



Facultad de Ciencias Sociales
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

MAs SALUD

Los efectos de las Metas Asistenciales
y su relación con el
cambio de modelo de atención de salud

LICENCIATURA EN CIENCIA POLÍTICA

Monografía final de grado

Tutor: Marcelo Setaro

Ma. Laura Aguerregoyen

Diciembre de 2013

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis queridos amigos y a mis compañeros de trabajo por estar y acompañarme durante el proceso.

A Silvana Abbate por el impulso a tiempo y a Mariela Solari por creer en mí.

A Cecilia por enriquecerme el idioma, a Silvia y a Sonia por los contactos para las entrevistas.

A todos los docentes de la Licenciatura por los conocimientos y especialmente a mi tutor por la orientación.

Este trabajo terminado es un pequeño gran logro dedicado a Beto y Tita por haberme dado la caja de herramientas y a Julián, Facundo, Valentina y Camila por hacer mi vida más feliz.

INDICE

Resumen	4
Capítulo I. Introducción	5
Capítulo II. Diseño de Investigación	7
II.1- El problema de investigación	7
II.2- Objetivo general y específico	7
II.3- Pregunta de investigación	7
II.4- Marco metodológico	7
II.5- Técnicas de investigación	8
Capítulo III. Marco Teórico	10
III.1- Nuevo Institucionalismo Histórico	10
III.2- Nueva Gestión Pública y Gobernanza	11
III.3- Los conceptos de salud y atención primaria	13
III.4- Cambio en el modelo de atención de salud	15
III.5- Ejercicio de la función de rectoría y acciones de regulación	17
III.6- Los mecanismos de pago por desempeño	18
Capítulo IV. Salud en Uruguay: una visión panorámica antes de la reforma	20
IV.1- El tipo de régimen de bienestar	20
IV.2- Una mirada del siglo anterior	22
IV.3- El escenario de partida	25
Capítulo V. El Sistema Nacional Integrado de Salud	28
V.1- Una descripción general	28
V.2- La atención de la salud	31
V.3- Recuperación de la función de rectoría y nueva regulación	31
V.4- El pago por desempeño institucional: la herramienta de MAs	33
Capítulo VI. La visión de los actores sobre el cambio de modelo de atención	35
VI.1- Los actores gubernamentales y la definición del modelo	35
VI.2- Los efectos en los prestadores privados de tipo IAMC	38
VI.3- Los cambios en el escenario del Ministerio de Salud Pública	44
Capítulo VII. Conclusiones	46
VII.1- En síntesis	46
VII.2- Otras líneas para futuras investigaciones	49
Anexo I. Selección de unidades de análisis	51
Anexo II. Guía para entrevistas semi estructuradas	54
Glosario de siglas	57
Referencias bibliográficas	58

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó como monografía final de grado para la obtención del título de Licenciatura en Ciencia Política de la Universidad de la República. Se trata de un estudio descriptivo analítico sobre los efectos de la aplicación de la herramienta de Metas Asistenciales y su relación con el cambio de modelo de atención de salud en dirección a la atención primaria, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Hemos recolectado información en los prestadores privados de tipo Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), quienes presentan un comportamiento satisfactorio respecto a su cumplimiento. Las Metas se han transformado en un poderoso mecanismo, determinante de múltiples efectos en los procesos institucionales de las IAMC. Asimismo, no encontramos evidencia significativa que vincule directamente a las Metas con una transformación sustantiva en el modelo de atención. En aquellas instituciones analizadas donde se percibe un esquema orientado hacia la atención primaria, esto obedece a desarrollos históricos previos a la aplicación de la herramienta, mientras en otras se percibe que continúan ejerciendo un modelo curativo con indicios de cambio en la dirección esperada.

CAPITULO I - INTRODUCCION

La presente investigación se sustenta en la importancia que tiene hoy la visión estratégica de los actores gubernamentales y la toma de decisiones acerca de la salud de las personas, que se ha convertido en una responsabilidad principal de los gobiernos como medida del desarrollo de una sociedad. Durante el siglo XX y hasta nuestros días fue sucediendo un proceso donde: "...la salud se ha ido convirtiendo progresivamente en un bien público garantizado por los gobiernos" (OMS, 2008:19) y más aún, se ha transformado "...en un indicador tangible del desarrollo de la sociedad, y con ello de la eficacia con que los gobiernos hacen su trabajo" (OMS, 2008: 117).

En Uruguay, en Marzo de 2005, con la asunción del gobierno por el partido Frente Amplio comenzó a desarrollarse una reforma en el sector salud, donde la aprobación de la Ley 18.211 en Diciembre 2007 determinó la puesta en práctica del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Con base en el nuevo sistema sanitario, realizamos un estudio descriptivo analítico sobre los efectos del mecanismo de Metas Asistenciales (MAs) y su posible contribución con el cambio de modelo de atención de salud que propone el gobierno.

Cabe destacar que en la historia de nuestro país podemos encontrar acciones estatales dirigidas a la salud de los ciudadanos, desde el primer batllismo hasta la actualidad. En función de ello, para el presente trabajo describimos al siglo anterior a la reforma como un período donde se desarrollaron dos sectores: uno público proveedor de servicios para la población de menores ingresos y otro privado, robusto, conformado por Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y Seguros (Busquets, 1996).

Asimismo, analizamos el escenario de partida en la construcción del SNIS y profundizamos en su evolución. Según los expertos, la reforma tuvo como objetivo fundamental el fortalecimiento de la salud como derecho, orientándose a brindar servicios más equitativos. Las principales transformaciones fueron la creación del Seguro Nacional de Salud, en condición de seguro social de aportes obligatorios financiado por un Fondo Nacional de Salud, así como, el establecimiento de la Junta Nacional de Salud como administradora del mismo y la descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado. Además, fueron incorporadas instancias de participación social y se enfatizó en la recuperación de la rectoría por parte del Estado, dirigiéndose a producir cambios en los modelos de financiamiento, gestión y atención.

Este trabajo se centró en la regulación como parte del ejercicio de la rectoría de los servicios de salud, con foco en el modelo de atención. La aplicación del SNIS pretende un viraje desde un esquema curativo hacia uno de atención primaria, como forma de organización de un sistema sanitario con mayor equidad en las prestaciones (OPS, 2007) (Starfield, B, 2001). Con esta finalidad, el Estado ejerce una serie de mecanismos de control para dirigir a los prestadores en el sentido deseado, entre los cuales se destacan las MAs como una herramienta de pago por desempeño.

Las MAs son un potente medio práctico de control que representa el único componente variable de la cuota salud a percibir por los prestadores. Su cumplimiento alcanza hasta un 10% del monto adicional de la misma, mientras el incumplimiento se penaliza con sanciones económicas que son aplicadas por la Junta Nacional de Salud.

En ese marco, nos enfocamos sobre la siguiente pregunta de investigación: ¿El cumplimiento de las MAs ha contribuido a producir un cambio de modelo de atención en dirección a la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS)?

En una primera etapa analizamos sobre el nuevo esquema promovido desde el gobierno para los servicios de salud, basado en la APS. Para ello, nos apoyamos en la literatura teórica que marca “el primer contacto” como una de las cualidades básicas de la APS (Starfield B, 2001), así como, en las reformas sugeridas por OMS en el Informe sobre la Salud en el Mundo (OMS, 2008)

En una segunda parte, acotamos el universo de análisis a las IAMC, para examinar si en algunas de ellas se encuentran presentes elementos concordantes con el nuevo modelo propuesto. La selección de casos abarca al 37 % de la población usuaria de IAMC con sede principal en Montevideo. En este sentido, indagamos si los cambios obedecen a efectos de la aplicación de dicha herramienta de regulación o son anteriores a su puesta en práctica. A su vez, investigamos sobre otras transformaciones que hayan podido causar las MAs en la estructura del Ministerio de Salud Pública y en dichos prestadores.

Utilizamos como marco teórico el nuevo institucionalismo histórico que nos permite una mirada amplia a través del tiempo, apreciando las trayectorias históricas dentro del sector salud. En nuestro punto de vista, tratamos de interpretar la reforma de salud a la luz del modelo de nueva gestión pública y los enfoques de gobernanza.

Realizamos un análisis cualitativo donde las técnicas para el relevamiento de datos fueron: análisis documental público e interno -IAMC y MSP- y entrevistas semi-estructuradas a informantes calificados.

CAPITULO II- DISEÑO DE INVESTIGACION

II.1 - El problema de investigación

En nuestro país, al igual que en América Latina y el Caribe, uno de los mayores problemas a los cuales se han visto enfrentados los sistemas de salud es el desarrollo de un modelo de atención curativo con alto grado de especialización, cuya principal consecuencia es un alto grado de fragmentación de los servicios, donde la capacidad de pago de las personas determina desigualdades en la calidad y en el acceso a los mismos.

Asimismo, se suma una temprana transición demográfica y epidemiológica que concluye en un desfase entre el perfil de la población y el tipo de respuestas para las cuales está preparado el sistema de salud. La nueva epidemiología exige mayor atención hacia las enfermedades de tipo crónico-degenerativas – como la Hipertensión y la Diabetes- cuyo origen tiene un fuerte componente asociado a los estilos de vida de las personas, el cual exige un abordaje desde la prevención y la promoción de salud.

A los efectos de revertir esta situación, la implementación del SNIS pretende un viraje hacia un esquema de atención primaria como estrategia para alcanzar asistencia con mayor equidad. En este sentido, la reforma dispone que el Estado refuerce su función de rectoría y ejerza nuevas acciones de regulación sobre las instituciones prestadoras de servicios. Con este objetivo, se diseñaron múltiples instrumentos, entre los cuales se destaca la aplicación de un mecanismo de pago por desempeño denominado MAs.

II.2- Objetivo general y específico

El objetivo general es analizar los efectos de la aplicación de las MAs. Mientras que el objetivo específico es examinar en las IAMC con sede principal en Montevideo, si el empleo de MAs aportó para el cambio de modelo de atención en dirección al desarrollo de una estrategia de atención primaria.

II.3- Pregunta de investigación

¿El cumplimiento de MAs ha contribuido con un cambio de modelo de atención?

II.4- Marco metodológico

Realizamos un abordaje cualitativo en dos etapas. En la primera, analizamos el esquema para la transformación del modelo de atención desde el punto de vista del gobierno.

Partimos de las referencias teóricas del “primer contacto” como variable determinante de una de las principales cualidades de la APS (Starfield B, 2001) y de las recomendaciones de OMS (2008) para la generación de cambios en pro de la atención primaria, buscando concordancia con la propuesta política del gobierno. Con base en los principales lineamientos construimos el esquema pretendido para llevar a la práctica en los servicios de salud (Cuadro 1).

En una segunda etapa, acotamos el universo de análisis al ámbito privado, centrándonos en las IAMC, donde las MAs se aplicaron de manera más intensa. A su vez, son los prestadores de salud donde se brinda atención a la mayor parte de los beneficiarios del sector privado. Según el informe de OPS (2009), en el año 2007 un 44% de los usuarios del SNIS se atendía en IAMC.

Investigamos sobre el comportamiento relativo de algunas IAMC con sede principal en Montevideo. La selección de instituciones se realizó en función de la facilidad de acceso a las mismas. Debe señalarse que algunas de ellas poseen sedes secundarias en el interior del país y los porcentajes de cumplimiento de MAs implican a su cantidad total de socios (Montevideo e interior).

En este sentido, para reconocer a los prestadores de salud fue asignado un número arbitrario, sin ninguna relación con su identidad. Dicha información, se mantuvo en reserva obedeciendo a la lógica de competencia establecida entre los mismos, así como considerando que no aportan significativamente para el análisis.

En este marco, examinamos en las IAMC la estructura institucional respecto a los profesionales capaces de brindar servicios de atención primaria y como se constituye el primer nivel respecto a las especialidades básicas de Medicina General, Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y Ginecología. Además, indagamos sobre la existencia de dimensiones compatibles con el modelo de atención propuesto por el gobierno para llevar a la práctica. En los casos donde encontramos elementos relacionados con la instrumentación de la estrategia de APS, analizamos si obedecen a la aplicación de los instrumentos de la reforma o son anteriores a su puesta en práctica.

Finalmente, profundizamos en los efectos producidos por la aplicación de MAs tanto en el MSP como en los prestadores seleccionados.

II.5- Técnicas de Investigación

Análisis documental: público e interno de las IAMC y del MSP.

En primera instancia, para realizar la selección de las unidades de análisis se recabó información pública e interna respecto al cumplimiento de las MAs por parte de las IAMC (Anexo I). En concordancia con el objetivo de la investigación se tuvo en cuenta únicamente la Meta 2, relativa a la elección de un médico de referencia por parte de los usuarios, teniendo en cuenta, que la misma “...surge como una necesidad de comenzar con la estructura del cambio de modelo de atención, partiendo de un núcleo clave en la constitución de los equipos de salud, como es la figura del médico de referencia” (MSP/JUNASA. Instructivo Meta 2, 2012).

Entrevistas semi estructuradas:

Se realizaron entrevistas semi estructuradas a dos tipos de informantes calificados, con base en formulario detallado en Anexo II.

Primero, a una selección de informantes calificados que de alguna manera están implicados en la definición del modelo de atención para el SNIS. Se realizaron tres entrevistas a referentes del MSP, quienes en la actualidad desempeñan variadas tareas: un Director de Departamento de Control de Prestadores cuyo cometido se dirige a MAs y Contratos de Gestión (Entrevistado 1), una responsable de SINADI que formó parte del equipo de técnicos asesores en la implementación del SNIS (Entrevistada 2) y un Doctor en Medicina actualmente coordinador de RIEPS quien actuó en la formación de la RAP – ASSE en Montevideo en el año 2005 (Entrevistado 3). Cabe destacar que ante consultas con los distintos actores hubo una repetición en los nombres sugeridos como informantes calificados.

En una segunda etapa, se realizaron entrevistas a responsables de la evaluación y monitoreo del cumplimiento de MAs en cinco IAMC con sede principal en Montevideo.

CAPITULO III- MARCO TEORICO

III.1- Nuevo Institucionalismo Histórico

Hemos seleccionado el nuevo institucionalismo histórico como referencia que permite una mirada amplia para la descripción analítica de un fenómeno a través del tiempo, facilitando la revisión del macro contexto, así como las interacciones que dieron forma al Estado y las políticas públicas de salud en el largo plazo. En este abordaje el tiempo importa y la secuencia en que se desarrollaron los hechos fija los términos para los resultados. La existencia de un *path dependence* determina cómo ciertas combinaciones de comportamientos institucionales y procesos desencadenan su evolución futura.

En este trabajo, partimos del concepto de instituciones como aquellas pautas (formales o informales) que estructuran las relaciones políticas y económicas y otorgan facilidades para la adaptación de los individuos al entorno (Peters, 1999). El mismo, se corresponde con una lógica donde las personas primero se sujetan a reglas, con el paso del tiempo las van legitimando y mientras se va produciendo su ajuste paulatino.

Para el institucionalismo histórico, en el nacimiento de las instituciones juegan un papel central los pactos de poder entre los actores y las ideas-fuerza, siendo cruciales para encontrar las claves de desarrollo para las siguientes etapas. Luego de establecido un camino que aporta ciertos beneficios para los actores, el transcurso del tiempo determinará un mayor rendimiento de utilidades. “Los procesos de rendimientos crecientes durante períodos particulares generan irreversibilidades, esencialmente removiendo ciertas opciones del menú subsecuente de posibilidades políticas.” (Pierson y Skocpol, 2008:14). En este proceso se entiende que: “Habrá cambio y evolución pero la gama de posibilidades para ese desarrollo habrá sido restringida por el período formativo de la institución” (Peters G, 1999:102).

Asimismo, cuando aplicamos estos conceptos a la descripción histórica del sector en Uruguay, la reforma actual podemos suponer que es decisiva, considerando al nuevo entramado institucional como eventual obrador del impulso inicial de un proceso con cierta irreversibilidad. Por una parte, estos principios rectores del SNIS nos aportan factores claves para aventurar su evolución y por otra, tendremos en cuenta el condicionamiento de una trayectoria histórica de larga data del sector privado social donde se desarrolló un modelo de atención curativo.

