



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA



Facultad de Ciencias Sociales

**Universidad de la República**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Instituto de Ciencia Política**

*Nuevos paradigmas de construcción institucional del Estado*

*Análisis de la política pública metas asistenciales en el marco del Sistema  
Nacional de Salud*

**Monografía final  
Licenciatura en Ciencia Política**

Tutor: **Marcelo Setaro Montes de Oca**

Autora: **Marianela Rébori Dumestre**

Abril de 2014

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| RESUMEN .....   | 2  |
| I.INTRODUCCIÓN .....  | 3  |
| II. REFERENCIAS TEÓRICO-CONCEPTUALES .....  | 6  |
| II.I. <i>El cambio de estructura del Estado uruguayo y la distribución de bienestar</i> ..... | 6  |
| II.II. <i>Nueva Gestión Pública: filosofía de la Reforma del Estado</i> .....                 | 10 |
| II.III. <i>Políticas Públicas: diseño e implementación de metas asistenciales</i> .....       | 11 |
| III. MARCO METODOLÓGICO .....   | 14 |
| IV. NUEVO SISTEMA DE INCENTIVOS.....  | 15 |
| IV.I. <i>El sistema de Salud hasta el año 2005</i> .....                                      | 15 |
| IV.II. <i>La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud</i> .....                       | 15 |
| V. EL SNIS Y SU ESTRUCTURA INSTITUCIONAL ACTUAL.....  | 18 |
| V.I. ASSE .....   | 18 |
| V.II. IAMC .....  | 20 |
| V.III. <i>Seguros Privados</i> .....  | 22 |
| VI. LOS CONTRATOS DE GESTION Y METAS ASISTENCIALES .....                                      | 23 |
| VI.I. <i>Los Contratos de Gestión</i> .....   | 23 |
| VI.II. <i>Metas asistenciales</i> .....   | 23 |
| VI.III. <i>Composición de metas asistenciales por período (2008-2011)</i> .....               | 25 |
| VII. CONTROL DE METAS ASISTENCIALES .....   | 35 |
| VII.I. <i>Fiscalización del Ministerio de Salud Pública</i> .....                             | 35 |
| VII.II. <i>Auditoría de las Metas Asistenciales</i> .....                                     | 37 |
| VIII. ANALISIS DE ENTREVISTAS .....   | 39 |
| IX. COMENTARIOS FINALES.....  | 42 |
| IX.I. <i>Algunas líneas de investigación futuras</i> .....                                    | 39 |
| X.BIBLIOGRAFÍA .....  | 45 |
| GLOSARIO DE SIGLAS.....   | 49 |
| ANEXO I: Formulario de entrevistas a actores calificados .....                                | 50 |
| ANEXO II: Leyes y Decretos que han sido consultados para esta investigación .....             | 52 |
| ANEXO III: Metas asistenciales vigentes durante el año 2009 .....                             | 53 |
| ANEXO IV: Actores sectoriales que fueron entrevistados .....                                  | 54 |

## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación consiste en un estudio descriptivo analítico sobre la Reforma del Sistema Nacional de Salud. Nuestro foco está en sus nuevos mecanismos de asignación de recursos, metas asistenciales, y su impacto sobre la estructura organizativa de los prestadores de salud y sobre los objetivos del sistema de salud.

Para llevar a cabo este trabajo hemos reunido información sobre la composición y los resultados de la implementación de metas asistenciales por el período que va desde el año 2008 a 2011. Asimismo, contamos con entrevistas a actores calificados quienes nos brindaron su opinión acerca del tema. Concluimos que las metas resultaron un estímulo para los prestadores en lo que respecta al cumplimiento con ciertos objetivos que favorecen al sistema sanitario. El nuevo sistema de asignación favorece la eficiencia sanitaria de los prestadores de salud, pero no parece favorecer la complementación asistencial, que es un objetivo central del SNIS. Todavía se perciben debilidades en los mecanismos de fiscalización y control de metas asistenciales. Los prestadores demandan más personal (recursos humanos) para mejorar sus sistemas de información y para llevar a cabo las tareas administrativas.

## I.INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho fundamental de las personas. Tiene relación con el derecho a la vida, a vivir con dignidad, gozando de buenos niveles de salud y bienestar físico, mental y social. Es un factor clave para la inclusión, la cohesión social, la estabilidad política y la estabilidad democrática. Una de las obligaciones básicas del Estado es garantizar el efectivo cumplimiento de este derecho. Los Estados deben facilitar el acceso a los servicios de salud a todas las personas sin distinción.

A principios del siglo veintiuno la situación que presentaba el sector salud en nuestro país tenía las siguientes características: el sistema no era sustentable, el sistema público era deficitario para atender a la población de bajos recursos. Por otro lado, las mutualistas presentaban pérdidas económicas y materiales. Como resultado encontramos población excluida de la atención y zonas geográficas sin centros de atención. Según **Moreira y Setaro** (2000), el sistema de salud uruguayo podía ser caracterizado como una articulación compleja entre lo público y lo privado, con hospitales públicos para atender las necesidades de personas pobres y mutualistas para atender a las personas más pudientes. Cuando observamos un Estado que conserva una administración pública tradicional desactualizada, en la que la ciudadanía no confía o considera ineficiente y que no se ocupa de los problemas sociales, es necesario pensar en iniciar procesos de reforma y modernización profundos.

El proceso de Reforma de la Salud puede ser analizado como parte de la Reforma del Estado que fue llevada a cabo en nuestro país a partir del primer Gobierno de Izquierda (Frente Amplio) que asumió en marzo de 2005. A partir de ese mismo año, con la aprobación de la ley 17.930, Uruguay comenzó a implementar un importante cambio en la legislación y políticas de salud. La reforma de la salud apunta a un modelo de acceso universal, con énfasis en la atención primaria de la salud, en donde los aportes al sistema se realicen en función de los ingresos de las personas y con una prestación integral igual para todos y de calidad homogénea. Se busca la complementación asistencial público-privado, es decir, la coordinación de prestadores públicos y privados.

Ello supuso cambios estructurales a nivel del modelo de atención, el modelo de gestión y el modelo de gasto y financiamiento. El financiamiento del sistema se realiza con aportes del Estado, las empresas y el aporte de los hogares beneficiarios. El Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Junta Nacional de Salud (JUNASA) asignan los fondos. Este se

concreta a partir de cuotas de salud, que reciben los prestadores en función de una orden de pago emitida desde el Fondo Nacional de Salud, que se sustenta con aportes del Estado, los hogares y las empresas. Las cuotas de salud, tienen dos componentes, un componente de riesgo (cápitales) que surge de la edad y sexo de los afiliados y otro componente llamado metas asistenciales.

En este trabajo analizaremos los cambios introducidos por la implementación de las metas asistenciales como política pública en el marco de la Reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). También observaremos los mecanismos de control sobre esta política pública, en particular el rol que juega la división de fiscalización del MSP, como una función novedosa dentro del sistema.

Nos parece interesante realizar un estudio sobre los cambios que se introducen a partir de una Reforma de Estado y en particular en el sector salud donde se implementa una política pública con el fin de contribuir hacia el cambio en las instituciones para alcanzar un primer nivel de atención.

El objetivo general del presente trabajo consiste en identificar los efectos que los nuevos mecanismos de asignación de recursos en el SNIS, metas asistenciales, han tenido en el cambio de modelo de atención y de gestión de los prestadores de salud.

Dentro de los objetivos específicos figuran: (i) Analizar el proceso de implementación de las metas asistenciales. (ii) Describir los objetivos que promueven las metas asistenciales desde la visión de los actores calificados en el tema. (iii) Conocer qué impacto han tenido las metas asistenciales en la estructura organizativa y el funcionamiento de las instituciones.

La hipótesis principal de este trabajo considera que las metas asistenciales no han tenido un impacto significativo en el cambio del modelo de atención y de gestión de las instituciones de la salud, por que el Estado no ha tenido la capacidad suficiente para controlar la implementación del nuevo sistema de pago. Como hipótesis alternativa creemos que las metas asistenciales están mal diseñadas o en realidad el objetivo de las mismas no es el cambio de modelo de atención sino evaluar la performance de las instituciones privadas.

Para llevar a cabo esta investigación, primeramente se realizó un relevamiento bibliográfico en concordancia con el objetivo de investigación y la temática a investigar. Seleccionamos la información que contribuía a definir en qué consiste la Reforma del

Estado y la Reforma Nacional de Salud, cuales son las cápitras, metas asistenciales y los prestadores. Siguiendo el método cualitativo, se realizó un análisis documental de los boletines del Ministerio de Salud Pública de 2010 - 2012 y se empleó la técnica de la entrevista a actores calificados. Mediante ésta estrategia de investigación se intentan identificar los efectos de las metas asistenciales a través de la opinión de actores involucrados en la temática.

El siguiente trabajo se estructura en diez apartados. El primero de ellos es esta introducción a los contenidos del trabajo; el segundo trata de las referencias teórico-conceptuales sobre las clasificaciones de los Estados de Bienestar e interpretamos la Reforma de Salud a través de la Nueva Gestión Pública. Asimismo estudiamos el diseño e implementación de una política pública para luego entender el caso concreto de las metas asistenciales. El tercero trata del marco metodológico. Luego, en la sección cuatro nos referiremos al Nuevo Sistema de Incentivos, el anterior y el nuevo SNS. En la cinco, presentamos al SNIS y su estructura institucional actual, en la sección seis a los contratos de gestión y metas asistenciales, su composición entre los períodos 2008 y 2011. La sección siete se refiere al control de metas asistenciales, al ejercicio del rol de fiscalización del MSP. La número ocho presenta el análisis de las entrevistas a actores calificados. La conclusión y las posibles líneas de investigación futuras se encuentran en el noveno apartado. La sección diez detalla la bibliografía utilizada para este estudio.

## II-REFERENCIAS TEÓRICO-CONCEPTUALES

### *II.I- Reforma de la Salud: el cambio de estructura del Estado uruguayo y la distribución del bienestar*

La función del Estado genera controversias entre los sectores de izquierda y derecha. Se suele identificar a los sectores de derecha con un Estado que debe reducir sus competencias para que algunas de ellas las realice el sector privado y disminuya su nivel de presencia, capacidad de control y regulación social.

Para el gobierno de izquierda que asumía el primero de marzo de 2005 en nuestro país, el Estado debía ser democrático, Juez y Gendarme pero también capaz de manejar la macroeconomía con sentido social, que regule la actividad social y ejerza los debidos controles. Para ello era necesario impulsar cambios, que combatieran la fragmentación, e impulsaran la integración social. “... resulta tan conservador querer liquidarlo todo como mantenerlo sin cambio alguno, sin otro fundamento que la inercia institucional, o el interés corporativo de usuarios y trabajadores vinculados a determinada actividad. La gestión del Estado se defiende mejorándola, tecnificándola, adecuándola a los objetivos, y si para conseguirlo hay que modificar su marco institucional y jurídico, debemos encarar esas modificaciones” (Rubio,2006:33).

Los precursores de esta Reforma, consideraban que necesitaba de la participación de toda la sociedad uruguayo como activa protagonista, que la gestión de recursos humanos debía ser distinta. Los trabajadores debían ser incentivados desde el punto de vista salarial, premiados por su buen desempeño y sancionados a través de un marco regulatorio cuando se considerara pertinente.

La Reforma de la Salud es parte de la Reforma del Estado, porque además en ella podemos observar los pilares fundamentales que se manifestaron en el plan de Reforma. Uno de ellos es la participación e involucramiento de los trabajadores de la salud y los usuarios, condición básica para que el estado pueda reforzarse (Muñoz, 2006). Otros dos pilares son la capacitación de los recursos humanos y por último el control y la fiscalización a cargo de divisiones creadas para dicho fin.

Los procesos de Reforma del Estado han sido afrontado por muchos de los Estados de Bienestar para asegurar su sustentabilidad. El sector salud es un componente clave dentro

de la estructura de los Estados de Bienestar, y su reforma está unida claramente a los procesos de ajuste que están experimentando los mismos en el mundo.

Para **Esping-Andersen** (1993) dentro del conjunto de las democracias capitalistas desarrolladas, los Estados varían con respecto a su énfasis en el bienestar social, en la forma en que se organiza su provisión, en el tipo de régimen de bienestar. Cuando hablamos de Régimen de Bienestar, según este autor, debemos tener en cuenta que dicha definición implica una responsabilidad estatal para asegurar los mínimos básicos de protección social para sus ciudadanos. El concepto de régimen de bienestar se refiere a “..los modos en que se reparte la producción de bienestar entre el Estado, el mercado y las familias” (Esping-Andersen, 2000: 102)

Dentro de la estructura del Estado marca la existencia de tres enfoques. El primero, históricamente el más fuerte en los países anglosajones, basa su asistencia social según se comprueben los medios de vida y los ingresos de las personas. “*Lo que más cuenta en este tipo de sistemas son las restricciones de las comprobaciones de los medios de vida y de los ingresos y generosidad de los subsidios*” (Esping- Andersen, 1993: 16). El segundo tipo, prolonga los derechos en base a la inserción en el mercado de trabajo. Tiene sus orígenes en la tradición de seguros que se desarrolló primeramente en Alemania y luego en el continente europeo. Los derechos se condicionan al vínculo del individuo con el mercado laboral y de aportaciones financieras. El tercer tipo de enfoque surge del principio de Beveridge de los derechos universales de los ciudadanos que son independientes del grado de necesidad o alcance del rendimiento en el trabajo. Este tipo tiene un fuerte potencial desmercantilizador condicionado por la generosidad de los subsidios.

