

Facultad de Ciencias Económicas y de Administración  
Universidad de la República

Trabajo de Investigación Monográfico para obtener el título de  
Contador Público - Plan 1990



# Sistema Nacional Integrado de Salud

## Impacto de la reforma

Junio 2009

**Autores:** Lucia Cantera  
Albana Constantín

**Cátedra:** Relaciones Laborales  
**Orientadora:** Cra. Mariela Svetlichich

0 0.2 0.4 0.6 0.8



**Abstract**

## ***ABSTRACT***

Para contribuir al desarrollo del país es necesario contar con un adecuado y justo sistema de salud, que tienda a mejorar la calidad de vida de la población redistribuyendo la riqueza y los ingresos, transfiriendo al mismo tiempo poder a los involucrados.

La situación crítica del sistema de salud denotaba la necesidad de la creación de un sistema de salud integral, que garantice a la población el acceso a una cobertura de salud acorde a sus necesidades, aportando al mismo en función de su capacidad contributiva. En este contexto se han dado varios intentos fallidos de reforma del sistema, concretándose en el recientemente instaurado.

En el marco del proceso de reforma de la salud, es necesario estudiar el impacto que dichos cambios provocan en la sociedad. Es por esta razón que hemos decidido abordar el análisis del impacto que este nuevo sistema de salud provoca en el trabajador como actor fundamental en las relaciones laborales.



# Índice

## *ÍNDICE*

<b><u>ABSTRACT</u></b>	<b>- 1 -</b>
<b><u>CAPÍTULO 1</u></b>	<b>- 5 -</b>
<b><u>INTRODUCCIÓN</u></b>	<b>- 5 -</b>
<b><u>CAPÍTULO 2</u></b>	<b>- 7 -</b>
<b><u>SEGURIDAD SOCIAL</u></b>	<b>- 7 -</b>
2.1 – PRINCIPIOS RECTORES DE LA SEGURIDAD SOCIAL	- 9 -
<b><u>CAPÍTULO 3</u></b>	<b>- 14 -</b>
<b><u>SISTEMA DE SALUD PREVIO A LA REFORMA</u></b>	<b>- 14 -</b>
3.1 - PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD EN EL URUGUAY	- 14 -
3.2 - SITUACIÓN DEL SECTOR SALUD	- 15 -
3.2.1 - SUBSECTOR PÚBLICO	- 21 -
3.2.2 - SUBSECTOR PRIVADO	- 23 -
3.3 – SÍNTESIS DE LA PROBLEMÁTICA DEL SECTOR SALUD	- 24 -
<b><u>CAPÍTULO 4</u></b>	<b>- 26 -</b>
<b><u>SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD</u></b>	<b>- 26 -</b>
4.1 - ESTRUCTURA VIGENTE DEL SECTOR SALUD	- 26 -
4.1.1 - SUBSECTOR PÚBLICO	- 27 -
4.1.2 - SUBSECTOR PRIVADO	- 31 -
4.1.3 - ROL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	- 36 -
4.2 - EL MARCO DE LA REFORMA	- 39 -
4.2.1 - PILARES CONCEPTUALES DE LA REFORMA	- 40 -
4.2.2 - LINEAMIENTOS Y OBJETIVOS	- 41 -

4.2.3 - PRINCIPIOS	- 42 -
4.2.4 - ESQUEMA CONCEPTUAL DEL SISTEMA	- 44 -
<b>4.3 - DESARROLLO DEL SISTEMA DE SALUD</b>	<b>- 45 -</b>
4.3.1 - UNIVERSALIDAD	- 45 -
4.3.2 – FINANCIAMIENTO	- 47 -
4.3.2.1 - Cápitás	- 47 -
4.3.2.2 – Metas asistenciales	- 49 -
4.3.3 - PRESTACIONES ASISTENCIALES	- 50 -
4.3.4 - ACCESIBILIDAD	- 51 -
4.3.5 – INSTITUCIONES PRESTADORAS	- 51 -
4.3.5.1 - Privadas	- 52 -
4.3.5.2 – Pública	- 53 -
4.3.5.3 – Articulación público-privado	- 54 -
4.3.6 - DERECHOS DE LOS USUARIOS	- 54 -
4.3.7 - PARTICIPACIÓN SOCIAL	- 56 -
4.3.8 - LA REGULACIÓN	- 58 -

---

## **CAPÍTULO 5**

---

### **IMPACTO DE LA REFORMA DE LA SALUD**

---

<b>5.1 – IMPACTO EN SUS DIFERENTES ASPECTOS</b>	<b>- 60 -</b>
5.1.1 - COBERTURA	- 60 -
5.1.1.1 – Universalidad de la cobertura	- 60 -
5.1.1.2 – Expansión de la cobertura integral	- 64 -
5.1.2 - DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO	- 65 -
5.1.3 - PRESUPUESTO DE A.S.S.E.	- 67 -
5.1.4 - LIBERTAD DE ELECCIÓN	- 69 -
5.1.5 – OPINIÓN DE LOS USUARIOS: ENCUESTA EQUIPOS-MORI/CIFRA	- 70 -

---

## **CAPÍTULO 6**

---

### **CASOS DE ESTUDIO**

---

<b>6.1 - IMPACTO EN EL SECTOR TRABAJADOR</b>	<b>- 75 -</b>
6.1.1 - EDUCACIÓN PRIMARIA	- 75 -
6.1.2 - EDUCACIÓN SECUNDARIA, TÉCNICO PROFESIONAL Y FORMACIÓN DOCENTE	- 76 -
6.1.3 - FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	- 77 -
6.1.4 - FUNCIONARIOS DEL SECTOR BANCARIO	- 78 -
6.1.4.1 - Banca oficial	- 78 -
6.1.4.2 - Banca privada	- 79 -
<b>6.2 - IMPACTO EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>- 84 -</b>
<b>INSTITUCIONES ENTREVISTADAS: HOSPITAL E I.A.M.C. DE FLORES</b>	<b>- 84 -</b>

---

<b><u>CAPÍTULO 7</u></b>	<b>- 88 -</b>
<b><u>CONCLUSIONES</u></b>	<b>- 88 -</b>
<b><u>BIBLIOGRAFÍA</u></b>	<b>- 91 -</b>
<b><u>ANEXO 1</u></b>	<b>- 93 -</b>
<b><u>HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE FLORES</u></b>	<b>- 93 -</b>
<b><u>ANEXO 2</u></b>	<b>- 101 -</b>
<b><u>INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA FLORES</u></b>	<b>- 101 -</b>
<b><u>ANEXO 3</u></b>	<b>- 106 -</b>
<b><u>EDUCACIÓN PRIMARIA – F.U.M. – T.E.P.</u></b>	<b>- 106 -</b>
<b><u>ANEXO 4</u></b>	<b>- 109 -</b>
<b><u>EDUCACIÓN SECUNDARIA – FE.NA.P.E.S.</u></b>	<b>- 109 -</b>
<b><u>ANEXO 5</u></b>	<b>- 113 -</b>
<b><u>ADMINISTRACIÓN PÚBLICA – CO.F.E.</u></b>	<b>- 113 -</b>
<b><u>ANEXO 6</u></b>	<b>- 117 -</b>
<b><u>FUNCIONARIOS BANCARIOS – A.E.B.U. BANCA OFICIAL</u></b>	<b>- 117 -</b>
<b><u>ANEXO 7</u></b>	<b>- 120 -</b>
<b><u>FUNCIONARIOS BANCARIOS – A.E.B.U. BANCA PRIVADA</u></b>	<b>- 120 -</b>

**Capítulo 1**

**Introducción**

## *Capítulo 1*

### *INTRODUCCIÓN*

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) los sistemas de salud comprenden los recursos que una sociedad dedica a la protección y mejoramiento de la salud de las personas. Además, los buenos sistemas de salud propenden al logro del mayor y más equitativo estado de salud posible. Para lograr este propósito, un buen sistema de salud debe ser equitativo en la forma en que las personas contribuyen al financiamiento de la atención, así como también responder a las expectativas de la gente respecto a su tratamiento, tratándolas con la dignidad que merecen. (O.M.S., 2000: 3-12)

En concordancia con lo expresado por la O.M.S., es que en el año 2005 el gobierno inicia un plan de reforma al sistema de salud uruguayo. Se trata de la construcción de un sistema que racionalice servicios, ahorre costos, mejore la justicia social en el acceso a las prestaciones, y desarrolle la eficiencia del sistema, estimulando la integración y la complementación, enfrentando la inercia de las instituciones que estimulan aun más la competencia que la complementariedad.

Considerando que la salud es un derecho humano fundamental, y el acceso a ésta debe ser garantizado por el Estado, los trabajadores son vulnerables a los cambios en las políticas sociales que se producen en este sentido. Es por ello que encontramos la necesidad de efectuar un análisis sobre como dichos cambios afectan sus derechos, evaluando además el cumplimiento de los principios rectores de la seguridad social.

Encontrándonos a la fecha en pleno desarrollo de este proceso de reforma de la salud, es que consideramos pertinente efectuar un estudio del impacto que las políticas sociales recientemente implantadas han tenido en la sociedad, particularmente en los trabajadores.

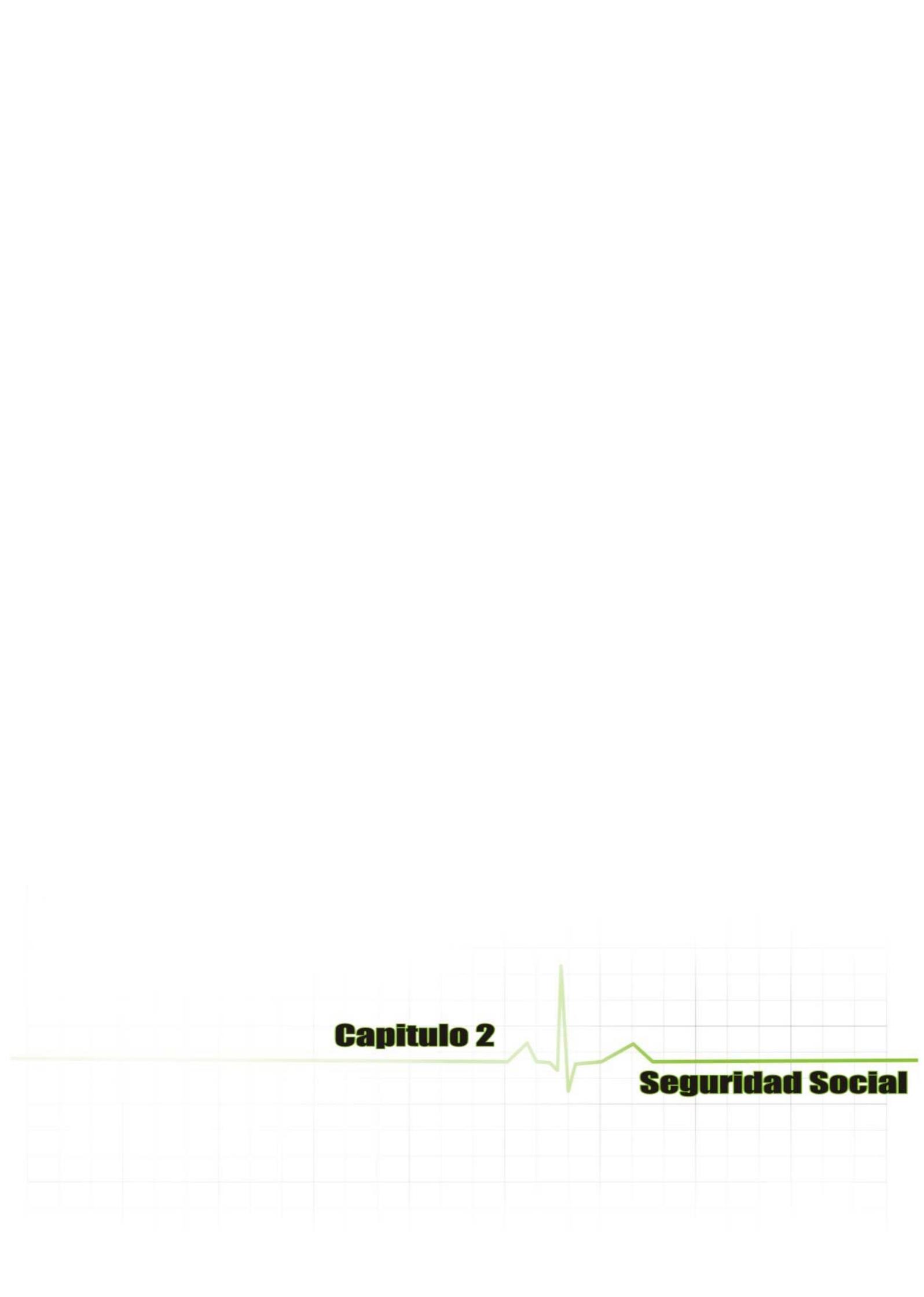
En primera instancia, comenzamos con un análisis de la seguridad social y los principios que la rigen, estableciendo a la salud como derecho humano fundamental.

Luego describimos la problemática del sistema de salud en el año 2004, situación que provocó la necesidad del cambio; exponiendo a continuación el sistema de salud actual, analizando cada uno de sus componentes y particularidades.

Para alcanzar el objetivo de evaluar el impacto de la reforma de la salud implantada en el sector trabajador, utilizamos diferentes métodos de investigación: análisis de encuestas realizadas a la población en general, de estadísticas publicadas por las instituciones competentes y entrevistas a representantes de distintos sectores obreros. En éstas, realizamos una comparación entre la situación anterior del sector y la situación actual, obteniendo así información calificada para la evaluación del referido impacto.

En complementación realizamos entrevistas a representantes de las instituciones prestadoras, tanto a nivel público como privado, de forma de obtener la visión de todos los actores involucrados.

Por último, se resumen las principales conclusiones y los fundamentos de éstas, como resultado del desarrollo teórico y relevamiento práctico.

The page features a light gray grid background. A green ECG (heart rate) line is drawn across the lower portion of the page, starting from the left edge and ending at the right edge. The text is positioned above this line.

**Capítulo 2**

**Seguridad Social**

## *Capítulo 2*

### ***SEGURIDAD SOCIAL***

Comenzaremos el capítulo exponiendo las definiciones más relevantes de seguridad social de modo de argumentar que la seguridad social en general y la salud en lo particular son derechos fundamentales del ser humano, luego, desarrollaremos los principios en base a los cuales debe estructurarse el sistema de seguridad social para garantizar el cumplimiento de los mencionados derechos.

La *Organización Internacional del Trabajo*<sup>1</sup> (O.I.T.) define Seguridad social como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales, que de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.

La seguridad social es un derecho humano, así lo reconoce el Art. N° 22 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, que dice que “toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.

A su vez la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del hombre* (1948), en su Art. N° 16 dice “toda persona tiene derecho a la seguridad social que lo proteja contra las consecuencias de las desocupación, de la vejez y de la

---

<sup>1</sup> Departamento de Seguridad social de la O.I.T. (Ginebra), Centro Internacional de Formación de la O.I.T. con sede en Turín y Asociación Internacional de la Seguridad social (Ginebra). Administración de la seguridad social.1991

---

incapacidad, que proveniente de cualquier otra causa ajena de su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia”.

También el *Protocolo de San Salvador* en su Art. N° 9, dice que “la seguridad social debe contribuir a que los/as no capacitados/as obtengan los medios para llevar una vida digna y decorosa”. Agrega que “cuando se trate de personas que se encuentran trabajando el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o enfermedad profesional, y cuando se trate de mujeres, licencias retribuidas por maternidad, antes y después del parto”.

El *Secretario General de la O.N.U.*<sup>2</sup> define la protección social como “un conjunto de políticas y programas gubernamentales y privados con los que las sociedades dan respuesta a diversas contingencias a fin de compensar la falta o reducción sustancial de ingresos provenientes del trabajo, brindar asistencia a familias con hijos y ofrecer atención médica y vivienda a la población”. Destaca que “es un derecho fundamental de las personas tener acceso a programas efectivos y eficaces que alivien padecimientos derivados de riesgos sociales tales como enfermedades, vejez, desempleo y la exclusión social, así como a programas que protejan los ingresos de la población proporcionando a ésta seguridad alimentaria, formación profesional, educación suplementaria y viviendas a precios razonables”.

La definición de seguridad social se ha vinculado con el desarrollo de una seguridad social institucionalizada, destinada a cubrir las necesidades de los trabajadores asalariados del sector estructurado. Sin embargo, es evidente que puede recurrirse a una amplia variedad de intervenciones a fin de asegurar que la población disfrute de un nivel de vida razonable. Ello implica una serie de opciones entre diversas medidas públicas, como por ejemplo los subsidios para la alimentación, la vivienda, servicios de bienestar social, disposiciones en materia de ingresos mínimos y prestaciones tradicionales de la seguridad social.

La seguridad social es un aspecto importante que une a las personas con su medio en pos de su desarrollo pleno a lo largo de su vida, no se separa de los conceptos de educación, salud, vivienda y trabajo. En este sentido se convierte en un elemento fundamental para que las políticas gubernamentales se realicen con una

---

<sup>2</sup> Secretario General de O.N.U. Informe a la 39ª. Sesión de la Comisión de Desarrollo social de O.N.U. Febrero 2001. NY, EE.UU.

---

real distribución de recursos, con aportes acordes a las realidades particulares de las personas tendiendo a generar condiciones de igualdad y equidad entre las mismas. La función de la seguridad social es generar sociedades integradas con un conjunto de políticas sociales que apunten a la mejora y la transformación de las condiciones de vida de las personas y las comunidades.

Es un derecho humano fundamental y un instrumento esencial para crear cohesión social; forma parte indispensable de la política social de los gobiernos y es una herramienta importante para evitar y aliviar la pobreza. A través de la solidaridad nacional y la distribución justa de la carga, contribuye a la dignidad humana, a la equidad y a la justicia social.

Según el concepto clásico la seguridad social se convierte en un instrumento de justicia social, ya que está basada en la solidaridad, universalidad, igualdad, suficiencia, participación y sostenibilidad financiera.

### ***2.1 – Principios rectores de la seguridad social***

Los principios fundamentales de la seguridad social establecidos por la *O.I.T.* son los siguientes:

1. universalidad de la cobertura;
2. igualdad, equidad o uniformidad en el trato;
3. solidaridad y redistribución del ingreso;
4. suficiencia de las prestaciones;
5. unidad, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación en la gestión;
6. sostenibilidad financiera.

1. *Universalidad*: La O.I.T. en 1944 proclamó que todos los miembros de la comunidad deberían ser cubiertos, de ahí la necesidad de extender las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes lo necesiten. El seguro social debería proteger a todos los asalariados y trabajadores independientes, así como a las personas a su cargo.

La extensión de la cobertura depende del grado de industrialización y urbanización, del tamaño del sector formal y la antigüedad del sistema, de manera que es mayor en los países desarrollados que en los subdesarrollados.

---

En el año 2000 la O.I.T. declaró que la extensión de la cobertura es el mayor reto que confrontan los sistemas de seguridad social. Para hacer frente a este reto en el 2001 la Conferencia N° 89 acordó renovar la campaña para mejorar y extender la cobertura a quienes la necesiten. Cada país debe determinar una estrategia nacional que logre la seguridad social para todos, “la función prioritaria del Estado es facilitar, promover y extender la cobertura de la seguridad social” por lo tanto, hay que dar prioridad a las políticas e iniciativas que apunten a ampliar la cobertura a aquellas personas no amparadas por los sistemas vigentes.

La universalidad de la cobertura debe ser entendida en sus dos vertientes, la objetiva, en la que la seguridad social debe cubrir todas las contingencias a las que está expuesto el hombre que vive en sociedad, y la subjetiva, la que implica que todas las personas deben ser alcanzadas.

2. *Igualdad*: La O.I.T. considera que la “igualdad de trato es un principio guía de la seguridad social”. Todas las personas deben ser amparadas igualitariamente ante una misma contingencia. Analizando las desigualdades sociales y económicas, el tratamiento debe ser adecuado a efectos de que la prestación cubra en forma digna el riesgo en cuestión.

Una de las desigualdades planteadas se refiere a los grupos de alto ingreso, dado que se considera que pueden comprar su propia protección, así como también a los funcionarios públicos, estatales y paraestatales, que a menudo tienen un régimen separado con prestaciones más beneficiosas lo que hace dificultosa su incorporación al sistema general; todo ésto contribuye a la existencia de desigualdad en el trato.

Por otra parte existe desigualdad de género, como consecuencia de las diferencias en las retribuciones entre hombres y mujeres por igual trabajo.

En su resolución de 2001, la Conferencia declaró que las prestaciones no deben ser discriminatorias y puso énfasis en el tema del género: “la seguridad social debería fomentar y basarse en principios de igualdad de género”. Para ello no sólo debe haber legalmente trato igualitario para ambos sexos en situaciones similares, sino también tomar medidas efectivas para garantizar la igualdad de hecho para las mujeres.

3. *Solidaridad*: William Beveridge<sup>3</sup> (1879-1963), quien elaboró un modelo de reconstrucción de la seguridad social para el período de post-guerra en el Reino Unido, sostenía que toda la población debe estar afiliada al sistema de seguridad social y debe contribuir a su financiamiento para garantizar su sustentabilidad; así como que debe haber solidaridad entre las generaciones, o sea, los trabajadores activos deben aportar para financiar las prestaciones de los pasivos; todo lo cual tendrá un efecto redistribuidor progresivo.

“El plan de seguridad social es primera y principalmente un método para redistribuir los ingresos, de manera de anteponer las primeras y más urgentes necesidades y de hacer el mejor uso posible de los ingresos”.

Existe una fuerte interrelación entre los principios de universalidad, igualdad y solidaridad, de manera de que si uno de ellos no funciona adecuadamente afecta a los otros dos. Según la O.I.T., en atención al principio de solidaridad todos los trabajadores deben afiliarse y aportar al sistema general, pero hay grupos con regímenes separados que se resisten a la integración.

En lo económico, el objetivo y efecto general de la seguridad social debe ser la redistribución del ingreso de forma horizontal y vertical.

En la horizontal, los activos transfieren recursos a los pasivos, sin embargo este efecto es significativo cuando el peso de activos y pasivos en la cobertura poblacional es similar, pero reducido o nulo en caso de que la mayoría sea pasiva. En la vertical, los grupos de alto ingreso transfieren a grupos de bajo ingreso a través de los aportes, las prestaciones y los subsidios estatales, especialmente si el sistema general es progresivo.

La Conferencia de 2001 reafirmó que la integración de la economía informal en la economía formal es un reto fundamental, así como la cuestión de equidad y solidaridad social.

4. *Suficiencia*: La seguridad social debe cubrir todos los riesgos o contingencias sociales, y sus prestaciones deben ser suficientes para asegurar un mínimo adecuado de subsistencia durante el período de inactividad.

---

<sup>3</sup> Beveridge William. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. En: Documento de proyecto N° 63. CEPAL. Diciembre 2005

---

El Convenio N° 102 de la O.I.T. (1952) determinó que la seguridad social comprende nueve ramas o programas y estableció normas mínimas en contenido y nivel en las siguientes prestaciones: atención a la salud; monetarias por enfermedad, maternidad, vejez, invalidez y sobrevivientes; accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; desempleo y prestaciones familiares.

Desde 1944 la O.I.T. ha apoyado el ajuste de las prestaciones de acuerdo al costo de vida. Lo anterior se relaciona con programas de seguro social, el cual se distingue de la asistencia social en varios aspectos: el seguro es financiado por aportes y genera un derecho a las prestaciones, mientras que la asistencia es financiada por el Estado, no hay un derecho a las prestaciones que se fijan de acuerdo con los recursos existentes y el beneficiario debe encontrarse en estado de necesidad.