III.2- Nueva Gestión Pública y Gobernanza

En esta monografía, tratamos de colocar la reforma de salud bajo la lupa de los conceptos del paradigma de Nueva Gestión Pública. Entendemos que buena parte de los cambios introducidos se pueden asemejar, en alguna medida, con el modelo surgido como alternativa a la Administración Pública Tradicional ó forma burocrático- jerárquica de organización.

Guiándonos por las dos corrientes teóricas influyentes en este nuevo paradigma - Public Choice y Gerencialismo- y considerando su aplicación cada vez más frecuente desde los años 80, es posible mencionar sus aspectos generales y asociarlos con el contexto institucional que representa esta nueva política.

Las principales doctrinas de la NGP, descritas en el estudio de C. Ramos (2004) con base en C. Hood(1991), son: profesionalización de la gestión pública, definición de estándares e indicadores de desempeño, control por resultados, descentralización de unidades en torno a diferentes productos con creación de “cuasi mercados” para la provisión de servicios públicos, establecimiento de relaciones de competencia entre prestadores, introducción de prácticas del sector privado y uso disciplinado de recursos.

El SNIS se enmarca en una serie de cambios introducidos en el Estado en su conjunto, implicando una reconceptualización del mismo y su rol con la sociedad. Cabe destacar una expresión acerca de las políticas sociales del gobierno del partido Frente Amplio 2005-2010: “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). Es una afirmación asimilable con este paradigma, donde el gobierno es concebido como intermediario de las necesidades de la ciudadanía en una matriz heterogénea de proveedores de servicios públicos. Un Estado facilitador que no brinda servicios por sí mismo, sino que ejerce la rectoría sobre quienes prestan asistencia (Ramos C, 2004).

Es factible encastrar la regulación de la reforma en el rompecabezas de la NGP. Se ha establecido una renovada relación “principal- agente” donde las nuevas reglas son controladas por el Estado. Se determinó un tipo de gerenciamiento donde el primero ejerce la rectoría y otros agentes -públicos y privados- en una lógica de competencia, prestan servicios públicos. A ello se suman los controles contenidos en las instancias de participación, tanto de seguimiento recíproco como por parte de los usuarios.

Los prestadores tienden a conformar un “cuasi mercado” para brindar servicios de salud, donde las IAMC, los seguros privados y ASSE contienden entre sí por la captación de usuarios a través del SNS. Se estableció la firma de contratos de gestión entre los mismos y la JUNASA en una lógica de competencia administrada, denominando así al mecanismo donde más allá de la competencia, “orienta a los prestadores hacia propósitos públicos previamente determinados” (CLAD, 2000:30).

Esta línea se complementa con la tendencia a la descentralización tanto de servicios como en el territorio. La NGP propone separación de los roles de control y provisión. Son ejemplo de ello el surgimiento de la JUNASA como organismo desconcentrado y la descentralización del organismo estatal representante de la prestación (ASSE). Asimismo, la formación de JUDESAs asentadas en los distintos departamentos y la promoción de acuerdos de complementación entre prestadores que comparten un mismo territorio, con la intención de facilitar las acciones y mejorar los resultados a nivel local.

Asimismo, podemos considerar que en América Latina los mecanismos de NGP se han puesto en práctica desde un enfoque de gobernanza. La democratización de los regímenes se orientó a desconcentrar los poderes del Ejecutivo y conjuntamente con la liberalización de las economías, los gobiernos experimentaron una serie de demandas que implicaron desarrollo de nuevas herramientas para dirigir la sociedad. “Para resolver los problemas y superar los desafíos actuales se requiere ascender a un nivel superior de información, inteligencia, recursos, organización y eficiencia que rebasa las potencialidades gubernamentales y las de cualquier actor económico y social, razón por la cual se exigen formas sinérgicas de deliberación, interacción, asociación público-privada, gubernamental-social: conjunción de jerarquías, mercados y redes sociales” (Aguilar Villanueva, 2006:8).

Se denominan así, formas de gobernar extendidas por el mundo y la región, que optaron por la inclusión de una multiplicidad de actores en la toma de decisiones. Es una visión que propone un nuevo equilibrio entre Estado, sociedad y mercado. La gobernanza como una manera de conducción que va más allá de los gobiernos, buscando generar acciones que comprometan a diversos actores de la sociedad.

En este sentido, nos fundamos en el estudio de Narbono, P y Ramos, C (2001), donde con base en Marsh (1998), se identifican tres tipos de conducción: jerárquica, de mercado y de redes.

Los autores expresan que la primera es consonante con el Estado weberiano y la organización burocrática tradicional, mientras que las otras dos han surgido como alternativas a las mencionadas reformas dirigidas al paradigma de NGP.

La gobernanza que se orienta al modelo de mercado fue típica de los años 80. “Es aquella que impulsa al mercado como mecanismo de conducción social no sólo ampliando el espacio privado, sino introduciendo su lógica en el espacio público” (Narbondo y Ramos, 2001:130).

Por otra parte, a partir de los años 90, el modelo de redes en las políticas públicas es el más extendido y se trata de aquel que involucra a los distintos actores que forman la red tanto en los mecanismos de representación de intereses, como en la formulación e implementación de las políticas, incluyendo así temas relativos a la prestación de los servicios. “Es la forma de conducción social basada en la interacción entre actores privados y públicos, que produce un consenso negociado que constituye la base para la coordinación” (Narbondo y Ramos, 2001: 137), afirmando que en este tipo, el Estado conduce y controla a través de la vía de la negociación. La red está integrada por quienes canalizan las demandas hacia el Estado, así como también por quienes están a cargo de dar respuesta a esas demandas.

Es posible visualizar el SNIS en esta lógica, habiéndose generado instancias de involucramiento de los principales interesados en el gobierno de salud de nuestro país. Los prestadores privados y los propios usuarios receptores de los efectos de la política han participado en el proceso de formulación (Consejo Consultivo para el cambio en salud) como en las etapas de implementación y ejecución (JUNASA, Directorio de ASSE y Consejo Consultivo de Usuarios en las IAMCs). Las principales “ideas-fuerza” fueron discutidas en el primer Consejo mencionado, realizándose modificaciones sustantivas del primer plan presentado por el gobierno, donde surgieron características de la nueva institucionalidad relativas a la rectoría (Becoña, Jorcín y Setaro, 2010).

III.3- Los conceptos de salud y atención primaria

Para continuar con la investigación se hace imprescindible profundizar en un esquema conceptual relativo a la salud y la estrategia de APS. Esto es necesario para tratar de comprender la orientación que tienen las políticas de gobierno, que procuran introducir un nuevo modelo de atención de salud.

En primera instancia, tomamos de la OMS, la concepción de salud como un derecho humano fundamental, lo cual determina que todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos. También, utilizamos la definición expresa en su Constitución (1948) : “...salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, transitorio”.

Esta idea actual aporta una referencia distinta a épocas anteriores cuando se entendía como la ausencia de enfermedad. La misma incluye un equilibrio biopsicosocial como determinante del estado de salud de los individuos, incorporando los vínculos además del funcionamiento del organismo, por lo tanto podemos afirmar que se trata de un concepto integrador de capacidades físicas con manejo de recursos personales y sociales. En este marco, más allá de la buena práctica médica, una óptima atención de salud deberá tener en cuenta también factores del entorno, entrando en juego tanto las características ambientales, así como, la conducta y el grado de cohesión social. En suma, estará en relación directa con el bienestar social de la población lo cual nos sujeta al régimen político y al tipo de protección social.

A su vez, para la investigación consideramos como Atención Primaria de Salud a una estrategia que: “...aborda los más frecuentes problemas de la comunidad, proporcionando servicios preventivos, curativos y de rehabilitación capaces de maximizar la salud y el bienestar... Es un tipo de atención que organiza y racionaliza el despliegue de todos los recursos (básicos y especializados) dirigidos a la promoción, conservación y mejora de la salud” (Starfield, B, 2001:9). Entonces, “...la evidencia disponible avala el hecho de una orientación firme hacia la APS es una de las vías más eficientes y equitativas de organizar un sistema de salud” (OPS, 2007: s/p). La atención primaria supone un nivel básico de atención representando el primer eslabón de una cadena de acciones en este sentido. En general, se orienta a brindar los servicios lo más cerca posible de la población; en las áreas de residencia de los individuos. El conocimiento de la comunidad permite a los profesionales generar mejores vínculos con los pacientes en el momento de promover acciones de prevención y de conocer los factores que están afectando su estado de salud.

Por otra parte, B. Starfield (2001) desarrolla un marco conceptual que nos permite medir el grado de la consecución de las cualidades de la atención primaria en un sistema de salud. Esta autora combina elementos estructurales con procesos de los sistemas de salud, definiendo cuatro variables clave: primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación.

La primera refiere a la accesibilidad y utilización de los servicios por parte de los usuarios, la segunda tiene que ver con una medida de la continuidad en la atención de la población, la integralidad implica la disposición adecuada de todos los servicios que el usuario requiera en función de sus necesidades y por último, la coordinación se vincula con los tres anteriores y su esencia radica en la disponibilidad de información para satisfacer las demandas de la población de referencia.

Para relevar información, nos centramos en la primera variable que es el primer contacto. Resulta fundamental la existencia de profesionales capaces de brindar servicios de atención primaria en los prestadores, para garantizar la accesibilidad y utilización de los servicios. Estimamos para el estudio, que no sería pertinente analizar la consecución de los demás atributos sin conocer si efectivamente existe un primer contacto institucionalizado como elemento estructural que asegura la accesibilidad. “Si falta una puerta de entrada accesible, no se prestará la atención adecuada o ésta se retrasará y causará gastos adicionales. El consejo y la asesoría de un médico de atención primaria facilitan la selección de la mejor opción asistencial disponible” (Starfield, 2001: 129).

Por otra parte, con fines analíticos utilizamos como definición operativa el concepto de atención primaria asimilado al desarrollo del primer nivel de atención. Este último concebido como la puerta de entrada al sistema y orientado a asegurar una continuidad de la atención a través de la articulación con los otros niveles asistenciales (Benia y Medina, 2011). Se define como un segundo nivel a los servicios brindados en los hospitales de referencia y un tercer nivel constituido por centros especializados y técnicas de alta tecnología (Van der Stuyft, Patrick y De Vos, Paul, 2008). En este sentido, un modelo de atención primaria implicará la existencia de un primer nivel fortalecido con disponibilidad de consultas con las especialidades básicas, como ámbito de acceso a los servicios, que se vincule tanto con las comunidades como con el segundo y tercer nivel.

III.4- Cambio en el modelo de atención de salud

Siguiendo con esta línea, el cambio de modelo de atención se refiere a un viraje desde un esquema curativo y especializado, hacia el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria con énfasis en la prevención y promoción de salud como forma más eficiente y equitativa de organización de los sistemas (OPS, 2007).

Como hemos mencionado, el modelo curativo practicado en la región y en nuestro país durante más de un siglo, es considerado como uno de los problemas que impacta sobre las desigualdades en salud.

El mismo restringe la prestación al tratamiento de enfermedades, conduce a la fragmentación de los servicios, así como facilita la atención de carácter comercial no regulada (OMS, 2008). Dicho esquema, determina un perfil de sistema de salud dedicado sólo a dar respuestas, de corto plazo, con alto grado de especialización ante la presencia de eventos concretos de enfermedades. Asimismo, con el agravante: “...un sistema sanitario centrado en la superespecialización presenta un inconveniente: pone en peligro la equidad” (Starfield, B, 2001:4).

No obstante, la alternativa dirigida hacia la APS, “...supone reconocer y facilitar su importante papel en la promoción de la equidad en salud y del desarrollo humano” (OPS, 2007: s/p). El mismo requiere colocar a las personas en el centro, incluyendo sus modos de vida deseables a nivel individual, así como lo esperado para sus sociedades. Es con la aplicación de este modelo, donde adquieren relevancia las expectativas de la ciudadanía en el diseño y funcionamiento de los sistemas de salud.

Las reformas en esta dirección, encuentran su piedra angular en la Declaración de Alma Ata en Ginebra (1978), que defiende valores de justicia social, derechos a mejor salud para todos, participación y solidaridad (OMS, 2008).

Asimismo, el Informe sobre la Salud en el Mundo (OMS, 2008), enuncia cuatro conjuntos de cambios en este sentido: en pro de la cobertura universal, de la prestación de servicios, de las políticas públicas y del liderazgo.

Los primeros, se orientan a reducir la exclusión y las desigualdades sociales en el acceso a la salud. Si bien la cobertura universal por sí sola no garantiza la equidad, es considerada la base necesaria para obtenerla. Cabe destacar la descripción de tres posibles ejes para su extensión: amplitud, relativa a la proporción de población que accede a la protección social, profundidad como ampliación de la gama de servicios y nivel referido a una disminución de barreras para la utilización de los mismos.

En cuanto a la prestación de servicios, se pretende una modificación de la asistencia ubicando a las personas en el centro de la atención, lo cual implica la creación de servicios que actúen como nexo entre la población y los sistemas de salud y requiere el respaldo de las transformaciones de las políticas públicas y del liderazgo.

Por su parte, las transformaciones relativas a las políticas públicas, deben dirigirse hacia la mejora de la salud de las comunidades. Se establece, entonces, como requisito que las políticas de todos los sectores adopten un enfoque integral e incorporen acciones de promoción de pautas que permitan mejorar la salud de la población.

Las intervenciones de salud pública deben comprender a todos los actores y dirigirse a nivel nacional, transformándose en una pieza clave la confianza de la ciudadanía en el sistema. La salud debe ser concebida como un resultado valioso de todas las intervenciones públicas desde diversas competencias.

Finalmente, se promueve un liderazgo de las autoridades con tendencia integradora, participativa y con disposición para el diálogo permanente.

III.5- Ejercicio de la función de rectoría y acciones de regulación

En esta dirección, nos queda en evidencia que el ejercicio de la función de rectoría y las acciones de regulación, se tornan imprescindibles para generar cambios en el mencionado esquema de atención. El rol del Estado, de los Ministerios de Salud, es fundamental para impulsar la transformación de los sistemas de salud.

En este trabajo, para avanzar en ello, retomamos las recomendaciones para reformas de los sistemas de salud en América Latina, donde Frenk y Londoño (1997) definen como funciones básicas: financiamiento, prestación, articulación y modulación o rectoría.

Las dos primeras refieren a la movilización de los recursos para ser destinados a la atención en salud de la población y la prestación del servicio propiamente dicho. La tercera es dotada de relevancia por ubicarse entre ambas y su cometido es aportar coherencia a los componentes involucrados. Los autores proponen una articulación explícita asignada a instituciones específicas y destacando en la práctica su ausencia en los sistemas de la región.

La modulación equivalente al concepto de rectoría, es recomendada como acción decisiva para las transformaciones, tratándose de la función que “implica establecer, implantar, monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica” (Frenk y Londoño, 1997:8). La misma incluye las acciones regulatorias, pero es más extensa, llevando implícita la orientación de los prestadores de servicios en un sentido previamente establecido por los tomadores de decisiones.

Asimismo, según la OMS (2000) la rectoría es la más importante de las cuatro funciones. Es tratada como la responsabilidad última del desempeño general de los sistemas y por lo tanto debe recaer siempre en los gobiernos. “La rectoría no solo influye en las otras funciones sino que permite alcanzar los objetivos de todo el sistema de salud: mejorar la salud, responder ante las expectativas legítimas de la población y lograr que exista equidad en las contribuciones” (OPS, 2000:137).

Por otra parte, con base en Setaro (2004), tendremos en cuenta la definición operacional del concepto de rectoría de la OMS (2000), donde dicha función puede subdividirse en tres cometidos: generar inteligencia, definir la dirección a seguir por el sistema y ejercer influencia sobre los diferentes actores que componen el sistema a través de la regulación. Además de las dimensiones técnicas se suma un elemento político concordante con la visión del gobierno en salud como: "... la toma de decisiones autorizadas, la generación de medios para que las decisiones tomen efecto y la creación de los apoyos necesarios para esas decisiones" (Morán, 1997 en Setaro, 2004:18).