El Estado de Bienestar se vincula con la desmercantilización de los derechos de las personas y con la estratificación de una sociedad. El mismo es un factor de desmercantilización, por que determina el grado en que una persona puede subsistir sin depender del mercado. En segundo término, el Estado de Bienestar es también un factor de estratificación, porque ordena las relaciones sociales.

**Fernando Filgueira (2007)** explica que dentro de los países del cono sur y dentro de ellos nuestro país, es el más cercano al modelo conservador expuesto por Esping- Andersen. Se basa en el desarrollo temprano del modelo de bienestar como fue expuesto anteriormente y protege a la mayor cantidad de población. “...la matriz de bienestar uruguaya se ha caracterizado históricamente por presentar niveles relativamente altos de cobertura de los

*distintos bienes y servicios -seguridad social, salud y educación- pero la calidad y cantidad de prestaciones estuvieron fuertemente estratificadas”* (Fuentes, 2010 :15).

Podemos decir que el Uruguay cuenta con una cobertura universal o cuasi universal en servicios de protección social básicos, pero con una estratificación en la calidad y condiciones de acceso a los mismos. Dentro de estos servicios se ubica a la Reforma del Sistema de Salud como forma de universalizar el acceso a la salud en nuestro país.

Siguiendo con la línea de los procesos de reforma Paul Pierson (2001) menciona que cualquier proceso de reforma que quiera introducir cambios profundos debe considerar algunos de los siguientes elementos:

**Incentivos electorales** que están asociados con programas sociales y con apoyo popular (pensiones, seguro de desempleo, empleos públicos, entre otros). Estos incentivos pesan sobre los intereses individuales pero tienen legitimidad como fuente de estabilidad social y garantizan derechos básicos de la ciudadanía.

**“Tenacidad institucional”** de las políticas públicas existentes. Entre ellos ubica los *“puntos de veto”* institucionales formales e informales. Esto produce un escenario donde los procesos de reforma, por un lado, parecen ser inevitables dadas las múltiples presiones mencionadas.

De acuerdo a Pierson (2001), los procesos actuales de reforma del Estado de Bienestar están orientados por los siguientes principios:

1. **Re-mercantilización** – cambios sustantivos en la orientación de la política social, jerarquizando el mercado de trabajo como ámbito de obtención de ingresos y bienestar.
2. **Contención de costes** – Es la disminución presupuestal de la política social con posibilidad de registrarse variaciones en el nivel y composición del gasto público. El autor plantea que *“...en muchos contextos, los actores con poder están preocupados sobre las implicaciones de la reforma para con los niveles de gasto del Estado. Por supuesto, la imposición de la austeridad puede convertirse en un vehículo para perseguir otras ambiciones, pero a menudo el principal foco de atención es la contención de costes en sí misma. (...) Los gobiernos se enfrentan a la nada envidiable tarea de reconciliar fuertes tendencias hacia un aumento del gasto con el potencial de castigos electorales y la posibilidad de que nuevos impuestos dañen la economía”* (Pierson, 2001: 64-65).

3. **Re-calibración** – Son modificaciones adaptativas de la política social, ya sea para responder demandas de provisión social contemporáneas o corregir dinámicas distorsionadas de funcionamiento. Distingue “...dos tipos de re-calibración: a) la racionalización [que] implica la modificación de programas de acuerdo con nuevas ideas sobre cómo lograr ciertos objetivos establecidos; b) la actualización [que] comprende los esfuerzos”. (Pierson, 2001: 65-66)

En los Estados de Bienestar liberales, el énfasis está dado en la re-mercantilización, o sea en la profundización de su característica mercantilizadora. En el caso de los Estados de Bienestar corporativos o conservadores, el protagonismo de éstos se encuentra en la re-calibración y la contención de costes. A su vez, los Estados de Bienestar socialdemócratas tienen como su principal asunto la contención de costes.

En este sentido, un elemento más a entender son los escenarios en los cuales se producen los procesos de reforma. Tales escenarios “son los productos de un compleja causalidad coyuntural, con múltiples factores operando juntos a lo largo de prolongados períodos de tiempo para generar resultados notablemente diferentes” (Pierson, 2007:72)

El régimen liberal, está caracterizado por: impuestos y gastos bajos, pocos empleados públicos, programas de transferencias basados en las personas con insuficiencia de recursos, un sector privado predominante en la prestación de servicios sociales, que opera en esquemas de economía liberales de mercado (aunque no exista un solapamiento entre el régimen liberal y el mundo de las “economías organizadas de mercado”). En dichos regímenes durante la reestructuración, “los trabajadores carecen de capacidad de veto y de baja capacidad para promover una reforma negociada a través de sistemas de intermediación de intereses organizados; (...) los cambios deben ser ejecutados casi exclusivamente a través de la política electoral y partidista; (...) esto no implica que la mayoría de los votantes se opongan al estado de bienestar, tan solo son más débiles en su oposición”. (Pierson, 2001:76-77)

El régimen socialdemócrata, es caracterizado por: programas de transferencias que cubren los riesgos, servicios públicos sociales extensos, políticas de apoyo a las familia y dirigidas al mercado laboral que generan una importante participación de hombres y mujeres, donde la provisión de servicios por parte de los privados es limitada. En tales regímenes, los sindicatos además de fuertes, tienen buenos vínculos con los partidos socialdemócratas de peso. Estos regímenes tienen además un número importante de empleados públicos y son

la principal fuente laboral de las mujeres, lo cual genera una especie de coalición y opinión pública pro bienestar fuerte.

El régimen conservador (o demócrata cristiano), se ha caracterizado por: un gasto elevado dirigido principalmente a transferencias generales y pensiones en particular; un limitado número de empleados públicos (lo cual redundaba en un sindicato del sector, menor al de los regímenes socialdemócratas); fuertes programas de jubilación temprana, de discapacidad y desempleo; disuasión indirecta de la participación de las mujeres en el mercado laboral; carga tributaria fuerte sobre los trabajadores; prestaciones vinculadas al mantenimiento de las diferencias de status. Tanto los empresarios como los sindicatos (lógica organizativa corporativa) desempeñaron un predominante papel institucional en la gestión de dichos fondos, además de posibilitar estos Estados, políticas de tipo clientelar. A esto se le suma, sistemas electorales que tienden a generar múltiples posibilidades de veto: representación proporcional, federalismo, y los interlocutores sociales institucionalizados promueven una tendencia a una reforma negociada. (Pierson, 2001)

En síntesis, para el autor *“no hay una sola ‘nueva política’ del Estado de Bienestar, sino diferentes políticas en diferentes configuraciones”* (Pierson, 2001:111). En el caso de nuestro país, tenemos un esquema de Bienestar temprano, que se mantuvo a lo largo del gobierno de los partidos tradicionales hasta llegar al primer gobierno de izquierda donde se implementaron una mayor cantidad de medidas sociales. Encontramos distintos escenarios políticos con diferentes caminos de reformas. Las políticas implementadas fueron diferentes entre sí, diferentes agendas y coaliciones políticas que igualmente lograron el armado de una densa estructura política de contralores que involucro a la mayoría de los actores colectivos y emergió una cultura donde Estado, Democracia y Bienestar se presentaron como elementos políticamente asociados. (Midaglia y Antia, 2007). *“Al cabo del tiempo transcurrido, es posible constatar un nuevo tipo de forma estatal, sin generar profundas rupturas con la institucionalidad heredada, ha ido dibujando un nuevo esquema que bien puede ser considerado como un Estado de bienestar de nuevo tipo”* (Portillo, 2010: 14).

## ***II.II- Nueva Gestión Pública: filosofía de las reformas de Estado***

Cada vez más, las sociedades requieren de las instituciones de bienestar y de bienes y servicios de una mayor calidad. Se impone la presencia de instituciones descentralizadas, capaces de capacitar y autorizar a los individuos que las integran a tomar sus decisiones

sobre las tareas que realizan. Según **Osborne y Gaebler (2002)**, es conveniente promover la competencia entre aquellos órganos que realicen las mismas tareas, capacitar a los ciudadanos para tomar sus decisiones, medir los resultados, prevenir problemas y fomentar la gestión de los órganos por parte de la ciudadanía. La competencia entre públicos y privados favorece el espíritu empresarial, la reducción de costos y la mejora de los servicios.

Dentro de la filosofía de las reformas del estado en el mundo, esta corriente llamada Nueva Gestión Pública (NGP) introduce la lógica de mercado en los servicios públicos, siempre teniendo el Estado la responsabilidad de ser garante y guardián. Según **Narbondo, P. y Ramos, C. (2003)**, la NGP tiene como finalidad la creación de mercados o cuasi mercados en los servicios públicos, con el fin de fomentar que los prestadores, ya sean públicos o privados, actúen en función de maximizar su eficiencia particular, como condición de supervivencia.

Pero las agencias públicas, además de la eficiencia particular, deben llevar a cabo las tareas que no interesan a los privados por razones de rentabilidad. Las mismas deben brindar servicios sociales como educación, salud, asistencia social, jubilaciones. De lo contrario no todas las personas podrían acceder a las mismas por razones económicas u otras.

Como mencionan estos autores, “...*la razón de ser de los servicios públicos no es el logro del beneficio privado de las agencias prestadoras, sino el logro de objetivos públicos, sea el cumplimiento de prestaciones correspondientes a derechos de ciudadanías, sea la realización de objetivos económicos definidos como públicos por su importancia para el desarrollo del conjunto de la economía y de la sociedad, y que la actividad privada no tiene interés o posibilidad de realizar en cantidad y calidad suficiente*” (Narbondo y Ramos, 2003 :82).

### ***II.III-Políticas Públicas: diseño e implementación de metas asistenciales***

Por último, es necesario centrarnos en el diseño e implementación de las políticas públicas ya que en nuestro estudio estamos enfocados en observar el comportamiento de las metas asistenciales como una política pública que incide en los prestadores de salud. Para ello, primeramente introduciremos una definición sobre política pública. Según **Aguilar Villanueva (1993)** una política pública consiste en averiguar y depurar ciertos problemas sociales o grupales que forman parte de la agenda de gobierno, definirlos y explicarlos, calcular costos, beneficios y consecuencias; establecer los mecanismos gubernamentales de

comunicación y persuasión para obtener el apoyo de los ciudadanos en torno de una política. Los defectos detectados a lo largo del proceso de implementación, la evaluación de la misma, los criterios para terminarlas o continuarlas y la opinión pública que juzga su efectividad y propone opciones diferentes.

Existen actores públicos y privados, los primeros se refieren al conjunto de instituciones gubernamentales (parlamento, gobierno), administrativas y judiciales de un país. Los actores privados son quienes participan también de la constitución del espacio de una política pública y a diferencia de los primeros, no implican un control gubernamental directo sobre su accionar. En este trabajo trata con integrantes que estuvieron vinculados al proceso de Reforma como actores privados, relacionados a las instituciones mutuales y a las políticas de salud.

Los autores **Subirats, Knoepfel, Larrue y Varone (2008)** definen la implementación de una política pública como “...*un conjunto de decisiones y acciones llevadas a cabo por actores públicos, paraestatales y privados que forman parte del Acuerdo de actuación Político- Administrativo; enmarcadas por un Programa de actuación Político- Administrativo (a través de un conjunto de normas legislativas y reglamentarias más o menos flexibles y favorables a los intereses de diversos actores) que regulan las reglas institucionales específicas a la política en cuestión, y realizadas con la intención de crear, influenciar o controlar*” (Subirats y otros, 2008: 184).

La evidencia sobre implementación de una política pública nos da el marco para comprender el caso de la implementación de las metas asistenciales. La elaboración e implementación no son dos etapas muy diferenciadas y encomendadas a dos tipos de agentes totalmente aislados. La aplicación más efectiva de una política suele darse en la medida en que sus objetivos y medios van adaptándose a las condiciones específicas de sus destinatarios: nivel cultural, situación social, ubicación territorial, etc. Luego de implementar una política pública se debe evaluarla, un buen ejercicio para ello exige una previa determinación de indicadores y de valores, ¿qué hemos de medir y con arreglo a que referencia?(Vallés, 2000).

Sobre estos indicadores debemos ir aplicando un monitoreo donde se utiliza la recolección de datos que arrojan estos indicadores, con el fin de proporcionar a los elaboradores de la política pública los niveles de progreso y logro de objetivos y en la distribución de recursos. Este es un mecanismo de control de la política pública para saber si los resultados

de su puesta en marcha son positivos. En el caso de las metas asistenciales tenemos el rol de fiscalización, que cumple el rol de seguimiento y monitoreo. El Ministerio de Salud Pública se encarga del control del funcionamiento del sistema de salud, en su integración y funcionamiento. Por último, en esta etapa si se identifican errores se puede dar lugar a procesos de ajuste de la política pública.

La implementación culmina cuando finalizan las decisiones y acciones que se destinan a la población objetivo, en este caso son medidas sanitarias que recaen en la población de nuestro país. Siempre teniendo en cuenta la interacción de los actores públicos y privados donde muchas veces se generan negociaciones, donde cada uno de ellos expresa sus intereses y posiciones al respecto.

### **III- MARCO METODOLÓGICO**

Comenzamos nuestro trabajo de investigación siguiendo el método cualitativo, a partir del análisis documental, con el fin de definir en qué consistió la Reforma Nacional de Salud, cuales son los prestadores y en qué consisten las metas asistenciales. Se consultaron las leyes 18.211, 18.131, 18.161 para definir las acciones, los intereses y preocupaciones de dicha Reforma. También se utilizaron los boletines del Ministerio de Salud Pública de 2010, 2011 y 2012 para analizar la composición de metas asistenciales por período.