5. *Participación:* Desde comienzos de la seguridad social se pregonó y buscó la unificación administrativa a fin de promover la eficiencia y reducir los costos. El sistema público sería menos costoso que el seguro privado, debido a economías de escala, su carácter no lucrativo y el entrenamiento de personal técnico y especializado en seguridad social, pero la tendencia a la unidad de seguridad social fue obstaculizada por el desarrollo histórico paulatino de programas que cubrían a diversos grupos de asegurados que se resistieron a la integración.

El convenio N° 102 de la O.I.T. estableció el principio de responsabilidad del Estado y actualmente esta organización observa que en los países con cobertura casi universal es común encontrar una institución única a cargo de todas las funciones del sistema.

La Conferencia del 2001 declaró que “los regímenes deberían administrarse en forma sana y transparente, con costos administrativos tan bajos como sea factible y una fuerte participación de los interlocutores sociales”. Además ratificó la participación eficaz con un papel importante de dichos interlocutores en el desarrollo de políticas y en los órganos bipartitos (trabajadores-empleadores) o tripartitos (los anteriores más el gobierno) de gestión de seguridad social.

Por último recomendó el diálogo social de los tres sectores con el fin de generar consenso social y voluntad política para actuar especialmente cuando se debata una reforma del sistema (O.I.T. 2002).

6. *Sostenibilidad financiera*: El convenio N° 102 de la O.I.T. estipuló en el Art. N° 71 que “el Estado debe asegurar que se realicen periódicamente los estudios y cálculos actuariales necesarios para el equilibrio financiero y, en cualquier caso, antes de toda modificación de las prestaciones, cotizaciones e impuestos...El costo de las prestaciones y de los gastos administrativos debe financiarse de forma colectiva a través de aportes o impuestos o ambos...Los métodos de financiación deben evitar que las personas de bajos recursos tengan que soportar cargas demasiado pesadas y también deben tener en cuenta la situación económica del país y de las personas protegidas...El total de las cotizaciones a cargo de los asalariados protegidos no debe superar el 50% del total de los recursos destinados a la protección, de manera que el resto debe ser financiado por los empleadores y/o el Estado”.

La conferencia de 2001 recomendó “ampliar las fuentes de financiamiento de la seguridad social a través de la financiación tripartita” e hizo una advertencia importante a las reformas provisionales: “con el objeto de que sea sostenible, la viabilidad financiera de los sistemas de pensiones debe garantizarse a largo plazo”.

La O.I.T. advierte que generalmente los países industrializados se aproximan al pleno empleo y su trabajo es básicamente formal, sus mercados laborales están regulados, gozan de una distribución razonable del ingreso, hay altos niveles de cumplimiento de las leyes de seguridad social y una cobertura casi completa. Por el contrario, los países de desarrollo medio, como América Latina y el Caribe, confrontan serios problemas: alto desempleo y subempleo, amplio sector informal y con tendencia creciente, distribución del ingreso altamente desigual y carencia de un sistema tributario capaz de recaudar los aportes del seguro social y financiar programas asistenciales.

En condiciones socioeconómicas tan diferentes, es claro que los principios de seguridad social no pueden funcionar igual. No obstante, los países pioneros latinoamericanos y caribeños introdujeron sus primeros programas de seguro social antes que EE.UU. quien aún no había implantado dicho programa y una parte considerable de su población carecía de seguro de salud (O.I.T. 2000).

## **Capitulo 3**

# **Sistema de Salud previo a la Reforma**

## ***Capítulo 3***

### ***SISTEMA DE SALUD PREVIO A LA REFORMA***

#### ***3.1 - Principales características del sistema de salud en el Uruguay***

En el Uruguay la salud de toda la población es un derecho y un deber de todos los ciudadanos.

El Art. Nº 44 de la Constitución establece “el Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.”

La actividad asistencial puede ser prestada tanto por el Estado como por el sector privado, mientras que el servicio de higiene pública es una tarea inherente al Estado. Entonces, los servicios asistenciales pueden ser prestados por entes públicos y privados. Dentro de los públicos debemos diferenciar entre los estatales y los no estatales, y dentro de los estatales entre organismos centralizados y descentralizados.

El sistema de salud uruguayo se ha configurado como una articulación compleja de instituciones públicas y privadas, integrada en un sistema mixto de atención. Se encuentra conformado por un conjunto de instituciones organizadas de manera diferente, tales como las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (I.A.M.C.), hospitales públicos y privados, sanatorios, seguros parciales e integrales de salud y clínicas privadas. La estructura de la atención médica está constituida por este conjunto de instituciones y servicios diferentes, distribuidos desigualmente en el país. Las instituciones públicas y privadas coexisten manteniendo relaciones recíprocas en los aspectos económicos, financieros, jurisdiccionales, de cobertura, etc. Estos vínculos en algunos casos se fueron gestando en forma gradual y sin

---

acuerdos previos, formando una red de transferencia de recursos, relaciones de cobertura, dependencias recíprocas de carácter variado, complejo de racionalizar y que no surgió de una planificación clara.

### ***3.2 - Situación del sector salud***

El sector salud en el Uruguay se encontraba en una crisis económica, financiera y administrativa.

El presupuesto de salud<sup>4</sup> se dividía en 25,4% para el sector público y 74,6% para el privado, según datos de 2004, representando un 8.96% del P.B.I. y un gasto per cápita de U\$S 365, con una tendencia creciente en los últimos años.

Esto implica que el gasto, o mejor dicho la inversión en salud era muy importante, pero a pesar de ello según un estudio realizado por O.M.S. sobre el estado de la atención médica en todos los países miembros, Uruguay se encontraba en el lugar 65 a nivel mundial y 5º en América Latina. El informe demuestra que no siempre los países que invierten más son los que ofrecen los mejores servicios. La posición de Uruguay se atribuye entonces a un bajo resultado dada la inversión que realizaba. En una entrevista realizada al Cr. Horacio Fernández Ameglio, ex Ministro de Salud Pública, expresó que "el problema de la salud es un problema del mundo". Asimismo destacó que en un congreso de la O.M.S. en Ginebra sobre *Reforma de los sistemas de salud* se concluyó que no existe un sistema perfecto. Todos los sistemas están en crisis, no hay un sistema al que tomar como ejemplo. No está ligado a lo que se invierte en el sector. No hay una equivalencia entre lo que se produce y lo que se invierte en salud. Asimismo destaca que para solucionar los problemas no se debe aumentar el presupuesto de la salud, sino mejorar su distribución.

Al considerar como se financiaba el gasto en salud, según datos de 2004, 50,4% provenía del sector privado que se destinaba un 0,4% al sector público y 50% al sector privado, y el 49,6% restante correspondía al sector público que se destinaba 25% al sector público y 24,6% al sector privado.

Las principales fuentes de financiamiento del sector salud eran:

- Hogares 49,6%

---

<sup>4</sup> Cuentas de Salud 2004. [http://www.msp.gub.uy/uc\\_523\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_523_1.html) consultada el 09/04/09.

- 
- Tributos 47,3%
  - Precios 2,3%
  - Endeudamiento 0,8%

El sector público se financiaba básicamente con tributos (95,36%), mientras que el sector privado lo hacía predominantemente con el pago de cuotas y la compra de bienes o servicios por parte de la población afiliada (98,42%) debido a la influencia decisiva del sector mutual. Entre estas 2 modalidades se cubría el financiamiento del 96,9% del sector salud.

Respecto al financiamiento proveniente de los hogares, el 50% del gasto en salud del país era financiado por éstos. El 45% del gasto en salud de los hogares se efectivizaba a través de las I.A.M.C., para las cuales esta fuente de financiamiento representaba el 52% de su gasto. El 36% del financiamiento de los hogares (18% del gasto del país), se destinaba a asistencia particular en consultorios, clínicas, farmacias, etc.

En lo que refiere al financiamiento proveniente de los impuestos, el 61% se destinaba a la Administración de Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.) y un 18% a las I.A.M.C.

El 50% del financiamiento público (25% del gasto nacional), correspondía a la seguridad social. El 30% de los recursos de la seguridad social destinados a salud, provenían de rentas generales. El 60% de las fuentes de financiamiento de la seguridad social, son captados por las I.A.M.C. los que representaban el 30% de su gasto.

***Gasto en salud según proveedor***

Proveedores Públicos	Millones \$	%
A.S.S.E.	4.734	13,9
M.S.P.	303	0,89
Sanidad Militar	826	2,43
Sanidad Policial	371	1,09
Hospital de Clínicas	520	1,53
I.M.A.E. públicas	127	0,37
B.P.S. – Sanatorio	664	1,95
B.S.E. – Sanatorio	539	1,59
B.H.U.	63	0,19
B.R.O.U.	49	0,14
A.N.C.A.P.	81	0,24
Comisiones Honorarias	123	0,36
Policlínicas I.M.M.	127	0,37
Intendencias del Interior	92	0,27
<b>TOTAL PÚBLICOS</b>	<b>8.617</b>	<b>25,4</b>

Proveedores Privados	Millones \$	%
I.A.M.C.	14.682	43,2
Seguros Privados Integrales	1.170	3,44
Emergencias móviles	1.649	4,85
I.M.A.E. privado	1.183	3,48
I.M.A.E. en el exterior	40	0,12
Casas de salud	687	2,02
Caja Notarial	91	0,27
Consultorios y Farmacias	5.863	17,3
<b>TOTAL PRIVADOS</b>	<b>25.367</b>	<b>74,6</b>

---

Las características comunes a las instituciones que integran el sector salud que contribuyen a la problemática existente en el año 2004 son las siguientes:

- multiplicidad y variabilidad de integrantes,
- ausencia de coordinación e integración,
- falta de planificación intrasectorial o aún institucional,
- aumento global del gasto,
- ausencia de mecanismos de control, supervisión y auditoría, y
- diversidad de zonas geográficas, patologías o programas.

La existencia de multiempleo provoca que los funcionarios no se sientan identificados con la institución a la que pertenecen, lo que dificulta la integración y coordinación generando una administración ineficaz, ya que la coordinación es un elemento clave para el logro de ésta.

Un médico del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.) ganaba en promedio un sueldo equivalente al 50% del salario de un médico del área privada; siendo éste uno de los factores que más contribuye al multiempleo, dificultando a su vez la formación y perfeccionamiento técnico y humano que su profesión requiere.

El multiempleo se materializa en un promedio de 2,3 puestos o cargos por médico en 2004.

Por otro lado, Uruguay mantenía un viejo esquema de medicalización, consistente en la atención a la salud de las personas basada casi exclusivamente en el médico, con 5 médicos por cada enfermera. Este escaso número de enfermeras universitarias es percibido desde hace años como uno de los problemas en la prestación o modelo de atención de la salud en el país.

A su vez se agregan las limitaciones presupuestales y rigideces administrativas que existen en las instituciones públicas causando serios problemas para retener al personal.

Se daba entonces una composición del personal de la salud tipo "reloj de arena": mucho profesional arriba, se angosta en el medio con poco personal técnico y auxiliar y se ensancha de nuevo abajo con personal administrativo y de servicios.

Uno de los factores que contribuyó a la falta de planificación intrasectorial, era la inexistencia de control sobre las inversiones que realizaban las instituciones. Un

ejemplo de ello es la eliminación de las sobre-cuotas de inversión que debían cobrar las I.A.M.C.; éstas debían destinar un porcentaje de sus ingresos a la creación y mantenimiento de un fondo de inversiones.

Este fondo de inversiones se formaba de una suma adicional a la cuota cuyo fin era financiar inversiones, que requería autorización previa del Poder Ejecutivo. A partir de agosto de 1995, estas sobre-cuotas de inversión se eliminan autorizando el Ministerio de Economía y Finanzas (M.E.F.) a aplicar estos fondos a la gestión operativa.

Para crear, clausurar, suspender, ceder, constituir derechos de uso a favor de otras entidades de asistencia o arrendar servicios de atención médica, para adquirir o enajenar equipos sanitarios, bienes inmuebles y para construir, reformar o ampliar plantas físicas para la atención médica, es necesario contar con autorización del Poder Ejecutivo por intermedio del M.S.P.

El propósito era un ordenamiento de las inversiones en salud que realizaba el sector privado, con el fin de evitar duplicaciones y sobre-dimensionamientos que provocaran una inadecuada utilización de equipos y plantas físicas, así como costos elevados en los servicios prestados.

El decreto N° 558/91 estableció montos mínimos por debajo de los cuales el pedido de autorización no es necesario. En la práctica la mayoría de las inversiones eran autorizadas. Ésto favorecía la competencia entre las I.A.M.C. que en busca de captar nuevos afiliados o mantener la masa con la que contaban, incorporaban tecnología costosa sin tener en cuenta la relación costo-beneficio.

Un ejemplo de ésto en la realidad, es que según estudios realizados es necesario un resonador magnético por cada 1.500.000 habitantes, y en Montevideo hay 4 resonadores. Asimismo en un radio no mayor a 10 cuadras del Obelisco existen al menos 8 tomógrafos.

El aumento global del gasto es el resultado del avance de la tecnología médica, que sumado a la falta de planificación, a la falta de un análisis económico-financiero al momento de invertir y al afán de tener la última tecnología por la gran competencia que existía en el sector, llevaba a la compra desmedida y a veces innecesaria de equipamiento que traía aparejado un aumento del costo.

Se establece entonces que "el sector salud es víctima de sus propios éxitos". Ésto quiere decir que gracias a los éxitos alcanzados en el sector, el mismo ha tenido un aumento considerable en sus gastos. Un ejemplo de ello es que los adelantos de la medicina han logrado una mayor esperanza de vida provocando un

---

envejecimiento de la población, y ésto, sumado a las tendencias emigratorias de los jóvenes hace que el principio de solidaridad, por el cual el sano aporta por el enfermo y el joven por el anciano esté perjudicando al sistema.

En relación a los mecanismos de control, supervisión y auditoria, las instituciones del sector se destacaban por la ausencia de los mismos. En las organizaciones donde éstos existían, los mismos eran escasos e insuficientes.

Respecto a la duplicación de actividades las mismas se daban por el exceso de análisis y tratamientos, por no tener protocolizado el tratamiento a aplicar, para poder cubrirse de posibles riesgos. Protocolizar significa que ante determinado cuadro tanto para el diagnóstico como para el tratamiento exista una determinación de los estudios mínimos necesarios a realizar.

La contabilidad por centros de costos la tienen casi todas las instituciones, pero no era posible determinar costos desde diferentes perspectivas. Para tener un estudio de costos hay que empezar por tener una protocolización de actos. El Fondo Nacional de Recursos (F.N.R.) ha logrado protocolizaciones pero éstas no son obligatorias.

Todo ésto hace que la administración hospitalaria se transforme en algo muy etéreo, porque al no tener un costo de referencia no es posible la comparación entre las diferentes instituciones.

Hay también un problema cultural que comienza en la facultad de medicina, dado que se preparan profesionales para curar enfermos y no para prevenir enfermedades. La medicina preventiva es a largo plazo menos costosa que la medicina curativa. Por eso el problema que afronta el sector es que al no haberla practicado anteriormente se duplican los gastos para poder efectuarla.

El sistema de salud ya no responde a las necesidades de la población uruguaya. La transformación demográfica, epidemiológica y social experimentada termina por definir un nuevo perfil de necesidades. Fenómenos como el aumento de la expectativa de vida y reducción de la fecundidad se traducen en una estructura poblacional envejecida, en la cual predominan las patologías de tipo crónico degenerativas. Pero además de ello, el fuerte proceso de desigualdad económica y social vivido en las últimas décadas, determina que grandes sectores de la sociedad hoy vivan debajo de la línea de la pobreza.

---

Por tanto, en la sociedad uruguaya conviven dos lógicas bien diferenciadas. Por un lado, un importante y creciente contingente poblacional, en el cual predominan enfermedades crónicas, tales como la hipertensión y diabetes. Por otro lado, segmentos importantes de población con dificultad para hacer valer sus derechos sociales, de acceso al trabajo, la vivienda digna y la alimentación. En estos sectores es donde se sustenta la natalidad del Uruguay, y es en estos sectores donde se producen las mayores tasas de mortalidad infantil.

Por lo tanto, tenemos una nueva estructura de riesgos, que está profundamente determinada por factores sociales. Los estilos de vida no saludables, tales como el sedentarismo o la nutrición inadecuada, pero también los riesgos sanitarios asociados a las situaciones de exclusión social. Estos aspectos requieren de una respuesta diferente por parte del sistema de salud, la educación y promoción en salud. Pero exigen también que el sistema de salud sea capaz de incorporar a enormes sectores de la población que están excluidos de la atención, debido a factores económicos y culturales.

### ***3.2.1 - Subsector público***

La crisis económica y el difícil relacionamiento con el M.E.F., debido a un recorte presupuestario, hizo que las personas que estuvieran al frente de las instituciones de este subsector se tuvieran que manejar con un presupuesto muy acotado para poder brindar el servicio.

En 1998 el 57% del gasto público en salud correspondía a la tercerización de servicios por parte del Estado, que contrataba servicios a la salud privada para que ésta se los brinde a parte de la población que se atiende en salud pública.

En el 2001 se dio en A.S.S.E. un recorte importante en los gastos de medicamentos, material médico-quirúrgico y en el oxígeno, que es lo que más pesa en el presupuesto de estas instituciones, resultándole este presupuesto insuficiente a las unidades ejecutoras.

Existía un desajuste importante entre el presupuesto y la ejecución del gasto, lo que provocaba un endeudamiento importante. Relacionado a esto se puede apreciar la falta de control del gasto en las unidades ejecutoras.

Uno de los rubros más significativos de los egresos del M.S.P. eran las remuneraciones al personal. Los sueldos abarcaban un 49,44% del presupuesto de los hospitales; además A.S.S.E. tenía a 4.000 personas que estaban incentivadas

---

por la Comisión de Apoyo (por ejemplo el personal de C.T.I.) que los llevaba a un nivel de remuneración equivalente al del sector privado para evitar el ausentismo, la emigración hacia el sector privado, etc.

El M.S.P. es un gran empleador público, cuenta con muchos funcionarios técnicos, pero con pocos funcionarios administrativos que no alcanzan a cumplir con éxito sus tareas, porque la mayoría no están debidamente capacitados.

Esto muestra otro de los problemas a los que se enfrentaba el sector: la falta de capacitación y de presencia de un equipo gerencial que dirija las unidades.

Otro problema que se presentaba es que el M.S.P. no tenía claramente definido un control sobre los carnet de asistencia. Existía falsificación, lo que provoca la doble cobertura. Mucha gente cubierta por el sector privado hacía uso de los servicios de salud pública debido al alto costo de ticket y órdenes que manejaban las I.A.M.C., dejando a estas últimas solo para internaciones.

Atendiendo a esta problemática, se implementaron controles para saber cuantos usuarios con cobertura mutual se atendían en salud pública. Éste básicamente consiste en verificar cuando una persona va a atenderse a un hospital, si tiene cobertura mutual a través de su número de cédula de identidad, y en caso de tenerla tiene que pagar por ese servicio.

En lo que refiere a la información contable, se implementó en las unidades ejecutoras de A.S.S.E. un sistema que consiste en procesar ellas mismas sus datos. Con ésto se busca la autogestión, que cada centro tenga su equipo técnico y mande luego a A.S.S.E. la información para su consolidación.

Ésto requiere niveles de controles superiores porque la gestión va a estar en cada hospital. Estos controles se logran a través de auditorias de gestión.

Existe una auditoria interna en el M.S.P. que no funcionaba adecuadamente, ya que en vez de hacer auditoria de gestión, hacía la contabilidad. Además existe una auditoria externa permanente del Tribunal de Cuentas y de la Auditoria Interna de la Nación.

Finalmente hay que destacar que A.S.S.E. llegó a 2004 con un presupuesto por usuario de \$ 280 por mes, la tercera parte del promedio del gasto mutual.

---

### **3.2.2 - Subsector privado**

Se analizará este subsector a través de las I.A.M.C. que son las instituciones más representativas dentro del mismo.

La actividad de las I.A.M.C. está fuertemente regulada por el M.S.P. y por el M.E.F., ya que son los que establecen las reglas de juego para estas instituciones en materia de recursos humanos, costo de la cuota, calidad de las prestaciones y derechos de los usuarios.

Éste es uno de los más graves problemas que sufren las I.A.M.C., por un lado están obligadas a ofrecer una cobertura de tipo integral, que supone una gran cantidad de inversiones, y por otro lado tienen fija la cuota que es su principal fuente de financiamiento. En consecuencia, las I.A.M.C. ven aumentado su pasivo en forma considerable.

Otro aspecto que ha influido mucho en la mala situación económico-financiera que sufrieron las I.A.M.C. es la mala administración de las mismas, la falta de una gestión empresarial. Estas organizaciones no tienen como fin último y único maximizar su rentabilidad, por lo tanto se ven sometidas a un entorno que las obliga a optimizar indicadores no financieros en sus objetivos, pero deben inevitablemente alcanzar equilibrios presupuestarios.

Finalmente el desarrollo de los seguros parciales de salud y principalmente de emergencias médicas móviles, es una amenaza para las I.A.M.C. por la fuerte competencia que representan.

Estos seguros parciales de salud no están obligados a brindar asistencia integral, lo que favorece el logro de buenos resultados, ya que pueden limitar los servicios que prestan en función de la rentabilidad de los mismos.

En el marco anteriormente descrito, la cobertura poblacional de salud según sector se distribuía de la siguiente forma:

***Porcentajes de cobertura poblacional de salud, según utilización de servicios. Año 2006***

	Montevideo	Interior	Rural y menos de 5000 hab.	Total
<b>Instituciones públicas</b>	<b>38,4</b>	<b>59,2</b>	<b>58,9</b>	<b>50,8</b>
MSP-ASSE	26,3	50,5	53,1	40,6
Hospital de Clínicas	0,5	0,1	0,1	0,3
sanidad policial	2,5	3,7	1,5	4,1
Sanidad militar	4,5	3,7	1,5	4,1
Policlínica municipal	3,8	1,3	1,4	2,3
BPS	0,8	0,8	0,9	0,8
<b>Instituciones privadas</b>	<b>57,6</b>	<b>37,5</b>	<b>38,3</b>	<b>45,7</b>
IAMC	55,1	35,6	37,1	43,6
Seguro privado parcial	0,6	1,6	1,0	1,2
Seguro privado quirúrgico	0,1	-	-	-
Seguro privado integral	1,8	0,3	0,2	0,9
<b>Otros</b>	<b>0,8</b>	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>	<b>0,8</b>
<b>No se atiende</b>	<b>3,2</b>	<b>2,4</b>	<b>1,8</b>	<b>2,7</b>
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: INE 2007

***3.3 – Síntesis de la problemática del sector salud***

- Envejecimiento de la población: al ser un sistema basado en la solidaridad, donde el sano aporta por el enfermo y el joven por el anciano, el envejecimiento de la población genera una baja en los resultados operativos de las instituciones, ya que incorporan la población de mayor riesgo y costo.
- Avances tecnológicos: en el campo de la medicina han jugado como un factor en contra a la hora de evaluar costos. Éstos han subido debido esencialmente a la falta de una planificación adecuada y de un análisis económico-financiero en el momento de la decisión de las inversiones.
- Cambio en los hábitos de consumo de la población: provocan mayor cantidad de enfermedades asociadas y en consecuencia incrementan los costos por atención en los centros de salud.
- Desempleo: traslada usuarios del sector privado al sector público, por la finalización de la cobertura otorgada por la seguridad social. También se dan traslados dentro del sector privado en busca de menores precios. Se

---

producen cambios dentro de las I.A.M.C. o se recurre a coberturas parciales como son los seguros.

