ BPS

Se firman dos ejemplares en la ciudad de Montevideo, el 25 de mayo de 2011.

T.A. Elena Clavell Dr. Luis Enrique Gallo

Representante MSP Presidente

Dra. Rosario Oiz Ec. Martín Vallcorba

Representante BPS Representante MEF

Dr. Yamandú Fernández Sra. Lilián Rodríguez

Representante Prestadores Representante Usuarios

Sr. Jorge Bermúdez

Representante Trabajadores