Por último se aplicó la técnica de la entrevista semi estructurada a actores calificados en base al formulario correspondiente al ANEXO I. Los actores que fueron escogidos para realizar las entrevistas (ver ANEXO IV) trabajaron en la redacción de la ley de la Reforma de la Salud, en la implementación del SNIS, en el área de la Salud, ya sea como médicos, autoridades, funcionarios o militantes, o bien estudiaron el sistema antes y después de dicha Reforma.

Además de esto, también se consultaron las actas parlamentarias relativas a la discusión y aprobación de la ley 18.211 y otras de importancia.

## **IV. EL SNIS Y EL NUEVO SISTEMA DE INCENTIVOS**

### ***IV.I-El sistema de salud hasta el año 2005***

El sistema anterior a la Reforma se conformaba de un sector público integrado por ASSE, Hospital de Clínicas, Servicios Municipales, etc. Este sector estaba destinado a las personas que no tenían suficientes recursos como para financiarse ellas mismas su atención médica. El otro sector privado mutual y cooperativo se financiaba por los aportes de sus afiliados y de cotizantes de la seguridad social. El sistema se completaba con la existencia de un sector privado, compuesto por Seguros Integrales y Parciales, con presencia de grupos reducidos de afiliados los cuales se conformaban de personas con altos ingresos.

Existía un Seguro de Salud de los trabajadores privados formales, administrado por el Banco de Previsión Social (DISSE), que brindaba cobertura a una parte importante de los trabajadores formales. Este no amparaba a la familia del trabajador, tampoco cuando este se jubilaba y no se incluía a los trabajadores públicos. *“En lo que respecta al modelo de atención, se caracteriza por su grado de medicalización y alta especialización, con foco excesivo en la atención curativa y tecnológica, que privilegia a los sectores de mayor complejidad tecnológica, en desmedro del primer nivel de atención. Las prácticas de medicina preventiva y promocional tienen bajo peso en el funcionamiento del sistema de salud”* (Setaro, 2013:4).

En conclusión, teníamos un sistema de salud deteriorado, con instituciones que presentaban déficit económico, con superpoblación en ASSE por personas que no podían pagar su atención en las mutualistas. El sistema de salud era entonces segmentado y fragmentado, con distintos niveles de atención, de suministro de servicios y de acceso por parte de la población.

### ***IV.II-La Creación del SNIS***

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) estableció una serie de cambios vinculados a la universalización en el acceso a los servicios de salud y a devolver la sustentabilidad al sistema. Los usuarios pueden elegir atenderse en instituciones privadas, pueden escoger a ASSE como otra opción asistencial facilitando la atención para aquellas personas de menores ingresos. Se eliminan las dobles coberturas integrales, lo cual supone un avance en términos de la utilización racional de los recursos de salud.

El financiamiento del sistema se realiza a través del Seguro Nacional de Salud, con aportes del Estado, las empresas y el aporte de los hogares beneficiarios. El Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Junta Nacional de Salud (JUNASA) asignan los fondos. Este se concreta a partir de cuotas de salud, que reciben los prestadores en función de una orden de pago emitida desde el Fondo Nacional de Salud, que se sustenta con aportes del Estado, los hogares y las empresas. Las cuotas de salud, tienen dos componentes, un componente de riesgo (cápitales) que surge de la edad y sexo de los afiliados y otro componente llamado metas asistenciales. Las capitales son un sistema de pago diferenciado en función del riesgo del grupo de los usuarios diferenciados por edad y sexo. Adicionalmente se establece un sistema de incentivos (metas asistenciales) consistente en un pago por desempeño tomando en cuenta el logro de objetivos definidos por la autoridad sanitaria.

El SNIS tiene como objetivo implantar un nuevo modelo de atención en salud, con servicios de atención integral que incluyen acciones de promoción y prevención. Debe asegurar la correcta información al paciente, el buen funcionamiento de los órganos de participación de usuarios y trabajadores y cambios en la gestión de recursos humanos y en los sistemas de información. Por último, el objetivo del financiamiento del sistema de salud es obtener fondos con criterio de justicia social y administrarlos eficazmente con el propósito de que la población reciba de forma apropiada atención sanitaria pública o privada sin que su condición económica le impida acceder a ello.

Los principios rectores del SNIS, según la Ley 18.211 art. 3, son: “a ) *la cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud, b) la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población; c) la orientación preventiva, integral y de contenido humanista, d) el respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud, e) la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones, f) la calidad de la atención, según normas técnicas y protocolos de actuación, g) el trabajo en equipos interdisciplinarios, h) la centralización normativa y la descentralización en la ejecución, i) la organización según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales de servicios, j) la eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales, k) la sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud, l) el control social de la gestión de los servicios de salud, con participación de trabajadores y usuarios, m) la intersectorial de las*

*políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población”*

De acuerdo a la publicación institucional del MSP (2009), se pueden marcar diez diferencias entre el viejo y el nuevo sistema de salud. El anterior sistema se constituía por dos subsistemas fragmentados, sin conexión entre ellos e inequitativos. Solo los trabajadores privados estaban cubiertos por DISSE y sólo se les permitía elegir un prestador privado. Los pagos de DISSE no estimulaban el cambio en el modelo de atención y a la orientación del gasto. Es decir, no producían ningún incentivo para la mejora del sistema. Se perdía la cobertura al dejar de ser activo y pasivo. No existía un marco explícito de cuáles eran los programas y las prestaciones que debían de ser obligatorias.

El actual es un Sistema Nacional Integrado de Salud único, donde se aporta por ingresos incluyendo en él a toda la población y no se pierde la cobertura al ser pasivo. El derecho a la atención en salud se extiende a la familia del trabajador, es un sistema mixto que incluye a prestadores privados sociales y a prestadores públicos en régimen de competencia/complementación dando opción a los asegurados de elegir entre lo público y lo privado. Como mencionamos anteriormente, el pago a los prestadores es por riesgo (edad y sexo). Transforma el modelo de atención hacia una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la normativa estimula dichas estrategias y al pago de un plus por performance ligado a metas de primer nivel de atención. Es importante destacar que la estrategia principal del nuevo sistema de salud tiene que ver con la atención primaria de salud, privilegiando el primer nivel de atención, fomentando las acciones de prevención y rehabilitación (MSP, 2009).

La reforma de salud, con la creación del SNIS, crea una verdadera política de rectoría y contralor a través de la firma de contratos de gestión y un marco sancionatorio, que define compromisos de las instituciones prestadoras con el cumplimiento de los programas sanitarios prioritarios. Incorpora la participación social como eje clave de la conducción de la reforma en el nivel macro (JUNASA) y en el nivel micro (Prestadores de Salud). El Estado fija objetivos, le paga a los prestadores y monitorea y controla su desempeño. (MSP, 2009).

## **V-EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU ESTRUCTURA INSTITUCIONAL ACTUAL**

La ley N° 18.211 del 5 de diciembre de 2007 crea el Sistema Integrado de Salud con los siguientes objetivos: alcanzar un alto grado de atención de la salud para toda la población mediante actividades que promuevan hábitos saludables de vida y estimulando la participación ciudadana. Implementar un modelo de atención integral basado en objetivos sanitarios priorizando al usuario y a la calidad de atención. Aplicando una estrategia sanitaria común con políticas de salud articuladas con planes de salud a nivel nacional y local. Impulsar la descentralización de la ejecución, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales. Promoviendo la participación activa de los ciudadanos y los trabajadores de la salud. Lograr el aprovechamiento racional de los recursos materiales, humanos y financieros. Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud y establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

Asimismo se han definido un conjunto de principios rectores del sistema:

- o Universalidad en la cobertura: se propone universalizar el acceso a la salud.
- o Calidad Asistencial
- o Integralidad de la asistencia en todos sus componentes: promoción, protección, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.
- o Equidad en el financiamiento del sistema, en el acceso y en la calidad de las prestaciones.
- o Eficiencia social y económica
- o Atención humanitaria
- o Participación social

### ***V.I-ASSE***

Anteriormente era un servicio desconcentrado sujeto jerárquicamente al MSP. El MSP delega ciertas facultades operativas, se le otorga a ASSE la capacidad de tomar decisiones con diferentes grados de autonomía en relación al Poder Ejecutivo. El nuevo Servicio Descentralizado ASSE deberá ejercer la coordinación con los demás organismos del

Estado que tienen servicios de salud, para consolidar un modelo de atención con estándares de accesibilidad y parámetros de universalidad a los que deberán ajustarse los servicios públicos. Deberá, según lo establece el artículo 44 de la Constitución de la República, asegurar a la población carente de recursos la atención gratuita.

Según lo expuesto por la ley 18.161, ASSE será dirigida y administrada por un Directorio compuesto de cinco miembros. Cuando el Poder Ejecutivo elabore la propuesta de Directores tendrá, especialmente en cuenta dos de los cinco miembros, que sean representativos de los usuarios y de los trabajadores de ASSE. El Directorio de ASSE tendrá a su cargo la administración del patrimonio del organismo, el logro de objetivos, metas y resultados, dictar su reglamento interno, entre otros.

Habrá un Consejo Asesor Honorario Nacional y Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, el que garantizará la participación de sus usuarios y sus trabajadores. Dichos Consejos Honorarios tendrán actividades de asesoramiento, proposición y evaluación, en sus respectivas jurisdicciones. Todos sus informes serán presentados al Directorio de ASSE, pero no tendrán carácter vinculante.

El patrimonio de ASSE se integrará con los activos y pasivos de cualquier naturaleza del órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que se transfieren de pleno derecho al servicio descentralizado creado por esta ley. Con donaciones o legados, transferencias del Gobierno Central, Intendencias Municipales u otro organismo del Estado. Los recursos de ASSE se integrarán con el producido de sus proventos, donaciones o legados que reciba. Con asignaciones resultantes de su presupuesto, aportes de la población atendida, por las cantidades que reciba por el hecho de integrar el SNIS.

En conclusión, se apunta a que ASSE cumpla el rol de un prestador más dentro del sistema. *“De esta manera, además de favorecer la capacidad de gestión eficiente de ASSE en cuanto se diluye su vínculo con el estricto marco normativo de la Administración Central, lo obliga a incluirse en el SNIS, donde no se hacen diferencias entre prestadores públicos y privados, a la vez que se establece claramente el conjunto de derechos y obligaciones de los usuarios, quienes en el nuevo marco se transforman en sujetos de derechos y no más en depositarios de la “caridad pública””* (Ministerio de Salud Pública, 2009:42). La descentralización contribuye a alcanzar la igualdad de oportunidades en el acceso por parte

de la población destinataria, y la mejora continua de la calidad asistencial y una producción eficiente de los servicios, lo cual a si mismo contribuye a una mayor equidad.

Como integrante del SNIS, ASSE será controlada por el MSP y la JUNASA, al igual que todos los prestadores pertenecientes al sistema y por lo tanto debe proporcionar información periódica al MSP. De esta forma se puede fiscalizar al igual que al resto de los prestadores del Sistema y se puede controlar el cumplimiento de las políticas sanitarias. ASSE queda obligado a cumplir con los objetivos sanitarios previstos por la autoridad sanitaria nacional.

### ***V.II-Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)***

Surgidas a partir de las “Sociedades de Socorros Mutuos” instrumentadas en el siglo XIX por los grupos de inmigrantes llegados al país, como forma de protección social ante un medio totalmente ajeno para ellos, las IAMC tienen en la actualidad como función principal la asistencia médica. La normativa vigente Ley 15.181, identifica tres tipos de IAMC: Asociaciones Asistenciales (mutualistas) las que inspiradas en los principios del mutualismo y mediante seguros mutuos, otorgan a sus asociados asistencia médica, y cuyo patrimonio está afectado exclusivamente a ese fin; Cooperativas de Profesionales, que proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social ha sido aportado por los profesionales que trabajan en ellas y los 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 del mismo (Labadie, 1997). Las IAMC son entidades prepagas de servicios de salud que otorgan una cobertura integral, no persiguen fines de lucro y que actúan como entidad aseguradora y prestadora de servicios a la vez.

El mercado de las IAMC en Montevideo es muy distinto a los que existen en las localidades del interior del Uruguay. Esto puede explicarse porque las instituciones proveedoras tienen escalas muy distintas dentro de sus asegurados: la distribución del riesgo, el número de médicos, la capacidad instalada difieren en lo que respecta a las colas y líneas de espera de los servicios y otros costos de transacción similares. El subsistema compuesto por las IAMC del interior del país se caracteriza por la existencia de mercados relativamente oligopólicos.

En términos de insumos, los mercados del interior tienen una menor oferta de médicos y otros recursos (Labadie, 1997). Otras diferencias recaen en la forma y grado de vinculación

entre las IAMC, que se encuentran organizadas de forma muy diferente. La situación genera negociaciones muy diferentes con diferentes proveedores y demandantes de servicios, entre ellos encontramos al Estado (que incluso actúa de regulador), las asociaciones profesionales de médicos y los laboratorios proveedores de medicamentos.

Las IAMC tienen tres formas típicas: las "cooperativas de productores" (médicos) en dos modalidades, y las "cooperativas de consumidores" (usuarios o afiliados) a las que normalmente se les llama mutualistas. Hay dos tipos de cooperativas médicas: las vinculadas al gremio médico local y las cooperativas médicas en las que hay un grupo de médicos socios que contratan a personal médico dependiente.

Desde que en 1943 las IAMC fueron reconocidas instituciones sin fines de lucro, en la mayoría de los casos, el cooperativista no recibe beneficios como socio, aunque sí cobra un salario en su condición de médico de la cooperativa. Según Labadie (1997) esto genera una serie de incentivos para los socios, quienes son además de directores, proveedores de las prestaciones y quienes obtienen sus rentas a través de las retribuciones personales en su calidad de médicos. Por ello, señala que por un lado se generan incentivos conflictivos en materia de utilización por la vía de la indicación de los médicos, y por otro se podría generar un incentivo para aumentar la proporción de costos asignados a las retribuciones médicas, disminuyendo eventualmente la correspondiente a las inversiones o a otros gastos.