- Estancamiento y pérdida de dinamismo en la evolución de los indicadores de salud de la población, junto a una nueva estructura epidemiológica de riesgos.
- Predominio de un modelo de atención centrado en un enfoque curativo y asistencialista.
- Situación de multiempleo del personal de la salud, que conspira contra la calidad de la atención.
- Crisis sostenida del sistema mutual, es los aspectos asistenciales y de financiamiento.
- Dificultad para acceder y utilizar la cobertura de atención formal, que redunde en una atención episódica y despersonalizada.
- Deficiente organización del sistema de financiamiento y una distribución inequitativa de los recursos de salud disponibles.
- Crisis de confianza de los usuarios en el sistema y los equipos de salud.
- Débil desarrollo del rol rector del M.S.P. sobre el sistema de salud.
- Mala administración del sector: el sector público además de contar con un limitado presupuesto dado por el M.E.F., presenta la característica de carencia de un perfil administrativo-contable en los directores y administradores de las instituciones de salud. En el sector privado si bien se da la presencia de contadores, que en algunos casos suele ser suficiente, éstos no cuentan con un poder de decisión adecuado para poder desempeñarse correctamente, por ejemplo no tienen injerencia en el área financiera, en la toma de decisión de inversiones.

## **Capítulo 4**

**Sistema Nacional  
Integrado de Salud**

## ***Capítulo 4***

### ***SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD***

#### ***4.1 - Estructura vigente del sector salud***

##### **A) Organismos públicos y privados**

El criterio de diferenciación se basa en el derecho que los rige. Los organismos públicos son regulados por el derecho público, mientras que los organismos privados lo son por el derecho privado. La creación de los organismos públicos se da a través de la Constitución o de leyes, en contraposición a los organismos privados que son de creación particular.

##### **B) Organismos estatales y no estatales**

Esta distinción surge de la pertenencia o no a la definición de Estado en sentido estricto compuesto por los tres poderes (Poder Legislativo, Ejecutivo y Judicial), la Corte Electoral, Tribunal de Cuentas y Tribunal de lo Contencioso Administrativo. Se consideran organismos estatales a aquellos que estén comprendidos en la definición de Estado en sentido estricto.

##### **C) Organismos centralizados y descentralizados**

Por centralizados se entiende aquellos donde hay un único centro y una primacía jerárquica sobre los demás componentes del sistema. Descentralizados son aquellos que tienen cierta autonomía respecto de la administración o del Estado.

---

### ***4.1.1 - Subsector público***

#### **A) Organismos estatales centralizados**

##### **A.1) Ministerio de Defensa Nacional**

Presta servicios a sus funcionarios y familiares, así como a los funcionarios retirados a través del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, en el Hospital Militar en Montevideo y en policlínicas en el interior.

##### **A.2) Ministerio del Interior**

Al igual que el Ministerio de Defensa Nacional, el Ministerio del Interior tiene el Servicio de Sanidad Policial dedicado a la atención de funcionarios, familiares y retirados.

Estas dos organizaciones mencionadas son las que brindan cobertura integral dentro de este subsector.

##### **A.3) Otros entes estatales**

Se trata de organismos que prestan servicios para atender determinadas poblaciones o cumplir con funciones específicas. Tal es el caso del Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (I.N.A.U.) e Instituto Técnico Forense del Uruguay (I.T.F.).

#### **B) Organismos estatales descentralizados**

##### **B.1) A.S.S.E.**

A.S.S.E. es creado por la Ley N° 15.903 como un órgano desconcentrado dependiente del M.S.P., dirigido por un Director General y 2 Subdirectores, Administrativo y Técnico. Sus principales competencias eran:

- administrar los establecimientos de atención médica del M.S.P.;
- coordinar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de atención médica públicos, con el objetivo de evitar la superposición de servicios y la subutilización de recursos.

---

En el marco de la reforma de la salud, es necesario transformar a A.S.S.E., descentralizarla del M.S.P.

En primera instancia porque al ser la esencia de la reforma un sistema integrado de salud que articula servicios públicos y privados, A.S.S.E. es una opción de afiliación para los beneficiarios del sistema, por lo que deberá estar regulado y administrado bajo las mismas condiciones que los privados.

La otra razón es que permite una mayor flexibilidad para el uso de los recursos, tanto humanos como económicos, lo que hace más eficaz su operativa y le brinda al sistema público más posibilidades de competencia con el privado.

Por la ley N° 18.161 A.S.S.E. pasa a ser un servicio descentralizado. Ésto implica la separación de la función de brindar servicios de atención médica de la función de control y gobierno del M.S.P.; mayor grado de independencia y autonomía para A.S.S.E.

Los cometidos de A.S.S.E. tras la reforma son los siguientes:

- administración, organización y funcionamiento de todos los servicios destinados al cuidado de la salud;
- brindar servicios de salud;
- coordinación de las demás prestaciones y organismos del Estado que prestan servicios de salud;
- ser parte del S.N.I.S.;
- desarrollar el cumplimiento de los derechos en materia de salud;
- cubrir y coordinar adecuadamente el nivel nacional y los niveles departamentales y locales, y abarcar las distintas etapas de atención integral en materia de salud;
- diagnóstico del estado de salud y situación socio-económica y cultural de sus usuarios;
- contribuir al cambio voluntario en las prácticas, actitudes y estilos de vida que ponen en riesgo la salud.

A.S.S.E. pasa a estar constituido por un directorio encargado de organizar la estructura operativa del sistema de salud y la administración de cada una de sus partes y regiones.

El mismo se compone de 5 miembros:

- 
- tres miembros designados por el Poder Ejecutivo (uno de ellos a propuesta del M.S.P. que lo presidirá);
  - un miembro en representación de la población usuaria de los servicios;
  - un miembro en representación de trabajadores de A.S.S.E.

Según el Art. N° 56 de la ley N° 18.211 A.S.S.E. deberá adecuar las prestaciones de salud a las exigidas a las restantes instituciones integrantes del S.N.I.S. en forma progresiva, contando para ello con un plazo que no podrá exceder el 31 de diciembre de 2009.

En este nuevo contexto A.S.S.E. cuenta con menor cantidad de usuarios, mayor presupuesto por usuario como consecuencia del régimen de cápita y por lo tanto un nuevo ámbito de competencia con prestadores privadas.

Esto requiere un gran esfuerzo para equiparar la calidad de los servicios, especialmente en términos de tecnología e infraestructura; pero por otro lado A.S.S.E. tiene ventajas comparativas a explotar, no tiene co-pagos y cuenta con una red propia de hospitales públicos y policlínicas en todo el país.

A.S.S.E. es el único organismo estatal que brinda asistencia integral en el S.N.I.S.

#### B.2) Universidad de la República

Presta servicios a través de la Facultad de Medicina (Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela) y de la Facultad de Odontología, brindando servicios a casos de interés docente y a la población con carnet de asistencia del M.S.P.

#### B.3) Banco de Previsión Social

Cubren las prestaciones de seguridad social correspondientes a los casos de enfermedad común. El seguro de enfermedad otorga prestaciones médicas directas e indirectas (principalmente), a cargo de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, así como también monetarias. Además le compete lo atinente a las prestaciones que cubren los riesgos relativos a la maternidad, infancia y familia.

---

#### B.4) Banco de Seguros del Estado

Tiene el monopolio del seguro obligatorio de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, pago por los empleadores. Incluye como beneficios la asistencia médica en el Hospital del B.S.E. en Montevideo y en el interior a través de contratos con el sector privado o el M.S.P., el pago de determinados gastos y la atención por indemnizaciones.

#### B.5) Gobiernos Departamentales

La actuación de los Gobiernos Departamentales en materia de asistencia a la salud puede clasificarse en directa e indirecta (por administración); la directa es prestada por las policlínicas municipales y la indirecta por convenios, en los que se faculta a A.S.S.E. a transferir la administración o el uso de establecimientos asistenciales propios, en la forma y oportunidad que determine el Poder Ejecutivo.

#### C) Organismos no estatales

Son aquellos que son regulados por el derecho público y que no integran la organización jurídica del Estado en sentido estricto.

##### C.1) Fondo Nacional de Recursos

Administra los recursos necesarios para asegurar el acceso de toda la población del país a procedimientos de alta complejidad y costo que se realizan en los Institutos de Medicina Altamente Especializada (I.M.A.E.) a los cuales les compra servicios.

El F.N.R se financia con recursos provenientes de:

- el Estado, a través del M.E.F. para los habitantes cubiertos por el carnet de asistencia médica;
- entes autónomos, servicios descentralizados y administraciones municipales, para los habitantes que ellos cubren;
- I.A.M.C. para la cobertura de sus afiliados, se cobra una sobre cuota (aproximadamente un 10 %) sobre la cuota mutual;
- la recaudación del impuesto a los aciertos del juego Cinco de Oro, afectado a un fondo específico para intervenciones que deban realizarse en el extranjero.

---

Este fondo permite el acceso igualitario de toda la población del país a estos procedimientos.

#### C.2) Comisiones Honorarias

Tienen como cometido fundamental promover, coordinar y desarrollar planes y programas concernientes a la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de las personas expuestas o afectadas.

#### ***4.1.2 - Subsector privado***

Dentro de este sector, se encuentran 2 tipos de organismos. Por un lado aquellos que brindan asistencia integral y por otro los que brindan asistencia parcial. En ambos se encuentran organismos con servicios propios o de terceros y con internación propia o de terceros.

#### A) Asistencia Integral

##### A.1) I.A.M.C.

Estas instituciones están reguladas por el decreto-ley N° 15.181 del año 1981. Según éste las I.A.M.C. deberán suministrar a sus asociados, afiliados o usuarios, con prescindencia de los recursos económicos de éstos, los medios para la prestación de una cobertura de asistencia médica, de acuerdo a las pautas técnicas establecidas por el M.S.P.

Se definen como “un seguro prepago de salud en el que una institución, al menos parcialmente dirigida por médicos, se compromete a organizar el acceso a un conjunto muy amplio e integral de servicios de salud brindados a sus afiliados por un cuerpo médico propio o contratado, en instalaciones propias o contratadas, pero en todo caso indicadas y gerenciadas por la institución”.

Las I.A.M.C. se pueden clasificar en:

##### A.1.1 – Asociaciones asistenciales:

Son aquellas instituciones que inspiradas en los principios del mutualismo y mediante seguros mutuos, otorgan a sus asociados asistencia médica, afectando

---

su patrimonio exclusivamente a ese fin. Los directivos son elegidos entre sus afiliados; siendo los médicos participantes de la dirección y parte del personal contratado de la institución.

#### A.1.2. - Cooperativas de Profesionales:

Son aquellas instituciones que proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios, y en las que el capital social haya sido aportado por los profesionales que trabajen en ellas. Pueden ser cooperativas médicas o gremiales médicas. Las primeras son la asociación de un conjunto de médicos con fin de brindar servicios de asistencia médica a través de la creación de una cooperativa. La administración de la gestión está a cargo de los médicos que forman parte del consejo directivo. Las gremiales médicas son instituciones fundadas por el gremio médico.

#### A.1.3 - Servicios de asistencia:

Son creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta, para prestar, sin fines de lucro, atención médica al personal de dicha empresa y eventualmente a los familiares de aquellos.

En la actualidad existen 40 I.A.M.C. distribuidas en todo el país que atienden a 1.807.155 personas, correspondiendo el 58,25% a población de Montevideo y el restante 41,75% a población del interior.

Las I.A.M.C. son instituciones sin fines de lucro que poseen una infraestructura que incluye asistencia de primer nivel ambulatoria, de internación, de urgencia y de alto riesgo, que realiza principalmente en locales propios brindando cobertura integral y asistencial. Deben incluir acciones de prevención, reparación y rehabilitación de salud.

Esta cobertura asegura a sus afiliados una asistencia médica básica, completa e igualitaria, mediante el pago de cuotas mensuales. En lo asistencial incluye las siguientes actividades fundamentales: medicina general, ginecología, cirugía y pediatría, como asimismo sus especialidades complementarias.

Existen tres formas de afiliarse a las I.A.M.C.: la afiliación individual, la afiliación colectiva o por medio de la seguridad social.

---

El valor de la cuota mutual se fija en base a una paramétrica donde el 67% era salarios en 2004, el 15% es el índice de precios por mayor de productos manufacturados y el 18% restante se regula por el valor del dólar. En base a como avance cada uno de estos parámetros, el 01/01 y el 01/07 de cada año el M.E.F. y el M.S.P. fijan los valores de la cuota.

Además de la cuota, los beneficiarios deben abonar ticket y órdenes que son tasas moderadoras por cada consulta, cuya finalidad es la de desalentar las consultas innecesarias.

Este tipo de instituciones se encontraban exoneradas de todo tipo de tributación fiscal, aunque por medio de la ley N° 17.309 se estableció un impuesto específico a los servicios de salud asistenciales (I.M.E.S.S.A.) con una tasa del 3%. En la actualidad, a partir de la reforma tributaria, únicamente están gravados por I.V.A. con una tasa del 10%.

#### A.2) Seguros privados

Son prestadores integrales de salud que no están regidas por una ley específica por lo que pueden adoptar diferente naturaleza jurídica.

Actualmente existen 8 seguros privados integrales de salud: Blue Cross & Blue Shield de Uruguay, SUMMUM, MP, Seguro Americano, Hospital Británico, Copamhi, Premédica, Ipam.

No estaban comprendidas en el régimen de ex-Disse por lo que sus ingresos provenían de afiliaciones particulares, tanto individuales como colectivas que surjan de convenios.

A partir de la implementación de la reforma de la salud, estas instituciones pueden ser elegidas por los usuarios que aportan al FO.NA.SA. según establece el Art. N° 265 de la ley de presupuesto N° 17.930, recibiendo de éste la cápita correspondiente a su edad y sexo, y cobrando al usuario la diferencia hasta cubrir el costo del servicio. Hoy en día sus ingresos son mixtos.

---

## B) Asistencia Parcial

### B.1) Sanatorios

Los sanatorios son organismos que venden servicios de asistencia, cuyos clientes son particulares, I.A.M.C., y entes del Estado. Los mismos pueden ser de cualquier naturaleza jurídica.

Pueden considerarse actuando en forma independiente o formando parte de una I.A.M.C., en cuyo caso internan a sus afiliados en su sanatorio sin la necesidad de contratar los servicios asistenciales de otros.

Pueden prestar servicios en forma propia o contratando servicios de terceros. Estos servicios se clasifican en servicios finales, servicios intermedios y servicios de apoyo. Los servicios finales están compuestos por las internaciones médicas, tanto común como de alto riesgo, policlínicas y block quirúrgico. Los servicios intermedios incluyen centro quirúrgico, centro de esterilización, centro de transfusiones, laboratorio de radiología y farmacia. Los servicios de apoyo comprenden alimentación, lavadero, mantenimiento, dirección y administración.

Su funcionamiento no se encuentra regulado por el M.S.P., es una primera diferencia con las I.A.M.C., las cuales tienen regulados tanto su sistema contable como su sistema de información.

En este caso el M.E.F. solo regula tarifas correspondientes a la parte de hotelería.

Como segunda diferencia con las I.A.M.C. tenemos los ingresos. En el caso de las I.A.M.C los mismos están compuestos por las cuotas y los ticket y se producen antes que se origine el gasto (seguro prepago). Los ingresos de los sanatorios dependen de la ocupación, que se producen después que se originó el gasto.

Según el Art. N° 57 de la ley N° 14.057 "Los sanatorios que destinen el 50% de su capacidad total a la internación de enfermos afiliados a instituciones u organismos de asistencia médica colectiva, gozarán de exoneraciones de toda clase de tributos nacionales y departamentales con excepción de los aportes a los organismos de seguridad social que correspondan a los empleados".

---

## B.2) Institutos de Medicina Altamente Especializada (I.M.A.E.)

Cumplen acciones de atención médica para el diagnóstico y tratamiento de afecciones cuya complejidad y costo requieran ser tratados mediante actos de medicina altamente especializada, requiriendo gran concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes, en los que están en juego el pronóstico vital o funcional, articulados de forma tal que permitan obtener la excelencia asistencial.

## B.3) Clínicas privadas y seguros parciales de salud

Las clínicas comprenden hospitales psiquiátricos privados, clínicas de atención médica y de diagnóstico y tratamiento. Brindan atención privada a través del libre ejercicio de la profesión. Las mismas representan un porcentaje insignificante del nivel de cobertura del sector en su globalidad. En los últimos años su evolución muestra un ascenso sostenido, justificado entre otras razones por dificultades vinculadas a la atención médica en las I.A.M.C., y por aspiraciones de ciertos sectores de la población de una atención personalizada.

Los seguros parciales de salud, empresas con fines de lucro, brindan a sus afiliados, mediante una cuota de prepago, una cobertura parcial de asistencia médica. Son muy heterogéneos en cuanto a su organización, funcionamiento y prestaciones.

El decreto N° 495/89 establece 5 tipos: médicos, quirúrgicos, de emergencia, de diagnóstico y odontológico.

Estos seguros se pueden clasificar en:

B.3.1 - seguros parciales brindados por I.A.M.C.: aseguran como mínimo los niveles superiores de atención: internación para diagnóstico y tratamiento médico y/o quirúrgico, estudios complementarios para diagnóstico y servicios de emergencia. Están dirigidos a la población de menor nivel económico que no pueden acceder a la cobertura integral.

B.3.2 - seguros parciales brindados por empresas comerciales con fines de lucro: brindan servicios para aumentar el bienestar de los asegurados, dirigido a la

---

población de mayor nivel económico que en general ya goza de asistencia integral en una I.A.M.C., por ejemplo internación en habitaciones individuales.

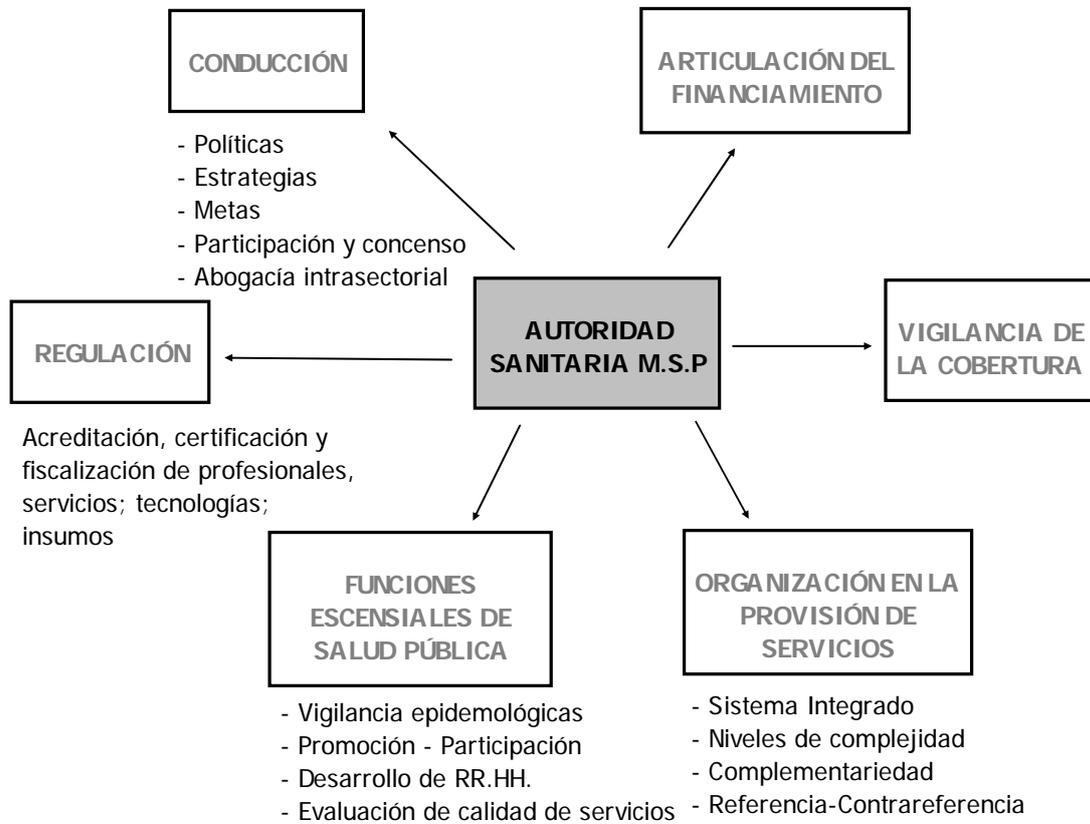
B.3.3 - seguros parciales complementarios de la cobertura de otros sectores: este es el caso de los servicios de emergencia y traslado.

Estos últimos 2 casos mencionados no están sometidos a regulaciones, por lo que no tienen controles excepto los llevados a cabo por el M.S.P. para que cumplan con los servicios que promueven.

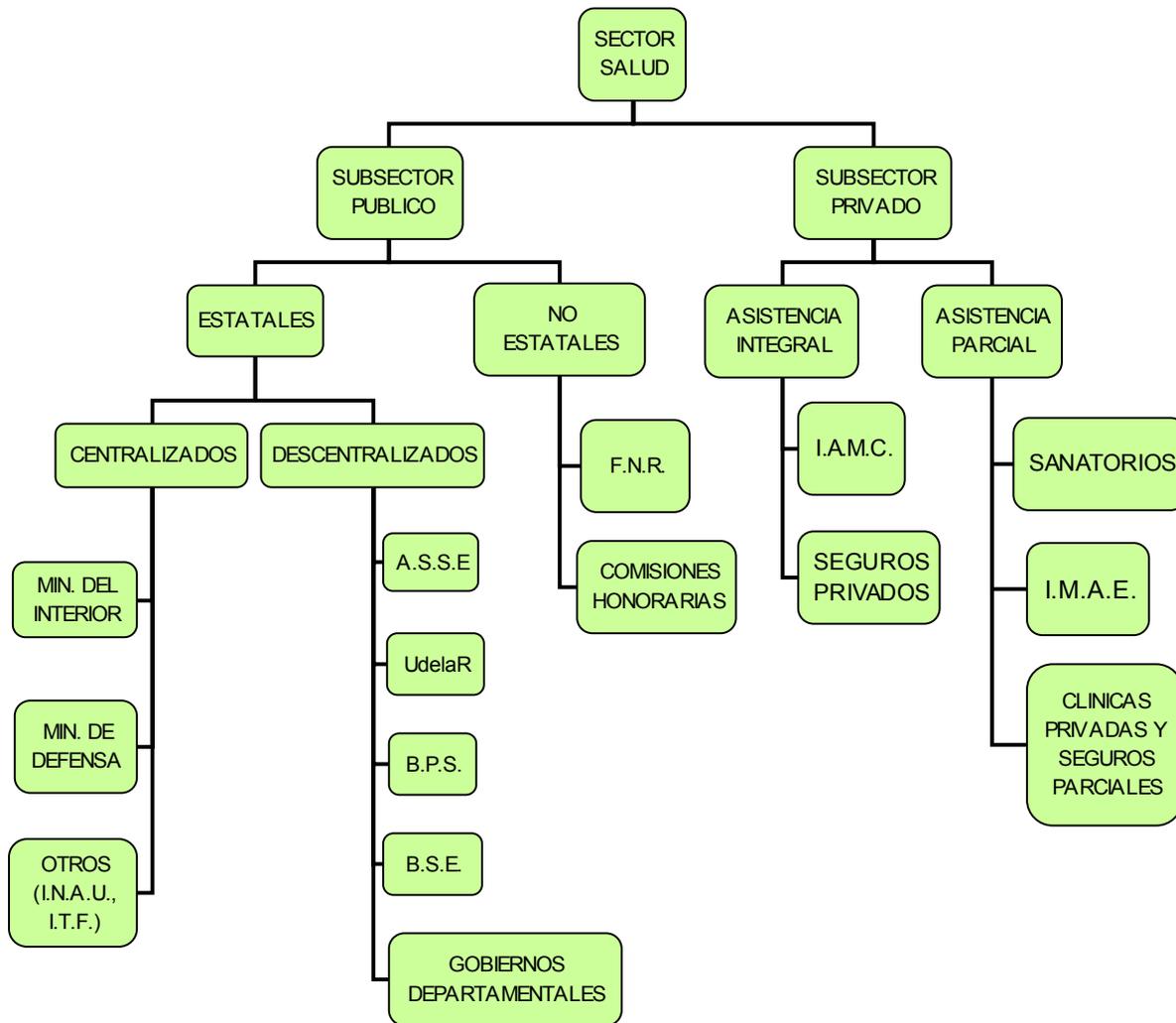
B.3.4 - policlínicas barriales: en nuestro país son financiadas por O.N.G. dentro de los planes de apoyo a los países subdesarrollados y se encuentran distribuidas en varios departamentos del país. Su contribución resulta valiosa en aquellos casos en los que se logra una adecuada coordinación e inserción en las estructuras sanitarias locales y/o regionales. Ésto depende fundamentalmente de los esfuerzos individuales, ante la ausencia de normas específicas que conduzcan a una mejor utilización de los recursos disponibles.