Más allá del estrecho vínculo entre ellas, para este trabajo nos concentramos en las acciones de regulación como aquellas herramientas o mecanismos creados para asegurar la implementación del modelo a seguir. Las mismas incluyen tanto las atribuciones del órgano rector así como los incentivos y sanciones correspondientes.

En este marco, para realizar la investigación podemos insertar la aplicación del instrumento de MAs, como una de las nuevas acciones de regulación que se ejecutan a partir de la implementación del SNIS.

III.6- Los mecanismos de pago por desempeño

De acuerdo a la literatura especializada (Buglioli et al, 2010), las MAs se ubican dentro de los mecanismos de pago por desempeño, también denominados *Pay For Performance* o P4P. Están dirigidos a la instrumentación de una gestión orientada al logro de resultados. Si bien, la mayor parte de las referencias teóricas está referida a los efectos del P4P sobre el comportamiento de los profesionales médicos, las MAs están dirigidas al desempeño de los proveedores institucionales.

El centro de las estrategias de gestión por resultados es el impacto de las políticas, denominándose así al cambio generado sobre la población a la cual se dirigen. Dicho resultado, se define por la condición a cambiar en el universo donde se aplica, yendo más allá de la utilización de insumos para generar productos, como bienes y servicios (Ramos, 2004). En este sentido y teniendo en cuenta los límites de este trabajo, podemos definir el cumplimiento de las actividades previstas por las MAs como un producto del SNIS. El resultado de las Metas sería contribuir con el cambio de modelo de atención, para producir prestaciones con mayor equidad.

Asimismo, el pago por desempeño se trata de un estímulo por la realización de actividades según se considere más conveniente para alcanzar los mejores resultados en salud (Gervás, Pérez Fernández, 2008).

Este tipo de iniciativas busca dar a los gobiernos y a la población una medida sobre el funcionamiento de los sistemas sanitarios y su progreso en dirección de los objetivos públicos. Para ello, son claves la definición de los indicadores, el desarrollo de sistemas de información para recabar los datos, así como la transparencia para transferirlos desde los prestadores de servicios hacia el órgano regulador de los mismos (García-Altés, 2009).

Estos mecanismos han surgido como respuesta a las presiones fiscales, conjuntamente con el aumento de las expectativas y exigencias de la población, y la necesidad de rendición de cuentas a la sociedad (García-Altés, 2009). Las primeras experiencias datan del año 1994 en Australia, habiéndose replicado posteriormente en Canadá, Nueva Zelanda, Gran Bretaña, Estados Unidos y Barcelona, entre otros; centrándose en características específicas de cada sistema y en prioridades de sus gobiernos.

También se han incorporado, con algunas variantes, en las reformas realizadas en América Latina, como por ejemplo en Colombia y nuestro país.

En este sentido, tomando como base el artículo de Buglioli, M et al (2010), el desarrollo de este tipo de instrumentos ha buscado la generación de incentivos para aumentar la calidad de los servicios, pagando a cambio de la realización de ciertas actividades de acuerdo a las normas establecidas. Puede ser considerado como una medida de la comparación entre el desempeño real y el esperado. Asimismo, los autores expresan que según los estándares internacionales, los indicadores para efectuar la medición, deben estar claramente definidos y cumplir con una serie de requisitos: estar referidos a patologías frecuentes y generales (no específicas), relacionarse con cambios demostrados en la salud de las personas, promover la coordinación entre los diferentes niveles de atención, facilitar un seguimiento integral del paciente, hacer énfasis en aspectos de relación interpersonal y equitativa, así como su cumplimiento debe depender principalmente de quienes reciben el incentivo y tienen que ser de auditoría factible.

Las referencias teóricas nos aportan la base para abordar en los siguientes capítulos la descripción analítica del sector salud en Uruguay, antes y después de comenzado el proceso de reforma.

CAPITULO IV - SALUD EN URUGUAY: UNA VISIÓN PANORÁMICA ANTES DE LA REFORMA

En una primera instancia, ahondamos en una mirada panorámica del sector durante el período anterior al 2005, que nos facilita la visualización del contexto donde se implementó el SNIS.

IV.1- El tipo de régimen de bienestar

Para profundizar en el tipo de régimen de bienestar, consideramos como política social de salud a una de las líneas de acción ejercidas por el Estado destinadas a asegurar mínimos básicos de protección social a sus ciudadanos, con pretensión de homogeneidad y continuidad en el tiempo (Busquets, 1996).

Los regímenes de bienestar pueden adquirir distintos tipos y de acuerdo a ellos serán las formas y alcances de la protección social. En este sentido, para la caracterización hemos seguido la línea de trabajo de Esping- Andersen (1990) para los países industrializados y luego nos acercamos a los regímenes de la región y de Uruguay con un estudio de Filgueira (1996).

Según Esping Andersen (1990), las variables explicativas de la misma, son: el grado de desmercantilización, el nivel de estratificación y las relaciones entre el Estado, el mercado y la familia. La primera de ellas se centra en la definición de ciudadanía social, el Estado concede derechos sociales con base en la igualdad que representa este concepto. Los servicios sociales se prestan como asuntos de derecho implicando, en alguna medida, la liberación de los individuos de la dependencia del mercado (desmercantilización). La segunda refiere a la manera en que el estatus de ciudadano compite con su posición de clase, mientras que la última describe cómo se entrelazan las actividades para la provisión de servicios sociales. Estas variables permiten una clasificación centrada en la forma en que se utiliza el gasto social más allá de cuanto signifique en el gasto público total.

En función de ello, se define un tipo de bienestar corporativo, semejante a los modelos históricos de Francia, Alemania e Italia, donde se conservan las diferencias de estatus entre los individuos, predomina el grupo de pertenencia y de acuerdo a él se otorgan los derechos. Adquiere importancia la familia tradicional, cumpliendo los varones jefes de hogar con el rol de proveedores, quienes a partir de su inserción en el mercado de trabajo, acceden a beneficios que se extienden a los integrantes del núcleo familiar.

A su vez, guiándonos por un estudio realizado por Filgueira, (1996) para América Latina, el tipo corporativo, es identificado como más cercano al que se desarrolló en nuestro país durante el siglo XX.

En el análisis de Filgueira- al igual que Esping- Andersen- se enfatiza en la manera en que se utiliza el gasto social. No obstante, para Latinoamérica propone darle mayor importancia al análisis de la cantidad y distribución sectorial del mismo, así como, la cobertura y los niveles de prestación de servicios, antes que al grado de desmercantilización. Las grandes variaciones, tanto en la forma en que se expandieron los derechos sociales como el porcentaje de PBI destinado al gasto social, condicionan el tipo de régimen.

La clasificación tentativa para la región – entre 1930 a 1980 - reconoce un tipo de regímenes de universalismo estratificado como el más aproximado al sistema de bienestar de Uruguay (semejante al de Argentina y Chile). El mismo, se caracteriza por una cobertura extendida de beneficios sociales, así como estratificación de los mismos en cuanto a criterio de acceso y calidad. “Hacia 1970 protegían de una forma u otra a la mayor parte de la población mediante sistemas de seguro social, de servicios de salud, a la vez que habían extendido la educación primaria a toda la población” (Filgueira, 1996:83). A su vez los empleados públicos, los profesionales y los trabajadores urbanos accedieron en forma temprana, mientras que los trabajadores rurales y el sector informal lo hicieron de forma más tardía. Quedaron plasmados aquí los efectos del modelo ISI -el desarrollo industrial urbano- así como el Estado empresario- generador de empleos- ambos promovidos por el impulso reformista del primer batllismo. A esta situación se suma una anticipada sindicalización que negoció programas de protección social con financiamiento estatal para los trabajadores de las diferentes ramas de actividad.

El autor destaca para estos regímenes, en el período estudiado, que sus rasgos de estratificación de las prestaciones sociales, amortiguaron y no reforzaron la pauta de estratificación social. El mismo expresa que la medición de la desigualdad en función de los ingresos con transferencias, sería menor que si se tienen en cuenta los ingresos primarios (sin transferencias) (Filgueira, 1996).

Como hemos mencionado, combinando con la clasificación de Esping- Andersen este modelo es definido como el más cercano al sistema de bienestar corporativo, tanto por su nivel de cobertura como por la forma que asumió el gasto (Filgueira, 1996).

IV.2- Una mirada del siglo anterior

La atención de la salud en Uruguay ha sido brindada en forma ininterrumpida desde comienzos del siglo XX. A lo largo de la historia se destaca el desarrollo de dos sectores, uno público que provee servicios para la población de menores ingresos y otro privado, robusto que se extendió por vastas zonas del territorio nacional.

En este análisis, profundizamos en el tema con base en una tipología desarrollada por Busquets (1996), que permite delinear un panorama general partiendo del primer batllismo hasta la etapa anterior a la implementación del SNIS. Las categorías analíticas utilizadas son: criterio de acceso, cobertura, tipo de organización, distribución del poder, grado de coordinación, modalidad y tipo de financiamiento.

La primera refiere al criterio de acceso a los servicios brindados en forma directa por el Estado. La normativa establece un criterio selectivo, disponiéndose la gratuidad solo en casos de probada pobreza (siendo más amplio únicamente en el área materno infantil) según fue establecido en la Ley Orgánica 9202(1934) donde se creó el MSP.

La cobertura indica quienes realmente acceden a esas prestaciones pudiendo ser focalizada o universal cuando abarca a todos los grupos socioeconómicos. En nuestro caso estaba determinada por el nivel de ingreso de los individuos. El ámbito público cubría a los estratos de menores ingresos en Montevideo, alcanzando además a los estratos medios en el resto del país. Asimismo, sumando al sector privado, la cobertura alcanzó casi a la totalidad de los uruguayos en el período de la última restauración democrática “En una población de 2.900 mil habitantes los beneficiarios llegaban a ser 2.600 mil” (Filgueira, 1994:73).

La variable tipo de organización da cuenta de la capacidad y estructura del Estado y su relación con la sociedad civil para brindar servicios, remarcando la “...coexistencia de un sector público con un sector privado social que datan de comienzos del siglo XX” (Busquets, 1996: 24). Si bien, los primeros establecimientos con fines de brindar asistencia ante las enfermedades, datan de épocas cercanas a la fundación de Montevideo (1724), no estaban dirigidos a la población en general, eran sólo para pobres y población movilizada (militares y esclavos). En los siglos XVIII y XIX, la atención de salud era un hecho privado del cual las familias se hacían cargo con sus recursos (Setaro, 2004).

Es en este contexto, fue que en el año 1910, se creó la Asistencia Pública, como institución estatal con la finalidad de administrar las instituciones de beneficencia que se encargaban de la salud pública (enfermedades infectocontagiosas, locura e indigencia).

Las mismas hasta ese momento habían formado parte del esquema de caridad de la Iglesia. En los años siguientes (1916- 1923) se construyeron la mayor parte de los hospitales públicos que existen hasta hoy en Montevideo y en el interior del país.

En la Constitución de 1934 (Artículo 44 de la Constitución vigente), se establece por primera vez la obligación de los individuos de cuidar su salud. Se creó el MSP como institución rectora con el cometido de brindar servicios a la población de bajos recursos e implantar una política preventiva de alcance general (Ley Orgánica 9202 /Ene 1934).

A su vez, se destaca la creación de mutualistas por parte de grupos de inmigrantes nucleados por el principio de ayuda mutua para prevenir el riesgo de enfermedades, tratándose de instituciones con status de servicios públicos administradas en forma privada (la primera fue la Asociación Española en el año 1853). En el año 1920 se fundó el Sindicato Médico del Uruguay, como organización gremial sin fines de lucro y a continuación, en el año 1935, se crea el Centro de Asistencia del SMU (CASMU), con una figura que se asemeja a una cooperativa de producción, admitiendo a todos los profesionales médicos que lo soliciten y pagando por cada acto realizado (Veronelli et al, 1994). El mismo, constituye la primer empresa de salud del país e impulsa la medicina colectiva, dejando prácticamente sin efecto la práctica médica particular (Setaro, 2004).

Luego, a fines de los años 60, algunos convenios colectivos de trabajadores incluyeron la cuota mutual como parte de su salario, aunque recién en el año 1985 se alcanzaría la cobertura a través de BPS- DISSE para todos los empleados de la actividad privada. Ello determina para el período 1981-1994 que la mayoría de la población utilizara servicios de salud privada. Esta amplia expansión del mutualismo determinó que a la esfera pública asistieran los sectores de menor nivel socioeconómico que no formaban parte del mercado de trabajo, las mujeres y la mayoría de los niños del país. Este hecho evidenció un decaimiento de los servicios públicos de internación, tanto en infraestructura como en la atención de enfermería, así como, mayores tiempos de espera para el acceso a los servicios médicos ambulatorios y domiciliarios (Filgueira, 1994).

En cuanto a la distribución del poder, se refiere al grado de centralización respecto de la formulación de políticas. Esta ha sido centralizada en el MSP, a través de la DIGESA.

El grado de coordinación es definido como el involucramiento intersectorial en la ejecución de políticas. Han sido puntuales los ejemplos que implicaron acciones comunes intersectoriales.

Por ejemplo el Programa Nacional de Complementación Alimentaria y los Centros de Atención a la Infancia y la Familia, mientras el resto de las políticas se procesaron con escaso grado de coordinación e integralidad (Busquets, 1996).

La modalidad de financiamiento se basaba en un subsidio que pagaba el Estado a los prestadores privados que ofertaban servicios. Se trataba de una paga mensual calculada con base en la cantidad de beneficiarios de cada institución, independiente de edad y sexo

En lo que atañe al tema de investigación, para este período, además de las categorías mencionadas, cabe remarcar una descripción de los antecedentes de las acciones de regulación estatal hacia los prestadores privados.

El primer marco regulatorio sobre las IAMC se remonta al año 1943- Decreto ley 10.384- y sus principales lineamientos fueron: definición de estatutos para las mutualistas y cooperativas de producción, previendo la incorporación de un 25% de representantes médicos en sus órganos de dirección, obligando a la tramitación de una personería jurídica para cada institución, así como, contemplando la posibilidad de la pérdida de las mismas ante determinadas situaciones. También estipula acciones de fiscalización financiera y asistencial por parte del Estado con las correspondientes sanciones pecuniarias y permite la intervención de las mismas en caso de denuncia. Asimismo, determina la exoneración de tributos para las asociaciones sin fines de lucro (Setaro, Disertación doctoral, s/f).

La siguiente reglamentación de esta índole data del año 1981- Decreto ley 15.181- cuenta con mayor amplitud y orientación al fortalecimiento de las capacidades gerenciales de las IAMC. La misma comprende: asunción del compromiso estatal de promover la cobertura de salud a través de la seguridad social, tanto en prestadores públicos como privados. A su vez, define tres tipos de asistencia: privada- particular, privada- colectiva y pública. Se establecen para las IAMC requisitos de infraestructura y dotación técnica, así como, ciertas normas para el funcionamiento contable. Se exige la figura del Director Técnico y de un Consejo Técnico Asesor. Asimismo, se autoriza al MSP para el control y fiscalización de aspectos técnicos, administrativos, contables y laborales de su funcionamiento, obligando a solicitar habilitación para servicios de salud, equipamientos médicos y plantas físicas. También se definen las cuotas de salud y las tasas moderadoras (Setaro, Disertación doctoral, s/f)

Posteriormente, le seguirá la Ley 18.211 donde se incorporaron nuevas herramientas de regulación sobre las cuales profundizaremos en la medida que avance este trabajo.

IV.3- El escenario de partida

Para obtener una visión más amplia aún del punto de inicio sobre el cual se construyó la reforma en Uruguay, tendremos en cuenta las características de los servicios de salud en el contexto de América Latina y el Caribe.

En este sentido, podemos apreciar un cierto grado de consenso en el diagnóstico regional, más allá de la diversidad de niveles de desarrollo en los sistemas de salud. Los expertos manifiestan coincidencia respecto a una estratificación de la cobertura con exclusión de ciertos grupos sociales como trabajadores sin acceso a seguridad social, indígenas y población rural, entre otros. Asimismo, se observa una fragmentación institucional con financiamiento débil por parte de los Estados, una gestión ineficiente de los Ministerios y una orientación al modelo curativo de atención de salud (Fleury, 2003).