Por otro lado, esto induce a quienes ya forman parte de las instituciones a aumentar el costo de asociarse para los nuevos médicos, aumentando los conflictos con el propio gremio, que es en algunos casos el dueño y recibe de sus asociados la demanda de pleno empleo.

Las cooperativas y mutualistas tienen una estructura de gobierno comparable a la de una cooperativa de consumidores, cuyos directores son elegidos por sus afiliados. Además de tener participación preceptiva en la directiva, los médicos son contratados y asalariados. Proveen las prestaciones, pero no deciden qué servicios genera o compra la institución. Todos estos incentivos, que obedecen a la estructura de derechos de propiedad y de gobierno de la institución y del papel desempeñado por los médicos en ella, afectan no sólo el grado de integración vertical y la subcontratación de servicios de la IAMC, sino que influyen en la estructura del gasto resultante, en los niveles de utilización de servicios en las instituciones y en las inversiones realizadas por los distintos tipos de IAMC.

### ***V.III-Seguros Privados***

Los seguros privados son organizaciones privadas con fines de lucro, su financiamiento está asociado al riesgo del individuo. La mayoría de las veces sólo cumplen la función de administradora de riesgos (aseguradora) y contrata a distintas organizaciones (públicas o privadas) para que provean los servicios de salud a sus afiliados. Su canasta de servicios en algunos casos puede estar graduada en función del nivel de aporte y riesgo del individuo. En nuestro país no necesariamente cuentan con infraestructura asistencial propia. Atienden solamente al 1,8% de la población del país (ECH 2008), que es en general, la de mayor nivel de ingresos. (MSP, 2011). Según la ley N°15.181 la asistencia médica podrá ser brindada en forma privada, ya sea particular o colectiva. La asistencia médica privada particular es la que se brinda por profesionales actuando individualmente, en equipo o a través de entidades. Esta asistencia puede ser parcial o total y se regulará por los acuerdos celebrados mediante el régimen de libre contratación. Los sanatorios y clínicas privados pueden ofrecer seguros individuales de internación, parciales o totales, en régimen de libre elección de asistencia profesional. Por otro lado, la asistencia privada colectiva es la que brindan a sus afiliados las instituciones que funcionan según las disposiciones de dicha ley.

## **VI. CONTRATOS DE GESTIÓN Y METAS ASISTENCIALES**

### ***VI.I- Los Contratos de Gestión***

La clave para cambiar el modelo de atención son los contratos de gestión, que apuntan al cambio del modelo de atención y a la mejora en la calidad de la asistencia, según el artículo 15 de la ley 18.211. Se trata de un documento que contiene un conjunto de obligaciones y sus correspondientes sanciones por incumplimiento, así como, los derechos y deberes de los usuarios del SNS. Este nuevo mecanismo de control, evidencia que pretende llevar a cabo acciones de regulación sobre los prestadores como las IAMC, condicionando las formas de pago a una determinada manera de prestar los servicios a la población. Los contratos de gestión son firmados por los prestadores y de este modo se comprometen con la JUNASA a cumplir con las obligaciones dispuestas.

Dentro del primer contrato firmado por la JUNASA, decreto 81/2012 , encontramos 62 disposiciones, entre ellas están el pago por cuota salud y meta asistencial. (Norma Vigésima Tercera del Contrato de Gestión). Estos contratos junto a las metas asistenciales están orientados al cambio de modelo de atención: “...*Que desde el SNS, a través de la estructura de los contratos de gestión por un lado y del pago por metas asistenciales por otro (un plus por encima de la cápita ajustada por riesgo), se oriente el cambio en el modelo de atención con énfasis en la atención primaria de salud*” (Olesker, Oreggioni, Setaro, 2010:168).

### ***VI.II- Metas asistenciales***

El componente meta, resulta de la evaluación de la performance institucional a través de la definición de un conjunto de indicadores vinculados a objetivos sanitarios establecidos por el Ministerio de Salud Pública. Dicho componente se propone medir el esfuerzo institucional en el cambio del modelo de atención, generando estímulos económicos que promuevan mejoras en la calidad de la asistencia a la población. El pago correspondiente al cumplimiento de la meta, tiene ajustes periódicos por IPC.

En el primer año de implementación de las mismas, se establecieron la del niño y la embarazada, la de capacitación del personal encargado de la atención al público del área administrativa y asistencial y la del adulto mayor. Las metas se dividían originalmente entre las de Salud del Niño y la Embarazada, la correspondiente a Recursos Humanos y la del Adulto Mayor.

El primer grupo de metas consistía en indicadores referidos a la salud del recién nacido, del niño en su primer año de vida y a extender la cobertura del control en salud hasta la primera infancia (hasta tres años de edad). También se concentra en la salud de la embarazada. Esta meta consistía en 12 indicadores de salud, 6 referidos al niño en su primer año de vida y 6 relacionados con la salud materna. En el caso de los niños, se monitorea la cantidad de nacidos en la institución y los derivados para control. Luego de que los mismos han cumplido un año de vida se controla que tengan un certificado de vacunación al día, cuántos han sido alimentados con leche materna, cuántos tienen estudios de cadera, HIV y VDRL para detectar casos de sífilis. En el caso de la madre, se tiene en cuenta que se efectivicen los controles correspondientes del embarazo, control odontológico, Papanicolaou, mamografías, entre otras. Actualmente, los indicadores de la meta 1 son diez: captación del recién nacido, visita domiciliaria, controles en los primeros 3 años de vida, ecografía de cadera, acreditación en Buenas Prácticas Alimenticias (BPA), embarazadas correctamente controladas, historia completa, control de HIV y VDRL, captación precoz y pesquisa de violencia doméstica.

La segunda meta consistió, en el primer año, en que las instituciones tuvieran una estructura del personal adecuada para atender a su población afiliada. Posteriormente esta meta contempló dos aspectos diferentes: la capacitación, que busca que las instituciones capaciten a su personal en temas prioritarios como hipertensión, diabetes, tabaquismo y violencia doméstica. Y la que apuesta a que cada afiliado tenga un médico de referencia asociado. Dentro de esta meta, existen dos grupos etarios: los adolescentes de 15 a 19 años y los adultos entre 45 y 64 años. Los adolescentes deben realizar una consulta obligatoria y gratuita anual, según las pautas del programa del Adolescente. Los adultos deben realizar una consulta gratuita, obligatoria y estudios de glicemia, colesterinemia y fecatest gratuitos y obligatorios.

La tercera meta es la del Adulto Mayor, que tiene como objetivo que este grupo etario posea el Carné del Adulto Mayor. El número de consultas anuales dependerá del grupo etario: grupo entre 65 y 74 años: una consulta anual, con entrega del carné del adulto mayor. Posteriormente, se incorpora el indicador de Médico de Referencia para este grupo etario. El grupo de 75 y más con dos consultas anuales, con entrega del carné del adulto mayor.

En el año 2008 la meta de la salud infantil y materna implicó \$ 50 por afiliado FONASA. A su vez, la meta de RRHH involucra un total de \$ 18 por afiliado FONASA. La meta del adulto mayor es un componente variable por institución, pero el promedio era de \$ 15. Si suponemos que la institución cumple la totalidad de las metas, cobraría por este componente \$ 83 por afiliado FONASA al mes, lo que representa aproximadamente el 9% del total de recursos que reciben las instituciones por parte del FONASA.

*“Cada tres meses las instituciones envían información de los indicadores. Si la información llega fuera de fecha, dado que alcanzar la meta supone también entregar en fecha la información, la institución cobra lo que le correspondiera a partir del próximo mes del trimestre perdiendo esa/s mensualidad/es dependiendo del tiempo de atraso registrado. Se aplica entonces una sanción económica a los prestadores, por no cumplir con el envío de información”.* (MSP, 2011: 32-35).

### **VI.III- Composición de metas asistenciales por período**

**Tabla 1. Período 2008**

| <b>Metas</b>                         | <b>Indicadores</b>   | <b>Pago</b>                                |
|--------------------------------------|--|--|
| 1-Salud del niño y la embarazada     | -Captación del recién nacido<br>-Visita domiciliaria<br>-Controles en los primeros 3 años de vida<br>-Ecografía de cadera<br>-Acreditación en BPA<br>-Embarazadas correctamente controladas<br>-Historia completa<br>-Control de HIV y VDRL<br>-Captación precoz<br>-Pesquisa de violencia doméstica                                       | 50 pesos por socio FONASA                  |
| 2-Correspondiente a Recursos Humanos | -Capacitación en hipertensión, diabetes, tabaquismo, violencia doméstica, cambios en el modelo de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud.<br>-EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), Depresión y Reanimación Cardiovascular.<br>-Porcentaje de afiliados menores de 15 y mayores de 44 años con un médico de referencia | 18 pesos por afiliado FONASA               |
| 3- Correspondiente al Adulto Mayor   | -Cantidad de adultos mayores que poseen el carné correspondiente<br>-Médico de referencia  | Variable según cantidad de adultos mayores |

*Fuente: elaboración propia en base a boletines de la JUNASA, año 2010*

En este año 2008, se introduce el pago adicional en función al cumplimiento de las metas asistenciales, asociándose a las tres metas asistenciales descriptas anteriormente.

Se pone énfasis en el control del niño: recién nacidos, captados, controlados por pediatras y odontólogos, vacunados y con ecografía de cadera. Además se exige control en su primer año de vida.

Embarazo y parto, prevención del cáncer genito mamario.

Número de médicos generales, pediatras y oncólogos cada 1000 afiliados.

Para octubre- noviembre y diciembre de este año la línea base de las instituciones se encontraba en promedio en un 83% para la derivación del recién nacido y un 86% para la captación.

**Tabla 2.Período 2009**

| <b>Metas</b>                         | <b>Indicadores</b>  | <b>Pago</b>                                |
|--------------------------------------|---|--|
| 1-Salud del niño y la embarazada     | Continuidad   | 50 pesos por socio FONASA                  |
| 2-Correspondiente a Recursos Humanos | Se incorpora medico de referencia, pasándose a llamar meta de capacitación y medico de referencia | 18 pesos por afiliado FONASA               |
| 3- Correspondiente al Adulto Mayor   | Continuidad   | Variable según cantidad de adultos mayores |

*Fuente: Elaboración propia en base a boletines de la JUNASA, año 2010*

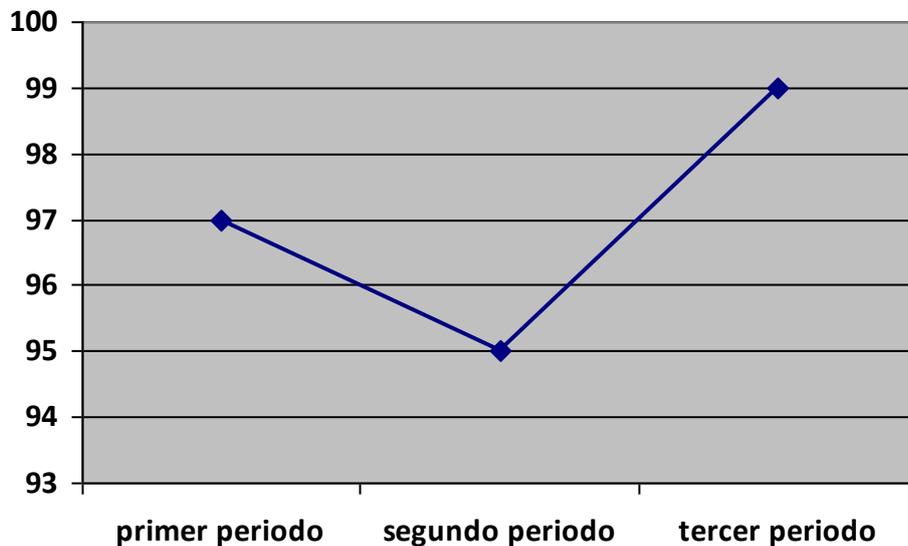
En el año 2009 las Metas Asistenciales cobraron mayor protagonismo, lo cual se vio reflejado en dos aspectos: por un lado, a partir de julio de dicho año, pasaron a representar aproximadamente el 8% del valor de la cuota salud.

Dentro de la meta 2, además de la capacitación de recursos humanos, se incorpora el médico de referencia.

Las metas vigentes durante 2009 se enumeran en el ANEXO III.

La captación y derivación del niño recién nacido, mostró un importante avance: ambos indicadores se ubicaron en promedio en 97% y 95% respectivamente. Al final del primer año, los datos julio-agosto-setiembre indicaron valores promedio que llegaron a un 99% en ambos indicadores.