#### ***4.1.3 - Rol del Ministerio de Salud Pública***

Dentro de esta estructura como organismo rector se encuentra el M.S.P. quien es responsable de velar por el estado de salud de la población y de recuperar a la misma en caso de enfermedad, formular las políticas y las estrategias de salud a nivel nacional y garantizar un nivel adecuado de asistencia a la población. Busca fortalecer la acción normativa, de control, prevención y promoción de la salud, focalizar la asistencia médica gratuita hacia los sectores de población indigentes y carentes de recursos, promoviendo la reforma gradual de gestión de las prestaciones de los hospitales públicos, fundado en la descentralización operativa que tienda a un mejor aprovechamiento de capacidades.



**Organigrama del sector salud vigente en el Uruguay tras la reforma de la salud**



---

## **4.2 - El marco de la Reforma**

Según el Ec. Daniel Olesker<sup>5</sup> el gobierno nacional se ha planteado un cambio profundo en el país, transitando de un modelo definido como L.A.C.E. (liberal, aperturista, concentrador y excluyente) hacia un modelo R.A.D.I. (rector, autocentrado, distributivo e incluyente).

El cambio supone articular un conjunto de reformas estructurales cuya direccionalidad apunten a la redistribución del ingreso y la riqueza.

Para lograr este cambio en dirección a la redistribución e inclusión, el gobierno se propone las siguientes reformas.

- Reforma Educativa
- Plan de Equidad
- Red de protección social
- Reforma de Salud
- Reforma Tributaria

La reforma al sistema de salud intenta cambiar rotundamente las bases sobre las que estaba definido el modelo, por lo que puede ser considerada una reforma estructural, que lógicamente generará fuertes impactos desde el punto de vista económico, político y social.

Dicho sistema de salud no cumplía los objetivos de resolutivez para dar calidad de vida a la población. Era un sistema inequitativo, de baja calidad (priorizaba un modelo asistencialista, dejando de lado el primer nivel de atención y los temas de la promoción y prevención en salud), no era sustentable, pues presentaba serios desequilibrios en el plano económico y en su capacidad de resolver los problemas de la salud.

---

<sup>5</sup> Olesker, Daniel. Sistema Nacional Integrado de Salud. En: Transformación, Estado y Democracia. Revista de la Oficina Nacional del Servicio Civil N° 33 Año II - 2007

---

La propuesta de reforma está compuesta por una serie de leyes y decretos reglamentarios:

- ley de presupuesto N° 17.930 de 19/12/2005;
- ley N° 18.161 de 29/07/2007 de descentralización de la A.S.S.E;
- ley N° 18.131 de 18/05/2007 que implica la ampliación de la cobertura de la seguridad social y la creación del FO.NA.SA., y su decreto reglamentario N° 276/007;
- ley N° 18.211 de 02/11/2007 que crea el S.N.I.S., decreto reglamentario N° 448/007 de 19/11/2007 y resolución de B.P.S. N° RD 41-40/007;
- ley N° 18.335 de derechos de los usuarios.

#### ***4.2.1 - Pilares conceptuales de la reforma***

1. La salud como bien social, derecho humano esencial y responsabilidad del Estado.

2. La atención de la salud orientada por principios de:

- universalidad
- continuidad
- oportunidad
- calidad
- trabajo en equipo e interdisciplinario
- centralización normativa y descentralización en la ejecución
- eficiencia social y económica
- atención humanitaria
- gestión democrática
- participación social
- derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación.

3. El cambio en el modelo de atención a la salud hacia una orientación que privilegie la prevención y la promoción, con una estrategia de atención primaria de la salud con énfasis especial en el primer nivel de atención.

4. El cambio en el sistema de gasto y financiamiento del sector, asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad a través de un Seguro Nacional de Salud (S.N.S.).

5. El cambio en el modelo de gestión, asegurando la coordinación y complementariedad de servicios en todos los niveles, la profesionalidad, la transparencia y la honestidad en la conducción de los mismos, y la participación de los involucrados.

6. La afirmación del rol rector del M.S.P. en las políticas de salud, tanto en lo referente a su importante responsabilidad como efector como en los aspectos de regulación y contralor.

#### ***4.2.2 - Lineamientos y objetivos***

Los lineamientos de la reforma de salud surgieron a partir de las definiciones del gobierno nacional y se desarrollaron en el marco de la discusión amplia del M.S.P. con los actores involucrados, nucleadas en el Consejo Consultivo para el Cambio en Salud.

Este Consejo se crea el 11/04/2005 por medio del decreto N° 133/005 para promover la participación de los actores sociales con el fin de lograr el mayor consenso. El mismo está integrado por:

- un delegado del M.S.P. quien lo presidirá
- dos delegados de las I.A.M.C. de Montevideo
- un delegado de las I.A.M.C. del interior del país
- un delegado de las Organizaciones de los trabajadores de la Salud Privada
- un delegado de las Organizaciones de los trabajadores del M.S.P. y otro del resto de las instituciones públicas de salud
- un delegado de las Organizaciones de médicos de Montevideo y otro de las del interior del país
- un delegado de la Asociación Odontológica Uruguay y uno de la Federación Odontológica uruguaya del interior
- un delegado titular de las Organizaciones profesionales de Psicólogos del país
- un delegado de la Universidad de la República – Área Salud
- un delegado del Congreso de Intendentes
- Organizaciones representativas de los usuarios (regulada su modalidad e integración mediante resolución del Poder Ejecutivo).

---

En todos los casos se prevé un delegado titular y uno alterno. Los cometidos de este consejo fueron los de asesorar en todos los temas propuestos por el M.S.P. o por cualquiera de sus miembros.

El objetivo fundamental de esta reforma es que todas las personas puedan recibir atención integral en salud mediante un Sistema Nacional Integrado, mixto (público y privado), y financiado por un Seguro Nacional de Salud.

El proyecto de la reforma se basa en el slogan *“No cuesta más, ticket más baratos, libertad de elección y nadie quedará afuera”*.

El objetivo es que cada ciudadano financie al sistema según su capacidad contributiva y reciba de éste según sus necesidades sanitarias.

Por otra parte los usuarios tendrán derecho a la libre elección, a la información asistencial y económico-financiera de los resultados de todas las instituciones prestadoras de salud, a la participación en la gestión de las instituciones públicas y privadas, y a la participación en los organismos de dirección de la reforma.

La propuesta consistió en transformar la organización del sector salud en un seguro nacional de salud obligatorio, sin que se la segmente en subsectores. Con esto todas las personas tendrán derecho a una cobertura asistencial igualitaria, sin tener en cuenta el lugar donde se atienden sino la necesidad sanitaria de las mismas.

Al existir libre elección entre las prestadoras integrales de salud éstas compiten por la calidad de sus servicios y no por el volumen de afiliados, dado que se hace un seguimiento con el fin de detectar a tiempo los errores y las ineficiencias, tomándose las medidas correspondientes antes de que se produzcan situaciones que lleven a problemas mayores.

### **4.2.3 - Principios**

La reforma se propuso universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y en el financiamiento, brindar calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema. Es decir, un sistema de salud con acceso universal, integral, accesible y equitativo a toda la población mediante cambios en los modelos de atención, de gestión y de financiamiento.

- 
- Cambio en la atención – implica el cambio en el modelo de atención hacia una orientación que privilegie la atención integral. Ésto conlleva la incorporación de procedimientos de promoción de salud y de prevención, de forma de asegurar la capacidad de un diagnóstico precoz y su oportuno tratamiento, así como también procedimientos de rehabilitación, servicios odontológicos, provisión de medicamentos, técnicas diagnósticas y terapéuticas, teniendo en cuenta las condiciones demográficas y socioeconómicas de la población, existiendo correspondencia entre las necesidades de salud de la población de acuerdo a su perfil demo-epidemiológico y la oferta de servicios y programas prioritarios.
  
  - Cambio en la gestión – refiere al rol del M.S.P. como responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema en la definición de las políticas de salud, de las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, el registro y la habilitación de los efectores de salud, la regulación y el control de los mismos, la política sanitaria y la definición de las prestaciones a que estarán obligados los prestadores de servicios que integren el S.N.I.S.

En este sentido se plantean los siguientes objetivos:

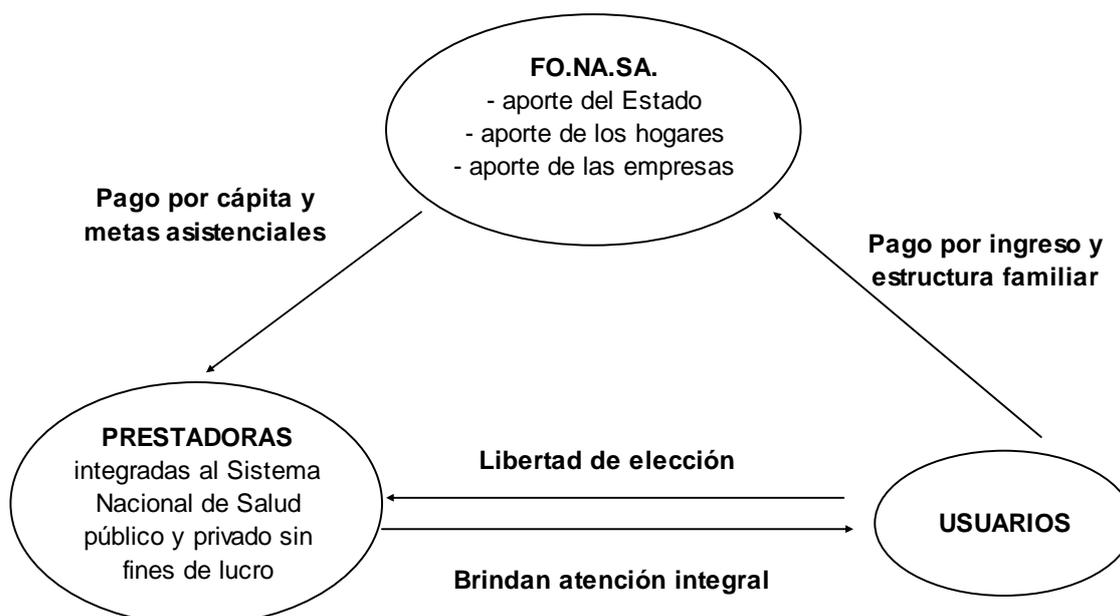
- democratizar el funcionamiento del sistema de salud y de sus efectores con la participación de usuarios y trabajadores,
  - alcanzar eficacia y eficiencia en el logro de una mayor calidad asistencial,
  - asegurar transparencia y cristalinidad en la gestión,
  - promover el relacionamiento con los trabajadores basado en la participación y compromiso con los objetivos de salud de la población.
- Cambios en el financiamiento – refiere al cambio en el sistema de gasto y financiamiento asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad a través del S.N.S.

- Otros cambios – refiere a la definición de una política nacional de medicamentos y tecnología así como también a la realización de un proceso de cambio en relación a los recursos humanos que trabajan en el sector salud.

#### 4.2.4 - Esquema conceptual del Sistema

Los tres pilares del sistema son:

- Los usuarios, quienes aportan al FO.NA.SA. y reciben la atención integral por parte de los prestadores de servicios de la salud.
- El FO.NA.SA., que recibe y administra los recursos aportados por las distintas vías.
- Los prestadores, que brindan la atención integral a los usuarios y reciben del FO.NA.SA. la correspondiente contraprestación.



---

### **4.3 - Desarrollo del Sistema de Salud**

En este capítulo expondremos el sistema de salud recientemente implantado, desarrollando por separado los diferentes aspectos que lo componen.

#### **4.3.1 - Universalidad**

El S.N.I.S. brinda acceso universal a todos los residentes en Uruguay. Todas las personas tienen derecho a una prestación integral de calidad homogénea, con todos los componentes desde la promoción, prevención, atención y rehabilitación.

El primer punto a analizar serán los beneficiarios del sistema, dado que uno de los principales objetivos y quizás el más conocido e importante para la población uruguaya, es el de lograr la universalidad de la cobertura.

Con el fin de cumplir este objetivo se fijaron plazos para la incorporación de los grupos al sistema.

En la primer etapa del proceso<sup>6</sup>, 01/01/2008, los beneficiarios del FO.NA.SA. fueron los trabajadores y sus hijos a cargo, menores de 18 años o mayores discapacitados, propios o del cónyuge o concubino cuando no estén amparados por sus padres biológicos o adoptivos, de:

- dependientes del sector público (\*) y privado,
- no dependientes titulares de empresas unipersonales (hasta con un empleado y al día con sus aportes). En el caso de Monotributistas y unipersonales rurales mantienen la afiliación optativa,
- quienes a partir de esta fecha ingresen al subsidio transitorio por incapacidad parcial,
- quienes se jubilen a partir de esta fecha que ya estuvieran incorporados como beneficiarios del S.N.S. Asimismo mantiene la cobertura mutual propia de los jubilados dependientes con menores ingresos y la extiende a los no dependientes con tope de ingresos según se establece en el Art. N° 63 de la ley N° 18.211.

---

<sup>6</sup> Comunicado B.P.S. Resumen general y régimen de aportación.

<http://www.bps.gub.uy/documentos/SistemaNacionaldeSalud>

(\*) Funcionarios de: Administración Central, Tribunal de Cuentas, Corte Electoral, Tribunal de lo Contencioso Administrativo, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, Cuidadoras del I.N.A.U. y los contratos a término.

---

Excluye a los funcionarios del Ministerio de Defensa y Ministerio del Interior, con cobertura por sanidad militar o policial y Gobiernos Departamentales (facultándose al Poder Ejecutivo a incorporar a estos últimos).

Posterga la incorporación según lo establecido en los Art. N° 69 y N° 70 de la ley N° 18.211, que deberá realizarse antes del 01/01/2011 de:

- trabajadores comprendidos en Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales,
- afiliados a Caja Notarial de seguridad social,
- funcionarios afiliados al Fondo de Salud de Ose Chafosse,
- quienes obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia.

La incorporación de los cónyuges se prevé para el período 2010-2013. El Art. N° 66 de la ley N° 18.211 establece que los beneficiarios que tengan cónyuge o concubino a cargo, aportarán un 2% adicional de sus retribuciones para incorporar a los mismos al S.N.S.

Asimismo, se faculta al Poder Ejecutivo a dar igual tratamiento, a partir de que exista resolución firme, a los trabajadores que cuenten con regímenes acordados con los empleadores privados mediante convenios colectivos o similares, vigentes al menos desde un año antes de la ley.

La incorporación de los distintos colectivos será gradual:

- al 01/03/2008 – M.S.P., Poder Judicial, A.S.S.E., Poder Legislativo y resto de los organismos públicos (salvo los excluidos explícitamente en la ley).
- al 01/07/2008 – entes de la enseñanza.

Si bien en primera instancia los funcionarios del Ministerio de Defensa fueron excluidos del S.N.S. según el Art. N° 2 de la ley N° 18.131 por poseer un régimen especial de asistencia médica, luego, según el decreto reglamentario N° 1.782/008, fueron incluidos los funcionarios civiles no equiparados a un grado militar integrantes del Ministerio de Defensa Nacional, quienes pueden optar por no ser usuarios del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas. Para ello deben hacer efectiva la opción dentro de los 90 días siguientes a la vigencia del mencionado decreto.

---

Por otra parte, en el Art. N° 64 de la ley N° 18.211, se establece la posibilidad de incorporación de los hijos desde los 18 y hasta cumplir los 21 años, amparados por el S.N.S. pagando el valor de la cápita correspondiente.

#### **4.3.2 – Financiamiento**

##### **4.3.2.1 - Cápitax**

El FO.NA.SA. se financia con los aportes de los siguientes grupos:

1. todos los residentes del país mayores de 18 años, vertiendo un porcentaje de sus ingresos con un mínimo no imponible, y a partir de dicho monto un porcentaje adicional en función de si tienen menores a cargo o mayores discapacitados, propios o del cónyuge o concubino cuando no estén amparados por sus padres biológicos o adoptivos.

El régimen general de aportación al FO.NA.SA. establecido en el Art. N° 61 de la ley N° 18.211 es el siguiente:

- básico S.N.I.S. 3% del monto imponible para Montepío
- adicional S.N.I.S., el que corresponde en caso de superar las 2,5 B.P.C.:
  - 1,5% del monto imponible para Montepío en caso de no tener menores a cargo;
  - 3% del monto imponible para Montepío en caso de tener menores a cargo.

En el caso de los menores de 18 años, se anexarán a la afiliación del padre que aporte mayores ingresos al FO.NA.SA.

2. el gobierno nacional aportará a través de las asignaciones presupuestales previstas.
3. las empresas, privadas y públicas, y la administración central aportarán al FO.NA.SA. un porcentaje de su masa salarial, tomando como referencia el aporte patronal a la ex-Disse del B.P.S. (5% del monto imponible para Montepío).

El S.N.S. reembolsará a través del FO.NA.SA., mediante el sistema de pre-pago a los prestadores integrales.

---

Dicho reembolso se hará sobre la base de una cuota de salud que estará constituida por:

- el número de personas que refieren como usuarios de cada institución
- una prima de riesgo según la edad y sexo de los usuarios - cápitas
- un mecanismo de premio por el cumplimiento de las metas asistenciales.

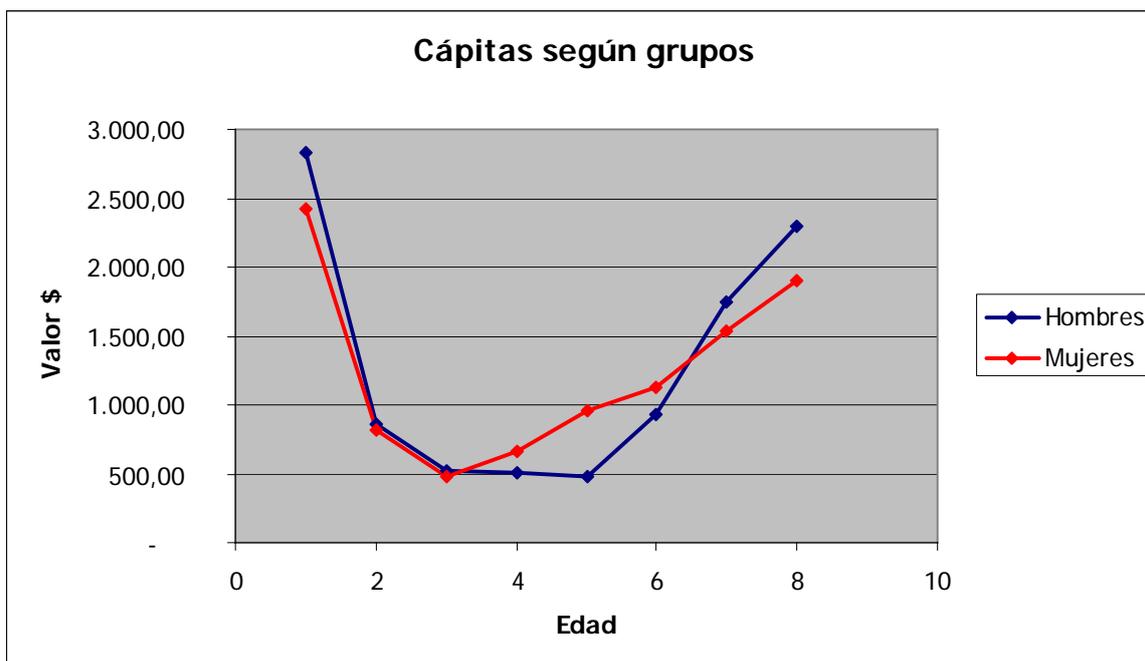
A los efectos del cálculo de las cápitas que se pagará a las instituciones prestadoras de servicios de salud para reembolsarles el dinero aportado por los trabajadores a la seguridad social, el M.S.P. se valdrá de la información operativa y financiera de las instituciones. Por tal motivo se agregó a partir del año 2005 a los formularios sobre información financiera solicitados por el Sistema Nacional de Información (SI.NA.DI.) (Estado de Situación Patrimonial y Estado de Resultados), un nuevo formulario conteniendo datos desagregados de los costos incurridos en la atención ambulatoria, servicios de internación y servicios de block quirúrgico, para cada grupo definido.

El cálculo de la cápita se realizará utilizando información anual agregada de todas las instituciones de forma de obtener un promedio representativo de las mismas. Se definieron grupos de beneficiarios en base a 2 variables, sexo y edad. La variable edad se compone de los distintos tramos definidos para la presentación de la información ante el SI.NA.DI. De esta manera los beneficiarios del sistema se dividen en 16 grupos.

El costo de la cápita por afiliado se determinará como la sumatoria:

- cápita por consulta del grupo de referencia;
- cápita por días camas ocupados del grupo de referencia;
- cápita por servicios de block quirúrgico del grupo de referencia.

A continuación se expone en forma gráfica, el monto de las cápitas según cada grupo, vigentes desde el año 2008.



Sexo/Edad	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	mas de 74
Hombres	2.833	858	521	508	474	931	1.751	2.294
Mujeres	2.427	811	474	657	952	1.127	1.529	1.901

#### **4.3.2.2 – Metas asistenciales**

En el marco del S.N.I.S., se ha implementado un plan de seguimiento y auditoría de la reforma, a través de la selección de indicadores vinculados a programas de salud, que permitan monitorizar el cumplimiento de determinadas metas asistenciales que se pagan por encima de las cápitas. Estas metas están alineadas con el objetivo en el cambio del modelo de atención desde el asistencialista hacia el preventivo.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud se fijan metas dentro de determinadas áreas establecidas, y trimestralmente envían la información al M.S.P. quien controla el logro de las metas, y a aquellas instituciones que alcancen el 100% de cada objetivo planteado, en cada uno de los trimestres establecidos para el control, el B.P.S. paga la cuota parte (6% de las cápitas) correspondiente con los fondos del FO.NA.SA.

---

Este componente premia la obtención de 12 metas anuales referentes a la calidad de la atención a sus afiliados. En una primera etapa de estos indicadores, 6 refieren a la mejora de la atención de niños, y el resto a la calidad asistencial vinculada al Programa de la Mujer.

Para el año 2009, se incorporarán otras metas relacionadas con los pacientes con hipertensión y los diabéticos, y se buscará la capacitación de los recursos humanos en salud sobre estas dos materias. También se sumarán más recursos que estimulen a las instituciones al acercamiento con los socios y se trabajará con la problemática generada por la violencia doméstica.

#### ***4.3.3 - Prestaciones Asistenciales***

En el marco del objetivo de asistencia integral merece destacarse la implantación del Programa Integral de Asistencia en Salud (P.I.A.S.), que regula y delimita el accionar de las instituciones prestadoras, establecido en el Art. N° 45 de la ley N° 18.211. Éstas firman contratos de gestión con la Junta Nacional de Salud (JU.NA.SA; analizada en el punto 4.3.8) a través de los cuales se comprometen a cumplir los programas de salud, especialmente priorizados los programas de prevención y promoción de la salud, de dar todas las prestaciones y medicamentos incluidos en el P.I.A.S., y tener una política activa de educación para la salud. Estos contratos son la principal herramienta de control de la política pública de salud.