Por otra parte, Frenk y Londoño (1997), tanto como Iunes (2003), consideran como problema crucial del sector la falta de integración dejando como consecuencia una marcada desigualdad en relación al acceso y la calidad de los servicios. Si nos sustentamos en el análisis de los primeros autores podemos descomponer la integración en dos dimensiones: respecto a la población y a las instituciones.

En cuanto a la primera, da a conocer el grado en que los diferentes grupos de personas se acercan a los prestadores de salud. En un extremo ubicamos la integración horizontal cuando todos tienen acceso a prestadores de la misma categoría y en el otro, la segregación. En esta última, cobran relevancia los servicios brindados por el Estado ya que se encuentra allí la clave de la atención de los sectores marginados.

A su vez, la integración en referencia a las instituciones se relaciona con las formas en que éstas llevan a cabo las funciones de financiamiento y prestación. La integración vertical es cuando una misma institución desempeña ambas, mientras que la separación es cuando son realizadas de forma aislada una de la otra.

En este sentido, existe una gran diversidad de sistemas en la región, con variantes en ambas dimensiones. A la luz de los resultados de inequidad los autores afirman:...“si bien es posible que en su momento hayan sido una respuesta a las condiciones, lo cierto es que no han mantenido el ritmo que hubiera requerido la rápida transformación del contexto epidemiológico, demográfico, económico, político, tecnológico y cultural. Es tiempo de visualizar y poner a prueba nuevos modelos” (Frenk y Londoño, 1997:7).

Los contextos de democratización del continente y los requerimientos de inclusión para los grupos pequeños hicieron propicia la necesidad de transformar los servicios.

En los años noventa surgieron innumerables estudios por parte de expertos latinoamericanos, así como de organismos internacionales con recomendaciones para asumir nuevos retos. Las alternativas y soluciones se ajustaban a las características de cada régimen, de cada sistema político y de las prioridades de los gobiernos orientándose todas ellas hacia la corrección de las principales debilidades mencionadas.

Siguiendo con esta línea, nuestro país no era ajeno al diagnóstico expuesto y presentaba una integración vertical de las instituciones, con segregación horizontal de la población; concordando con el tipo de protección social de universalismo estratificado - en sentido de Filgueira (1996)- donde las personas son separadas en relación a su capacidad de pago.

Cabe destacar que había una cobertura extendida y estratificada donde el sector privado se había consolidado en mutualistas -conformando el grupo de IAMC- y una minoría de seguros privados. En el informe para OPS (2009) sobre el perfil de nuestro sistema de salud se identificaron cuatro grupos de población diferenciados respecto a la cobertura: quienes no podían acceder al sector privado y recurrían al ámbito público, los que accedían al sector privado – IAMC -a través de la seguridad social y no podían hacerse cargo de los costos para utilizar los servicios (trabajadores y jubilados de menores ingresos), así como, las personas que optaban por una IAMC y podían afrontar los costos de su atención y una última franja de población de aquellos que pertenecían a los niveles de mayores ingresos y contrataban seguros privados.

Por otro lado, además de las mencionadas diferencias, se suma la existencia de una brecha entre la estructura poblacional, sus condiciones epidemiológicas y el modelo de atención. Con base en Veronelli et al (1994), tendremos en cuenta que sucedieron tempranamente con relación a la región, las transiciones demográfica y epidemiológica.

La primera refiere a un descenso de la natalidad y mortalidad que se vincula con el fenómeno de modernización de las sociedades. Dicho cambio surgió como resultado del mejoramiento de ciertos factores como: "...la higiene pública y privada, educación masiva, campañas de vacunaciones, así como un mejoramiento de la situación económica y social, entre otras" (Veronelli et al, 1994: 42), lo cual en el largo plazo produjo una estructura de población envejecida que impacta sobre los sistemas de salud aumentando los costos de tratamiento en las patologías más frecuentes de los adultos.

A su vez, la transición epidemiológica, sucedida a lo largo del siglo XX, refiere a un cambio en las causas de muerte. Mientras que a comienzos del mismo predominaban los decesos por enfermedades infectocontagiosas, a partir de 1975, las principales causas pasan a ser las enfermedades crónicas no transmisibles y entre ellas se destacan las patologías cardiovasculares y los tumores malignos.

Esta situación, genera un margen de diferencia entre el perfil epidemiológico de la población y el modelo curativo de atención de salud. Éste último, posee altos niveles de especialización en las enfermedades infectocontagiosas evidenciándose un desfase con las patologías que afectan a los adultos cuyo tratamiento debe enfocarse en la prevención y educación para con los hábitos de vida de los individuos (Veronelli et al, 1994).

Si ahondamos más en el escenario, se remarca en la última etapa antes de la reforma una coincidencia en la evaluación de los principales actores sociales y políticos -SMU, FEMI, Frente Amplio- y un marcado descontento con el funcionamiento sectorial. Se evidenciaba un alto grado de fragmentación y segmentación con nula complementación entre el sector público y privado, así como, un modelo de atención curativo basado en la especialización y la inversión tecnológica dejando como consecuencia una gran inequidad asistencial. (Setaro, 2010). Cabe destacar, que la fragmentación refiere a las distintas características de los prestadores, así como a las diversas dependencias institucionales de los mismos. Por ejemplo las distintas vinculaciones jerárquicas del Hospital Policial, Hospital Militar, Hospital de Clínicas, Centros de atención municipales, entre otras, lo cual da cuenta de las complejas líneas a tener en cuenta para cualquier planificación conjunta (Veronelli et al, 1994).

Un escenario consensuado de disconformidad, añadido a las secuelas de la crisis económica vivida en el año 2002, redundan en una oportunidad favorable para aplicar reformas en el área. Dicha circunstancia se reforzaba por un contexto de alternancia democrática donde por primera vez asumía el gobierno un partido identificado con la izquierda política, poseedor del compromiso electoral de generar cambios en la sociedad. La suma de estos aspectos contribuyó efectivamente para hacer posible el diseño, implementación y puesta en práctica del SNIS, donde fueron incluidas una serie de transformaciones que en otras oportunidades no habían sido aceptadas para su aplicación, como por ejemplo la descentralización de ASSE, (Fuentes, 2010).

CAPITULO V- EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

V1- Una descripción general

Se denomina Sistema Nacional Integrado de Salud a la mencionada política social que se encuentra en plena vigencia y en fase de consolidación, cuyo andamiaje implicó una transformación de los servicios de salud.

Para este trabajo, tomamos la asunción del primer gobierno por el partido Frente Amplio, en Marzo de 2005, como inicio del proceso de construcción de la reforma. Su implementación comenzó un tiempo después con la aprobación de la Ley 18.211 en Diciembre de 2007, donde se enunciaron sus principales lineamientos, se precisó la dirección estratégica y se establecieron las acciones de regulación para dirigir al sistema

Los objetivos suponen un cambio del tipo de protección social, pretendiendo la expansión de los derechos sociales y aumentando el grado de desmercantilización, en sentido de Esping- Andersen. Una de las principales ideas- fuerza sobre la cual se construyó el SNIS ha sido fortalecer la salud como derecho de todos los ciudadanos. Se ha expresado desde el MSP que tiene la finalidad de: “...validar con la cuota salud las necesidades asistenciales presentes y futuras de los usuarios del sistema, limitando el espacio para conductas lucrativas” (Olesker, Oreggioni, Setaro, 2010).

Con base en la visión del MSP, podemos resumir que se orientó en garantizar la accesibilidad, calidad, equidad y universalidad de los servicios de salud (Ley 18.211. Art 3) a través de la transformación de los modelos de financiamiento, gestión y atención.

La visión del Ministerio: PRINCIPIOS RECTORES DEL SNIS

- La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población. La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud. La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- La orientación preventiva, integral y de contenido humanista. La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud. La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios. La participación social de trabajadores y usuarios.
- La solidaridad en el financiamiento general. La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales. La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Fuente: Artículo 3 de Ley 18211. Cuadro extraído de OPS, 2009:35

Sintetizamos los principales lineamientos con base en las mismas categorías analíticas de Busquets (1996), aplicadas en la descripción para el siglo anterior.

El criterio de acceso continúa siendo selectivo, aunque el Estado ya no es sólo el responsable de brindar servicios gratuitos a todos aquellos ciudadanos en situaciones de probada pobreza. Si bien la normativa y la Constitución mantienen esa obligación, ASSE pasó a integrar la red de prestadores que se pueden elegir a través de la seguridad social. Es decir, los trabajadores poseen la oportunidad de escoger la atención de forma directa por el Estado, ampliándose su libertad de elección dado que antes a través del BPS-DISSE sólo se podían afiliarse a una IAMC.

Esta situación implica un cambio en la cobertura con el propósito de brindar atención en el sector público de forma más amplia. Se orientó a revertir la anterior pauta de estratificación, dirigiéndose hacia la prestación universal e integral en los dos ámbitos.

Las consideraciones expuestas en cuanto al criterio de acceso y cobertura nos llevan de modo ineludible a otro tipo de organización. Se establecieron nuevas formas de relacionamiento entre el Estado y la sociedad que conducen a modificar la relación público-privado, marcando una tendencia a cambiar el mapa de poder organizacional. Un punto importante ha sido la participación social en las diferentes etapas del proceso de cambio. En primer término, en Mayo de 2005 con la formación del Consejo Consultivo para la implementación del SNIS, se discutieron las estrategias a seguir con los principales actores involucrados, en siete mesas de trabajo donde participaron un total de cincuenta y siete organizaciones (Becoña, Jorcín y Setaro, 2010). Asimismo, en las etapas posteriores fueron incluidos representantes sociales en el directorio de ASSE, en la JUNASA y en los Consejos Consultivos que se crearon en las direcciones de los prestadores privados con el fin de monitorear los servicios. A su vez, se hizo énfasis en la recuperación de la función de rectoría por parte del Estado a través del MSP como autoridad sanitaria. Si bien el Art. 44 de la Constitución vigente así lo establecía, a través de la Ley 18.211 se incorporaron nuevas herramientas.

En lo relativo a la distribución del poder, además del fortalecimiento de la conducción estatal y creación de espacios participativos, se suma una tendencia a la descentralización. Se pretendió combinar una centralización para fijar las normas con una descentralización en la ejecución y en la provisión de servicios. Se otorgó una mayor autonomía a ASSE como el organismo encargado de suministrar la atención parte del Estado, separándose así de la función de control.

Si bien continúa dependiendo jerárquicamente del MSP lo hace en una relación semejante a los prestadores privados, con quienes compite en la captación de usuarios a través del SNS.

En cuanto al grado de coordinación, cobra relevancia la coordinación intersectorial, así como entre prestadores de servicios. Se estableció una nueva relación público-privado para la ejecución de las políticas, diferenciándose con la trayectoria histórica. El MSP ha promovido acuerdos de complementación público-privado tanto en Montevideo como en el interior del país, alentando a una armonización de la provisión de servicios; intentando evitar la concentración en algunas zonas y fomentando un acceso equitativo para toda la población.

El tipo y la modalidad de financiamiento tuvieron cambios dirigidos a la sustentabilidad de las transformaciones, cuyo instrumento fundamental fue la creación del SNS en condición de seguro social de aportes obligatorios. El mismo "...opera bajo un esquema de seguro social, que apunta a la eficacia sanitaria y a la eficiencia económica" (MSP, 2009a:59). "Los individuos aportan en función de su capacidad contributiva y reciben atención según sus necesidades de salud" (Setaro, 2010:213). Los trabajadores formales aportan al BPS y reciben a cambio la posibilidad de elegir un prestador tanto para sí mismos como para sus familias: hijos discapacitados o menores a cargo (desde Enero de 2008) y sus cónyuges (de reciente ingreso). Asimismo, son beneficiarios todos quienes se ampararon en el derecho jubilatorio a partir de Enero de 2008. "El 100% de los ciudadanos están hoy registrados en un prestador integral (ASSE, IAMC, Seguros privados, Sanidad Militar y Sanidad Policial) siendo que previo a Diciembre de 2007 había 205.000 personas que no estaban registradas en un efector integral de salud" (OPS, 2009: 59).

Está financiado a través de un fondo único - FONASA- quién recibe aportes de los trabajadores provenientes de un porcentaje de sus salarios (privados y públicos incluidos en el SNS), empresas (privadas y personas públicas no estatales) y jubilados, siendo complementado con una porción presupuestal del Estado. Se evidencia un tipo de financiamiento mixto. "El SNS implica una doble definición que incluye equidad en el financiamiento (trabajadores que pagan según sus ingresos) y equilibrio entre las instituciones prestadoras de salud, que reciben ingresos acorde con los costos esperados de la población que atienden" (OPS, 2009:40). Fueron incluidos como prestadores: ASSE, las IAMC y los seguros privados. Los dos primeros son contratados por los usuarios a través del BPS.

En cambio, los seguros se incorporaron en régimen de excepción, manteniendo la capacidad de libre contratación por parte de la población. Los seguros fijan los costos de atención cuya diferencia con la cuota salud es asumida por los usuarios, el FONASA le paga al prestador el valor de la cápita establecida en la cuota salud (cápita más MAs) y le cobra un 6% de gasto administrativo.

El FONASA está constituido en el BPS como entidad receptora de los aportes; mientras que los pagos a los prestadores son realizados acorde a las indicaciones que aporta la JUNASA como organismo supervisor del cumplimiento de la normativa.

V.2- La atención de la salud

Con respecto al esquema para la atención de salud propuesto por la reforma tomamos la siguiente definición: “El SNIS se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención” (Ley 18211. Art. 34). En este sentido, con base en las referencias teóricas podemos afirmar que la reforma pretende un cambio de modelo, adoptando la atención primaria como estrategia para lograr prestaciones más equitativas. Cabe remarcar que según se ha expresado, el SNIS busca constituir una estructura institucional diferente pero además pretende establecer un modelo de atención que implica profundas transformaciones en el interior de los prestadores de servicios (Portillo, 2010).

Asimismo, para obtener resultados en esta línea, enmarcados en la visión de un Estado facilitador (Ramos, 2004), se torna fundamental la definición del sentido deseado y la determinación de las condiciones de articulación entre los agentes, así como la ejecución de las acciones de regulación correspondientes.

V.3- Recuperación de la función de rectoría y nueva regulación

En Uruguay, como hemos mencionado, la implementación de la nueva política tendió a recuperar dicha función para ser ejercida por el Estado, lo cual se refuerza en una expresión de quien fuera Director General de Salud: “La salud en tanto derecho, requiere marcos reguladores que establezcan límites desde donde acorrallar la mercantilización sanitaria y sus múltiples consecuencias. Esto implica mejorar y profundizar los aspectos que garantizan la calidad, la accesibilidad y la equidad de la atención integral de toda la población, así como los controles necesarios para asegurar el cumplimiento del mismo” (Basso, 2010:7).

Para ello se modificó el marco regulatorio que fue caracterizado por inexistente o anticuado, con superposición de normas que hacía difícil la identificación de la reglamentación vigente (Basso, 2010). Según los técnicos encargados de la conducción del MSP, el sistema de salud no tenía capacidad para establecer un rumbo estratégico, donde el Ministerio históricamente sólo había ejercido funciones de árbitro en un contexto de relaciones mercantilizadas (Becoña, Jorcin, Setaro, 2010). Si bien, como hemos descripto existían disposiciones legales para la regulación de los prestadores privados, con la reforma se pretendió cambiar el alcance de dichas acciones y vincular la asignación de recursos financieros con la orientación sanitaria esperada.

En esta dirección, da lugar el surgimiento de la JUNASA con carácter de órgano rector del SNIS adoptando la forma jurídica de organismo desconcentrado dependiente del MSP. Su principal cometido es la administración del SNS, para lo cual se le otorgaron amplias potestades para hacerse cargo del control de los efectores. Está integrada por siete miembros cuya representación se distribuye de la siguiente manera: dos por el MSP (uno de los cuales es el Presidente), uno por el MEF, uno por el BPS, uno por los prestadores que integran el SNIS, uno por los trabajadores de dichas instituciones y uno por los usuarios (Pereira Campos y García Martínez, 2010). Sus acciones se ejercen en coordinación con tres unidades ejecutoras: DIGESA, DIGESE y DIGESNIS.