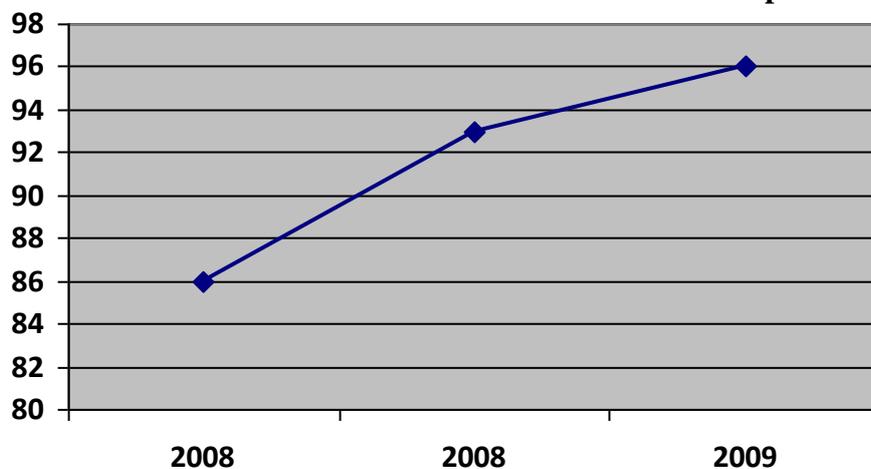
**Gráfico 1**  
**Captación y derivación del recién nacido, año 2009**



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

Con respecto al indicador que exige que las embarazadas tengan 6 controles o más al momento del parto, para el año 2008 dicho indicador comenzó con una base promedio de 86% de embarazadas bien controladas. Ya en el trimestre octubre- noviembre- diciembre, el indicador trepó al 93%. Con respecto al año 2009 dicho indicador continuó con una tendencia levemente ascendente hasta ubicarse en un 96% en el mes de julio- agosto y setiembre.

**Gráfico 2**  
**Embarazadas con 6 controles o más al momento del parto**



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

El porcentaje de embarazadas con controles de HIV y VDRL en el primer y tercer trimestre comenzó con una base de 73% en promedio, incrementándose hasta llegar a un 89% en Julio, Agosto y Setiembre.

La Meta de Dotación de Recursos Humanos fue sustituida por la *Meta de Capacitación y Médico de Referencia (Meta 2)*. La capacitación se enfoca hacia los recursos humanos, buscando que las instituciones capaciten a su personal en: hipertensión, diabetes, tabaquismo y violencia doméstica. La meta médico de referencia, busca avanzar en un proceso de vínculo de los usuarios con el médico que elija como referente. Esto es, volver al concepto de médico de cabecera o de familia, que se involucre más con el paciente en un trato más personal.

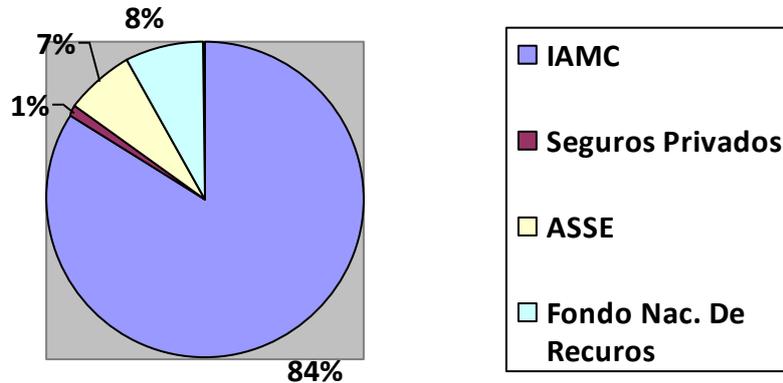
*Meta del Adulto Mayor (Meta 3)*: Esta meta toma en consideración el control de la situación sanitaria de la población mayor de 65 años, que constituye uno de los colectivos de atención prioritaria por parte del Sistema. En el caso de los menores y pasivos, sus aportes no cubrieron los egresos correspondientes, por lo que debieron recibir transferencias de los restantes colectivos y recursos fiscales. Esto responde a la lógica del Sistema Nacional Integrado de Salud que subsidia grupos más vulnerables económicamente, como los menores de edad. Asimismo se amplió la cobertura de aquellos que presenten un mayor riesgo sanitario, como los jubilados.

Podemos identificar que un 43% los ingresos del FONASA se explican por los aportes realizados por los trabajadores, donde el 25% corresponde a aportes personales básicos (3%) y el 18% restante a los aportes adicionales a cargo de los trabajadores (1,5% y 3%) destinados a la cobertura de los menores y discapacitados. Los aportes patronales (tanto públicos como privados) y el complemento de cuota representan otro 43% de los ingresos de FONASA. Por su parte, la asistencia financiera representa un 3% de los ingresos totales recibidos por el FONASA durante 2009 (JUNASA, 2009). Los egresos correspondieron mayoritariamente al pago de capitas (82%) y en menor medida al pago de metas.

Por otro lado, las IAMC recibieron un 84% de los montos que el FONASA destinó al pago de cuotas salud, mientras que a los Seguros Privados les correspondió un 1%, a ASSE un 7% y al Fondo Nacional de Recursos un 8%. Según la Rendición de Cuentas de este año, se identifica una caída en el peso de las IAMC a favor de ASSE (JUNASA, 2009).

**Grafico 3**

**Porcentaje de montos destinados por el FONASA a las distintas instituciones**



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

**Tabla 3. Período 2010**

| Metas                                | Indicadores   | Pago  |
|--------------------------------------|---|---|
| 1-Salud del niño y la embarazada     | Fortalecimiento del programa nacional de atención a la niñez<br>Detección de mujeres en situación de violencia domestica<br>De 12 indicadores se pasan a 10, 5 para la mujer y 5 para el niño | \$53.33   |
| 2-Correspondiente a Recursos Humanos | Medico de referencia promueve los programas de prevención y promoción de la salud   | \$19.90   |
| 3- Correspondiente al Adulto Mayor   | Incorpora un control de salud llamado Programa del Adulto Mayor   | \$71.54 multiplicado por cantidad de adultos mayores y dividido por la cantidad de afiliados FONASA |

Fuente: elaboración propia en base a boletines de la JUNASA, año 2010

En este año la JUNASA se propuso controlar el cumplimiento de las obligaciones asumidas contractualmente por los prestadores de la salud. Las temáticas controladas fueron: violencia doméstica, drogodependencia, cronogramas de habilitaciones de servicios y accesibilidad a los Medios de Comunicación con el Usuario, lucha contra el tabaquismo y patologías psíquicas crónicas.

Continuando con la estructura de las metas asistenciales, en este período se profundiza en los programas de promoción y prevención de la salud para los diferentes grupos de edades y a través del médico de referencia abarcando una población determinada.

Los cambios en las metas e indicadores que podemos identificar estuvieron relacionados en el fortalecimiento del Programa Nacional de Atención a la Niñez (meta 1) con énfasis en la vigilancia y control del crecimiento, el desarrollo, el cumplimiento del calendario de inmunizaciones, detección de defectos congénitos y la promoción de hábitos de vida saludables. Relevar la información del contexto socio-cultural del niño.

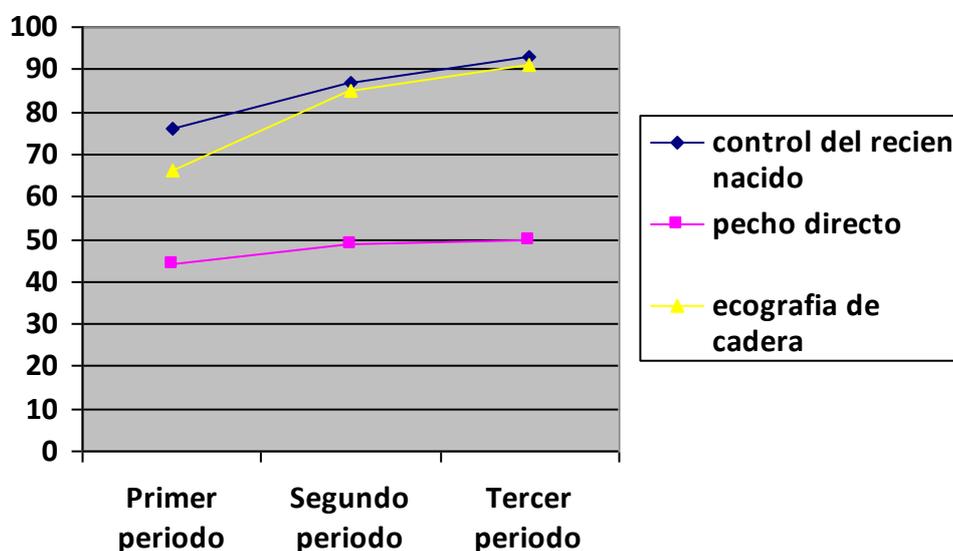
El nuevo esquema de la Meta 1 pasa de doce indicadores a diez, dividiéndose en cinco para el niño y cinco para la mujer. La derivación y captación del niño se unifican en un único indicador que contempla la captación del recién nacido. El control del niño que se limitaba al primer año se extiende a los tres primeros años y la ecografía de cadera hasta los cuatro meses de vida. Dentro del primer año se llevarán a cabo 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). En el segundo año, 4 controles (uno por trimestre) y en el tercer año, 3 controles (uno por cuatrimestre). Se deberá realizar visita domiciliaria para nacidos de riesgo afiliados a la institución dentro de los 7 días posteriores al alta.

Por último dentro de esta Meta, como mencionamos anteriormente, se controla que mujeres de entre veinte y veinticinco años que concurren al médico general y ginecólogo realicen una pesquisa sobre violencia doméstica, de acuerdo al formulario de Violencia Doméstica. Se extiende un año el período para la acreditación en Buenas Prácticas de Alimentación (BPA). Las instituciones que a ese mes estén acreditadas en BPA tendrán derecho cobrar la parte de la meta correspondiente a este indicador.

Con respecto al número de **controles del recién nacido**, para este año la cifra inicial era de 76% de niños que cumplían un año de edad estaban correctamente vacunados. Este guarismo subió a un 87% en el primer trimestre y alcanzó un 93% en el cuarto trimestre.

En relación al porcentaje de **niños con alimentación de pecho directo exclusivo durante los primeros 6 meses**, no hubo un sustancial avance en este indicador. El mismo pasó de un 44% en su línea de base a un 49% en el primer trimestre y un 50% en el segundo. En el caso del indicador referido al porcentaje de **niños de un año con ecografía de cadera realizada antes de los 4 meses de vida**. El indicador comenzó con una línea de base promedio de 66%, trepó en el primer trimestre al 85% y finalizó, en el cuarto trimestre, con un 91% de niños con ecografía de cadera realizada antes de los 4 meses de vida.

**Gráfico 4**  
**Resultados de algunos indicadores de la meta 1, año 2010**



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

Por último, con respecto al indicador que refiere al porcentaje de embarazadas que las instituciones captan en el primer trimestre de embarazo. El mismo comenzó con un promedio de 68%, y fue incrementándose hasta alcanzar en el 4to trimestre el 82%.

Con respecto a la capacitación, se agregan otros cuatro temas: cambios en el modelo de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud, EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y Depresión. El tercer módulo consiste en la capacitación en Reanimación Cardiovascular. También se consideran los cursos de capacitación en otros temas propuestos por la institución, siempre y cuando cumplan con las pautas establecidas por la JUNASA. Se extiende la población objetivo abarcando en este período a todos los trabajadores de la salud. Además de los temas obligatorios a tratar por las instituciones se puede hacer elección de otros temas de carácter opcional. Los temas obligatorios fueron: Depresión, Violencia Doméstica, Salud Sexual y reproductiva, Modelo de Atención y Medico de referencia. Por su parte los opcionales fueron: Tabaquismo, Adicciones, Trastornos nutricionales, Bioética, Seguridad del paciente y Accidentes de tránsito (JUNASA 2010: 25).

La segunda dimensión dentro de esta meta intenta estructurar el primer nivel de atención, volviendo a la figura del médico de familia o de cabecera que pasa a tener a cargo a una

población de referencia y velar por su bienestar. Se busca abordar a la población teniendo en cuenta factores socio-epidemiológicos, de riesgo, individuales y comunitarios. Monitorear a la población usuaria en base a pautas avaladas por el MSP. Dentro de los grupos poblacionales encontramos a los adolescentes, se exige que los médicos de referencia de la institución sean capacitados en base al “Programa de salud y adolescencia y aplicación de Historia SIA<sup>1</sup>”. Otro grupo poblacional comprende a las personas de 45 a 64 años, las cuales deben ser evaluadas a través de un control de salud que detecta los factores de riesgo y morbilidades. La detección de las mismas se lleva a cabo mediante un examen físico, charlas con el paciente y análisis paraclínicos. Lo anterior se denomina screening preventivo o estudios de detección preventiva.

Por último, cabe señalar que los médicos de referencia deberán recibir una capacitación en el Programa Nacional del Adulto Mayor y en el llenado del Carné del Adulto Mayor. Esta capacitación podrá ser tomada en cuenta para computarse en la Meta Capacitación, validándose como una de las materias opcionales de dicha meta. Los resultados con respecto a este indicador son: a nivel general, un 25% de los afiliados menores de 15 años y mayores de 44 años tienen un médico de referencia asignado. Si se observa los subgrupos separadamente, podemos ver que hay un porcentaje mayor de afiliados referenciados en mayores de 44 años (27%) que en los menores de 15 años (21%).

La Meta 3 del adulto mayor, también experimenta modificaciones, pasa del uso del Carne del Adulto Mayor a sumar un control de salud que exige que el adulto mayor posea un médico de referencia y se controle con la periodicidad que exige el Programa de Adulto Mayor. Los adultos entre 65 y 74 años deben tener un control anual y los mayores de 75 años deben tener dos controles anuales como mínimo, esto es, uno en cada semestre.

Con relación a las cifras obtenidas por la JUNASA sobre el desempeño de las instituciones de la salud, tenemos que en la mayoría de los indicadores los desempeños superaron las metas fijadas en el último trimestre del año. Según los datos arrojados por la JUNASA se superó la meta establecida para los controles de adolescentes y adultos.