El decreto reglamentario N° 568/008 de fecha 03/10/08 y sus anexos I y II, establecen taxativamente los programas integrales que deberán brindar a sus usuarios los prestadores que integren el S.N.I.S. Dichas prestaciones no dan derecho a las instituciones prestadoras al cobro alguno a los usuarios del mismo amparados en el S.N.S., a excepción de las tasas moderadoras que autorice el Poder Ejecutivo. Estas prestaciones serán actualizadas periódicamente por el M.S.P. en función de la evidencia científica, la realidad demográfica y epidemiológica de la población así como del estudio de costos.

Los programas incluyen actividades de promoción, protección, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de las personas, incluyendo a la tecnología y medicamentos aprobados en el formulario terapéutico de medicamentos.

---

Considerando el enfoque preventivo como pilar de la reforma, las instituciones que cumplan el P.I.A.S. estarán alineadas al objetivo de cambio en la atención.

En esta misma dirección va la nueva reglamentación sobre las exigencias de profesionales e infraestructura para dicho primer nivel de atención. También tienden a fortalecer la calidad de la atención las auditorías de historias clínicas que se están realizando con regularidad.

#### ***4.3.4 - Accesibilidad***

Los objetivos de universalidad y justicia social, primarios en una reforma sanitaria, deben ser complementados con la accesibilidad de manera de no sólo tener el derecho a las prestaciones sino también de poder acceder a las mismas.

Para ello se desarrolló en primer lugar una política de disminución de ticket y órdenes, anteriormente una gran barrera de acceso considerada un impuesto a la enfermedad. Se implementó entonces una rebaja del 40% en los ticket de medicamentos y una reducción en el valor de los mismos para la población hipertensa a un máximo de \$ 50, brindando atención gratuita a los enfermos diabéticos y exámenes gratuitos de control del embarazo y preventivos para mujeres: mamografías y papanicolau. Por otra parte se entregará un set de ticket gratuitos para jubilados que ingresen por el FO.NA.SA., gratuidad total para los 9 controles preventivos de los menores hasta 14 meses, atención a drogodependientes menores de 18 años y apoyo a familiares, no viéndose aumentados los ticket y órdenes en los 2 últimos aumentos de cuotas.

#### ***4.3.5 – Instituciones prestadoras***

Expondremos en el presente inciso la cobertura poblacional de las I.A.M.C. y A.S.S.E., diferenciando los afiliados FO.NA.SA. de los no FO.NA.SA.

### 4.3.5.1 - Privadas

<b>Afiliados de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)</b>					
<b>según Departamento de su Sede principal</b>					
<b>Censo Octubre 2008</b>					
<b>IAMC</b>	<b>Fonasa</b>	<b>No Fonasa</b>	<b>TOTAL</b>	<b>% Fonasa</b>	<b>% No Fonasa</b>
<b>MONTEVIDEO</b>					
ESPAÑOLA	101.221	82.061	<b>183.282</b>	55,2%	44,8%
EVANGELICO	34.141	12.771	<b>46.912</b>	72,8%	27,2%
CASA GALICIA	37.696	22.760	<b>60.456</b>	62,4%	37,6%
CASMU	125.668	110.417	<b>236.085</b>	53,2%	46,8%
C.C.O.U	50.012	18.163	<b>69.348</b>	72,1%	26,2%
CUDAM	41.669	3.440	<b>45.149</b>	92,3%	7,6%
COSEM	24.760	10.389	<b>36.198</b>	68,4%	28,7%
GREMCA	31.003	7.604	<b>38.607</b>	80,3%	19,7%
IMPASA	17.143	18.398	<b>35.832</b>	47,8%	51,3%
MUCAM	147.376	39.741	<b>191.592</b>	76,9%	20,7%
SMI	57.678	8.132	<b>65.816</b>	87,6%	12,4%
UNIVERSAL	37.474	5.953	<b>43.427</b>	86,3%	13,7%
<b>ARTIGAS</b>					
GREMEDA	17.245	8.012	<b>26.332</b>	65,5%	30,4%
<b>CANELONES</b>					
CAAMEPA	22.281	7.170	<b>29.877</b>	74,6%	24,0%
CRAMI	24.256	9.150	<b>33.441</b>	72,5%	27,4%
COMECA	29.286	12.215	<b>41.501</b>	70,6%	29,4%
<b>CERRO LARGO</b>					
CAMCEL	19.939	5.412	<b>26.238</b>	76,0%	20,6%
COMECCEL	6.051	938	<b>6.989</b>	86,6%	13,4%
<b>COLONIA</b>					
ORAMECO	8.244	2.965	<b>11.209</b>	73,5%	26,5%
CAAMEC	21.767	7.504	<b>29.271</b>	74,4%	25,6%
CAAMOC	13.630	3.902	<b>18.078</b>	75,4%	21,6%
<b>DURAZNO</b>					
CAMEDUR	17.598	6.764	<b>24.362</b>	72,2%	27,8%
<b>FLORES</b>					
COMEFLO	8.613	2.948	<b>11.561</b>	74,5%	25,5%
<b>FLORIDA</b>					
COMEF	21.084	6.655	<b>29.086</b>	72,5%	22,9%
<b>LAVALLEJA</b>					
CAMDEL	21.407	8.990	<b>30.397</b>	70,4%	29,6%
<b>MALDONADO</b>					
AMECOM	49.840	18.232	<b>68.072</b>	73,2%	26,8%
CRAME	22.689	6.172	<b>28.861</b>	78,6%	21,4%
<b>PAYSANDÚ</b>					
COMPEA	40.555	14.948	<b>55.693</b>	72,8%	26,8%
<b>RÍO NEGRO</b>					
AMEDRIN	7.796	2.247	<b>10.043</b>	77,6%	22,4%
CAMY	7.033	791	<b>7.946</b>	88,5%	10,0%
<b>RIVERA</b>					
CASMER	17.699	5.415	<b>23.114</b>	76,6%	23,4%
COMERI	14.086	3.714	<b>18.611</b>	75,7%	20,0%
<b>ROCHA</b>					
COMERO	22.750	10.661	<b>33.411</b>	68,1%	31,9%
<b>SALTO</b>					
SMQS	34.442	13.390	<b>50.648</b>	68,0%	26,4%
<b>SAN JOSÉ</b>					
AMSJ	31.178	9.587	<b>40.765</b>	76,5%	23,5%
<b>SORIANO</b>					
CAMS	29.360	7.931	<b>38.423</b>	76,4%	20,6%
UMERCO	2.360	659	<b>3.019</b>	78,2%	21,8%
<b>TACUAREMBÓ</b>					
COMTA	27.879	8.141	<b>36.020</b>	77,4%	22,6%
<b>TREINTA Y TRES</b>					
COMETT	932	313	<b>1.323</b>	70,4%	23,7%
IAC	15.671	4.489	<b>20.160</b>	77,7%	22,3%
<b>MONTEVIDEO</b>					
	705.841	339.829	<b>1.052.704</b>	67,1%	32,3%
<b>INTERIOR</b>					
	555.671	189.315	<b>754.451</b>	73,7%	25,1%
<b>TOTAL</b>	<b>1.261.512</b>	<b>529.144</b>	<b>1.807.155</b>	<b>69,8%</b>	<b>29,3%</b>

## 4.3.5.2 – Pública

**Total de usuarios de A.S.S.E., por tipo de cobertura según sexo y grupos de edad – Noviembre 2008**

	SEXO	GRUPOS DE EDAD	TOTAL	TIPO DE COBERTURA			
				CARNÉ	FO.NA.SA.		CONVENIO
				Total	Afiliados	de Oficio	Panes, S. Policial
<b>TOTAL DEL PAÍS</b>	Total	TOTAL	1.203.702	1.051.437	36.372	59.723	56.170
		Menores de 1	7.125	6.576	443	44	62
		1 a 4	64.124	56.589	4.356	412	2.767
		5 a 14	233.885	201.816	14.901	1.037	16.131
		15 a 19	123.120	107.691	4.726	2.979	7.724
		20 a 44	406.462	350.234	5.622	32.353	18.253
		45 a 64	236.518	202.687	5.254	20.664	7.913
		65 a 74	79.867	74.911	851	2.034	2.071
		75 y más	52.271	50.608	218	200	1.245
	No Indicado	330	325	1	0	4	
	Masc.	Total	547.708	463.630	18.847	38.515	26.716
		Menores de 1	4.169	3.862	254	12	41
		1 a 4	35.097	31.070	2.456	150	1.421
		5 a 14	121.380	104.754	7.843	482	8.301
		15 a 19	61.231	52.471	2.431	2.275	4.054
		20 a 44	166.997	134.317	2.713	21.523	8.444
		45 a 64	100.608	82.306	2.506	12.563	3.233
		65 a 74	36.718	33.985	497	1.376	860
		75 y más	21.376	20.736	146	134	360
	No Indicado	132	129	1	0	2	
	Fem.	Total	652.192	584.106	17.525	21.208	29.353
		Menores de 1	2.956	2.714	189	32	21
		1 a 4	28.773	25.268	1.900	262	1.343
		5 a 14	111.711	96.288	7.058	555	7.810
		15 a 19	61.541	54.884	2.295	704	3.658
		20 a 44	238.253	214.743	2.909	10.830	9.771
		45 a 64	135.352	119.846	2.748	8.101	4.657
		65 a 74	42.907	40.689	354	658	1.206
		75 y más	30.565	29.542	72	66	885
	No Indicado	134	132	0	0	2	
	No Ind.	Total	3.802	3.701	0	0	101
		Menores de 1	0	0	0	0	0
		1 a 4	254	251	0	0	3
		5 a 14	794	774	0	0	20
		15 a 19	348	336	0	0	12
		20 a 44	1.212	1.174	0	0	38
45 a 64		558	535	0	0	23	
65 a 74		242	237	0	0	5	
75 y más		330	330	0	0	0	
No Indicado	64	64	0	0	0		

No indicados: usuarios sin indicar sexo. Fuente: Departamento de Gestión de la Información de ASSE, reelaboración de información proveniente de Sistema de Identificación de Usuarios.

---

#### **4.3.5.3 – Articulación público-privado**

Como se expuso anteriormente, en Uruguay la cobertura de salud tiene dos componentes fundamentales, I.A.M.C. y A.S.S.E.

La existencia de un subsistema de I.A.M.C. vigoroso, de calidad asistencial, de gestión democrática, de calificación permanente de sus recursos humanos, y complementado con un sistema público fortalecido, es condición necesaria para un adecuado S.N.I.S. Por ello, este sistema exige la articulación de los componentes público y privado.

En el plano asistencial, dicha articulación se deberá basar en un proceso de complementación entre las fortalezas de ambos subsistemas, tanto en el primer nivel de atención como en el segundo.

Es entonces en este marco que se han firmado 81 convenios que registran áreas de complementación sanitaria: territorial, institucional, de recursos materiales y humanos, de servicios, programas y sistemas de información compartidos.

El otro aspecto de la articulación del sector público y privado, refiere al gasto y financiamiento, lo que se consolida en la creación del FO.NA.SA.

#### **4.3.6 - Derechos de los usuarios**

En el nuevo sistema de salud los derechos de los usuarios establecidos por la ley N° 18.335 y en el Art. N° 51 de la ley N° 18.211 son los siguientes:

- Libre elección de la institución aseguradora entre los prestadores integrales de salud.

Con anterioridad a la reforma de la salud los afiliados por la ex–Disse solamente podían optar por la cobertura de servicios de una I.A.M.C., mientras que ahora pueden optar por cualquiera de las instituciones aseguradoras del sistema, tanto públicas como privadas (éstas no pueden rechazar el ingreso de los usuarios).

Esta libertad de elección en una primera instancia no fue total, sino limitada a las nuevas incorporaciones al sistema. Luego de transcurrido el primer año de la reforma este derecho se efectivizó parcialmente, desde el 01/02/2009 al

---

28/02/2009, con el levantamiento del "corralito mutual" otorgando a determinados beneficiarios libre movilidad entre las instituciones prestadoras.

El gobierno estableció<sup>7</sup> el "corralito mutual" en el 2000. En teoría fue algo transitorio para impedir que mutualistas en dificultades se desestabilizaran por pérdida de afiliados mientras se solucionaba el problema de fondo, éstos jamás se resolvieron y el "corralito" se convirtió en permanente. Las medidas que se conocen como el "corralito" ponen el costo del desequilibrio de instituciones de salud sobre los hombros de los afiliados que, aunque estén desconformes o mal atendidos, no pueden cambiarse a otras instituciones que los atiendan mejor o les den más seguridad. Además de perjudicar los derechos de los pacientes, el "corralito" tiene un segundo efecto negativo para el sistema de salud: al proteger a instituciones inviables, el "corralito" impide que instituciones saneadas crezcan y se beneficien de su buena administración. El sistema en su conjunto se cristaliza para evitar que las instituciones quebradas terminen de desaparecer. Así, lo que pudo justificarse como transitorio se volvió mala política y fuente de innumerables injusticias cuando se prolongó más allá de los meses que inicialmente se pensó. La excusa que decoró esta política fue detener el costo muerto de la intermediación lucrativa en los pases de afiliados. El argumento fue evitar que las mutualistas invirtieran millones en la "compra de socios", y dejaran en segundo plano la inversión en la mejora de prestaciones y la calidad de atención de sus afiliados. La norma del año 2000 que creó el "corralito" estableció que la suspensión sería por un período razonable hasta que el M.S.P. implementara las acciones necesarias para eliminar la intermediación lucrativa. Este plazo, que hace tiempo dejó de ser "razonable", se extendió hasta 02/2009 cuando se dispuso una apertura parcial del "corralito mutual". Dada la irritación natural que esta situación genera en los usuarios, la apertura del "corralito" fue anunciada por el gobierno como uno de los pilares de la reforma de la salud (ya había sido prevista en 2 leyes el año pasado).

La ley de reforma de salud previó el derecho de los afiliados de cambiar de mutualista bajo las condiciones que establecería una futura reglamentación. Una ley posterior relativa a los pacientes y usuarios de los servicios de salud también consagró el derecho de los usuarios de elegir el sistema asistencial más adecuado a sus intereses.

---

<sup>7</sup> Fridman Martín. Publicación Ferrere Abogados. Febrero 2009.

---

La apertura del corralito se estableció por reglamentación en forma parcial y sólo para un número restringido de afiliados. La norma expresa que la apertura parcial se fundamenta en la necesidad de mantener la sustentabilidad de los servicios de salud.

El plazo para cambiarse es limitado, del 02 al 28 de febrero. El trámite se realiza en forma personal ante la institución que elija el afiliado. Solo podrá cambiarse:

- quien tenga como mínimo 10 años de antigüedad en su actual institución (sin contar las interrupciones que excedan los 120 días)
- empleados privados, públicos y los jubilados amparados al S.N.S.
- los empleados que no optaron por una mutualista en el plazo establecido quedando afiliados de oficio en A.S.S.E.

El afiliado deberá permanecer 3 años en la misma institución antes de poder volverse a cambiar, y se estipula que la apertura del corralito se realice en un período determinado una vez por año.

- Acceso a la información asistencial y económico-financiera de todas las instituciones prestadoras de salud.
- Participación en la gestión de las instituciones públicas y privadas.
- Participación en los organismos de dirección de empresas.

#### ***4.3.7 - Participación social***

La participación social es un principio rector del S.N.I.S., que propende al mejoramiento de la calidad de la gestión de los prestadores de servicios de salud, promoviendo y estimulando la responsabilidad social institucional.

Para ello es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios, y que dicha obligación de los prestadores se corresponda con el derecho de los mencionados colectivos a participar e involucrarse en la vida institucional de las entidades.

La O.M.S. ha definido la participación social en la gestión de la salud como "la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud".

---

Por lo antedicho según el decreto N° 269/008 de 02/06/2008 los prestadores de servicios de salud que integren el S.N.I.S., contarán con Consejos Consultivos y Asesores (C.C.A.) de carácter honorario, en los que estarán representados la propia entidad, sus trabajadores y sus usuarios.

Los C.C.A. tendrán un funcionamiento autónomo respecto de los demás órganos de la entidad.

Éstos estarán integrados por dos representantes del prestador, dos de sus trabajadores y dos de sus usuarios.

Sus competencias son:

- Apoyar campañas de promoción y prevención de la salud.
- Emitir opinión y formular propuestas sobre estrategias, políticas, planes, programas y acciones que hagan a la gestión del prestador;
- Expedirse sobre los asuntos que someta a su consideración el prestador;
- Evaluar el desarrollo en la Institución de los programas de Atención Integral a la Salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública;
- Velar por la calidad de los Servicios de Salud que brinde el prestador;
- Participar en el análisis y evaluación de las reclamaciones de los usuarios del prestador, pudiéndose contactar y coordinar acciones con las Oficinas de Atención al Usuario y otros órganos con funciones similares;
- Promover acciones encaminadas a fortalecer el compromiso de usuarios y trabajadores con la gestión del prestador;
- Tomar conocimiento de los balances y memoria de la entidad.

Para el efectivo ejercicio de las atribuciones referidas, los prestadores proveerán a los C.C.A. de un conjunto regular y sistematizado de información. Los mismos podrán dar cuenta a la JU.NA.SA. de la omisión o negativa de los prestadores a proporcionarles la información que le soliciten en el ejercicio de sus competencias, acompañando las actas donde consten las mismas y toda otra documentación relacionada con esos hechos.

Las resoluciones que adopten los C.C.A., tendrán el carácter de recomendaciones sin efectos vinculantes para el prestador. Cuando dichas recomendaciones no sean atendidas por el prestador, éste deberá brindar respuesta motivada de su rechazo o modificación. En caso de que no la brinde, el C.C.A. elevará sus recomendaciones a la JU.NA.SA. para su conocimiento.

---

Además de los mencionados C.C.A., la participación social se ha visto propiciada en las siguientes acciones:

- creación del consejo consultivo para los cambios en salud que convoca con regularidad a todos los sectores involucrados;
- reconstitución de los consejos de salarios, que además de negociar en lo salarial, negocia en las condiciones de trabajo;
- creación de una comisión de seguimiento del FO.NA.SA. con participación de trabajadores y empresarios;
- la incorporación en el directorio de A.S.S.E. de un representante de los trabajadores y uno de los usuarios;
- participación en la JU.NA.SA. de un representante de los usuarios, uno de los trabajadores y otro de las empresas del sector;

#### ***4.3.8 - La regulación***

Dentro de los cambios a nivel del modelo de gestión se encuentra la creación de la JU.NA.SA., que puede ser considerado como otro eje del proyecto de reforma de la salud.

La JU.NA.SA. es creada por la ley N° 18.211 como un organismo desconcentrado dependiente del M.S.P. y sus cometidos son administrar el S.N.S. y velar por el cumplimiento de los principios y objetivos del S.N.I.S.

La misma está compuesta por:

- dos miembros representantes del M.S.P. uno de los que la presidirá
- un miembro representante del M.E.F.
- un miembro representante del B.P.S.
- un miembro representante de los prestadores que integren el S.N.I.S.
- un miembro representante de los trabajadores de los prestadores que integren el S.N.I.S.
- un miembro representante de los usuarios del sistema.

En todos los casos por cada titular se designará un alterno.

Es competencia de la JU.NA.SA.:

- suscribir los contratos de gestión con los prestadores que integren el S.N.I.S. con el objetivo de controlar el cumplimiento de las obligaciones impuestas por el nuevo sistema,
- aplicar los mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud que corresponda a los usuarios, y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al fondo,
- administrar las cuotas (suspensión temporal o definitiva, total o parcial; y pago a los prestadores del sistema de acuerdo a los usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo) y
- controlar las relaciones entre los prestadores que integren el sistema.

## **Capítulo 5**

## **Impacto de la Reforma de la Salud**

## ***Capítulo 5***

### ***IMPACTO DE LA REFORMA DE LA SALUD***

#### ***5.1 – Impacto en sus diferentes aspectos***

En este capítulo evaluaremos el impacto de la reforma de la salud en sus distintos aspectos, valiéndonos para ello de indicadores seleccionados, encuestas realizadas a la opinión pública por reconocidas empresas, entrevistas realizadas, así como de datos publicados por diferentes organismos.

##### ***5.1.1 - Cobertura***

Si bien todavía el proceso de reforma no ha culminado en lo referente a la incorporación de grupos al sistema, dado que aún hay incorporaciones pendientes (a realizarse hasta enero de 2013), estamos en condiciones de evaluar el alcance de la cobertura a la fecha.

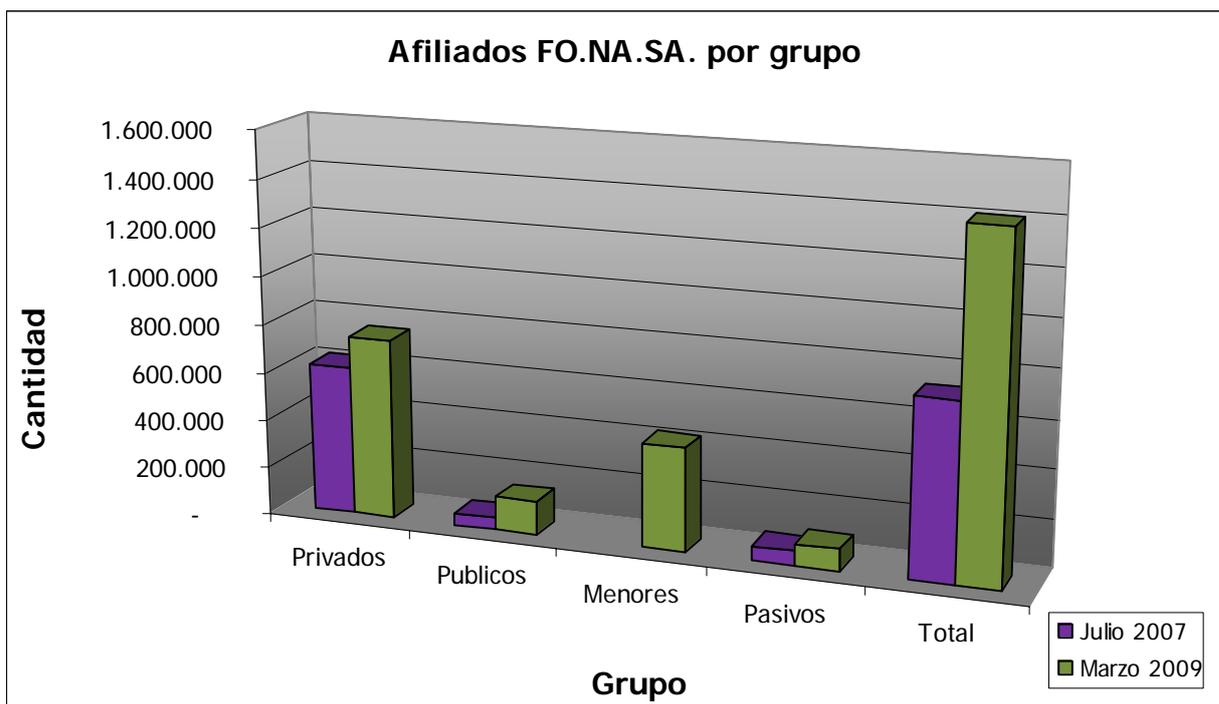
##### ***5.1.1.1 – Universalidad de la cobertura***

A fines de 2008<sup>8</sup> más de 700.000 personas ingresaron al sistema de salud a través de la seguridad social, totalizando 1.410.000 personas. Ésto denota que cada vez más gente aporta por ingresos, lo que es un signo de justicia social.

Se debe recalcar que como parte de los nuevos ingresos 450.000 afiliados son menores de 18 años, los que ingresaron al sistema a través de la cobertura de sus padres.

---

<sup>8</sup> Datos recogidos del M.S.P. [http://www.msp.gub.uy/uc\\_2628\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_2628_1.html) , consultada el 03.03.09. Un Balance de la Reforma de la Salud 2008.