La JUNASA es la pieza clave en la conducción del Sistema. Mientras que la DIGESA tiene a su cargo el ejercicio de funciones técnicas y políticas de supervisión, planificación y vigilancia sanitaria, la DIGESE brinda apoyo administrativo y financiero. Finalmente, la DIGESNIS-de más reciente creación -centraliza temas relativos a la mejora permanente del SNIS, aportando conocimientos en su proceso de fortalecimiento y consolidación.

A su vez, se introdujeron contratos de gestión entre prestadores y la JUNASA, en una lógica de competencia administrada. Se trata de un documento donde se detallan un conjunto de obligaciones y sus correspondientes sanciones por incumplimiento, así como, los derechos y deberes de los usuarios del SNS. Este nuevo entramado institucional tiende a reforzar la presencia estatal, adaptando su estructura y quedando en evidencia que pretende llevar a cabo acciones de regulación diferentes sobre los prestadores de tipo IAMC, condicionando las formas de pago a una determinada manera de prestar los servicios a la población.

Con base en esta renovación han sido diseñados múltiples instrumentos, sin antecedentes en nuestro país, como los mencionados contratos de gestión, la obligación de brindar a los usuarios un programa integral de prestaciones –PIAS- y la aplicación de MAs. Fueron descritas entre las funciones principales: “Que desde el SNS, a través de la estructura de los contratos de gestión por un lado y del pago por MAs por otro (un plus por encima de la capita 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).

Asimismo, destacamos una expresión de la Dra. Muñoz en el año 2010, en su ejercicio como Ministra de Salud Pública: “...el primer nivel de atención ha sido priorizado, a los efectos de estimular el cambio de modelo de atención mediante metas asistenciales por cuyo cumplimiento se premia a las instituciones, lo que significa una motivación constante y dinámica para mejorar cada vez más los servicios de atención, promoción, prevención y rehabilitación” (MSP, 2010:6).

V.4- El pago por resultados institucionales: la herramienta de MAs

“Hay que hacer determinadas cosas como se espera que se hagan”

(Gervás, Pérez Fernández, 2008:344)

Nos centramos en las MAs como una de las herramientas que pretenden colaborar con la reorientación de la atención de salud, produciendo un cambio organizacional en los servicios. Poseen la particularidad de encontrarse ligadas a la nueva modalidad y tipo de financiación, en una lógica donde: “...el diseño de los mecanismos de pago constituye una parte fundamental de los arreglos institucionales para que los incentivos sean transmitidos adecuadamente a los agentes del sistema de salud” (Buglioli et al, 2010: 49).

La creación del FONASA implica un pago diferencial donde los prestadores perciben mensualmente una cuota salud que está compuesta por tres criterios. Una parte se calcula con base en la cantidad de usuarios que reciben atención en el prestador, la otra en función del riesgo por edad y sexo de dichos beneficiarios y una tercera – único componente variable- paga como premio al cumplimiento de ciertas pautas denominadas MAs. Estas últimas, se convirtieron en un eficaz mecanismo de control por tratarse de la única pieza que puede cambiar de la cuota salud, representando hasta un 10% de la misma. Su incumplimiento habilita una sanción con recorte de pago proporcional al grado no alcanzado de los valores esperados.

El Estado paga sólo si los prestadores realizan ciertas actividades de acuerdo a normas preestablecidas, incluyéndose la obligación de lograr objetivos medibles que contribuyan con el modelo de APS. “Las MAs constituyen una de las formas de pago del FONASA a las instituciones y son quizá las herramientas más potentes para contribuir, desde el financiamiento, al cambio del modelo de atención” (Buglioli et al, 2010:62).

En la actualidad, son cuatro MAs que están referidas a diferentes poblaciones. Durante el proceso de aplicación de la reforma han ido variando los porcentajes exigidos para su cumplimiento y se han ido modificando las obligaciones de cada una de ellas. La Meta 1 está dirigida a la salud de la madre y el niño. La Meta 2 se centra en una elección por parte de los usuarios de un médico de referencia, la concurrencia a controles con una frecuencia determinada y la realización de ciertas técnicas clínicas con función de prevención y diagnóstico precoz. La Meta 3 está centrada en adultos mayores de 65 años. La Meta 4 obliga a crear cargos de alta dedicación por parte de profesionales médicos de las especialidades básicas del primer nivel de atención. No obstante, en esta oportunidad no vamos a dirigir el interés en la descripción de cada una de ellas, ni a sus objetivos y efectos particulares, sino al análisis en conjunto como un instrumento destinado a contribuir con el cambio de modelo de atención.

Por último, cabe mencionar la situación actual de ASSE con relación a la aplicación del mecanismo de MAs. Si bien dicha institución tiene las mismas obligaciones que los prestadores privados, no registra comportamiento satisfactorio respecto a su cumplimiento. No obstante, queda en evidencia la dificultad para hacerlo si analizamos que los porcentajes de cumplimiento de MAs se exigen sobre la totalidad de usuarios, mientras que el cobro es en relación a los beneficiarios FONASA y dicha cantidad está estimada en un 25% del total de usuarios de ASSE (Departamento de Gestión de información de ASSE, Junio de 2013). Es una situación inversa a los prestadores privados de tipo IAMC, donde la mayoría de sus usuarios son beneficiarios a través del FONASA (SINADI- MSP, Marzo de 2013), lo cual indica que la sanción económica por incumplimiento representa una cifra de gran magnitud. En la actualidad, esta circunstancia determina que el impacto de la aplicación de las MAs se reduzca únicamente a la regulación del sector privado.

CAPITULO VI- LA VISIÓN DE LOS ACTORES SOBRE EL CAMBIO DE MODELO DE ATENCIÓN

En este capítulo presentamos los principales resultados de nuestra investigación. Estos fueron desagregados en: los hallazgos relativos a la visión de los actores gubernamentales sobre el cambio del esquema de atención de salud, siguiendo con los efectos producidos por la aplicación de las MAs en los prestadores de tipo IAMC y por último los impactos en la estructura del MSP.

VI.1- Los actores gubernamentales y la definición del modelo

“El alma nunca piensa sin una imagen”

Aristóteles

En el Cuadro 1 presentamos una síntesis elaborada con base en la información recabada en las entrevistas realizadas a referentes del gobierno. Estos actores estuvieron involucrados en alguna medida en la definición del nuevo modelo de atención del SNIS. El mismo refleja los principales ejes propuestos para llevar a la práctica en los servicios de salud que se prestan a la población.

Para su construcción se agruparon las expresiones relativas a la variable primer contacto (Starfield, 2001), así como, aquellas relacionadas con los cuatro conjuntos de cambios en pro de la atención primaria propuestos por OMS (2008).

CUADRO 1	MODELO de ATENCIÓN
PRIMER CONTACTO	
Establecimientos de atención primaria (centralizados o en el territorio) Consultas con especialidades básicas (Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Ginecología) Consultas de Medicina Familiar y Comunitaria Regulación del acceso a especialidades médicas y quirúrgicas	
COBERTURA, PRESTACIÓN de SERVICIOS, POLITICAS PÚBLICAS y LIDERAZGO	
Tendencia a una ampliación de la cobertura Atención en el territorio con conocimiento de la población y seguimiento Puerta de entrada única Acuerdos de complementación público privado Atención por programas de prevención y promoción de salud Charlas educativas a usuarios Liderazgo participativo Fuerte conducción política Habilidades de comunicación	

Elaboración propia con base en entrevistados 1,2 y 3

Comenzamos citando una expresión que resume el objetivo de la reforma: “La premisa fundamental de la reforma es el cambio del modelo de atención, pasar de lo curativo basado en la enfermedad a lo preventivo basado en la salud” (Entrevistado 1).

Las primeras dimensiones se relacionan con la existencia de un primer contacto (Starfield, 2001), como elemento estructural que garantice la accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud y que permita mayor proximidad: “...que haya un proceso de mayor acercamiento de las personas a los establecimientos de salud, que no vayan sólo cuando están enfermos, que haya una cultura diferente” (Entrevistada 2). Se destaca la importancia de una puerta de entrada a los prestadores, con un primer nivel de atención fortalecido con disponibilidad de consultas con especialidades básicas, así como, también se valora la regulación para el acceso directo a otras especialidades médicas y quirúrgicas. Un sistema donde los usuarios deberán consultar previamente con un médico del primer nivel quien otorgue un pase para la consulta con otro profesional (Entrevistado 3).

Por otra parte, se evidenciaron lineamientos concordantes con la propuesta de OMS (2008) relativos a cada uno de los tipos de cambios en pro de la atención primaria. En primer lugar, la ampliación de la cobertura, con una inclinación hacia la universalidad, ocupa un lugar de suma relevancia en las manifestaciones recibidas. Como por ejemplo: “...más personas estén cubiertas por el mismo sistema de salud e ir unificando el concepto de asistencia a través del PIAS” (Entrevistada 2).

En segundo término, existe un eje de centralidad en las personas “...quitar el centro de la enfermedad y ponerlo en la atención en salud de las personas” (Entrevistado 3). Asimismo, se remarca una tendencia al desarrollo y utilización de servicios en el territorio donde habitan (Entrevistado 3). En concordancia con Starfield (2001), a quienes brindan servicios este concepto de territorialidad les facilita su seguimiento y permite que se nutran de conocimientos acerca de la comunidad y los factores sociales que eventualmente afectan su estado de salud.

Según lo expresado, se ha trabajado en la creación de una puerta de entrada común como elemento que promueve la desfragmentación del sistema. “Es necesaria una complementación entre pares, entre parecidos. Sólo pasando por una estrategia que nos permita atender en esas unidades territoriales a toda la población independientemente de su sistema de cobertura, vamos a tener un sistema integrado en territorio y no con prestadores yuxtapuestos como nos sucede en muchos casos” (Entrevistado 3).

Se estimulan acuerdos de complementación en un mismo territorio entre los prestadores públicos y privados. Lo que se persigue es una dinámica vinculante entre servicios de un territorio donde se coordinen y articulen entre sí.

Asimismo, “lograr una intersectorialidad que nos permita que la salud esté como una especie de norte en todas las políticas del Estado y eso adquiere la denominación de matriz de protección social para toda la población, no solo para aquellos que se encuentren en la marginación o en la pobreza. Porque el chiquilin de 20 años al que su padre le regaló un auto y se murió porque quedó escrachado en una columna en la rambla o quedó mutilado para siempre, no fue protegido por una matriz que articule políticas municipales con políticas sanitarias o educativas. La matriz de protección social debe alcanzar a toda la población, más allá de que pueda tener componentes focalizados en determinadas poblaciones vulnerables- que podrán ser muy pobres o muy ricos del punto de vista económico- vulnerabilidades distintas que deberán ser atendidas con dispositivos intersectoriales que puedan responder a las diferentes problemáticas” (Entrevistado 3).

En esta dirección, se busca un cambio de la atención a demanda por otra que se base en programas. Es importante no brindar asistencia únicamente a eventos puntuales de enfermedad sino que exista una continuidad que favorezca la promoción de ciertos hábitos de vida y la prevención de enfermedades. Se destaca el rol del Ministerio en la priorización de dichos programas -niñez, adolescencia, salud cardiovascular, salud sexual y reproductiva, adultos mayores, entre otros- así como la difusión y educación a los usuarios (Entrevistado 3).

Se promueve la gobernanza en red donde la participación de los actores involucrados, en diferentes instancias, ha determinado nuevas formas de relacionamiento entre el órgano que ejerce la rectoría y los diversos prestadores. (Entrevistados 1 2 y 3) “Ha sido clave un diálogo fecundo rectoría y prestación” (Entrevistado 3), “...la creación de un órgano de dirección – JUNASA- donde participan usuarios, trabajadores y empresas, es una novedad absoluta en el sistema” (Entrevistado 1), “...más allá del elemento de tensión que se genera en la negociación aporta una nueva dinámica bien interesante” (Entrevistada 2). El cambio implica: “...una toma de decisiones que se base en liderazgos colectivos, de equipos que se articulen, que logren hacer la síntesis de sus contradicciones y acuerden las estrategias para llevar adelante” (Entrevistado 3) De esta manera se tiende a lograr la base de implantación social de la reforma para avanzar hacia la consolidación del nuevo modelo.

Se destaca la necesidad de una fuerte conducción política en la dirección deseada, con el desarrollo de liderazgos con un perfil compatible para desempeñarse en ese contexto que involucra a los diversos actores.

“El cambio exige conducción política con componentes de liderazgo para la negociación y la profundización democrática en una perspectiva de derechos” (Entrevistado 3).

También fue resaltada la capacidad de comunicación de los líderes, para que tanto prestadores como usuarios conozcan el sentido de los procesos. Los primeros pueden cumplir con las nuevas reglas del juego y la población aprende sobre las acciones que se orientan en su beneficio (Entrevistados 1 y 3).

Podemos resumir las condiciones para asegurar este esquema de atención primaria en la expresión: “...será necesario un cambio cultural en la población, así como en la formación inicial de los recursos humanos, además de modificar el funcionamiento de instituciones prestadoras de servicios a través de instrumentos como las MAs” (Entrevistado 1); evidenciándose la necesidad de confluencia de acciones en este sentido y del mayúsculo desafío que significa.

VI.2- Los efectos en los prestadores privados de tipo IAMC

Considerando que nuestra investigación está acotada a prestadores privados de tipo IAMC con sede principal en Montevideo, es factible evaluar los cambios indistintamente en cualquiera de ellos. Si bien nuestro análisis estuvo concentrado en el comportamiento para la Meta 2, todos han demostrado un desempeño satisfactorio respecto al cumplimiento de todas las MAs.

Se realizaron entrevistas en cinco instituciones, de un total de once, las cuales abarcan la atención de 450.925 usuarios. La cifra representa un 37.2% del total de población afiliada al grupo de IAMC de Montevideo (Afiliados por institución Marzo de 2013. SINADI-MSP). Ello representa una limitante para las conclusiones del presente trabajo ya que no fue posible conocer el tipo de servicios que recibe el resto de los usuarios.

El siguiente Cuadro 2 sintetiza los hallazgos principales de nuestro análisis. Para su elaboración tomamos como base las dimensiones del nuevo modelo de atención propuesto para llevar a la práctica. Esas dimensiones ya fueron especificadas en el Cuadro 1, corresponden a la información recabada en las entrevistas a los actores gubernamentales y fueron utilizadas con el objetivo de verificar si se aplican en las IAMC.

Asimismo, el Cuadro 2 excluye a aquellas dimensiones referidas al tipo de liderazgo y conducción política, porque atañen específicamente al órgano rector y no a las instituciones prestadoras de servicios. Además, agregamos información relativa a valoraciones recogidas en relación a la aplicación del mecanismo de MAs.

En el cuadro detallado a continuación los prestadores fueron identificados con los números asignados en la selección de unidades de análisis en el Anexo I.

CUADRO 2 - ELEMENTOS del MODELO de ATENCIÓN en IAMC					
	IAMC con Sede Principal en MVD				
	Nro. 29	Nro. 16	Nro. 35	Nro. 34	Nro. 19
Establecimientos de Atención Primaria	si	si	Si	si	Si
Consultas con especialidades básicas MG, Pediatría y Ginecología	si	si	si	si	si
Aumento de hrs de consultas c/especialidades básicas (últ. 8 años)	si	no	si	si	si
Consultas de Medicina Familiar y Comunitaria	si	si	si	si	No
Regulación en el acceso a especialidades médicas y quirúrgicas	no	no	no	si	Si
Atención en el territorio	no	si	si	si	Si
Acuerdos de complementación público privado	no	si	no	si	Si
Programas de Prevención y Promoción	si	si	Si	si	si
Charlas educativas a usuarios	no	si	Si	si	Si
Expresiones a favor de MAs	no	no	si	si	Si
Expresiones críticas respecto a MAs	si	si	si	si	Si

Antes del SNIS	
Después del SNIS	

La presencia de color refiere a aquellas dimensiones donde fue posible identificar su fecha de inicio

Elaboración propia con base en entrevistas

Con relación a los elementos que muestran la existencia de un primer contacto institucionalizado, hemos encontrado varios de ellos en tres IAMC: 35, 34 y 19. No obstante en los tres casos se trata de políticas adoptadas por las instituciones antes de la reforma.