---

<sup>1</sup> El Sistema Informático del Adolescente tiene por principal objetivo mejorar la calidad de la atención de los adolescentes en los servicios de salud. Pretende favorecer el conocimiento epidemiológico, la evaluación y el desarrollo de programas, acorde a las necesidades de salud del grupo. El SIA está constituido por la Historia del Adolescente (HCA), formularios complementarios como el de Evolución, y un programa de computación que facilita el procesamiento local de la información para asegurar la calidad de atención brindada.

## **Período 2011**

Se da continuidad al médico de referencia, responsable del control de salud y monitoreo de su población usuaria asignada, desde una perspectiva de promoción y prevención de la salud. Los programas de niñez, mujer y género, violencia doméstica, adolescencia y adulto mayor han materializado a través de las metas los aspectos considerados de relevancia en la práctica de los equipos de salud del primer nivel de atención. En este año, la información que pudo ser recabada se refiere al desempeño de las Metas 2 y 3.

### *Enero, Febrero y Marzo de 2011*

En la Meta 2, como hemos mencionado anteriormente, existen dos indicadores para dos poblaciones diferentes. Uno se basa en las consultas de los adolescentes (de 15 a 19 años) con su médico de referencia. El otro se refiere a un estudio preventivo, para los afiliados entre 45 y 64 años, siempre con su médico de referencia. Con respecto al indicador de las consultas de los adolescentes, 30 instituciones cumplen totalmente con la meta planteada, 10 acceden a un cumplimiento parcial y 6 no alcanzan el mínimo requerido. Si se observa el cumplimiento del indicador de consultas de los adultos entre 45 y 64 años, 35 instituciones cumplen totalmente con la meta planteada, 8 la cumplen parcialmente y 3 no alcanzan el mínimo establecido.

La Meta 3 contiene dos grupos etarios diferentes: los adultos mayores entre 65 y 74 años y los adultos mayores de 75 años. Dijimos que su objetivo es el control del afiliado con su médico de referencia, con entrega del Carné del Adulto Mayor. En consultas de adultos mayores de 65 y 74 años, 40 instituciones han alcanzado la meta propuesta, una alcanza un cumplimiento parcial y 5 no alcanzan el mínimo establecido. En lo que respecta a la cantidad de consultas, las de adultos mayores entre 65 y 74 años se ubicó en 21,3%, siendo la meta un 15%. Si se observa la cantidad de adultos mayores que tuvieron una consulta en el segundo semestre 2010 y una consulta en el primer semestre 2011, siempre con su médico de referencia, se alcanza un cumplimiento del 9,7%, siendo la meta del orden del 5%. Es decir que en el caso de la cantidad de consultas de adolescentes y de adultos mayores, podemos observar que en los dos casos se superó el objetivo establecido (JUNASA Boletín N° 14, 2011).

#### *Abril, Mayo y Junio de 2011*

Tanto para el indicador de consultas de adolescentes entre 15 y 19 años como para el indicador de consultas de adultos entre 45 y 64 años, se superaron las metas planteadas para el trimestre. El cumplimiento promedio de consultas de adolescentes se ubicó en un 17,9%, mientras que para el indicador de consultas de adultos, se alcanzó un 16,4% de cumplimiento, siendo la meta planteada de un 15% en ambos indicadores.

#### *Julio, Agosto y Setiembre de 2011*

El cumplimiento promedio de consultas de adolescentes se ubicó en un 23,1%, mientras que para el indicador de consultas de adultos, en promedio se alcanzó un 21,5% de cumplimiento, siendo la meta planteada de un 20% en ambos indicadores.

#### *Octubre- Noviembre y Diciembre de 2011*

En promedio se superaron las metas, tanto para el indicador de consultas de adolescentes de 15 a 19 años como para el indicador de consultas de Adultos entre 45 y 64 años. En los controles de adolescentes, 31 instituciones alcanzaron la meta, 9 alcanzaron un cumplimiento parcial, 5 no alcanzaron el mínimo establecido y 3 no enviaron la información correspondiente. En los controles de los adultos, 35 alcanzaron la meta, 4 lo hicieron parcialmente, 3 no alcanzaron el mínimo para obtener pago proporcional y 2 no enviaron información. En las consultas a los adultos mayores entre 65 y 74 años, 29 instituciones cumplieron con la meta, 10 obtuvieron un cumplimiento parcial, 2 no alcanzan el pago proporcional y 5 no enviaron información. Con respecto a las consultas de los adultos mayores de 75 años y más, 37 instituciones lograron alcanzar la meta, 3 obtuvieron un cumplimiento parcial, una no logró cumplirla parcialmente y 5 no enviaron información (JUNASA Boletín N° 21, 2012).

## **VII. CONTROL DE METAS ASISTENCIALES**

Actualmente estamos en presencia de nuevos procesos de construcción institucional del Estado, entre los que se encuentra el fortalecimiento de los mecanismos de fiscalización. Los mecanismos de fiscalización han cobrado importancia dentro de los esquemas de tipo Nueva Gestión Pública, actualmente los Estados tienen nuevos requerimientos informativos para la adopción de decisiones, hay más necesidad de manejar información y se hace fundamental una mayor transparencia de las instituciones públicas. El Estado tiene que proporcionar los mecanismos para que cada persona pueda ser parte de los procesos de gestión, que conozcan sus deberes y derechos y tengan acceso a la información.

Además de estos elementos debemos sumar el contralor por parte de las organizaciones de la sociedad civil y la ciudadanía, que permita una retroalimentación constante de la gestión pública y la construcción de indicadores. Esto permite como resultado una apertura en la participación de la sociedad civil. (CEPAL, 2010).

La fiscalización tiene un fin primordial, evaluar en el ex ante y en el ex post de cualquier proyecto. Se buscan los resultados óptimos de cualquier proyecto, se busca alcanzar su eficacia y eficiencia. En nuestro país podemos citar ejemplos de mecanismos de fiscalización, no solo en el MSP al que haremos mención en el siguiente subcapítulo sino también en la Dirección General Impositiva (DGI). Actualmente ha ampliado las medidas de control a instituciones sobre posible evasión de impuestos.

### ***VII.I. Fiscalización del Ministerio de Salud Pública***

La división de fiscalización se crea mediante el decreto 433/2008, como una división centralizada, con dependencia de la Dirección General de la Salud (DIGESA) del MSP. Tiene como competencias la inspección de todo establecimiento que fabrique, almacene, distribuya o entregue bienes de consumo que incidan en la salud humana. También tiene la inspección de todos los prestadores de servicios dirigidos a la atención en salud en su funcionamiento y sus posibles riesgos de todo tipo. A dichas competencias también se le suma un constante seguimiento de todas los establecimientos y prestadores. Desde 2008 son responsables del contralor del cumplimiento de las Metas Asistenciales que el MSP y JUNASA determinan para el SNIS.

El proceso de inspección se realiza bajo criterios técnicos y conocimiento científico, de acuerdo a las prioridades sanitarias establecidas por la DIGESA de acuerdo a criterios de riesgo sanitario. Esta división evalúa la eficacia y eficiencia en el caso de las prestaciones sanitarias en el SNIS y aprueba las guías de trabajo de los programas de capacitación que señalamos anteriormente en este trabajo cuando hicimos referencia a la meta de capacitación y recursos humanos. Propone acciones correctivas frente a los resultados de monitoreo sobre el funcionamiento de los servicios de salud y calidad de los productos comercializados.

Hasta el año 2005, este brazo rector del MSP contaba con apenas 20 inspectores, distribuidos en diferentes reparticiones del ministerio, lo que conspiraba contra el ejercicio de sus responsabilidades de rectoría. No existía un marco de referencia claro y unificado para la actuación de los funcionarios, como consecuencia de todas estas distorsiones, el número de habilitaciones de servicios y productos de salud era muy bajo. Se imponía entonces darle un impulso al proceso de inspección, fiscalización y habilitación de servicios y productos (MSP, 2009). Debido a esto la DIGESA elaboró un plan de reestructura, que se orienta por los valores esenciales de la imparcialidad, la transparencia, la eficiencia y la calidad de los resultados. Para tal fin, se crean tres nuevas divisiones: Fiscalización, Normas e Investigación y Habilitación Sanitaria, cada una bajo coordinación de la DIGESA. (OPP-AGEV, 2009: 67)

El proceso de reestructura de esta división fue realizado por el MSP con el asesoramiento de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y la Oficina Nacional de Servicio Civil. Los lineamientos de la reestructura fueron los establecidos por la Presidencia de la República en el documento “Transformación Democrática del Estado”, que guiaron el proceso 2005-2010. (OPP, 2007) De nuestras entrevistas con informantes calificados, podemos inferir que el proceso de reforma de la Dirección General Impositiva, que acompañó al proceso de implantación del Impuesto a la Renta en 2007, fue un modelo muy importante para el MSP<sup>2</sup>.

La División Fiscalización es fundamental en el control del funcionamiento del sistema de salud, por tanto es muy relevante ver su integración y funcionamiento. En primer lugar, el

---

<sup>2</sup> El proceso preveía un sistema de alta dedicación e incompatibilidades similar al de los Fiscales que se desempeñan en la DGI. Pero el proyecto del MSP debió moderarse un tanto, en función de las limitaciones financieras para establecer un régimen similar en el MSP.

Departamento de Programación, Control y Logística, que tienen la responsabilidad de organizar, gestionar y evaluar la tarea del cuerpo de inspectores. Segundo, el Departamento de Inspección, organizados en equipos bajo un régimen alta dedicación y bajo capacitación continua. Con incompatibilidades claramente detalladas, entre ellas, la dependencia, asesoría, auditoría, consultoría, sociedad o dirección de personas físicas o jurídicas, públicas o privadas que se encuentren bajo inspección de las oficinas de las que ellos dependan. El trabajo de los inspectores está regulado por Compromisos de Gestión. El 10% del salario está asociado al cumplimiento de metas. Se fijan indicadores y metas de gestión trimestrales, cuyo cumplimiento será evaluado por el Departamento de Programación, Control y Logística.

El Compromiso de Gestión de los Fiscales es un contrato entre DIGESA y estos funcionarios públicos, en el cual se establecen una o varias metas, individuales y colectivas, a ser alcanzadas por los funcionarios en un tiempo determinado. Si se cumple con dichas metas en el tiempo acordado los funcionarios recibirán una compensación especial correspondiente al cumplimiento del compromiso de gestión y obliga a la DIGESA a su pago. Los funcionarios tienen la obligación de cumplir en tiempo y forma las metas establecidas con todas las disposiciones técnicas y reglamentarias de DIGESA. *“El primer compromiso de gestión es para los meses de marzo, abril y mayo de 2009 y comprende las siguientes responsabilidades: a) curso de capacitación obligatorio para los funcionarios de la División de Fiscalización (con una asistencia exigida de 100%); b) concurrencia a las reuniones para análisis de casos y c) para aquellas de planificación de inspecciones y solución de inconvenientes en su desarrollo (90% de asistencia mínima); d) asiduidad (presentación de planillas con el control de horas dedicadas a cada empresa, institución, etc.)”* (MSP, 2009:76).

### ***VII.II. Auditoría de las metas asistenciales***

El cuerpo de Fiscalización tiene un papel fundamental en el control del cumplimiento de las Metas Asistenciales del SNIS. Toda la información presentada sobre las metas asistenciales debe de estar contenida en las historias clínicas, documentos que luego serán auditados. Para la auditoría se selecciona la historia clínica del mes que se va a auditar para ver si la información corresponde a los resultados presentados. En caso de encontrarse alguna omisión, falla o error en la información declarada por la meta, que no sea

consistente con la información contenida en las historias clínicas, el ministerio puede aplicar deducciones financieras como forma de sanción.

Por último, podemos citar como ejemplo de los mecanismos de auditoría el caso de la Meta 2 de Capacitación. El primer nivel de auditoría es el presencial: *“Las Direcciones Departamentales concurren a los cursos de capacitación en los días y horarios estipulados en el cronograma del curso. Allí se releva si efectivamente el curso se está realizando, si el tema corresponde al planteado en el cronograma, cuántas personas hay presentes y si se realizó un control de asistencia. Además de esta información básica, los auditores recaban información sobre cualquier irregularidad que pueda constatarse durante el dictado de los cursos. El segundo nivel de auditorías consiste en el control de calidad de las planillas electrónicas enviadas por las instituciones. Estas planillas, que contienen información sobre cada uno de los trabajadores capacitados y las jornadas en las que participó, se comparan con las listas de asistencia firmadas, para verificar que el funcionario efectivamente concurrió a la jornada”*. (JUNASA Boletín N° 3, 2010: 4).

## **VII. ANÁLISIS DE ENTREVISTAS CON ELITES SECTORIALES.**

Primeramente, a través de las entrevistas, indagamos sobre los propósitos que los actores sectoriales buscaban lograr a través de la aplicación de las capitas y metas asistenciales. Este nuevo sistema de pago a los prestadores de salud procura transformar el viejo sistema de salud, introduciéndolo una lógica de funcionamiento diferente, que trataremos de describir aquí (Setaro, 2013). Para elaborar esta sección consultamos a políticos, técnicos estatales y académicos que trabajan en políticas de salud.

Los informantes manifestaron que las capitas son un pago prospectivo, que paga a los prestadores por persona y en previsión de todas las prestaciones que la misma necesite. La cápita es el sustento del sistema de pago, y el FONASA le da sustento a través los aportes progresivos según ingresos y según la capacidad de pago de las personas. El FONASA paga a los prestadores sobre una base capitativa, que a la vez se ajustó tratando de que esa cápita refleje lo más posible al concepto de necesidad en salud. Se trata de cubrir con lo que se le da al prestador la necesidad del individuo, lo más parecido a lo que sería la necesidad futura. Las capitas por riesgo, en este caso evalúan la edad y el sexo. Esto explica lo que mencionamos anteriormente, sobre la selección de algunos prestadores según la edad de la población, ahora tienen una cápita mayor por incluir a los menores de un año y los adultos mayores.