En este ingreso muy grande de niños y adolescentes, adquiere singular importancia en el impacto sobre los trabajadores el definir una tasa única, cualquiera sea el número de hijos, con la sola excepción de cuando no se tienen hijos donde hay un deducible de 1,5%.

Como muestra el cuadro siguiente, a medida que aumenta el número de hijos en el hogar, los hogares reducen el ingreso salarial per cápita y el ingreso global del hogar per cápita. Los hogares con un hijo se encuentran en promedio en el decil 6 de la distribución del ingreso salarial, mientras que los hogares con 3 y más hijos se encuentran en el decil 3, de lo que se deduce, que el hecho de que se haya definido una tasa única beneficia en mayor medida a los hogares con mayor cantidad de hijos, que a su vez se encuentran en el menor decil de ingresos, claro signo de redistribución del ingreso.

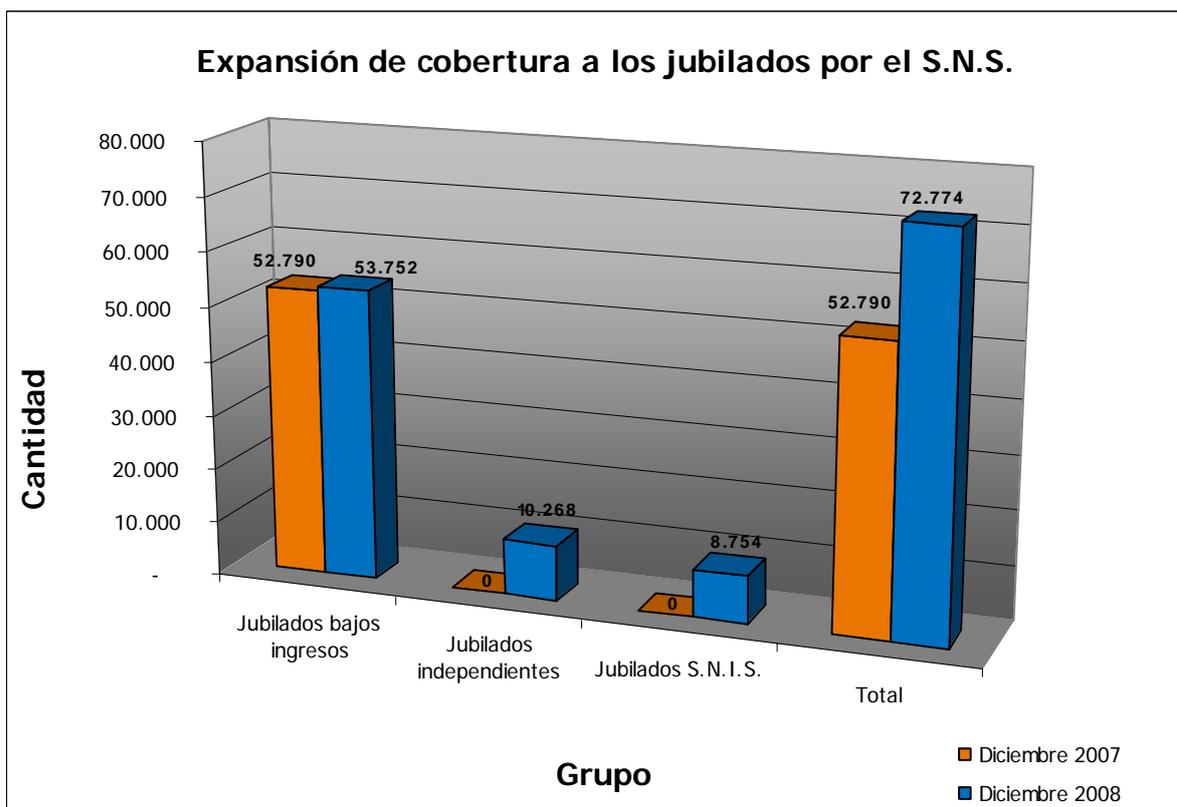
Por otra parte, a medida que aumenta el número de hijos, crece la participación de A.S.S.E. como institución prestadora de salud a los niños, lo que provoca una mayor contribución en atención integral de salud al formar A.S.S.E. parte del sistema.

<b>Nº de menores en el hogar</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>más de 3</b>
Promedio de personas	3	4	4	5	7
Ingreso salarial per cápita	5.568	4.498	3.969	3.369	1.798
Ingreso per cápita	9.840	6.487	5.737	4.964	2.907
<b>Decil promedio</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
<b>Atención pública a menores de 18</b>		47%	52%	64%	<b>89%</b>
Atención privada a menores de 18		53%	48%	36%	11%

Además, otro grupo que tuvo un notorio ingreso en el sistema de salud a través de FO.NA.SA. fueron los jubilados. En el sistema anterior éstos tenían derecho de acceder a la cobertura a través de la seguridad social de manera opcional, cuando cobraban jubilaciones menores a 2,6 BPC (aproximadamente \$4.600 en ese momento), siempre y cuando fueran jubilados como dependientes. Solo 50.000 jubilados de los 135.000 que estaban en condiciones de hacerlo, habían hecho uso de la opción en 11 años desde 1996. Ésto se debía a que cuando hacían la opción de la cobertura mutual, no podían hacer frente a los ticket y órdenes del sistema privado.

Con la reforma se definió al S.N.S. como un seguro de vida, por lo que todos los activos que se jubilan quedan en S.N.S. tanto dependientes como independientes con topes de ingresos. Ésto sumado a las políticas de reducción en el valor de ticket, etc. provoca que se incorporaran a la fecha al S.N.I.S. 20.000 nuevos jubilados.

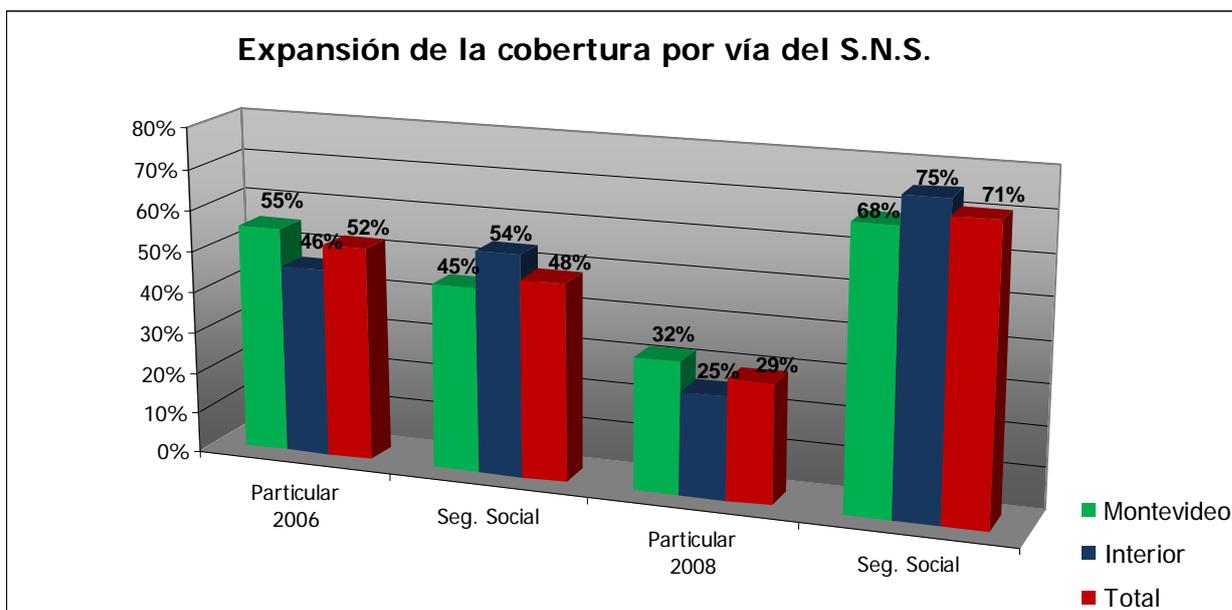
Es claro que ésto le da a los trabajadores una certeza de su seguro de salud que en ex-Disse no tenían, ya que al jubilarse perdían la cobertura, cuando más la necesitaban. En cambio ahora, los trabajadores reciben por S.N.S. un seguro de salud que incluye su etapa de jubilados.



Fuente: Base de datos SI.NA.DI.

Como consecuencia de la cobertura universal que brinda el nuevo sistema, los pagos de cuota mutual se redujeron de manera considerable. Antes de la reforma el peso de los pagos por concepto de cuota mutual alcanzaba a más de la mitad de los afiliados. Con la reforma de la salud, más del 70% no paga cuota mutual, es decir, esta amparado por la vía del S.N.S.

Esto también tiene una consecuencia muy directa en términos de justicia social, ya que la mayor parte de los usuarios aportan en función de su capacidad contributiva y reciben atención según su necesidad.



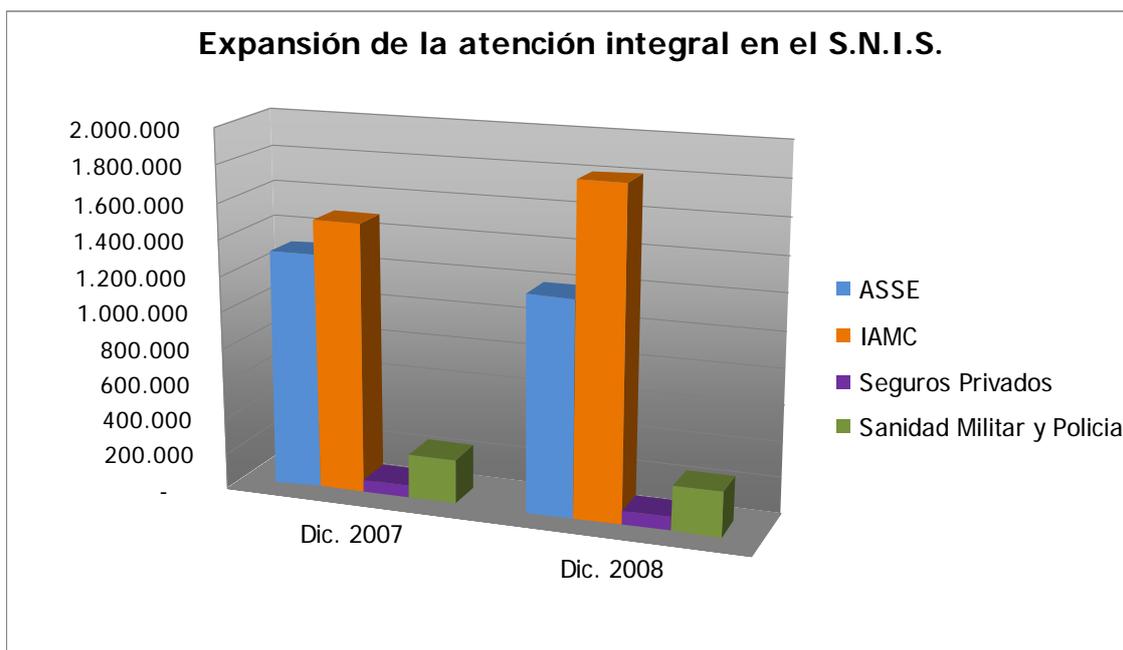
Fuente: Base de datos SI.NA.DI.

### ***5.1.1.2 – Expansión de la cobertura integral***

Como mencionamos anteriormente, en Uruguay el Estado tiene la obligación de dar cobertura de salud a todos aquellos que no pueden acceder a ella, por tanto, se puede decir que existe cobertura universal. Lo que no existía, era el acceso universal a la cobertura integral con la misma calidad para todos.

Con la implantación del S.N.I.S., se garantiza a la población el acceso a dicha cobertura, ya que los beneficiarios tienen la opción de elegir entre prestadores integrales que tienen definidas y reguladas sus prestaciones.

Como resultado de esto, en un año, 205.000 personas acceden a la cobertura integral.



Fuente: Base de datos SI.NA.DI.

### 5.1.2 - Distribución del ingreso

Para medir el impacto de la reforma de la salud en la distribución del ingreso seleccionamos como indicadores la evolución del índice de indigencia y pobreza.

Nos basamos para ello en un estudio prospectivo realizado por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (O.P.P.) y las primeras mediciones de la pobreza del I.N.E. Este estudio fue realizado en 2007 evaluando conjuntamente el impacto esperado del Plan de Justicia Social, el S.N.I.S. y la Reforma Tributaria.

	<b>Indigencia</b>			<b>Pobreza</b>		
	Antes	Despues	Variacion	Antes	Despues	Variacion
	<b>TODAS LAS REFORMAS</b>					
Mejora	3,50%	1,30%	-61,00%	26,50%	21,80%	-18,00%
	<b>REFORMA TRIBUTARIA</b>					
IRPF	3,50%	3,50%	0,00%	26,50%	26,30%	-1,00%
	<b>REFORMA DE LA SALUD</b>					
Mejora	3,50%	3,30%	-4,00%	26,50%	24,40%	-8,00%
	<b>PLAN DE EQUIDAD</b>					
Mejora	3,50%	1,40%	-60,00%	26,50%	24,20%	-9,00%

Fuente: OPP (2007)

---

El estudio estima una caída en la pobreza del orden del 18%. El efecto se explica principalmente por el Plan de Equidad, seguido por la Reforma de la Salud y en última instancia por la Reforma Tributaria.

Mientras que respecto a la indigencia se estima una reducción del 61% explicado por el Plan de Equidad.

Es de destacar que las reformas generan una reducción de la pobreza significativamente mayor en el interior del país y tienen un mayor impacto sobre la pobreza de los menores de edad, ésta pasa del 45% al 37%, lo que es consistente con el hecho de que los objetivos de la reforma están vinculados a mejorar la calidad y ampliar la cobertura en la protección social dirigida a los niños y adolescentes.

Por otro lado, las reformas tienen un efecto desconcentrador del ingreso. La desigualdad se reduce, lo que se expresa en una mejora relativa de la participación en el ingreso total de los estratos más pobres de la población. En el primer decil el ingreso per cápita aumenta en promedio un 37% por efecto de las reformas, los incrementos son relativamente menores a medida que se consideran deciles de ingreso per cápita mayores. Mientras tanto en el último decil, donde se localiza la población de mayores ingresos relativos, se registra una reducción promedio del ingreso del orden del 6%.

Además el estudio se complementa con la cuantificación y caracterización de las personas beneficiadas, estableciendo que los beneficiados netos de las reformas son quienes ven incrementado su ingreso siendo este grupo una mayoría que alcanza al 61% de la población. Mientras tanto, el grupo en el que disminuye su ingreso alcanza el 21% y en quienes se mantiene representan un 18%. Si se agrega el efecto de la reducción del I.V.A. y la eliminación del CO.FI.S. el grupo beneficiado por las reformas supera el 80% de la población.

Finalmente, con las primeras etapas de la reforma de salud culminadas, según un informe del I.N.E. (2008), durante el primer semestre de 2008, la pobreza se redujo a 21,7%. Ésto significa una reducción respecto al mismo semestre del año 2007 de 4,7 puntos porcentuales, lo cual implica que alrededor de 150.000 personas captaron ingresos que les permitieron superar la línea de pobreza. Según el estudio, una parte importante de este descenso se explica por la incorporación de los menores de 18 años al FO.NA.SA., ya que de no considerar la incorporación

de éstos, la pobreza se hubiese ubicado en 24,1%. Ésto es, 2,4 puntos porcentuales, casi la mitad del total de reducción neta de la pobreza se debe entonces a la reforma de la salud.

En síntesis, la reforma de la salud supuso una transferencia directa de recursos hacia los hogares con menores de 18 años.

Además, si se considera el impacto económico de las rebajas de ticket y órdenes en la economía de las familias; así como las mejoras por vía de las transferencias no monetarias (aumento del presupuesto de A.S.S.E. (donde van los sectores de menores ingresos)), la distribución de ingreso generada por la reforma de salud es mucho más importante.

### **5.1.3 - Presupuesto de A.S.S.E.**

En lo concerniente al presupuesto de salud pública, pasó de 5,6 mil millones a casi 11 mil millones a precios constantes entre 2005 y 2009. Los salarios han aumentado en valor real 40 % para el sector no médico, prácticamente igualando al sector privado, y el salario mínimo médico se ha multiplicado por 6.

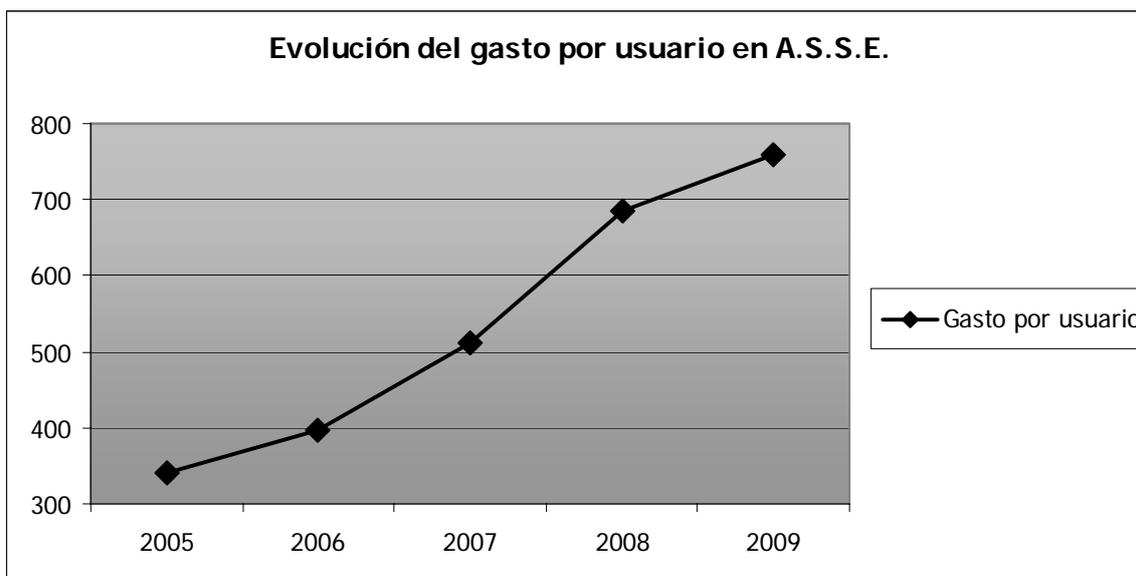
#### **Presupuesto de A.S.S.E.<sup>9</sup>**

<b>Año</b>	<b>Total</b>	<b>Salarios</b>	<b>Resto</b>	<b>Población</b>	<b>Gasto mensual</b>
2005	5.649.428.091	2.869.890.627	2.779.537.464	1.377.267	342
2006	6.877.343.927	3.637.093.193	3.240.250.733	1.440.264	398
2007	7.991.672.286	4.416.716.970	3.574.955.316	1.301.347	512
2008	9.543.637.041	5.494.058.417	4.049.578.624	1.160.395	685
2009(*)	10.567.487.909	6.579.704.028	3.987.783.881	1.160.395	759

(\*) Estimado: presupuesto por rendición de cuentas y población constante.

Datos a precios constantes de 2008

<sup>9</sup> Datos recogidos del M.S.P. [http://www.msp.gub.uy/uc\\_2628\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_2628_1.html) , consultada el 03.03.09. Un Balance de la Reforma de la Salud 2008.



### ***Evolución del salario mínimo médico***

Fecha	Sal. Mín.	Índice
01/03/2005	4.500,00	100,00
01/10/2005	6.800,00	151,11
01/07/2006	8.640,00	192,00
01/01/2007	12.766,00	283,70
01/01/2008	13.851,00	307,02

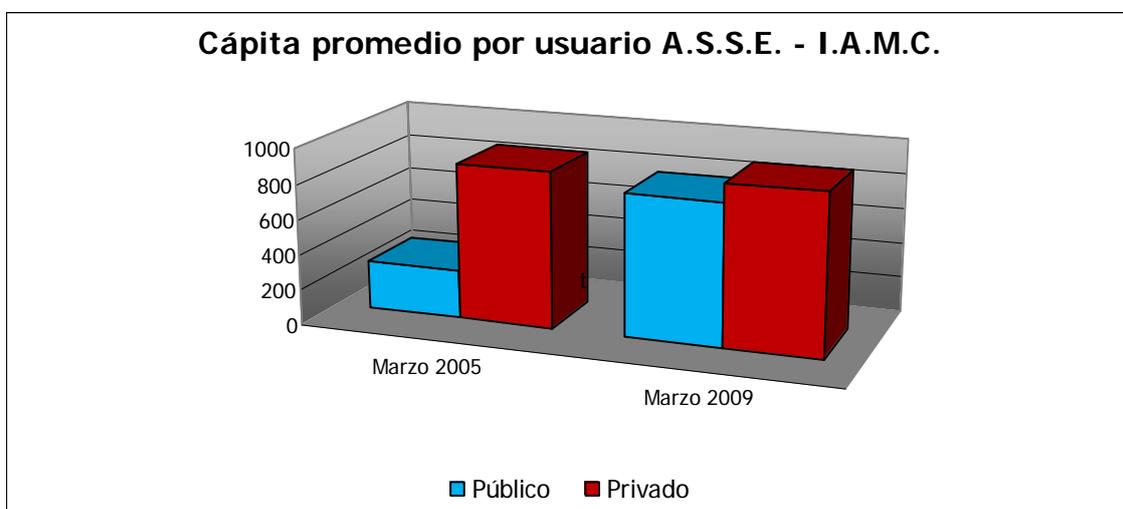
En lo que respecta al sector mutual, el mismo se ha estabilizado, ha crecido en ingresos (23% entre 2005 y 2008), en afiliados (30% entre 2005 y 2008), ha pasado de tener déficit a superávit, ha reducido la presión de la deuda, ha incrementado los puestos de trabajo tanto médicos como no médicos y todo ello le ha permitido consolidar una mejora en la calidad de la atención en la salud.

Lo anterior ha llevado a una equiparación entre el sector público y el privado, como se nota en el cuadro siguiente.

### ***Relación gasto sector público – privado***

Sector/Año	Público	Privado	Relación
Marzo 05	280	880	3,14
Marzo 09 *	800	900	1,12

(\*) Estimado: presupuesto por rendición de cuentas y población constante



#### **5.1.4 - Libertad de elección**

Como vimos en el Capítulo 4, un derecho que otorga este sistema de salud a los usuarios, es la libertad de elección de la institución prestadora a la cual los mismos desean acogerse, teniendo la posibilidad de optar entre A.S.S.E., I.A.M.C. y seguros privados.

La concreción de este derecho para los usuarios, se plasmó con la apertura del "corralito mutual".

Como consecuencia de esta posibilidad, se destacó la "fidelidad" de los usuarios a la institución en la que estaban adscriptos y el escaso impacto económico-financiero que los movimientos tuvieron para las instituciones.

De unas 200.000 personas habilitadas para cambiarse, sólo cerca de 19.000 lo concretaron, cuando de acuerdo a las previsiones del M.S.P. iban a ser cerca de 40.000. Además, más de un 40% de los cambios correspondieron a los afiliados de oficio a A.S.S.E., unos 8.600 de los 65.000. En contraposición A.S.S.E. recibió casi 300 nuevos afiliados en esta etapa.

**Resumen por sector activo-pasivo**

	SECTOR ACTIVO		SECTOR PASIVO	
	Público	Privado	Público	Privado
<b>Afiliaciones</b>	1,5%	98,5%	5%	95%
<b>Desafiliaciones</b>	4,75%	5,25%	4%	96%

**5.1.5 – Opinión de los usuarios: encuesta EQUIPOS-MORI/CIFRA**

Según estudios técnicos de opinión, realizados por la consultora Equipos-Mori, 2 de cada 3 ciudadanos (65%) evalúan favorablemente los efectos que la reforma de la salud tiene para el país<sup>10</sup>. Este grupo se divide entre un 55% del total que opina que es “buena” y otro 10% que opina que es “muy buena”. En contrapartida 1 de cada 10 (10%) la evalúa negativamente. Este grupo está compuesto por un 9% que la califica como “mala” y un 1% que lo hace como “muy mala”.