A su vez, podemos inferir que en dos de ellas – 34 y 19- es donde existe la tendencia más fuerte hacia este tipo de atención y desde hace más tiempo. Se relevaron expresiones como: “...siempre tuvimos un primer nivel de atención muy desarrollado, es una institución muy descentralizada, con más de cincuenta puntos de atención ambulatoria en el territorio y siempre se apostó a la figura de un médico de referencia o de cabecera” (IAMC Nro. 19). “Fuimos una de las primeras instituciones privadas que inauguró establecimientos de atención primaria para brindar servicios a las comunidades en las cuales estamos insertos” (IAMC Nro.34).

En ambas IAMC, recientemente, se ha reforzado dicha orientación regulando el acceso a las especialidades médicas y quirúrgicas. Poseen un procedimiento de referencia y contra referencia donde los médicos del primer nivel expiden pases a especialistas, teniendo previsto que luego los pacientes vuelvan y sean ellos quienes continúen dirigiendo los tratamientos indicados. Asimismo, manifestaron que ha sido difícil llevarlo a cabo por oponerse a una larga tradición donde el usuario concurría directamente a todos los médicos. De todas formas, estas IAMC indican que han logrado mantener vigente este procedimiento y disminuir progresivamente las resistencias

En todas las IAMC analizadas encontramos establecimientos dedicados a la atención primaria. En la mayoría esa presencia era anterior a la implementación del SNIS. El prestador Nro. 29 se acaba de inaugurar y existe solamente uno, pudiendo aventurar que es un efecto de la reforma. Es posible que indique un paso en ese rumbo, en una IAMC donde hemos encontrado menos elementos concordantes con el nuevo modelo.

A su vez, en todas hay consultas con las especialidades básicas, de Medicina General, Pediatría y Ginecología. Cuando intentamos analizar si aumentaron en los últimos ocho años, las instituciones nos han manifestado que los cambios obedecieron a un incremento de la masa de afiliados y a otras regulaciones sanitarias como nuevas disposiciones ministeriales en el régimen de consultas por hora.

Si bien no fue posible acceder a registros estadísticos internos de cada institución, nos remitimos a indicadores asistenciales de calidad y cambio de modelo, publicados en el SINADI, estimando que un cambio hacia la atención primaria supone un aumento de consultas en las especialidades básicas en relación a las otras especialidades. Encontramos que se ha mantenido constante la razón entre las consultas de especialidades básicas sobre otras especialidades (cirugía, médicas y quirúrgicas). Se observa un valor de 0.9 para el grupo de IAMC de Montevideo en el período 2005-2012 (SINADI-MSP) (MSP, 2009b), por lo tanto en este ítem no es posible detectar cambios vinculados con el cumplimiento de MAs.

Cuando ampliamos la búsqueda a datos públicos que reflejan el comportamiento individual de cada prestador el único período disponible abarca desde octubre de 2011 a setiembre de 2012. Las IAMC 19 y 34, registran los valores más altos de 1,9 y 1,5 respectivamente (MSP, 2013), información que confirma el hallazgo del robusto desarrollo del esquema de atención primaria.

La presencia de consultas de Medicina Familiar y Comunitaria en las unidades de análisis estudiadas no constituye un gran aporte. En la IAMC Nro. 19, uno de los lugares con más trayectoria en esta línea no tienen ningún profesional. Sin embargo, en la IAMC Nro. 29 poseen uno donde notamos fuerte orientación a un modelo curativo que ha avanzado poco en la dirección deseada: “Estamos empezando una experiencia de Medicina Familiar en un policlínico pero la especialidad no tiene gran desarrollo en la institución” (IAMC Nro. 29).

La atención en el territorio donde habitan los usuarios ha sido importante y se ha desarrollado en alguna medida en todos los prestadores. Se observa menor interés explícito en la IAMC Nro. 29 donde el entrevistado afirmó: “No hay esa visión que hay desde el MSP donde la policlínica en una zona es referencia de esa población, no es así”.

Podemos asumir que los acuerdos de complementación público privada fueron efecto del SNIS. Se han realizado recientemente en localidades del interior entre ASSE y los prestadores 34 y 19. En esas instituciones coincide con la presencia de otras dimensiones de atención primaria y una visión positiva acerca de los mismos: “...somos de las primeras instituciones en hacer estos acuerdos- que también tenemos con otros prestadores privados- y creo que es la manera que tenemos para subsistir” (IAMC Nro. 19). A su vez, existen en la IAMC Nro.16 en un único barrio de Montevideo.

Los programas de prevención están presentes en los prestadores 34, 35 y 19, desde antes de la reforma. Son más amplios que los temas priorizados por el MSP, sumándose el dictado de charlas educativas a sus usuarios. En cambio en las IAMC 16 y 29, sólo se limitan a aquellos estipulados por el MSP, sin haber obtenido precisión de fecha de inicio

Cabe remarcar, que recibimos manifestaciones positivas acerca de la aplicación de MAs, en las tres instituciones dirigidas hacia la atención primaria: 35, 34 y 19. La proximidad con este modelo desde antes de la implementación del SNIS, nos permite suponer que facilitó su adaptación al uso del instrumento.

En dos de ellas-34 y 19 - la Dirección Técnica es ejercida por profesionales con formación en Medicina Familiar. La repetición de expresiones de mayor conformidad con la reforma y sus instrumentos fue en la IAMC Nro. 19, donde el informante fue el propio Director Técnico. Si bien ello puede favorecer la visión, el hecho de seleccionarlo para cumplir con esa tarea confirma la política institucional en ese sentido.

A su vez, en todas se registraron expresiones críticas respecto al mecanismo.

Hubo cuestionamientos al financiamiento: “...el sistema es bárbaro- prioriza el primer nivel- pero le falta financiación y eso es grave” y “...el único problema es que las MAs no están financiadas, no hay presupuestación genuina y eso está mal” (IAMC Nro. 19).

También cuestionaron sobre el requerimiento de excesivos registros administrativos que pueden estar operando en detrimento de la calidad asistencial (IAMC Nro. 34). Se considera que han sido cambios inadecuados y desacompañados con la formación de los recursos humanos (IAMC Nro. 16). En otra institución, se mencionó la falta de objetivos claros y escaso efecto en la práctica clínica (IAMC Nro. 29). Se mencionó como negativo que en esta etapa existe una orientación a cambios en los procesos institucionales en lugar de dirigirse hacia la obtención de resultados en la salud (IAMC Nro. 29 y 35). Los porcentajes de cumplimiento son percibidos como muy elevados, determinando un enorme esfuerzo en la gestión para alcanzar los valores exigidos (IAMC Nro. 19).

Por último, en la IAMC Nro. 35 se manifiesta una disconformidad respecto a la responsabilidad sobre la concurrencia de los usuarios a las consultas para dar cumplimiento a las MAs. Se demanda una mayor voluntad política para incorporar sanciones a la población cuando no lleva a cabo dichos controles, incorporando medidas acompañadas con los objetivos a cumplir por los prestadores.

Por otro lado, para continuar con nuestra investigación, nos apartamos del relevamiento de datos respecto al modelo de atención y preguntamos acerca de otros efectos institucionales que los informantes consideren que han sido causa de la aplicación de MAs. Con base en una síntesis de los aportes recibidos elaboramos el Cuadro 3, donde los prestadores mantienen su identificación con los números asignados en el Anexo I.

CUADRO 3 - CAMBIOS PRODUCIDOS por las MAs					
	IAMC con Sede Principal en MVD				
	Nro. 29	Nro. 16	Nro. 35	Nro. 34	Nro. 19
Formación de equipo de MAs	si	Si	si	Si	Si
Incorporación de RRHH	si	Si	si	Si	Si
Reubicación de funcionarios	si	Si	si	Si	Si
Instancias de capacitación	si	Si	si	Si	Si
Nuevos sistemas de información	no	Si	si	no	Si
Modificación de procesos administrativos	si	Si	si	si	Si
Modificación de procesos asistenciales	no	Si	si	si	si

Elaboración propia con base en entrevistas

Todos los prestadores manifestaron que la aplicación de la herramienta determinó la incorporación y traslado de recursos humanos para la formación de un equipo de MAs. Dichos equipos han sido integrados principalmente por personas con conocimientos de Registros Médicos. Lo cual se evidencia en expresiones como: “Hemos incorporado básicamente personal de Registros Médicos y administrativos” (IAMC Nro. 29) y se recogieron afirmaciones muy similares en la IAMC Nro. 34, Nro. 16, Nro. 19, así como, “...tuvimos que duplicar la cantidad de administrativos de Registros Médicos para poder realizar el contralor necesario” (IAMC Nro. 35).

Asimismo, los cinco prestadores mantienen instancias de capacitación continua para sus funcionarios administrativos, enfermeros y médicos; tanto para quienes trabajan en el equipo mencionado como para otros involucrados en la atención.

En referencia al procesamiento de la información, hemos encontrado variaciones. En algunas instituciones se desarrollaron sistemas informáticos específicos, mientras que en otras utilizan el módulo donde están los datos patronímicos de los afiliados y a partir de allí construyen los documentos en el formato solicitado por el MSP. En todas se destacó la importancia de registros minuciosos y la complejidad de su rendición de cuentas.

Finalmente, nos detendremos en las preguntas acerca de posibles efectos sobre los procesos de las IAMC. En cuanto a los procesos administrativos, cambiaron en las cinco IAMC entrevistadas. Existe percepción positiva de la transformación sólo en las IAMC 34 y 19, tratándose de los dos prestadores más cercanos al modelo de atención primaria. Se expresó: “...afectaron positivamente en la creación de una metodología de trabajo de tipo administrativo que mejora el conocimiento del proceso asistencial” (IAMC Nro. 34).

En relación a los procesos asistenciales se recogió una mayor diversidad de expresiones. En uno de los prestadores se considera un efecto positivo, porque obligan a incluir conocimientos y tratamientos sobre temas como violencia doméstica, así como la exigencia en los controles de niños, jóvenes y adultos mayores (IAMC Nro. 19). Mientras, en otra se expresa un efecto negativo: “a veces cumplir con determinados parámetros administrativos en forma imperativa exige un tiempo que se le quita a la asistencia del paciente” (IAMC Nro.34). No obstante, en otra institución se expresa la ausencia de cambios en los mismos “no hubo cambios en los procesos clínicos, ni en el vínculo médico paciente, ni en el volumen ni la calidad de la atención “(IAMC Nro. 29). A su vez, en las IAMC Nros 16 y 35 se manifiesta neutralidad respecto a los efectos producidos sobre el proceso asistencial.

VI.3- Los cambios en el escenario del Ministerio de Salud Pública

La pretensión de un cambio de esta magnitud en los servicios, agrega a quien ejerce la rectoría una enorme responsabilidad y un conjunto de renovadas obligaciones. Si nos remitimos a la visión de OMS (2008) del desarrollo del sistema de salud como responsabilidad principal de los gobiernos, el éxito de estas políticas es un claro indicador de su capacidad para garantizar los derechos sociales básicos a la población.

Uno de los hallazgos más relevantes en el Ministerio demuestra una necesidad de integrar un mayor número de personas para trabajar en las nuevas estructuras, para el ejercicio de funciones de diseño, implementación y contralor de políticas. Se expresó una debilidad en la dotación de cuadros técnicos para llevar a cabo las acciones de control sobre los prestadores. Esta situación no podemos separarla de las dificultades que representa el aprendizaje y utilización de los nuevos instrumentos para ejercer las acciones de regulación.

Los cambios en el pago de la cuota salud, conjuntamente con la aplicación de una herramienta de pago por desempeño, determinaron la creación de una División de Fiscalización centralizada, con dependencia de DIGESA. Este nuevo organismo se ocupa de todas las tareas relativas al control y seguimiento de los prestadores. “Se inició con mucha gente- más de 100- y después fue mermando” (Entrevistado 1), remarcando el inconveniente actual de la existencia de un equipo fiscalizador con cantidad insuficiente de funcionarios para las tareas que tiene a cargo.

También se creó el Departamento de Control de Prestadores, en la órbita de DIGESNIS, cuyos cometidos están dirigidos a las MAs y los Contratos de Gestión. El mismo se formó con personas de distintas áreas del MSP, que comenzaron trabajando en los nuevos instrumentos y actualmente está integrado por: un Economista- ejerce como Director- un administrativo, una nurse y una odontóloga. A su vez, trabajan en permanente intercambio con quienes se dedican a los programas de prevención y promoción del Ministerio y la División Fiscalización que informa acerca del desempeño de las instituciones “En realidad, deberíamos ser un equipo más grande” (Entrevistado 1).

Podemos estimar que la mencionada situación actual puede ser limitante para la obtención de mejores resultados. Es visible una contradicción entre una demanda expresa de una “rectoría fuerte con un ejército en la cancha” (Entrevistado 3) y la escasez de recursos humanos en el MSP. En nuestra investigación, los entrevistados 1,2 y 3 expresaron que el problema no pasa desapercibido y que se trabaja en su regularización.

Por otra parte, en lo que atañe al desarrollo de sistemas de información relativos al procesamiento de datos provenientes de los prestadores, destacamos que el intercambio se realiza a través de planillas Excel. Las MAs han sido muy dinámicas y aún no se han diseñado sistemas informáticos específicos. Existe un programa adecuado solamente para el ingreso y homogeneización de los datos provenientes de la Meta que se refiere a los controles de la niñez (Entrevistado 1).

Al mismo tiempo, la versatilidad de las MAs ha implicado constantes instancias de capacitación para funcionarios, que acompañaron las modificaciones de las reglas del juego. “Se trata de dar facilidades para capacitarse tanto sobre los cambios internos como en el exterior del país, tratando de tomar en cuenta todas las oportunidades para fortalecer las capacidades de los equipos de trabajo” (Entrevistada 2)

Cabe destacar, otra transformación significativa que es percibida positivamente dentro del MSP, está vinculada con cierta estabilidad y permanencia de algunos integrantes del equipo técnico de conducción del mismo. Durante los primeros pasos fueron seleccionadas las personas que se consideraban más competentes para llevar adelante el proceso de reforma y a gran parte de ellas se les dio tiempo para trabajar. “Creo que la estabilidad que hubo en los primeros cinco años fue clave a la hora de marcar el impulso y los resultados” (Entrevistada 2). En el momento de realizar la investigación su continuidad fue verificada con la reiteración de unos pocos nombres sugeridos como informantes calificados capaces de brindar aportes valiosos sobre el tema. Si bien algunas de esas personas cambiaron de tareas y/o roles, continúan vinculadas al Ministerio.

CAPITULO VII – CONCLUSIONES

VII-1- En síntesis

Se hace imprescindible poner de relieve como primer conclusión- dentro de los límites de la investigación- el hecho de que existe una amplia percepción de un antes y un después de la implementación del SNIS que fue transmitida en todas las entrevistas. La Ley 18.211 es percibida como marcador del comienzo de un proceso de cambios cuyas repercusiones impactan en los diversos actores. Con los lentes del nuevo institucionalismo histórico, la evidencia nos permite asociarlo con un momento formativo de instituciones capaz de actuar como fenómeno de rendimiento creciente. Si bien, existen desarrollos de APS anteriores al SNIS, la reforma estaría actuando de catalizador de una transformación que ya se venía procesando en el sistema de salud. En este sentido, podemos concluir que se trata de un camino que se empezó a recorrer lentamente y que puede estar representando un nuevo rumbo de la atención de salud con una tendencia a diferenciarse del legado histórico.

Por otra parte, es destacable en el universo de análisis, la centralidad de las personas en los diferentes abordajes de su atención. Aún en los prestadores donde la tendencia se acerca más al modelo curativo, se han creado servicios que ofician de nexos entre las personas y el sistema de salud. En esa dirección, en todas las instituciones se ha respetado la priorización de los programas de prevención establecidos por el MSP y se ha registrado un comportamiento satisfactorio en el cumplimiento de MAs. Este último hecho aporta, considerando que su aplicación determina la realización de una serie de procedimientos que ubican a los usuarios en el punto de convergencia de las acciones.