Con respecto a las metas asistenciales, es importante distinguir primeramente sobre lo que manifestaron los integrantes del gobierno, sobre qué aspectos querían fomentarse con las mismas. Buscaron que las instituciones que integraran el SNIS, tuvieran programas de salud que se ajustaran a las características demográficas y epidemiológicas del país. Era necesario generar un estímulo adicional a la probabilidad de riesgo, para estimular comportamientos sanitarios. Se buscó que las mismas se definieran en el ámbito de la JUNASA, escuchando a todos los actores presentes porque eran necesidades poblacionales. Tenemos un conjunto de metas vinculadas a mejorar las condiciones de salud de la población, la esperanza de vida al nacer o la esperanza de vida saludable. Otro conjunto de metas proponen reducir las desigualdades mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables, mortalidad materna e infantil. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, financiamiento de la atención en salud. Por último, garantizar que la

salud contribuya al combate de la pobreza mediante metas para reducir la desnutrición en menores de 5 años.

Desde el mundo académico, los estudiosos de la salud consultados creen que pueden existir o no, pero es factible tener información, disponer de elementos para poder exigirle a los prestadores. Consideran que las metas asistenciales son una cosa importante que incluyo la ley en parte porque es una manera de medir si se generan cambios o no en el suministro de los servicios y no se deben ver sólo como premio y castigo. Se acepta la idea de que las metas asistenciales buscan incentivar determinados cambios en el modelo asistencial o el modelo de gestión, que sean incentivos que se puedan dar por un tiempo acotado y que cambien la forma de organización y de trabajo.

En el caso de la estructura de las capitas, identificamos que hay opiniones acerca de que se podrían incluir otros indicadores como ubicación geográfica, que afinarían más la clasificación de la población. Para los informantes pertenecientes al gobierno anterior y algunos estudiosos de la salud, incluir esto en la clasificación requería un nivel de información muy alto, muy costoso y en términos marginales creen que le aportaría muy poco a la probabilidad de riesgo. Uno de los estudiosos sobre políticas de salud manifestó que no sería costosa, debido a la superficie y población de nuestro país. Cree que en la práctica es importante incluir la localización geográfica porque lo público y privado en un nivel micro a veces no se complementan y eso atenta contra el objetivo de construir un sistema integrado.

Con respecto a la pregunta central de nuestro trabajo respecto a los impactos o efectos de las metas asistenciales dentro de las instituciones, los entrevistados consideran que las metas asistenciales son positivas, porque es la primera vez que los prestadores deben responder por su desempeño. El MSP establece los objetivos y a través de la JUNASA se acuerdas Metas concretas con cada prestador. Luego hay un control muy estricto, por vía del cuerpo de Fiscalización, que son quienes habilitan o no el pago a los prestadores.

Un informante del MSP agrega que el nuevo sistema fue positivo en algunas instituciones, porque se observan avances en sus mecanismos de control asistencial, en la evaluación del trabajo, en los sistemas de información que tuvieron que diseñar. Contribuyó en descubrir problemáticas dentro de la institución que no se tenían en cuenta o se desconocían. Los miembros del gobierno anterior, creen que las metas les dan más trabajo a las instituciones y esto genera disconformidades. La idea es fortalecer el primer nivel de atención y por lo

tanto esto genera mayor trabajo desde las instituciones y mayores costos. Aunque piensan que les generará ahorros en el mediano y largo plazo. Lo que de alguna manera expresan que pretende la meta es financiar esos costos de reconversión de las instituciones para la atención en el primer nivel, control de las embarazadas, de los niños, vacunación, etc.

Lo anterior nos lleva a la cuestión de si en verdad son fácilmente cuantificables. La mayoría de nuestros entrevistados cree que no. Uno de los informantes considera que es necesario medirlas en indicadores cuantitativos y cualitativos. No tratar de expresar todo en números según una lógica economicista. En este caso las metas deberían combinar indicadores cualitativos y cuantitativos, en el sentido de que no alcanza con decir si se atendió a un número determinado de población sino también como se la ha atendido. Los miembros del gobierno anterior, creen que hay resistencias de parte de las instituciones, en el sentido de que ha habido quejas sobre la excesiva documentación que tienen que presentar, sobre todo a lo que se exige a través de las metas asistenciales. Creemos que siempre persistirán estas tensiones porque siempre se presentarán nuevos desafíos a las instituciones por parte de las metas asistenciales, por lo tanto las mismas deberán administrarse de la mejor manera posible

Por último, con respecto al impacto de las metas asistenciales en ASSE, los informantes creen que la aplicación de las mismas es beneficioso, pero que tiene problemas para cumplir con las mismas exigencias que los privados. Consideran que la población de ASSE es distinta a la población que se atiende en el sector privado. Además, tiene tareas que el sector privado no tiene: personas privadas de la libertad, la salud de los ancianos, las políticas de drogadicción, las personas en situación de calle, etc. Entonces la diferencia está en que ASSE cumple con otros objetivos sociales, por ello le resulta difícil alcanzar el mismo nivel en cumplimiento con las metas de los privados. Otros consideran que existe una asimetría en el control de cumplimiento de las metas entre el sector privado y ASSE y la imposibilidad de esta última de alcanzarlas, evidencia una disparidad de criterios del regulador que termina afectando la equidad. Y agregan una ineficacia organizacional del sector público para cumplir con las metas. Nos apoyamos en la opinión del presidente del SMU, Julio Trochansky, quien cree que hoy ASSE está desbordado, lo que le impide realizar todos los cambios que podría haber hecho. Una de las grandes dificultades pasa porque se maneja una institución de esta magnitud para todo el país cuando deberían existir cuatro regiones, con un nivel máximo de usuarios. (El observador, 2013).

## VIII. CONCLUSIÓN

Una vez realizado este trabajo de investigación podemos decir primeramente que la Reforma de Salud es una reforma de tipo Nueva Gestión Pública porque encontramos la finalidad de fomentar que los prestadores, ya sean públicos o privados, actúen en función de maximizar su eficiencia particular. Segundo, se introduce la lógica de mercado en los servicios públicos pero es el Estado, como hemos mencionado anteriormente, quien debe velar porque los servicios se concedan efectivamente.

Hay una expansión de servicios de Bienestar donde participan actores privados, generándose cambios en la estructura estatal. Nuestro país tiene un esquema de Bienestar temprano, que se mantuvo hasta llegar al primer gobierno de izquierda donde se implementaron una mayor cantidad de medidas sociales. Actualmente es un Estado que concentra mayor poder, que fiscaliza el cumplimiento con los objetivos sanitarios, y es el encargado de aplicar premios y castigos. El Estado busca la eficacia y eficiencia de los servicios, entre los cuales las metas asistenciales son una herramienta clave para lograr mejorar el rendimiento de las instituciones de la salud. El Estado comienza a desarrollar la capacidad de controlar e implementar el nuevo sistema de pago, a través de un proceso de fortalecimiento institucional que todavía está en su inicio. La reforma de salud, con la creación del SNIS, crea una verdadera política de rectoría y contralor a través de la firma de contratos de gestión y un marco sancionatorio, que define compromisos de las instituciones prestadoras con el cumplimiento de los programas sanitarios.

Por otro lado, luego de nuestra investigación, nos parece pertinente cuestionar la idea de “reforma”. En nuestra opinión, deberíamos introducir el concepto de proceso, más que de Reforma, porque consideramos que se trata de un proceso de cambio que todavía tiene mucho por transitar. Quizá el modelo original no se corresponde en parte con lo que es este proceso de cambio, donde entraron en juego otros actores y eso lleva a determinados costos políticos, restricciones fiscales, ganadores y perdedores.

En nuestro estudio pudimos observar resultados a corto plazo, con indicadores que reflejan el cumplimiento de los parámetros que se buscan alcanzar a través de las metas asistenciales. Esto es, hay una mejora en el desempeño de la institución y de su proceso para alcanzar un primer nivel de atención. Por lo tanto las metas asistenciales tienen el

objetivo de evaluar la performance de las instituciones, además querer generar el cambio del modelo de atención.

Con respecto a nuestro objetivo general podemos decir que las metas asistenciales han tenido efectos positivos en la estructura interna de los prestadores de salud. Se buscó el cambio en las instituciones a través de incentivos monetarios como estímulo para cambiar la gestión de los prestadores y avanzar hacia ciertos objetivos comprendidos en indicadores que favorecen al sistema sanitario. Con respecto a las instituciones, se han logrado avances con respecto a una mayor cobertura de la población, la calidad de los servicios, los modelos administrativos han mejorado. El control por parte del MSP y el pedido de información a las instituciones han contribuido con la mejora de la gestión de las mismas. A grandes rasgos en nuestro análisis de algunos de los indicadores de las metas asistenciales, pudimos observar que la mayoría de los prestadores han podido implementar y cumplir con las exigencias propuestas.

Con respecto a las críticas que podemos hacerle a estos mecanismos de asignación de recursos, tenemos por un lado el diseño de las mismas. Según algunos de los entrevistados se evidencian continuos cambios por parte del regulador tanto en el número de metas como en su composición y forma de evaluación. Además, las metas no reflejan el porcentaje de casos tratados adecuadamente y las exigencias no son variables para cada institución si se tiene en cuenta su situación inicial. Tampoco se percibe que las metas operen como un pago extra a las instituciones, porque fue financiado con los recursos que estaban incluidos en el financiamiento que las instituciones percibían con anterioridad a la Reforma y que posteriormente se hizo con ajustes de precio de las capitas menores a los que se correspondían según los costos del sector<sup>3</sup>.

La mejora del sistema de información aun trae disconformidades y no se ha logrado por parte del Ministerio contar con información de calidad y completa por parte de las instituciones. Se identifican asimetrías en la información, lo cual es un impedimento para la eficiencia y la reducción de costos. Demandan más personal (recursos humanos) para las tareas administrativas y para mejorar el sistema de información. Se debe además mejorar la administración de los recursos porque la mayor parte de las personas se encuentran en las IAMC. Estos factores hacen que se sigan teniendo dificultades en la atención, por existir

---

<sup>3</sup> Sobre este tema, hay publicaciones realizadas por institutos privados de investigación (Observatorio de Salud, 2012).

sobrepoblación en algunas instituciones lo que genera demoras en la atención y falta de materiales suficientes. Esta idea se vincula con el objetivo de la complementación entre lo público y lo privado que fue expuesto con claridad en el proyecto de Reforma y sus fundamentos referidos al cambio de gestión. Luego en la ley 18.211, se descarta totalmente la idea de complementación. Justamente otra de las cosas que observamos es la falta de coordinación entre lo público y lo privado, creemos que dentro de este proceso de cambio se les ha exigido más a los prestadores privados.

Estos son a nuestro juicio algunos de los deberes de este proceso de cambio, que como tal aún le queda tiempo por transitar y mejorar. Estamos evaluando procesos intermedios no finales, guiándonos por la información reportada por el regulador y la mirada de actores involucrados con la reforma. Lo que consideramos de mayor importancia es educar a la población sobre la importancia de la prevención que es en definitiva uno de los objetivos más fuertes de esta Reforma y que aún no se ha logrado: alcanzar el desarrollo de un primer nivel de atención con alta capacidad de resolución.

#### ***IX.1. Futuras líneas de investigación***

Esta es una Reforma muy joven que tiene algunos deberes, como cualquier proceso de cambio aún tiene aspectos por transitar y mejorar. Según la evidencia recogida, en algunos casos se nos manifestaron ciertas inquietudes que podrían ser fruto de investigaciones futuras. Primeramente, sería positivo que se estudie sobre cómo podría incluirse a la población excluida del mercado formal. Se debería avanzar hacia un funcionamiento similar al de ASSE, en la incorporación de usuarios por vías no contributivas.

Otro aspecto tiene que ver en cómo podría lograrse una mayor participación de médicos y trabajadores que se involucren más en las decisiones y sugirieran maneras de mejorar el sistema de información que declara sobre la performance de las instituciones.

Lo anterior es a modo de acentuar lo que ya se ha construido e institucionalizado, tenemos un sistema y un Estado funcionando en medio de una Reforma ya instaurada en nuestro país. Ahora debemos seguir los pasos para que la misma siga avanzando y perdurando en el tiempo. Aún se debe lograr la integración del sistema de salud uruguayo, construir la red integrada, a través de la complementación público-privada.

## BIBLIOGRAFÍA

**AGUILAR VILLANUEVA, L. (1992):** “*El estudio de las políticas públicas*”. México: Porrúa.

**AGUILAR VILLANUEVA, L. (1992):** “*La implementación de las políticas*”. México: Porrúa.

**AGUERREGOYEN, L. (2013):** “*Mas Salud*” *Los efectos de las metas asistenciales y su relación con el cambio de modelo de atención en salud*. Tesis de grado de la carrera Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

**BUGLIOLI M. y ORTÚN V. (2000):** “*Sistemas de ajuste por riesgo*”, Revista Médica Uruguaya, Vol. 16, N° 2.

**CEPAL (2010):** “*La Nueva Cultura Ciudadana en la Transparencia y Fiscalización en la Gestión Pública por Resultados, en La Evaluación Social de Proyectos Públicos y en la Rendición de Cuentas*”. Disponible en: [www.cepal.org](http://www.cepal.org)

**ESPING-ANDERSEN, G. (1990):** “*Three Worlds of Welfare Capitalism*”. Cambridge: Polity Press.

**OSBORNE, D., GAEBLER, T. (2002):** “*La Reinención del Gobierno. La influencia del espíritu empresarial en el sector público*”. Ediciones Paidós Iberica, Barcelona.