Estas altas cifras de apoyo son consistentes con otros estudios de opinión pública. En un estudio realizado en diciembre de 2008 por la empresa CIFRA<sup>11</sup>, ésta encuentra que un 70% de los encuestados manifiesta que la reforma de la salud es “positiva” o “muy positiva” para el conjunto de la sociedad, mientras que un 13% la evalúa como “negativa”<sup>12</sup>. Por otra parte, 54% entiende que la atención a la salud ha mejorado durante este gobierno.

El estudio de Equipos-Mori permite desagregar ciertas variables que explican los altos valores de apoyo. Así, las mujeres tienen una visión más favorable que los hombres, representando una proporción de 68% y 61% respectivamente. En cuanto a grupos de edad, los mayores de 60 años piensan que la reforma es “buena” o “muy buena”, en una proporción del 58%; mientras que el promedio para los menores de 40 años asciende al 70%.

<sup>10</sup> El estudio de opinión pública Monitor de Opinión Pública, fue realizado por Equipos Mori para la Presidencia de la República. La pregunta realizada por el equipo de investigación fue: “Por lo que Ud. ha escuchado, ¿diría que la Reforma de la Salud es buena o mala para el país?”.

<sup>11</sup> “La atención a la salud en Uruguay”. Informe elaborado para el M.S.P. por Cifra-González Raga & Asociados. Diciembre de 2008.

<sup>12</sup> La pregunta en esta oportunidad fue: “La Reforma de la Salud: ¿será positiva o negativa para el conjunto de la sociedad?”.

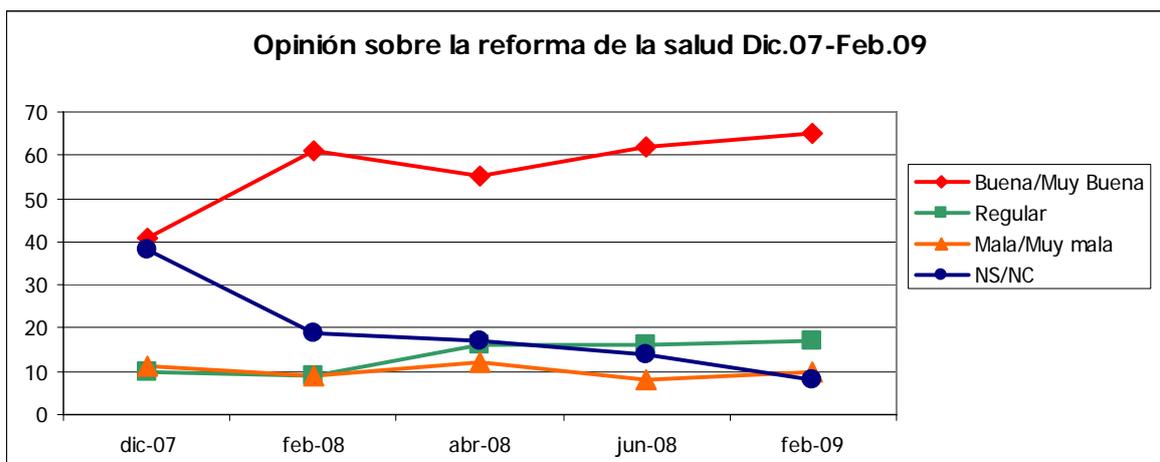
---

En lo que respecta al nivel educativo, el 78% de los ciudadanos que no completaron el ciclo de enseñanza primaria, piensa que la reforma es “buena” o “muy buena”. La proporción de los ciudadanos con secundaria completa o incompleta que evalúa como “buena” o “muy buena” la reforma, se ubica en el entorno de 65%. Por último, según nivel socio-económico aquellos que se identifican dentro del nivel socio-económico “bajo”, tienen una opinión favorable en una proporción del 75%. En el otro extremo, quienes tienen un nivel socio-económico “alto” o “medio-alto” evalúan positivamente a la reforma en un nivel del 60%.

Evolución de las opiniones:

Como fuera mencionado anteriormente, los principales cambios en el S.N.I.S. se terminan de introducir en el 2008. El gráfico que se expone a continuación muestra una tendencia creciente en la evaluación positiva de reforma de salud, pasando de 41% a 65% de juicios positivos. Por otro lado, un elemento importante y muy notorio es como con el transcurrir del tiempo, más usuarios van formando opinión respecto al tema. Aquellos que dijeron no saber o prefirieron no contestar la pregunta, descendieron desde un 38% en diciembre de 2007 a un 8% en febrero de 2009. Finalmente, cabe decir que las valoraciones negativas o regulares, se mantienen relativamente estables. Las mismas se ubican en el entorno del 10% para las primeras y del 15% para las últimas.

En síntesis, la reforma del sistema de salud en Uruguay tiene altos y crecientes niveles de aprobación: 2 de cada 3 usuarios encuestados la califican como “buena” o “muy buena”, y un 70% entiende que los cambios introducidos serán positivos o muy positivos para el conjunto de la sociedad. A su vez si se hila más fino en ese rango de valoraciones positivas, se obtiene un número mayor de éstas entre las mujeres, los más jóvenes, los más pobres y aquellos que tienen un menor nivel educativo. Además, en la medida que transcurre el tiempo y las personas conocen los cambios y resultados del nuevo S.N.I.S., parece afirmarse el juicio positivo hacia la reforma.



## 5.2 – Impacto económico en los trabajadores

Como parte de nuestro análisis del impacto de la reforma, consideramos que más allá de analizar los aspectos cualitativos de la misma, no podíamos dejar de analizar el impacto económico que la misma representa en los hogares de los trabajadores.

Para ello, tomamos como referencia los siguientes datos:

- ingreso promedio de los hogares<sup>13</sup>: \$ 24.710
- valor promedio cuota mutual: \$ 1.000
- valor promedio emergencia móvil: \$ 200
- valor promedio mensual cobertura odontológica: \$ 200

Los supuestos considerados para el análisis son los siguientes:

- el ingreso promedio de un hogar comprende a 2 trabajadores
- la cobertura mutual a la que se accedía por ex-Disse, incluye emergencia móvil

Realizamos un análisis comparativo del gasto en salud en el sistema previo a la reforma versus el sistema actual para diferentes escenarios.

<sup>13</sup> Encuesta Continua de Hogares Marzo 2009. I.N.E.

El primer escenario refiere a un hogar conformado por 2 trabajadores con un hijo. Los resultados del análisis en este primer caso, se resumen en una importante disminución en el gasto efectuado, pasando de alrededor de \$ 2.500 a \$ 1.500. Si realizamos el mismo análisis en un hogar con la misma estructura de ingresos, pero con más de un hijo, el ahorro se multiplica proporcionalmente. Además, si consideramos este ahorro que representó la reforma, en los hogares de ingresos más bajos, el impacto económico positivo se hace mucho más trascendental.

En un hogar en el que solo hay un trabajador activo y un hijo, los resultados también son positivos, disminuyendo el gasto en aproximadamente \$ 1.300 (\$ 3.400 antes de la reforma, y \$ 2.100 actualmente).

Claramente, el único caso en el que se manifiesta un mayor gasto en salud, es en el caso de los trabajadores sin hijos, el que se ve incrementado en mayores salarios. En el análisis efectuado, la reducción que implicó la reforma alcanza aproximadamente \$ 171, lo que se puede percibir como insignificante en relación con el aumento que implica en los demás casos.

Además, acotando como trabajadores sin hijos a los jóvenes, se puede pensar que es una situación temporal, dado que en el mediano plazo los tendrán, y pasarán a estar en alguna de las otras situaciones beneficiándose con el sistema.

<b>Escenario 1</b>			
<b>Hogar:</b>	Ambos trabajan 1 hijo		
<b>Situación previa</b>		<b>Situación actual</b>	
Aportes a la Seg Social	741,30	Aportes a la Seg Social	1.482,60
Mutualista Hijo	1.000,00	Mutualista Hijo	-
Cobertura Odontológica x 3	600,00	Cobertura Odontológica	-
Emergencia Móvil x 1	200,00	Emergencia Móvil	-
<b>Gasto total</b>	<b>2.541,30</b>		<b>1.482,60</b>
<b>Escenario 2</b>			
<b>Hogar:</b>	Ambos trabajan 2 hijos		
<b>Situación previa</b>		<b>Situación actual</b>	
Aportes a la Seg Social	741,30	Aportes a la Seg Social	1.482,60
Mutualista Hijos	2.000,00	Mutualista	-
Cobertura Odontológica x 4	800,00	Cobertura Odontológica	-
Emergencia Móvil x 2	400,00	Emergencia Móvil	-
<b>Gasto total</b>	<b>3.941,30</b>		<b>1.482,60</b>
<b>Escenario 3</b>			
<b>Hogar:</b>	1 trabajador activo 1 hijo		
<b>Situación previa</b>		<b>Situación actual</b>	
Aportes a la Seg Social	370,65	Aportes a la Seg Social	741,30
Mutualista Hijo + Conyuge	2.000,00	Mutualista Cónyuge	1.000,00
Cobertura Odontológica x 3	600,00	Cobertura Odontológica x 1	200,00
Emergencia Móvil x 2	400,00	Emergencia Móvil x 1	200,00
<b>Gasto total</b>	<b>3.370,65</b>		<b>2.141,30</b>
<b>Escenario 4</b>			
<b>Hogar:</b>	1 trabajador activo 0 hijos		
<b>Situación previa</b>		<b>Situación actual</b>	
Aportes a la Seg Social	370,65	Aportes a la Seg Social	741,30
Mutualista Hijo + Conyuge	-	Mutualista Cónyuge	-
Cobertura Odontológica x 1	200,00	Cobertura Odontológica	-
Emergencia Móvil	-	Emergencia Móvil	-
<b>Gasto total</b>	<b>570,65</b>		<b>741,30</b>

**Capítulo 6**

**Casos de estudio**

## ***Capítulo 6***

### ***CASOS DE ESTUDIO***

#### ***6.1 - Impacto en el sector trabajador***

Para evaluar el impacto de la reforma de la salud en el sector trabajador, nos basamos en entrevistas realizadas a sindicatos. Escogimos el sector educación pública, administración pública y el bancario, los cuales al tener realidades diferentes se vieron afectados de diversa manera.

Expondremos la situación de dichos sectores antes y después de la reforma, para luego evaluar el impacto de la misma en cada uno, tomando como fuente la información proporcionada por los dirigentes en oportunidad de la entrevista.

##### ***6.1.1 - Educación Primaria***

Este sector ingresó al sistema de salud en el año 2002 luego de varios años de reclamos y negociaciones.

A partir de dicho momento obtienen un presupuesto que debe ser destinado a la cobertura de salud para todos los funcionarios (efectivos, interinos y suplentes por períodos mayores a 2 meses), pudiendo éstos optar entre las diferentes I.A.M.C.

Si bien la cobertura que este presupuesto otorga es sólo para dichos funcionarios, se realizan a través del sindicato convenios a los que pueden acogerse todos (tanto los afiliados al sindicato como los que no lo estén), a través de los que se obtienen diferentes beneficios, como reducción en el monto de la cuota para hijos y cónyuges, reducción en el valor de los ticket y órdenes, y acceso a determinada cantidad de éstos en forma gratuita.

Estos beneficios logrados, hicieron que el sector resultase el menos afectado en el salario real en la crisis del 2002.

---

Con la implantación del S.N.I.S., este sector ingresa el 01/07/2008, teniendo acceso a una cobertura integral tanto para los funcionarios como para sus hijos menores de 18 años, para lo que aportan según un régimen especial establecido en el Art. Nº 4 de la ley Nº 18.131.

Este régimen consiste en la aportación progresiva del aporte personal básico, a una tasa de un 1% anual, hasta completar el 3%.

A pesar de esto, el sector queda comprendido en la salvedad estipulada en el Art. Nº 9 de la mencionada ley, que establece que la aportación progresiva de los funcionarios de A.N.E.P. y del Poder Judicial, no podrá afectar el salario líquido, de lo que se deduce que el aporte personal básico será absorbido por rentas generales.

En la práctica según lo conversado con el entrevistado, esto ha sido de difícil implementación, resultando a abril de 2009 en una aportación de un 2% y una recuperación sólo del 1%.

En lo referente a la cobertura, el nuevo sistema ha beneficiado al sector, dado que se incluye a los hijos menores por un monto menor al que resultaba del pago de la cuota mutual anteriormente.

Considerando además que el 95% de los funcionarios son mujeres en edad fértil, y que el 60% de éstas tiene hijos menores de 18 años, el impacto en este aspecto ha sido muy positivo.

### ***6.1.2 - Educación Secundaria, Técnico Profesional y Formación Docente***

El caso de educación secundaria, si bien es similar al de primaria, tiene como particularidad que ingresó al sistema de salud recién en el año 2005, obteniendo a través del presupuesto la cobertura de salud para todos los funcionarios. En este sector además se realizan convenios particulares a través del sindicato, por los que se obtienen beneficios para los afiliados al mismo, como por ejemplo órdenes y ticket gratis, beneficios en las cuotas para familiares como hijos y cónyuges; éstos varían según la negociación con las distintas instituciones.

Con la entrada en vigencia del nuevo sistema de salud, dichos funcionarios son beneficiarios de la cobertura de salud propia y de sus hijos menores, aportando como contrapartida el porcentaje establecido en la ley. Al igual que en el caso de

---

primaria, están comprendidos en el Art. N° 9 de la ley N° 18.131 no debiendo el aporte personal básico afectar el salario líquido. También a abril de 2009 han recuperado sólo el 1%.

Debemos remarcar que en este sector, el hecho de que les corresponde la cobertura de salud a quienes superan los 13 jornales mensuales o las 1,25 B.P.C., impacta de forma significativa, dado que hay muchos trabajadores que no cumplen la condición. Considerando además que anteriormente no existía límite mínimo en la cantidad de jornales ni del monto nominal para obtener el beneficio, este sector manifiesta que este hecho impacta de forma negativa.

### ***6.1.3 - Funcionarios de la Administración Pública***

En este sector debemos diferenciar entre los funcionarios de M.S.P., A.S.S.E. y lucha antituberculosa, de los demás funcionarios públicos.

Los primeros ingresaron al sistema de salud en la década del '60 a través de la ley N° 13.223 denominada de "Asistencia Integral", obteniendo la cobertura de salud en A.S.S.E. los funcionarios, sus hijos hasta los 25 años, cónyuges y padres, sin efectuar ningún tipo de aporte. En cambio, el resto de los funcionarios públicos no contaban con cobertura de salud, aunque existen casos en que se realizaron convenios particulares en que el organismo les brinda el beneficio de la cobertura mediante el pago de la cuota a los funcionarios, como sucede en la intendencia.

El presupuesto establecido en la ley de "Asistencia Integral", además de estar destinado a la cobertura de salud de los beneficiarios se vuelca a cubrir aquellos gastos relativos a la salud que la institución no otorga.

Al ingresar al S.N.I.S. son beneficiarios de la cobertura de salud todos los funcionarios y sus hijos menores de 18 años, con la posibilidad de optar entre los servicios de A.S.S.E. o I.A.M.C., efectuando como contraprestación el aporte según el régimen general. En el caso de los beneficiarios de la ley de "Asistencia Integral" coexiste el nuevo sistema con la referida ley. Dichos funcionarios si bien han visto aumentado sus aportes no manifiestan disconformidad alineándose al principio de solidaridad.

Los demás funcionarios públicos acceden a un beneficio que antes no tenían a cambio del aporte.

---

#### **6.1.4 - Funcionarios del sector bancario**

En este sector analizamos separadamente el impacto en el subsector público y en el privado.

##### **6.1.4.1 - Banca oficial**

Dentro de este subsector encontramos variedad de regímenes según el banco en cuestión. El común denominador es la cobertura de salud para el funcionario, su núcleo familiar (cónyuge e hijos hasta 21 años) y ex – funcionarios.

En el caso del B.C.U., la institución financiera asume el costo de la totalidad del gasto en salud que los beneficiarios incurran, reembolsando el gasto contra recibo. Además de las partidas “básicas” mencionadas en el párrafo anterior, asume el costo de los tratamientos en caso de enfermedades especiales.

En el caso del B.S.E., el incremento en las prestaciones en salud, como partidas en especie fueron una herramienta utilizada en el año 2002 como aumento salarial, dado que no generan inflación. Por lo tanto estas partidas aumentaron notoriamente, comprendiendo la cuota mutual más alta del mercado y un plus adicional correspondiente a ticket y órdenes. Aclaremos que lo que exceda dicho monto es de cargo del trabajador. Los beneficiarios tienen libre elección de la institución en la cual desean afiliarse.

El B.H.U. cuenta con una clínica médica propia, que funciona dentro de la institución, en la que se atienden los beneficiarios radicados en Montevideo, mientras que los que se encuentran en el interior del país han hecho convenios con F.E.M.I., el banco les otorga una prestación que incluye el monto de la cuota mutual más un adicional por ticket y órdenes.

El B.R.O.U. otorga la partida de cuota mutual y además una partida en concepto de asistencia médica integral (A.M.I.) para cada uno de los beneficiarios.

Al igual que en los demás sectores se realizan convenios con las instituciones prestadoras por el ingreso masivo de afiliados, obteniendo a través de éstos mejores cuotas y mayores beneficios. El cumplimiento de estos convenios es supervisado por las comisiones de recursos humanos del banco.

---

Al ingresar al S.N.I.S. este sector queda comprendido en el régimen de aportación general, 4,5% o 6%, pero sin impacto económico para los trabajadores dado que dichos aportes son compensados por la institución financiera. Lo que en definitiva cambia es la administración de los fondos destinados a la salud, antes lo administraba cada banco y ahora los hace el FO.NA.SA. Es relevante destacar que este sector establece los beneficios de prestaciones de salud en los convenios colectivos, por lo que tienen su "base" asegurada; al cambiar el régimen siguen teniendo los mismos beneficios que antes por estar establecidos en los convenios, lo que implica un impacto para la institución financiera y no para el trabajador.

Es importante a la hora de la negociación de las partidas relativas a la salud, que los integrantes del directorio y sus familias están amparados por el mismo régimen que los demás funcionarios, lo que los deja en plano de igualdad y hace a la misma más equitativa.

#### ***6.1.4.2 - Banca privada***

Dentro de este sector, en primer lugar debemos diferenciar entre trabajadores bancarios y no bancarios, por ejemplo cooperativas de ahorro y crédito, administradoras de tarjetas de crédito, transportadoras de caudales.

Los funcionarios bancarios privados ingresarán al sistema el 01/01/2010 luego de varias negociaciones en las que éste quedo como plazo definitivo de incorporación.

Los demás trabajadores del sector, los no bancarios, ingresaron al sistema en el 2008, registrándose en éstos un impacto positivo, dado que anteriormente aportaban el 3% por su cobertura y actualmente aportan el 4,5% o el 6% obteniendo además la cobertura de sus hijos menores. El caso de las personas que no tienen hijos, ellos lo consideran temporal, dado que en mayor o menor tiempo los tendrán por lo que también verán beneficiados. Entonces el nuevo sistema de salud ha beneficiado a los trabajadores de este sector.

Al igual que en el caso anterior, encontramos diversidad de situaciones en lo relacionado a las prestaciones de salud, las que dependen de la institución financiera y de los convenios firmados por éstas. A pesar de ello, podemos establecer como base la siguiente prestación de salud: cuota mutual, órdenes y ticket para el trabajador y su núcleo familiar: cónyuge, hijos menores de 18 y a

---

mayores hasta 25 años si cursan estudios terciarios y a todas aquellas personas a cargo (por ejemplo padres, suegros). En caso de hijos con problemas de salud la cobertura es de por vida. Por encima de este básico, hay bancos que otorgan otro tipo de beneficios como la asistencia odontológica, emergencia móvil, etc.

La cobertura a ex-funcionarios en este momento la están otorgando 2 instituciones financieras, una por convenio con el sindicato y la otra unilateralmente. Debemos remarcar que en caso de ex-funcionarios la cobertura es solo para éstos y no para su núcleo familiar.

El trabajador opta libremente por la institución en que se asiste. También existen convenios entre los bancos y las instituciones prestadoras de servicios de salud por los que se obtienen mayores beneficios, descuentos en las cuotas, etc.

El monto que se paga al trabajador por estos conceptos toma diferentes valores según la institución financiera, algunas se basan en la cuota mutual más cara del mercado, otras en el costo de un seguro privado integral. Luego, el gasto incurrido por los beneficiarios mensualmente si supera el monto de la partida será de cargo el trabajador.

El único aporte que realizan por concepto de salud (aprox. 0,75%) está destinado a la cobertura de otro tipo de prestaciones adicionales, las que varían en función del banco.

El 01/01/2010 el sector bancario ingresará al S.N.I.S., habiendo negociado con las instituciones financieras que se mantendrán los beneficios. Los bancos se harán cargo de todos aquellos beneficios que no estén cubiertos por FO.NA.SA., por ejemplo hijos mayores que cursan estudios terciarios, cónyuge, etc. Aportarán según el régimen general, 4,5% o 6%, y dicho monto será reintegrado por las respectivas instituciones.

Al consultar a los entrevistados sobre la situación actual desde el punto de vista asistencial, los mismos manifiestan que no hay mayores cambios. Ésto lo notan en situaciones de demoras en la atención, aumentos bruscos en la demanda de servicios por parte de los afiliados sin capacidad de ser resuelta por parte de las instituciones, y la persistencia de la desigualdad entre el sector público y privado, no encontrándose aún A.S.S.E. en condiciones para competir con el sector privado.

---

Distinto es el punto de vista del dirigente de la Administración Central, representante además de los funcionarios de salud pública, quien sí nota cambios positivos en la calidad asistencial. Recalca que la asistencia en A.S.S.E. es muy buena a pesar de no contar con las mismas condiciones edilicias y de hotelería que tienen las I.A.M.C.

También recalca como positivo la mayor inserción del sector privado en la sociedad, a través de la apertura de policlínicas de asistencia primaria que permite la descentralización respecto a la casa central.

Como debilidades de las instituciones en el nuevo marco de salud, los sectores manifiestan en primer lugar, la incapacidad de las instituciones para absorber a los nuevos afiliados, lo cual puede estar relacionado a la imprevisión por parte de éstas o a la falta de recursos, lo que agrava los tiempos de espera impactando directamente en la calidad de la atención.

Además destacan la exclusión del Hospital de Clínicas como institución prestadora, considerando que ésta cuenta con los mejores y más calificados recursos humanos y tecnológicos. También perciben el reclamo por parte de las instituciones de mayores cápitas.

En cuanto al cambio en el modelo de atención, objetivo primordial de la reforma, los entrevistados consideran que es pronto para evaluarlo ya que aún el proceso se encuentra en desarrollo. Si bien se realizan acciones en este sentido como las charlas informativas, cartelería, información masiva, etc., no se puede decir que el modelo de atención cambió, sería algo mucho más profundo.

Por otra parte, este aspecto es difícil de evaluar cualitativamente, dado que las acciones realizadas pueden estar conectadas con el pago por el cumplimiento de metas asistenciales; sería un aspecto a evaluar cuantitativamente y a largo plazo.

El sector de banca oficial asegura estar trabajando en este aspecto en sus clínicas, cumpliendo las leyes, realizando campañas preventivas, lo que ha requerido reformas a nivel edilicio; y menciona que trabajan además en lo referente a la salud laboral a través de comisiones creadas con este propósito.

En lo que respecta a la participación de distintos actores en el proceso de reforma, la mayoría manifiesta no haber participado en el mismo aunque recibieron propuestas. Este tema se resolvió a nivel del PIT CNT, a excepción del caso de funcionarios de salud pública quienes participan por disposición expresa.