Cabe resaltar, que hemos recogido escasas expresiones que vinculen explícitamente el cumplimiento de MAs con alguna contribución en un cambio de modelo de atención, según los informantes calificados de los prestadores de tipo IAMC. En las instituciones donde existe un mayor fortalecimiento del primer nivel de atención es manifiesto como un proceso iniciado antes de la reforma. A su vez, en las que prima una tendencia más cercana a un esquema curativo no hemos detectado señales robustas con esta finalidad. No obstante, debemos mencionar dos hechos que consideramos como indicios de acciones en la dirección esperada. En una de ellas recientemente se inauguró un establecimiento dedicado a la atención primaria (IAMC Nro. 29) y en otra se realizó un acuerdo de complementación público privado para brindar atención en un barrio de Montevideo (IAMC Nro. 16).

A su vez, ha quedado de manifiesto sin ninguna duda, el poder regulatorio y la potencia del mecanismo de MAs. El mismo ha sido cumplido y ha generado dispares controversias entre los actores, situación que se demuestra por su capacidad sobresaliente para modificar los procesos administrativos en todos los prestadores investigados. Si bien, en cuanto a los procesos asistenciales también hubo transformaciones en cuatro de los cinco prestadores, los mismos fueron interpretados de diversas maneras.

Este hecho cobra relevancia cuando coincide con la pretensión del Ministerio de modificar los procesos de las IAMC. Lo anterior se verifica con expresiones como: "...la gran pregunta desde el MSP es si están cambiando los procesos institucionales en los prestadores, dado que forma parte de la evaluación. Por eso, más importante que estar ansiosos por ver cambios en los resultados es ver si se están generando cambios en los procesos" (Entrevistado 1). El análisis sobre la traducción de esos cambios en una contribución con resultados de salud, necesariamente queda pendiente porque requiere mayor tiempo de aplicación, dejando pendiente la confirmación de la hipótesis relativa a la vinculación de los logros institucionales con un impacto en la salud de los usuarios.

En este sentido, también cabe remarcar el éxito de las MAs en promover la formación de equipos dedicados a la evaluación y monitoreo del cumplimiento de las mismas en las IAMC. "Para cambiar el modelo de atención no podés hacerlo mediante decretos ni ordenanzas, tiene que haber un equipo especializado en cada institución que trabaje conjuntamente con la dirección técnica, y esté pensando como modificar los procesos en torno a esto. Un equipo de MAs que permee el funcionamiento natural de las instituciones, es una condición necesaria si no, no se pueden aplicar los cambios en los procesos" (Entrevistado 1).

Asimismo, el comportamiento satisfactorio de todos los prestadores en el período analizado corrobora la importancia de las MAs, hecho que se ha expresado como: "Los contratos de gestión son el instrumento fundamental para la regulación, donde están escritas una batería de reglas de juego y derechos de los usuarios, implicando faltas más gravosas y sin embargo las instituciones se cuidan más de cumplir las MAs" (Entrevistado 1).

En esta línea, es posible conjeturar que ha sido adecuada la utilización de una herramienta de pago por desempeño, a través de un enfoque de gobernanza en redes, teniendo en cuenta su elevado cumplimiento, los efectos producidos y el involucramiento en las instancias de intercambio.

Desde el Ministerio se ha expresado: “Tratamos de ir reuniarnos con las instituciones una vez por semana” (Entrevistado 1), mientras las IAMC se han agrupado para realizar análisis sobre la herramienta (Observatorio salud, 2012).

En otro orden, han sido fácilmente identificables las dimensiones a tener en cuenta para un cambio de modelo asistencial y los ejes para los cuales deben contribuir las herramientas de regulación (PIAS y MAs). La relación entre el diseño de las MAs y esa imagen objetivo, no parece estar claramente definida o por lo menos no ha sido transmitida con absoluta claridad por los entrevistados. Se ha afirmado enfáticamente que la Ley 18.211 es la base, pero nos han manifestado- tanto desde los prestadores como desde el MSP- que al órgano regulador le falta trabajo conceptual en este sentido. Hubo oportunidades que esta carencia se resolvió desde el instrumento: “...la elección de un Ginecólogo como médico de referencia lo resolvimos desde el instrumento, siendo que para un avance más armónico lo deberíamos definir desde la teoría” (Entrevistado 1). En esta línea, se suman expresiones como: “...el sistema de MAs tiene el gran problema de falta de objetivos explícitos, son vagos. Son objetivos loables, con los que todos estamos de acuerdo. Por ejemplo la mejora de salud en los niños, pero cuando se está evaluando instituciones en concreto, es necesario operativizar las definiciones” (IAMC Nro. 29), “Parecería que el objetivo con el cual fueron fijadas debería ser revisado o si mantenemos el objetivo deberíamos revisar la forma, en que estamos aplicando las MAs, que de alguna manera está chocando la calidad de la atención” (IAMC Nro. 34).

Teniendo en cuenta las manifestaciones acerca de la capacidad de las MAs para producir efectos y la reflexión respecto a su finalidad, nos permite aventurar que una revisión de objetivos realizada en forma conjunta, puede aportar significativamente. Las instancias de diálogo establecidas pueden ser una importante ventana de oportunidad y enriquecimiento en este sentido. Juegan a favor los múltiples estudios realizados por grupos de prestadores de tipo IAMC que permiten conocer públicamente su postura frente al tema, así como el enfoque revisionista de sí mismo que expresa el MSP. También, aporta la relevancia otorgada al instrumento de MAs y el período transcurrido donde ya ha sido incorporado como una obligación de los prestadores. Se conjuga su potencia con el impacto económico, para constituirse en una herramienta poderosa en el futuro de la dirección de la atención de salud de los uruguayos.

VII.2- Otras líneas para futuras investigaciones

En este último punto nos concentramos en la enumeración de ciertos intereses que han quedado a la vista por parte del Ministerio y de las IAMC y que no hemos concluido, así como, posibles caminos que fueron surgiendo para otras investigaciones que aportarían una mayor comprensión sobre el tema.

En esta línea, con los datos disponibles no podemos hacer estimaciones, sobre cambios en la categoría de universalismo estratificado en sentido de Filgueira (1996). Hemos descrito una propensión consistente para modificarla, que ha sido expresada en los principios rectores del SNIS, pero los límites de la investigación y los hallazgos no nos permiten aventurar resultados en esa dirección.

No obstante, resaltamos expresiones relativas a una futura necesidad de superar la segmentación en el financiamiento. Es manifestado desde el MSP: "...hay una orientación para aumentar la cobertura del PIAS. Si bien, aún no llegamos a la universal, ir tendiendo hacia la misma a través de definiciones del financiamiento, creo que se va a lograr" (Entrevistada 2). No solamente una ampliación de la cobertura como base de prestaciones con mayor equidad, sino de servicios similares para toda la población. "Eso exige, que nadie que tenga cobertura de una mutualista, se sienta disminuido en su dignidad porque asiste a un efector público, no sienta que allí va a recibir atención de segunda... Ningún afiliado del sector privado debería tener el más mínimo pudor, ni la más mínima vulneración de su sensibilidad estética, si entra a un centro de salud pública. Podría tener dificultades si entra a algunas donde el proceso de dignificación del espacio asistencial y del espacio laboral sanitario no ha podido completarse porque a veces hay menos recursos asignados a inversiones o a veces no se puede funcionar adecuadamente; tenemos que ser más ágiles y creativos en la gestión" (Entrevistado 3). Este paso sería fundamental para poder concluir respecto a los cambios en amplitud, profundidad y nivel de la cobertura.

Otro punto para tener en cuenta, refiere al interés manifestado por los actores acerca de la aplicación de incentivos para cumplimiento de MAs en el prestador público, recibiendo expresiones tanto desde el Ministerio (Entrevistado 1), así como desde la IAMC Nro. 35. Esta circunstancia habilita otro debate: ¿cuál es el diseño más adecuado? Si tenemos en cuenta el perfil epidemiológico de los usuarios de ASSE, que puede ser algo diferente ¿Corresponde el desarrollo de MAs específicas para ASSE ó las obligaciones deben ser las mismas que para los prestadores privados? (Entrevistado 1).

En esta dirección, otro tema que surgió está vinculado con la discusión sobre la definición de los indicadores que constituyen las MAs. ¿Es más adecuada la medición por resultados ó por procesos? Actualmente se orientan a los procesos y es un hecho cuestionado desde las IAMC como un paso pendiente para avanzar en su funcionalidad. En el prestador Nro. 29 se expresó: “Aunque se quieran evaluar sólo procesos sería necesario atarlos a determinados resultados de salud, por más que la relación no sea directa. Por ejemplo la mortalidad infantil, es un resultado que depende de múltiples causas, y viene disminuyendo sistemáticamente ¿cuál ha sido el aporte de las MAs en esa baja? No lo podemos saber porque el sistema no está diseñado así”.

A su vez, otra arista de este intercambio está relacionada con: “...el Ministerio ha operado mucho más en los procesos pero dejando que las instituciones desarrollen sus estrategias para lograr el cumplimiento de las MAs” (Entrevistado 1) ¿Hasta dónde hacer o dejar hacer será más efectivo para alcanzar los objetivos?

Por otra parte, un importante desafío que quedó sin concretar es el conocimiento sobre la totalidad de los prestadores de tipo IAMC ¿Qué sucede con la atención que recibe el resto de la población usuaria? Un escenario comparado de todas las instituciones nos hubiera permitido una visión más consistente sobre los cambios que se produjeron por las nuevas acciones de regulación y la relación de las MAs con un cambio del modelo de atención.

Además, también queda a la vista la posibilidad de profundizar en otro estudio que se detenga en el diseño de cada una de las MAs, observando los efectos durante las distintas etapas de su aplicación. Hemos detectado que son percibidas de diferentes maneras por los actores, tanto del MSP como de los prestadores privados. De esta forma, se podrían evaluar posibles problemas y aciertos de diseño que pueden estar influyendo sobre los resultados obtenidos.

Como culminación del trabajo tomamos una expresión que engloba el proceso iniciado en el año 2005 y nos deja abiertas las puertas para continuar enriqueciéndonos de conocimiento sobre el futuro de la atención de la salud: “La naturaleza fundacional e incluyente del sistema amerita un esfuerzo constante de cambio, con necesidades siempre crecientes de la población. Una población que comienza a conocer sus derechos, que se reconoce como usuaria, más allá de su condición de consumidora, y por tanto se organiza y apuesta a exigir que se cumpla con los compromisos de la reforma” (Basso, 2010:8). El SNIS marca el camino, dependerá de todos seguir dando pasos hacia la equidad en salud.

ANEXO I - SELECCIÓN DE UNIDADES DE ANALISIS

La selección de unidades de análisis se realizó con base en información relativa al cumplimiento de las MAs por parte de los prestadores de salud. Se excluyeron los primeros trimestres del año 2009 por tratarse del comienzo de la aplicación del mecanismo, lo cual puede presentar alguna distorsión en los datos, considerando que no había antecedentes similares el MSP y los prestadores debieron adaptar sus recursos para cumplir con las nuevas pautas.

Para evaluar el desempeño seleccionamos únicamente la Meta 2 relativa a la elección por parte de los usuarios de un médico de referencia y la realización de controles preventivos (concurencia a consultas y análisis básicos de laboratorio). Fueron excluidas las Metas 1, 3 y 4.

Utilizamos los siguientes criterios para seleccionar las unidades de análisis:

- Prestadores de tipo IAMC
- Sede Principal en Montevideo, sólo por facilidad en el acceso para la investigadora residente en dicha ciudad.

Para construir el cuadro presentado a continuación se analizaron las Resoluciones de la JUNASA del año 2010 (7/2010, 22/2010, 62/2010 y 397/2010) y dos publicaciones del MSP, relativas al desempeño de los prestadores con sede principal en Montevideo. La primera del mes de Febrero del año 2012 (Disponible en http://colo1.msp.gub.uy/prestadores/app_msp.html [Acceso 08/02/12]), donde se publicó el comportamiento para el último trimestre del año 2011. El indicador de cumplimiento lo construimos teniendo en cuenta el porcentaje de adolescentes y adultos con consulta con su médico de referencia. Un porcentaje mayor al 20% implicó el pago total del componente MAs de la cuota salud.

La segunda del mes de Enero de 2013, publicó datos para el segundo trimestre del año 2012 (disponible en <http://prestadoresdesalud.montevideo.net.uy/> [Acceso 29/10/13]). En este caso, el indicador de cumplimiento implicó un porcentaje mínimo de consultas con su médico de referencia para adolescentes de un 18% y adultos un 34%.

En el cuadro siguiente, las columnas “SI”, “P/P” y “NO” se refieren al pago del componente MAs de la cuota salud. La categoría “SI” representa el pago total y “P/P” pago proporcional en relación al porcentaje de cumplimiento de los objetivos propuestos; considerando a ambas como desempeño satisfactorio en el cumplimiento de la Meta 2.

Prestadores			Año 2009			Año 2010			Año 2011			Año 2012								
			4to. Trim.			1er. Trim.			2do. Trim.			3er. Trim.			4to. Trim.			3er. Trim.		
			Meta 2			Meta 2			Meta 2			Meta 2			Meta 2			Meta 2		
Nro	Tipo	Sede Principal	Si	P/P	No	Si	P/P	No	Si	P/P	No	Si	P/P	No	Si	P/P	No			
1	IAMC	Interior	X			X			X											
2	IAMC	Interior	X			X			X											
3	Seguro privado	Montevideo		X		X			X			X								
4	IAMC	Montevideo	X			X			X			X			X					
5	IAMC	Interior	X			X			X											
6	Público	Montevideo		X		X			X			X			s/d					
7	Seguro Privado	Montevideo	X			X			X			X			X					
8	IAMC	Interior	X			X			X											
9	IAMC	Interior	X			X			X			X								
10	IAMC	Interior	X			X			X			X								
11	IAMC	Interior		X		X			X			X								
12	IAMC	Interior	X			X			X			X								
13	IAMC	Interior	X				X		X			X								
14	IAMC	Interior	X			X			X			X								
15	IAMC	Interior	X			X			X			X								
16	IAMC	Montevideo	X			X			X			X			X		X			
17	IAMC	Interior	X			X			X			X								
18	IAMC	Montevideo	X			X			X			X			X		X			
19	IAMC	Montevideo	X			X			X			X			X		X			
20	IAMC	Interior	X			X			X			X								
21	IAMC	Interior	X			X			X			X								
22	IAMC	Interior	X			X			X			X								
23	IAMC	Interior	X			X			X			X								
24	IAMC	Interior	X			X			X			X								
25	IAMC	Interior	X			X			X			X								
26	IAMC	Interior	X			X			X			X								
27	IAMC	Interior	X			X			X			X								
28	IAMC	Interior	X			X			X			X								
29	IAMC	Montevideo		X		X			X			X			X		X			
30	IAMC	Interior		X		X			X			X								
31	IAMC	Interior	X			X			X			X								
32	IAMC	Montevideo	X			X			X			X			X		X			
33	Seguro privado	Montevideo		X		X			X			X			X					
34	IAMC	Montevideo		X		X			X			X			X		X			
35	IAMC	Montevideo	X			X			X			X			X		X			
36	IAMC	Interior	X			X			X			X								
37	IAMC	Interior	X			X			X			X								
38	Seguro privado	Montevideo	X			X			X			X			X					
39	Seguro privado	Montevideo	X			X			X			X			X					
40	IAMC	Montevideo		X		X			X			X			X		X			
41	IAMC	Interior	X			X			X			X								
42	Seguro privado	Montevideo	X			X			X			X								
43	IAMC	Montevideo	X			X			X			X			X		X			
44	IAMC	Interior	X			X			X			X								
45	Seguro privado	Montevideo	X			X			X			X			X					
46	IAMC	Interior		X		X			X			X								
47	IAMC	Montevideo	X			X			X			X			X		X			

REFERENCIAS	
	IAMC con Sede Principal en Interior
	IAMC con Sede Principal en Montevideo
	Seguro Privado
	Público

Fuente: Elaboración propia con base en Resoluciones de la JUNASA 7/2010, 22/2010, 62/2010 y 397/2010 para años 2009 - 2010 . Publicación disponible en http://colo1.msp.gub.uy/prestadores/app_msp.html para año 2011[Acceso 08/02/12]. Publicación disponible en <http://prestadoresdesalud.montevideo.net.uy/> para año 2012[Acceso 29/10/13].