**RAMOS, C. (2003):** “*La reconstrucción gerencial del Estado. Enfoques Políticos sobre la “Nueva Gestión Pública”*”. Ed. Banda Oriental, con colaboración de la Embajada de los Estados Unidos y el Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales.

**RUBIO, E., RAMOS, C. (2009):** “*Los cambios de fondo. La transformación democrática del Estado*”. Memorando OPP. Disponible en: <http://www.vertiente.org.uy/content/docs/Gobierno-FA/rubio/Rubio-B-Transformacion-Democratica-del-Estado.pdf>

**FILGEIRA, F. (2007):** “*Nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada*”. Documento de Trabajo, Serie Políticas Sociales N°135. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.

**FILGUEIRA, F. (1997):** “Tipos de welfare y reformas sociales en América Latina. Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada” en el marco del proyecto “*Social Policy and Social Citizenship in Central América*”. Social Science Research Council.

**FUENTES, G. (2010).** *El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma de salud del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible*. Revista Uruguay de Ciencia Política Vol. 19 N° 1. ICP. Montevideo.

**JUNTA NACIONAL DE SALUD (2010-2012):** “*Boletines sobre metas asistenciales*” (año 2010, 2011,2012). Ediciones del N°1 al N° 23.

**LABADIE, J. (1997):** *“Regulación y desempeño comparado de dos subsistemas privados de salud en el Uruguay”*. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C.

**LABADIE G. y A. RAMOS y D. SANCHEZ (1994):** *“Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: regulación y desempeño”*, CEPAL, Serie Política Sociales N° 6, LC/L.867, Santiago de Chile.

**MIDAGLIA, C. y ANTIA, F. (2007):** *“La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?”* Revista Uruguaya de Ciencia Política Vol. 16 N° 1

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2008):** *“Instructivo de Metas Asistenciales”*. Material de Facultad de Enfermería.

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2009):** *“La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud”*. MSP. Uruguay.

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2011):** *“Transformar el Futuro: metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud”*. MSP. Uruguay.

**MOREIRA C. y SETARO M. (2002):** *“Alternativas de reforma del sistema de salud en Uruguay”*, dentro de *“Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)”* Compilado por María Ester Mancebo, Pedro Narbono y Conrado Ramos. ICPFCS- UDELAR /Editorial Banda Oriental.

**MUÑOZ, M. J. (2006):** *“Reforma en la Salud, arte y parte en la Reforma del Estado”* Transformación, Estado y Democracia. Revista de la Oficina Nacional del Servicio Civil (32):65-76.

**OBSERVATORIO SALUD (2012)** *“Pago por cumplimiento de metas, ¿una herramienta potente mal utilizada?”*. Disponible en:  
[http://www.observatoriosalud.org.uy/descargas/Pago\\_por\\_cumplimiento\\_de\\_metas.pdf](http://www.observatoriosalud.org.uy/descargas/Pago_por_cumplimiento_de_metas.pdf)

**OLESKER, D. (2009):** *“Balance de lo actuado. Ministerio de Salud Pública”*. Disponible en: [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

**OLESKER, D. (2009):** *“Crecimiento e Inclusión: logros del Gobierno frenteamplista”*. Ediciones Trilce.

**OLESKER, D., OREGGIONI, I. y SETARO, M. (2010):** *“La reforma de la salud: una síntesis final”* en *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud* pp166-173. MSP- Banco Mundial.

**OPP (2007):** *“Memoria institucional de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Transformación Democrática del Estado”*. Disponible en:  
[http://archivo.presidencia.gub.uy/\\_Web/MEM\\_2007/OPP.pdf](http://archivo.presidencia.gub.uy/_Web/MEM_2007/OPP.pdf)

**OPP-AGEV(2009):**“Informe sintético de productos y procesos desarrollado en ministerios”. Disponible en:  
[http://www.agev.opp.gub.uy/documentos/agev\\_procesos\\_en\\_ministerios.pdf](http://www.agev.opp.gub.uy/documentos/agev_procesos_en_ministerios.pdf)

**PEREZ, M. (2008):** “*La Reforma del Sistema de Salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay: Los desafíos del cambio*”. Tesis de grado de la carrera Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

**PIERSON, P. (2001):** “*Sobrellevando la austeridad permanente. Reestructuración del Estado de bienestar en las democracias desarrolladas*” en del Pino, Eloísa y César Colino (coords.) Zona Abierta 114/115. La reforma del Estado de bienestar. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

**PIOTTI, D. (2002):** “*La reforma del Estado y el sistema de salud*”, dentro de “*Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)*”. Compilado por María Ester Mancebo, Pedro Narbondo y Conrado Ramos. ICPFCS- UDELAR /Editorial Banda Oriental.

**PODER LEGISLATIVO,** Ley Numero 18611 (Descentralización de ASSE). Disponible en página Web del Parlamento: [www.parlamento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy)

**PODER LEGISLATIVO,** Ley Numero 18131 (Creación del FONASA). Disponible en página Web del Parlamento: [www.parlamento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy)

**PODER LEGISLATIVO,** Ley Numero 18121 (Creación SNIS). Disponible en página Web del Parlamento: [www.parlamento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy)

**PORTILLO, A. (2010):** “*El Sistema Nacional Integrado de Salud en las políticas sociales del Uruguay*” en Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud pp13-26 MSP- Banco Mundial.

**PORTILLO, J. BUGLIOLI, M. LAZAROV, L. (2001):** “*Servicios de Salud en el Uruguay*”. Disponible en: [www.medicinaysociedad.org.ar](http://www.medicinaysociedad.org.ar)

**RAMOS C. Y NARBONDO P. (2003):** “*La reconstrucción gerencial del Estado. Enfoques Políticos sobre la “Nueva Gestión Pública*”. Ed. Banda Oriental, con colaboración de la Embajada de los Estados Unidos y el Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales.

**RODRIGUEZ, M. (2011):** “*Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio. El caso de la participación social en el Reforma del Sector Salud*”. Tesis de grado de la carrera Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

**RUBIO, E. Y DIAZ, H. (2006):** “*Una reforma del Estado de signo progresista*”. Transformación, Estado y Democracia. Revista de la Oficina Nacional del Servicio Civil (32):29-37.

**SETARO, M. (2010):** “*La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance*”. En: Mancebo, M.E. y Narbondo, P. (Coordinadores) *Reforma del Estado y políticas públicas en la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos. Fin de Siglo –CLACSO – ICP. Montevideo*

**SETARO, M. (2013):** “*La economía política de la reforma del sector salud en el Uruguay (2005-2012). Innovación y continuidad en la construcción de un Estado Social*”. Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República

**SETARO, M. (2004):** “*Vigilar y Cuidar el Bien Común. El rol de rectoría del sistema de salud desde una perspectiva comparativa*”. Serie Tesis N° 2. ICP – FCS – UDELAR /Uruguay

**SUBIRATS, J. y KNOEPEL, P. y LARRUE, C. y VARONE, F. (2008):** “*Análisis y gestión de políticas públicas*” 285 pp. Barcelona, Ariel,

**VALLÉS, J. (2000):** “*Ciencia Política. Una introducción*”. Barcelona, Ariel.

**XAVIER, M. (2006):** “*Descentralización de ASSE. Un paso hacia el Sistema Nacional Integrado de Salud*” Disponible en: [www.legisladores90.org](http://www.legisladores90.org)

## **SITIOS WEB**

**JUNTA NACIONAL DE SALUD:** “*Rendición de cuentas 2009, 2010 y 2011*”. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

**REFORMA DEL ESTADO Y MODERNIZACION DE LA GESTION PUBLICA:** Disponible en: <http://www.prodescentralizacion.org.pe>

**OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO. AREA DE GESTIÓN Y DE EVALUACIÓN DEL ESTADO:**

<http://www.agev.opp.gub.uy/>

**AREA DE GESTIÓN Y DE EVALUACIÓN DEL ESTADO. COMPROMISOS DE GESTIÓN DEL ESTADO:**

<http://agev.opp.gub.uy/pagina.php?id=39>

## **PRENSA ESCRITA**

Diario “El país” Disponible en: [www.elpais.com.uy](http://www.elpais.com.uy)

Diario “El Observador” Disponible en: [www.elobservador.com.uy](http://www.elobservador.com.uy)

## **GLOSARIO DE SIGLAS**

- APS Atención Primaria en Salud
- ASSE Administración de Servicios de Salud del Estado
- BPA Buenas Prácticas de Alimentación
- BPS Banco de Previsión Social
- DISSE Dirección de Servicios de Salud del Estado
- ECH Encuesta Continua de Hogares
- EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- FONASA Fondo Nacional de Salud
- HIV Human Immunodeficiency Virus (SIDA)
- IAMC Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
- IPC Índice de Precios del Consumo
- JUNASA Junta Nacional de Salud
- MIDES Ministerio de Desarrollo Social
- MSP Ministerio de Salud Pública
- NGP Nueva Gestión Pública
- OPS Organización Panamericana de la Salud
- OMS Organización Mundial de la Salud
- PIAS Programa Integral de Atención a la Salud
- RRHH Recursos Humanos
- SIA Sistema Informático del Adolescente
- SMU Sindicato Médico del Uruguay
- SNIS Sistema Nacional Integrado de Salud
- SNS Seguro Nacional de Salud
- VDRL Venereal Disease Research Laboratory (Prueba de Sífilis)

## **ANEXO I: Formulario de entrevistas a actores calificados**

### Miembros del gobierno

1. ¿Qué situación presentaba la salud pública para que fuera necesario impulsar una reforma?
2. ¿Qué aspectos se buscan fomentar a través del pago por capitas y metas?
3. ¿Las metas son solo un premio o castigo?
4. ¿Qué impacto han tenido las metas asistenciales dentro de las instituciones mutuales?
5. ¿Cómo evalúa la aplicación de este pago por metas en ASSE?

### Técnicos del MSP

1. ¿Qué aspectos quieren fomentarse dentro de las instituciones a través del pago por capitas y metas?
2. ¿Las metas son solo un premio o castigo?
3. ¿Las metas son fácilmente cuantificables?
4. ¿Qué impacto han tenido las metas asistenciales dentro de las instituciones mutuales?

### Miembros de IAMC

1. ¿Qué impacto han tenido las metas asistenciales dentro de la institución?
2. ¿Las metas se ven solo como premio o castigo? ¿generan cambios realmente?
3. ¿Qué miden las cápitass? ¿a su juicio se podrían incluir otras variables?
4. ¿Qué impacto han tenido las metas asistenciales dentro de las instituciones mutuales?

### Miembros de ASSE

1. ¿Qué aspectos se buscan promover mediante el pago a través de capitas y metas a las instituciones?

2. ¿Los fondos recibidos a través del cumplimiento de las metas tienen relevancia dentro del sustento financiero del sistema?
3. Para ASSE, ¿son importantes los ingresos por cápitas y metas? ¿Por qué?
4. ¿Las metas son fácilmente cuantificables?

Académicos/Investigadores sobre políticas de salud

1. ¿Qué situación presentaba la salud pública para que fuera necesario impulsar una reforma?
2. ¿Qué aspectos querían fomentarse a través del pago por capitas y metas?
3. ¿Qué impacto han tenido las metas asistenciales dentro de las instituciones mutuales?
4. ¿Las metas son fácilmente cuantificables?

**ANEXO II: Leyes y Decretos que han sido consultados para esta investigación :**

|                    |   |
|--------------------|---|
| LEY N°15.181       | “Nuevas Normas para la Asistencia Médica Colectiva y Privada”   |
| LEY N° 17.930      | “Presupuesto Nacional para el período 2005- 2009”   |
| LEY N° 18.211      | “Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación”   |
| LEY N° 18.161      | “Administración de los Servicios de Salud del Estado. Se crea como servicio descentralizado”  |
| LEY N° 18.131      | “Creación del Fondo Nacional de Salud”  |
| DECRETO N°. 81/012 | “Apruébase el Contrato de Gestión suscrito entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud” |

### **ANEXO III: Metas asistenciales vigentes durante el año 2009**

#### *Meta de salud del Niño y la Embarazada (Meta 1):*

Recién nacidos:

Porcentaje de niños derivados

Porcentaje de niños captados precozmente

Primer año de vida:

Realización de controles según pauta

Certificado de vacunación

Lactancia

Ecografía de cadera

Embarazo y parto:

Mujeres con seis o más controles

Historia Clínica Perinatal Básica completa (Hoja SIP)

Control HIV y VDRL en el embarazo

Captación primer trimestre

Embarazadas derivadas a odontólogo

Puérpera con control odontológico

#### **ANEXO IV: Actores sectoriales que fueron entrevistados**

1-Miembros del gobierno vinculados a la creación de la ley:

María Julia Muñoz (Ministra de Salud Pública para el período 2005 - 2010)

Daniel Olesker (Economista, Ministro de Salud Pública para el período 2010-2011)

2- Técnicos del Ministerio de Salud Pública:

Ida Oreggioni (Gerenta de Economía de la Salud, miembro alterno de la JUNASA)

3- Integrantes de la IAMC:

Cristina Becoña (Directora en el Ministerio de Salud Pública para el período 2005-2012, Sub Gerenta de Área en Asociación Española)

4- Integrantes de ASSE- Enrique Soto (ex presidente del Sindicato Médico del Uruguay, actual gerente general de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE))

5-Académicos- estudiosos de la salud:

Luis Lazarov (economista, asesor del Sindicato Médico del Uruguay, consultor Cinve-Salud)

Marisa Buglioli (Médico, Directora Dpto. de Medicina Preventiva en Facultad de Medicina de la UDELAR)

Marcelo Pérez (Licenciado en Ciencia Política)