Como hemos mencionado en el marco metodológico, fue asignado un número arbitrario para referenciar a los prestadores de salud. Si bien, expondremos a continuación una nómina de los mismos, fueron reservados para la investigadora los datos correspondientes a su identificación.

El detalle de los 47 prestadores mencionados en el cuadro es:

CASMU, ORAMECO, PRIMEDICA, SMI-IMPASA, CIRCULO CATOLICO, COMECA, SANATORIO AMERICANO, ASOCIACION ESPAÑOLA, CAMDEL, CAMEC, CAMEDUR, CAMOC, HOSPITAL EVANGELICO, GREMCA, GREMEDA, Asociación Médica de San José , AMECOM, AMEDRIN, CAMCEL, CAMS, CAMY, ASSE, COMERI, SUMMUM, UMERCO, BLUE CROSS, CAAMEPA, CASA DE GALICIA, COMEFLO, COSEM, COMEPA, COMERO, MUCAM, SMQ Salto, CRAME, IAC, CUDAM, MP, COMEF, CRAMI, CASMER, HOSPITAL BRITANICO, COMECCEL, MEDICARE, COMETT, UNIVERSAL y COMTA.

No existe correspondencia alguna entre el orden de aparición en el cuadro con este detalle.

Considerando lo anteriormente expuesto fueron contactados todos los prestadores de salud de tipo IAMC con Sede Principal en Montevideo, pudiendo coordinar y realizar cinco entrevistas en el transcurso de los meses de Setiembre y Octubre de 2013.

Nro. IAMC	SOLICITUD DE ENTREVISTA	RECOMEN-DACIÓN	RESPUESTA	ENTREVISTA
4	si	no	sin respuesta	No
16	si	si	afirmativa	Si
18	si	no	negativa	No
19	si	si	afirmativa	Si
29	si	si	afirmativa	Si
32	si	no	sin respuesta	No
34	si	si	afirmativa	Si
35	si	no	afirmativa	Si
40	si	no	sin respuesta	No
43	si	no	sin respuesta	No
47	si	si	sin respuesta	No

En este sentido, habiendo solicitado entrevistas a las once instituciones, consideramos que han sido claves las recomendaciones. A través de contactos realizados, sin ningún intermediario que garantice conocimiento de la investigadora, sólo se pudo coordinar una.

ANEXO II- GUIA PARA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS

Identificación del entrevistado con relevamiento de información general acerca de los motivos de su elección como informante calificado.

Presentación del entrevistador y del trabajo de investigación en el marco de monografía de grado para obtener el título de la Licenciatura en Ciencia Política y expreso agradecimiento por la oportunidad otorgada.

PRIMERA ETAPA - Modelo de atención de salud del SNIS

- ¿Cuál fue su rol en la definición del SNIS?
- ¿Qué me puede decir acerca de la atención de salud que recibían los uruguayos antes del primer gobierno del Frente Amplio? ¿A Ud. le parece que era necesario cambiar algo?
- *En caso de respuesta afirmativa* ¿Ud. cree que alguna de esas consideraciones mencionadas fueron tenidas en cuenta en la reforma? ¿cómo por ejemplo?
- ¿Cuáles le parece que tienen que ser el principal o principales objetivos de esa transformación?
- ¿Cómo cree que debería ser el modelo ideal o la imagen a seguir?
- ¿Qué tipo de cobertura considera más oportuna?
- ¿Y cómo debería de ser la prestación de servicios?
- ¿Ud. considera importante la existencia de un punto de acceso sistemático? ¿con alguna particularidad? *(Consultar al entrevistado acerca del primer contacto como cualidad imprescindible para la consecución de la Atención Primaria)*
- ¿Qué le sugiere la expresión “salud en todas las políticas”? ¿se puede vincular con el modelo de atención del SNIS?
- ¿Para llevar a cabo ésta reforma cuál le parece el estilo de liderazgo más apropiado?
- ¿Es importante la participación de los diferentes involucrados? ¿cómo quienes por ejemplo?
- ¿Hay algo más que le parece importante en la construcción del esquema de atención de salud del SNIS?

SEGUNDA ETAPA – Efectos del cumplimiento de MAs

- ¿Cómo describiría su principal función en la organización? ¿Antigüedad en su ejercicio?
- ¿Ud. ha notado diferencias antes y después del primer gobierno del Frente Amplio en lo referente a sus tareas?
- ¿Y en los objetivos de la institución de la cual forma parte?
- ¿Cómo cuáles por ejemplo? Antes y después del SNIS
- ¿Ud. cree que la creación de la JUNASA ha causado cambios en su entorno organizacional?
- ¿Le parecen relevantes los Contratos de Gestión conjuntamente con las nuevas formas de financiamiento? ¿relativas a las capitas y a las MAs?
- ¿En relación a las MAs que me puede decir? Si Ud. tuviera que informarle acerca de este mecanismo a otra persona que nada sabe sobre el funcionamiento del área de la salud en Uruguay ¿Qué le diría?

(Indagar sobre manifestación de conformidad o resistencia con los cambios relativos a la aplicación de dicha herramienta)

- ¿Qué más me puede informar sobre los cambios que se produjeron en vuestra institución para dar cumplimiento a las MAs?

(Registrar la descripción y enumeración de los mismos)

- La nueva regulación del SNIS ¿determinó incorporación de algunos recursos humanos especializados? ¿técnicos? ¿qué tipo de experticia? ¿Traslado o reubicación de otros?
- ¿Se crearon nuevas estructuras organizacionales?
- ¿Hubo instancias de capacitación para los funcionarios?
- ¿Y de utilización de nuevos sistemas de información?
- ¿Ud cree que hay procesos vinculados a la atención que cambiaron?
- ¿Existe un equipo que se encarga de las MAs?

Parte A – únicamente para los informantes del MSP

- ¿Cómo se realiza el control de los prestadores privados tipo IAMCs?
- ¿Si me tuviera que decir algo más respecto a la aplicación de este mecanismo?

Parte B – únicamente para los informantes de las IAMCs

- Respecto a los servicios de atención ambulatoria ¿Tienen policlínicas de Medicina Familiar? ¿Y centros dedicados a la APS? ¿Cuándo fueron inaugurados?
- En los últimos 8 años ¿aumentó el número de profesionales que brindan servicios de Atención Primaria? (Medicina General, Medicina Familiar, Pediatría y Ginecología)¿cuántas horas de policlínica?
- ¿Existe algún programa institucional de prevención y promoción de salud?
- ¿Se dictan charlas de educación?
- ¿Existe acceso directo para todos los especialistas? ¿contra referencia luego de la consulta?
- ¿Ud podría decir que en la organización existe para las especialidades básicas una puerta de entrada accesible para todos los usuarios?
- ¿Uds consideran relevante la atención en el territorio?
- ¿Tienen acuerdos de complementación público privado?
- ¿Si me tuviera que decir algo más respecto a la aplicación de este mecanismo?

GLOSARIO DE SIGLAS

APS	Atención Primaria en Salud
APT	Administración Pública Tradicional
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
BPS	Banco de Previsión Social
DIGESA	Dirección General de la Salud
DIGESE	Dirección General de Secretaría
DIGESNIS	Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud
DISSE	Dirección de Servicios de Salud del Estado
FEMI	Federación de Mutualistas del Interior
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
ISI	Industrialización por Sustitución de Importaciones
JUNASA	Junta Nacional de Salud
JUDESA	Junta Departamental de Salud
MAs	Metas Asistenciales
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MSP	Ministerio de Salud Pública
NGP	Nueva Gestión Pública
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PBI	Producto Bruto Interno
PIAS	Programa Integral de Atención a la Salud
RAP	Red de Atención Primaria - ASSE
RIEPS	Red Integrada de Efectores Públicos de Salud
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguilar Villanueva, Luis (2007): “El aporte de la política pública y la Nueva Gestión Pública a la gobernanza”. Disponible en <http://www.padep.org.bo/uploadgob/AguilarVillanueva-Aporte-de-pol-pub-y-la-NGP-a-la-gobernanza-30oct07.pdf> [Acceso 04/02/2012].

Basso, Jorge (2010): “Un cambio necesario” en *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud* pp. 7-11 MSP- Banco Mundial.

Becoña, Cristina, Jorcín Giselle y Setaro, Marcelo (2010): “La JUNASA. Uan pieza clave en la construcción de la capacidad de rectoría sectorial” en *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud* pp.100-117 MSP- Banco Mundial.

Benia, Wilson y Medina, Gabriela (2011): “Construcción de una red continente. APS y Primer Nivel en el cambio de modelo de atención en Montevideo Uruguay (2005-2009)” en *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*.OPS/OMS.

Buglioli Marisa, et al (2010): “El pago de los servicios de salud por parte del SNS” en *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud* pp. 49-70.MSP- Banco Mundial.

Busquets, José (1996): “Un siglo de políticas sociales orientadas a la Infancia y a la Adolescencia en el Uruguay”. Montevideo: Ed. Mimeo.

Busquets, José y Setaro, Marcelo (2007): “El reformismo se abre paso en la política de salud” en *La hora de las reformas. Gobierno, actores y políticas en el Uruguay 2006-2007*. Informe de Coyuntura del ICP. Montevideo: Banda Oriental.

Busquets, J.M., Setaro, M. (2008): “El Sistema Nacional Integrado de Salud: ¿uno de los trofeos de la administración de Tabaré Vázquez?” en *Encrucijada 2009. Gobierno, actores y políticos en el Uruguay 2007-2008*. Informe de Coyuntura ICP. Montevideo: Fin de Siglo.

Cerrillo Martínez, Agustí (coord.) (2005): *La gobernanza hoy: 10 textos de referencia* Disponible en <http://www.inap.org.mx/portal/images/RAP/la%20gobernanza%20hoy.pdf> [Acceso 05/02/2012].

CLAD (2000): “La responsabilización (accountability) en la Nueva Gestión Pública Latinoamericana”. Disponible en <http://www.clad.org/.../la-responsabilizacion-en-la-nueva-gestion-publica> [Acceso 24/10/2011].

Esping- Andersen, Gosta (1990): *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Ediciones Alfons el Magnanim.

Farfán Mendoza, Guillermo (2007): “El nuevo institucionalismo histórico y las políticas sociales”. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72630105>. [Acceso 30/07/2011].

Fernández Galeano, Miguel y Olesker, Daniel (2009): “Rectoría del Estado y justicia social” en *Gozos y sombras del gobierno progresista: Aportes al balance*. Montevideo: Ed. Dedos

Filgueira, Fernando (1994): “El Estado Social centenario” en *El largo adiós al país modelo*. Montevideo: Ed. Arca.

Filgueira, Fernando (1996): “El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada”. Disponible en www.rau.edu.uy/fcs/dts/Certiflia/Fernando%20Filgueira.pdf. [Acceso 10/10/2011].

Fleury, Sonia (2003). “¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención en América Latina: Chile, Brasil y Colombia en *Servicios de Salud en América Latina y Asia*. EUA: Banco Interamericano de Desarrollo.

Frenk, Julio y Londoño, Juan Luis (1997): “Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”. EUA: Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de Trabajo Nro. 353.

Fuentes, Guillermo (2010): “El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible”. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, Vol. 19, Nro. 1, ICP, FCS, Montevideo.

Fuentes, Guillermo y Setaro Marcelo (2011): “Segunda etapa en la reforma de la salud. Primeros pasos en la Administración Mujica” en *Política en tiempos de Mujica. En busca del rumbo*. Informe de Coyuntura Nro. 10, ICP. Montevideo: Estuario.

García-Altés, Anna (2009): “Los sistemas de pago por desempeño: ejemplos, posibilidades y limitaciones” en RISAI Vol. I Nro 3. Disponible en <http://pub.bsalut.net/risai/vo11/iss3/4/> [Acceso 30/06/2013].

Gervás, Juan y Pérez Fernández, Mercedes (2008): “Pago por desempeño” en AMF.4. Disponible en <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/03/amf-2008-pago-por-desempeno.pdf> [Acceso 30/06/2013].

Iunes, Roberto F. (2003): “Organización/reorganización del sector de la salud en América Latina y el Caribe” en *Servicios de Salud en América Latina y Asia*. EUA: Banco Interamericano de Desarrollo.

MSP (2009a): “La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009”, compilado por González T. y Olesker D. MSP.

MSP (2009b): “El desempeño del sector mutual 2004-2009” Disponible en http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_desempeIAMC04-09.pdf [Acceso 18/10/2013]

MSP (2010): “Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud”. MSP- Banco Mundial.

MSP (2012): JUNASA. Instructivo Meta 2. Año 2012. Disponible en <http://www.msp.gub.uy/busqueda/msp/instructivo%20meta%202> [Acceso 19/10/2013]

MSP (2013): Prestadores de Salud del Uruguay. Montevideo. Disponible en <http://prestadoresdesalud.montevideo.net.uy/> [Acceso 11/12/2013]

Narbondo, Pedro (2003): “Nuevo paradigma de la gestión pública: ¿transformación técnica o transformación política del Estado?” en Ramos, C (ed.) *La reconstrucción gerencial del Estado. Enfoques políticos sobre la nueva gestión pública*. Montevideo: Banda Oriental.

Narbondo, Pedro y Ramos, Conrado (2001): “Reforma administrativa y capacidad estatal de conducción” en Calamé, Pierre y Talmant, André *Con el Estado en el corazón. El andamiaje de la gobernanca*. Montevideo: Trilce

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 [Acceso 14/10/2013]

Olesker, Daniel, Oreggioni Ida y Setaro Marcelo (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.

OMS (1998): “Promoción de la salud. Glosario”. OMS Ginebra. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf> [Acceso 29/11/2013]

OMS (2000): “Informe sobre salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”. Disponible en http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf [Acceso 02/12/2013]

OMS (2008): “Informe sobre la Salud en el Mundo. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca”.

OPS (2007): “La renovación de la Atención Primaria en Salud de las Américas”.

OPS (2009): “Perfil de los sistemas de salud – República Oriental del Uruguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma”.

Pereira Campos, Santiago y García Martínez, Rafael (2010): *Estudios multidisciplinares: Derecho médico y organizaciones de salud*. Montevideo: Ed. La Ley

Pérez, Marcelo (2009): *La reforma el sistema de salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay. Los desafíos del cambio*. Tesis de Licenciatura en Ciencia Política. Udelar – FCS- ICP.

Peters, Guy (1999): *El nuevo institucionalismo*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Pierson Paul y Skocpol Theda (2008): “El institucionalismo histórico en la Ciencia Política contemporánea”, *Revista de Ciencia Política* Vol 17, Nro 1, Udelar-FCS-ICP.

Portillo, Alvaro (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.

Presidencia de la República (2007): Ley 18.211 Disponible en <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=> [Acceso 04/12/2013]

Ramos, Conrado (2004): *Radiografía del cambio de paradigma en la Administración Pública*. Montevideo: ICP, FCS, Udelar.

Setaro, Marcelo (2004): *Vigilar y cuidar el bien común. El rol de rectoría del sistema de salud desde una perspectiva comparativa*. Serie Tesis de posgrado de FCS. Nro.2.

Setaro, Marcelo (2010): “La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance”. En Narbondo P. y Mancebo M. (eds.) *Reforma del Estado y Políticas Públicas de la administración Vázquez: acumulaciones conflictos y desafíos*. Montevideo: Fin de Siglo.

Setaro, Marcelo (s/fecha): “La economía política de la reforma del sector salud en el Uruguay 2002-2012. Innovación y continuidad en la construcción de un Estado Social con inspiración desarrollista”. Disertación doctoral sin fecha.

Starfield, Barbara (2001): *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson

Van der Stuyft, Patrick y De Vos, Paul (2008): “La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud” Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu14408.htm [Acceso 26/10/2013].

Veronelli, Juan C. et al (1994): *La salud de los uruguayos*. Montevideo: Eco Teca

Otras páginas web consultadas [Acceso 07/12/2013]:

http://medios.presidencia.gub.uy/jm_portal/2012/mem_anual/msp/msp.pdf

http://www.msp.gub.uy/index_1.html

<http://www.observatoriosalud.org.uy/index.php>

http://www.asse.com.uy/uc_6604_1.html