Al ser consultados los representantes sobre el impacto en la población en general, todos son contestes en afirmar que ha sido muy positivo, sobre todo a nivel de los sectores más vulnerables, el aspecto económico queda en segundo plano cuando se prioriza el acceso a la salud de dicho sector de la población. Además coinciden en lo acertado y la necesidad de incluir a los menores de edad en el sistema de salud, aunque algunos remarcan que el sistema sigue excluyendo a una parte de la sociedad, aquellos que no están en el mercado formal de trabajo. Coinciden en que la intención es muy buena, incorporar a los menores es óptimo, al igual que las personas de mayor edad sigan con la cobertura. En la práctica no está funcionando al 100%, la atención no es lo que debería ser, las instituciones están desbordadas. El sistema le parece muy bueno pero tiene aspectos a mejorar.

El análisis efectuado a través de las entrevistas pretende dar la visión de sectores con características diferenciales.

De las entrevistas mantenidas, podemos concluir que algunos de estos sectores se vieron beneficiados con la implementación de la reforma, mientras que a otros no les provocó cambios significativos.

El beneficio se puede resumir en el ingreso de los menores a través de la seguridad social, dado que sus padres ahora aportan por ellos un monto menor al que pagaban anteriormente por la afiliación particular; y en la posibilidad de seguir perteneciendo en el sistema al momento de la jubilación.

Por otro lado, nos parece importante mencionar que en el sector bancario analizado, sector de mayor ingreso, la redistribución de la riqueza no opera de trabajador a trabajador, sino de empresa a empleado, dado que el aporte que impone el nuevo sistema es asumido por las instituciones financieras, no afectándose los salarios líquidos. Con esto, es lógico que no manifiesten disconformidad alguna.

En todos los casos debemos mencionar que el adicional que aportan quienes no tienen hijos menores a cargo pero superan las 2,5 B.P.C. no generó mayores controversias, dado que todos los sectores manifiestan su conformidad basándose en el principio de solidaridad, además de considerar muy positivo el hecho de que los menores de edad ingresen al sistema de salud.

El caso general dentro del sector privado, no analizado por medio de entrevistas, que contempla a la mayor parte de los trabajadores representando un alto porcentaje de la masa salarial, ingresó al S.N.I.S. el 01/01/2008, pasando de aportar el 3% básico por su cobertura de salud, a un 4,5% o 6% para contemplar la asistencia de menores a cargo. La opinión generalizada de la población, tal como se deduce de la encuesta realizada por Equipos-Mori y Cifra, tomada como base para nuestro estudio, concluye que el nuevo sistema de salud ha tenido amplia aceptación y ha beneficiado a la población. Además se recalca como positivo en la población en general que el seguro sea de por vida.

---

## ***6.2 - Impacto en Instituciones prestadoras de servicios de salud***

### ***Instituciones entrevistadas: Hospital e I.A.M.C. de Flores***

Para abordar esta sección nos basaremos en entrevistas realizadas a instituciones prestadoras de servicios de salud del departamento de Flores. Entendemos que es necesario considerar la opinión de los prestadores del sistema, aunque no es nuestro objetivo extrapolar los resultados al resto de las instituciones.

Al ser los responsables consultados respecto a los aspectos de la reforma que mayor impacto han tenido en la institución, podemos ver que hay una valoración diferente entre la óptica pública y la privada.

Mientras que para el sector público el mayor impacto es el aumento en el presupuesto disponible, que se vio incrementado pasando de \$280 a \$600 por usuario y por mes, para el sector privado el mayor impacto es el aumento de afiliados, el cual fue aproximadamente de un 20%. Además de estos impactos ambas instituciones coinciden en que ha aumentado la regulación y el control por parte del M.S.P.

Lo que manifiestan de parte del sector público es que si bien existen mayores recursos, el usuario puede no percibirlo, dado que el destino de éstos fue principalmente para las remuneraciones.

Por otro lado merece destacarse que aún no están recibiendo pagos por cápita por usuario, lo que se atribuye a la carencia de recursos, tanto humanos como tecnológicos para obtener la información requerida por las autoridades y así ingresar al nuevo régimen de pago.

Además de esto, la reforma ha implicado una disminución importante en el número de afiliados, pasando de 15.500 en 2005 a 11.500 a marzo de 2009. Esta disminución no ha sido homogénea, han migrado al sistema privado los niños y adultos jóvenes en edad laboral, lo que provoca que los servicios de salud no se hayan visto notoriamente descongestionados. Si bien aún el sistema público no está en igualdad de condiciones con el sistema privado, la disminución de usuarios favorece a una mejora en la atención.

La mayor exigencia de información por parte del M.S.P. aumenta la necesidad en las instituciones de contratar personal administrativo y entrenar al personal existente, principalmente médico y de servicios (fuente de los datos), para obtener

---

la información requerida. La situación se agrava en el sector público donde la dotación de personal está fuertemente regulada y tanto los programas como la tecnología son obsoletos.

Respecto a las metas asistenciales, ambas instituciones acuerdan en su implementación y forma de pago, coinciden en que es una herramienta eficaz para trabajar en la promoción y prevención de la salud; son concientes que de otro modo no se realizarían (situación anterior a la reforma). Ésto resalta la condición economicista de las instituciones, que trabajan en este área cuando hay un premio por un objetivo cumplido.

En relación a ésto, ambos sectores convienen en la orientación que se les ha dado a las mismas en este año y medio de trabajo (niños y mujeres, diabéticos, hipertensos, violencia doméstica, etc.) y consideran que son realizables.

Sin embargo, el sector público aún no ha ingresado al sistema de metas por no disponer de la información requerida para ello.

En lo referente al modelo de pago basado en cápitas en función del riesgo por sexo y edad, la visión del sector privado es que a pesar de estar de acuerdo con el modelo, el mismo tiene defectos en los valores de las cápitas.

Dado que los datos por sexo y edad no eran relevantes anteriormente porque se cobraba una cuota única por persona, ninguna institución disponía de ellos, entonces, las cápitas están calculadas en base a un sistema de información imperfecto resultante de datos estimados.

Si bien en el primer semestre de 2008 se registró un superávit debido a que los nuevos usuarios no usufructuaban los servicios de la institución (se registraba un ingreso por los mismos sin incurrir en ningún gasto), actualmente las cápitas no son suficientes.

En cuanto al sector público aunque aún no están cobrando por medio de cápitas, coinciden en que el modelo es correcto.

Como principal debilidad para afrontar la reforma de la salud y todo lo que ella implica, ambos sectores recalcaron la falta de formación del personal y de recursos para poder cumplir con las mayores exigencias de información.

Asimismo notan la reticencia al cambio del personal médico, administrativo y de servicios.

---

En lo que respecta al rol de contralor del M.S.P., hay diferencia de opinión en los diferentes sectores. Mientras que el sector público no percibe mayores cambios, el sector privado hace hincapié en que los controles del M.S.P. se han visto agudizados. Como ejemplo de ello menciona la fuerte regulación en torno a los salarios, obligación de aceptar a todos aquellos que opten por la institución, fijación de los medicamentos que deben ser otorgados en forma gratuita y del valor de la cuota mutual.

Extrapolando el impacto de la reforma a la totalidad de la población, ambos sectores público y privado, coinciden en que la universalidad de la cobertura es muy buena, muchas personas pueden acceder a la atención en el sector privado. El hecho de que los hijos menores de trabajadores puedan acceder se destaca como algo beneficioso para las familias.

Desde la óptica del sector público, establecen que la población no ha sido debidamente informada y desconocen el nuevo sistema.

Agrega que si bien es pronto para evaluar, aún no ha habido mejoras en la asistencia médica ni en la salud poblacional.

El sector privado destaca la despersonalización de la atención médica, debido al aumento abrupto de afiliados lo que repercute en la calidad asistencial.

Finalizando el presente capítulo, consideramos conveniente realizar la siguiente aclaración.

Hemos señalado a lo largo del presente trabajo que el presupuesto de A.S.S.E. aumentó en forma considerable en este período. Anteriormente expusimos una síntesis de la entrevista mantenida con el director del Hospital de Flores, quien manifiesta que la mayor parte del aumento del presupuesto se destinó a remuneraciones, por lo cual entiende que quizás los usuarios no perciben dicho aumento.

Decidimos contrastar esta opinión, dado que tenemos información para poder asegurar que el presupuesto destinado a los usuarios excluidas las remuneraciones, ha aumentado en forma significativa.

---

Caso: departamento de Flores

	<b>2005</b>	<b>2008</b>	<b>variación</b>
Presupuesto (*)	17.658.208	27.224.205	54%
Usuarios	15.500	11.500	(-35%)
Presupuesto por usuario	1.140	2.367	107%

(\*) sin considerar remuneraciones.

Fuente: elaboración propia en base a datos del M.S.P.

Es así que demostramos que el aumento en el presupuesto (54%) sumando a la disminución de afiliados (35%), provoca que el incremento por usuario excluidas las remuneraciones es de un 107%.

El mayor presupuesto disponible por usuario, sumado a la característica del sector público de contar con unidades ejecutoras a lo largo de todo el territorio nacional, incluso en algunos sitios con exclusividad dado que no se insertó el sistema privado, coloca al sector público en posición de competir.

Si bien estamos en plena etapa de desarrollo del proceso de reforma, y es muy reciente para los cambios que perpetra, podemos establecer que el usuario debería acceder a la misma calidad asistencial en el sector público que en el privado, con la ventaja de que en aquel no existen los co-pagos.

**Capitulo 7**

**Conclusiones**

## *Capítulo 7*

### **CONCLUSIONES**

A lo largo de este trabajo hemos desarrollado la evolución del sistema de salud en el Uruguay. Tal como expusimos anteriormente nuestro objetivo es el de evaluar el impacto que esta reforma social ha tenido en el sector trabajador.

En este capítulo expondremos las conclusiones a las que arribamos con nuestra investigación y las bases sobre las que nos fundamentamos.

Comenzaremos el mismo analizando en que medida el nuevo sistema cumple con los principios rectores de la seguridad social anteriormente descriptos.

La reforma social impulsada por el gobierno satisface ampliamente los principios rectores de la seguridad social al desarrollar un sistema de salud de acceso universal: ingresan menores de edad y se extiende la cobertura a los pasivos, creándose un seguro de por vida; en igualdad de condiciones para todos: garantiza prestaciones de igual calidad sin discriminaciones; solidario y redistribuidor del ingreso, dado que cada cual aporta al mismo en función de su capacidad contributiva y recibe del mismo en función de su necesidad; con prestaciones suficientes: garantiza la asistencia integral para todos sus beneficiarios, ingresando en éste el sector público como una opción de prestador que compite con el sistema privado y en el que además se promueve la participación social de los actores involucrados; por último el Estado fortifica su rol regulador y el mismo asegura la sostenibilidad financiera en el largo plazo.

Desde nuestro punto de vista y a través de la investigación realizada podemos afirmar que la reforma de la salud, ha beneficiado al sector trabajador. Como aspectos fundamentales que contribuyen a formar dicha opinión destacamos la inclusión social de los sectores más relegados y vulnerables, posicionándolos en igualdad de condiciones dentro del sistema y con una ampliación de sus derechos, lo que les da mayor fortaleza frente a las instituciones.

---

La posibilidad de acceso de los hijos menores y la permanencia de los jubilados en la asistencia sanitaria a través de la seguridad social, es un aspecto que enriquece el nuevo sistema de salud, cuyo modelo de financiamiento además no ha sido cuestionado. Todos los sectores se han solidarizado aceptando el aporte adicional, lo que demuestra la conciencia solidaria que adquirió la ciudadanía. A través de este modelo de financiamiento se ha logrado una mayor redistribución del ingreso y de la riqueza hacia las familias más carenciadas, lo que efectiviza la justicia social.

Es importante remarcar que además de garantizar el acceso universal, el sistema garantiza la asistencia integral a los beneficiarios, cuyas prestaciones son fuertemente controladas y reguladas por organismos competentes.

Tal como lo expusimos anteriormente, este modelo de financiamiento le ha permitido al sistema público triplicar el presupuesto por usuario, lo que le permite competir con el privado y asimismo otorgar asistencia integral de calidad.

No obstante lo anterior, notamos en los casos de estudio y en conversaciones con la población, que no se ha visto reflejado en la atención una mejoría desde el punto de vista asistencial, lo cual entendemos se justifica por el hecho de que aún estamos en pleno desarrollo del proceso, y a que el sistema anterior estaba demasiado debilitado.

Si bien se ha universalizado el acceso a la salud, sigue existiendo desigualdad de condiciones para un amplio sector de la población, el sector informal propio de una economía subdesarrollada. Sin embargo, de los indicadores de pobreza e indigencia podemos concluir que esta reforma de salud ha contribuido a la disminución de los niveles registrados en forma significativa, enmarcada en un conjunto de reformas sociales, que se retroalimentan, y buscan atenuar las desigualdades sociales y económicas existentes en nuestro país.

De los indicadores analizados, destacamos que la reforma beneficia en mayor medida a los sectores más carenciados, que representa la mayor parte de la población; evolucionando progresivamente por los deciles de ingreso intermedios hasta llegar al mayor decil de ingreso, en el que se encuentra la menor proporción de la población, donde se registra una reducción del ingreso per capita insignificante en relación al beneficio que provoca en los primeros.

Finalizando, consideramos que la nueva estructura del sistema, y la implementación de determinadas medidas, constituirán un beneficio indirecto para el trabajador, cuyo impacto de podrá evaluar más a largo plazo.

Éstas son la existencia de un sistema mixto articulado, complementándose para brindar una asistencia de calidad, desalentando gastos en tecnología cuyo fin sea la captación de nuevos socios, destinando estos fondos ahora a la mejora de las prestaciones.

Además, el hecho de que las instituciones no puedan rechazar a los usuarios que desean acogerse a ellas, logra que éstas no tengan la posibilidad de lucrar seleccionando aquellos usuarios que representen menores costos.

Asimismo, las instancias de participación de los trabajadores y usuarios, tanto durante el proceso de diseño de reforma, como en la gestión de las instituciones, garantizan que la atención en salud este dirigida a la mejora de las prestaciones, dándole a éstos mayores garantías de sus derechos en torno a este tema.



## **Bibliografía**

---

## ***BIBLIOGRAFÍA***

MESA – LAGO, CARMELO: “Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de seguridad social”. Naciones Unidas – CEPAL – Santiago de Chile, marzo de 2004.

TRIAI, ENRIQUE J.: “Hospitales y sanatorios”. Publicación del Centro de Estudiantes de Ciencias Económicas y de Administración (CECEA). Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.

GIMENEZ, DANTE: “Instituciones de Asistencia Médica Colectiva”. Publicación del Centro de Estudiantes de Ciencias Económicas y de Administración (CECEA). Facultad de Ciencias Económicas y de Administración. Montevideo, 2001.

M.S.P. – “La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud”. Montevideo, 2009.

M.S.P. – “Un balance de la reforma de la salud 2008”. Montevideo, 2008.

DEL CASTILLO, MARIANA; LOZA, SHEILA; REYES, PAULA: “Impacto de los cambios en el sistema de financiamiento de la salud (Seguro Nacional de Salud) en las IAMC del interior del país”. Trabajo de investigación Monográfica, 2008.

OFICINA NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL. “Transformación, Estado y Democracia”. Sistema Nacional Integrado de Salud. Revista N° 33. Año II. Montevideo, 2007.

CIFRA – GONZALEZ RAGA & ASOCIADOS – “La atención a la salud en Uruguay”. Informe elaborado para el Ministerio de Salud Pública. Montevideo, 2008.

EQUIPOS – MORI. “Monitor de opinión pública”. Informe elaborado para la Presidencia de la República.

### ***Otros materiales consultados:***

Resoluciones emitidas por B.P.S.

Leyes y decretos

Publicaciones en diarios nacionales

Comentarios sobre el tema de consultoras nacionales

***Páginas Web consultadas:***

Ministerio de Salud Pública. [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

Banco de Previsión Social. [www.bps.gub.uy](http://www.bps.gub.uy)

Instituto Nacional de Estadística. [www.ine.gub.uy](http://www.ine.gub.uy)

Poder Legislativo Uruguayo. [www.parlamento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy)

***Charlas mantenidas con:***

- Ec. Daniel Olesker
- Dr. Jorge Motta
- Dra. Mercedes Traversa
- Dr. Hugo Etchandy
- Cra. Carmen Arean
- Cr. Pablo Sánchez
- Dra. Lilián Pérez
- Sr. Gustavo Macedo
- Sr. Aníbal Merino
- Sra. Beatriz Fagián
- Sr. Carlos Márquez
- Dr. Marcelo Chopitea
- Sr. Elbio Monegal
- Ec. Fernando Isabella
- Sra. Stefania Scaldaferri

Agradecemos a todos los nombrados anteriormente por su tiempo y dedicación.



**Anexos**

---

## *ANEXO 1*

### *Hospital Departamental de Flores*

Entrevistados: Dr. Hugo Etchandy  
Cra. Carmen Arean  
Director Hospital departamental de Flores  
Cr. Público Hospital departamental de Flores.

Versión no revisada por los entrevistados

1- ¿Cuáles considera que son los aspectos en que más influye la reforma de la salud?

Dr.: Antes que nada debo decir que hay que separar lo que es el proyecto de reforma y sus fundamentos teóricos, de lo que realmente se ha reformado.

Una vez que la reforma haya avanzado lo suficiente en el sentido de ir logrando los objetivos propuestos, podremos tener una visión y una evaluación más fundada de la misma.

Desde nuestra ubicación como responsables de un Servicio Asistencial Público dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, el aspecto más notorio de la reforma es el mejor financiamiento del sector público.

En este sentido, debemos decir que antes de la reforma (año 2005), nuestro Hospital disponía de unos doscientos pesos por usuario y por mes (\$ 200), y hoy dispone de cerca de seiscientos pesos por usuario y por mes (\$ 600). Como aspecto remarcable (con sus caras positiva y negativa) del incremento de los recursos económicos, destacamos que aquellos destinados a retribuciones personales aumentaron un 281% (de \$ 19.800.000 en 2005 a \$ 55.000.000 en 2008), mientras que el resto de los recursos económicos destinados a los demás gastos requeridos para la atención de los usuarios se incrementó en un 38% (de \$ 20.000.000 en 2005 a \$ 27.540.000 en 2008).

El aumento en la financiación de la asistencia sanitaria pública contribuye en forma muy importante a la equidad, aunque por supuesto, no la logra por sí solo.

Cra.: A nivel de financiamiento nosotros como parte del estado funcionamos con un crédito que nos manda el M.S.P. de Montevideo, y un fondo chico que es con el

---

que manejamos lo de acá, pero el global de lo del hospital se maneja con el crédito.

En principio el tema de la reforma no nos ha cambiado mucho, sí en cuanto a la cantidad de crédito que nos dan, pero no en el pago por usuario y por cápita. Todavía no se está haciendo porque es algo muy difícil de implementar. La mayor parte de registros del hospital se lleva a mano, por lo que hace que sea muy difícil llegar a los datos que se necesitan para efectuar el pago por medio de cápitaa.

¿Entonces siguen recibiendo el dinero de la misma manera?

Cra.: De la misma manera como nos manejábamos antes; están las metas asistenciales, están los datos para pasar, pero los programas no están preparados para que emitir los datos que solicitan.

Hay que irlos ajustando, los van arreglando desde el M.S.P., para poder llegar a ese objetivo, pero es algo muy lento, incluso la gente que tenemos en el hospital no está capacitada, entonces la información que piden de un día para el otro, no la podemos pasar rápido. Y si a esto le sumamos el hecho de que muchos registros se llevan manualmente, habría que clasificarlos por sexo, edad, etc.

Estamos recibiendo más dinero que el año anterior, pero yo me inclino más a que es por el tomógrafo, ya que estamos haciendo tomografías a todo el país. Es el único tomógrafo público del interior, de todos los hospitales del país nos mandan monografías. El M.S.P. iba a implementar un sistema de pago, que no lo ha hecho, pero si tengo mucho más crédito, que creo que es por la prestación del servicio del tomógrafo. Pero no es por la reforma.

¿Y tienen un plazo para cuando se va a recibir los pagos de las cápitaa?

Cra.: No sabemos nada, en principio no hay plazo establecido. De a poquito nos van exigiendo información, "necesitamos tal indicador, tal dato", y nosotros lo vamos haciendo pero muy lentamente, porque no es fácil de hacer.

2- ¿Cuál fue el que mayor impacto en el hospital departamental?

Dr.: El mayor impacto ha sido la caída en el número de beneficiarios del Hospital local, de 15.500 en el año 2005 a 11.500 en el momento actual.

---

Cra.: También la cantidad de información que nos están solicitando desde el M.S.P. Por un lado no contamos con el software necesario (se debía empezar a utilizar en enero de este año y recién vinieron a capacitarnos en marzo) ni con la tecnología adecuada. Y por otro lado, el hecho de que la gente que tenemos no está preparada. Es gente que no entra por capacidad, por currículo; han ascendido por antigüedad, o se han ido preparando particularmente. No tienen la formación para saber que es lo que están haciendo, hacen los trabajos en forma reiterativa pero no saben conceptualmente porque lo hacen así. Esto, en este marco de mayor exigencia de información hace que obtener los datos para preparar la información se sumamente difícil.

3- La reforma apunta a descongestionar al sistema público para lograr homogeneizar la calidad asistencial, ¿han habido cambios en este sentido?, ¿se lograron avances?

Dr.: El descenso en el número de usuarios no ha sido homogéneo; han migrado al sistema privado sobre todo niños y adultos jóvenes en edad laboral. Excepto en la internación pediátrica, en la cual se observa una disminución importante en el Hospital, no se ha notado una “descongestión” significativa de los servicios.

La calidad asistencial es un concepto muy difícil de evaluar. Nuestro Hospital ha mantenido la totalidad de sus servicios en funcionamiento, antes y después de comenzarse a implantar la reforma. La calidad de nuestros servicios no ha variado: era relativamente buena, y lo sigue siendo.

Si consideramos el sistema asistencial público como un todo, debo decir que la calidad ha mermado, sobre todo por las interrupciones en los servicios asistenciales de referencia nacional, generalmente ubicados en Hospitales Públicos de la capital del País. En ese sentido, ha habido y hay frecuentes interrupciones de los servicios: El Instituto de Traumatología ha pasado meses sin recibir pacientes de los Hospitales del interior. Lo mismo ha pasado con el Hospital Pereira Rossell. En general hay muchas dificultades para conseguir atención con especialidades médicas que no existen en nuestro Departamento y que deberían ser cubiertas por los Hospitales de Referencia Nacional: (Maciel, Pasteur, etc.)

Cra.: La idea de la reforma es que compitamos con el privado, que estemos a la misma altura, pero no es fácil, ellos se manejan de otra manera, tienen otro capital y tampoco tienen la burocracia que tenemos nosotros.

---

La disminución de usuarios nos ha venido bien, el mismo crédito nos ha permitido cubrir otras cosas que antes no podíamos.

4- Por otra parte, uno de los aspectos más innovadores de la reforma es la fijación de las metas asistenciales, ¿esto ha sido realmente un cambio respecto a la situación previa a la reforma?, ¿cuál es el más importante?

Dr.: Sí ha sido un cambio innovador e importante. Significa un cambio cierto con respecto a la situación anterior. Si bien cada Hospital o Servicio Asistencial público o privado tenía sus propias metas, el hecho de que estén fijadas por el Gobierno implica un avance muy significativo.

Cra.: Cambia si, porque hay cosas que no se hacían o se hacían de otra manera ahora uno lo hace de x manera y sabe que si lo cumple le van a pagar. Esta más esquematizado.

De todos modos, me parece que el tema de las metas y el control de las mismas va a ser muy difícil de implementar porque requiere de mucho dato, y datos muy precisos, que hay que elevar para que puedan efectuar el pago.

El tema de la reforma apunta a la prevención, pero antes de prevenir hay que curar. A la gente enferma que hay hoy, hay que curarla no se puede hacer marketing y promover la prevención y dejar de lado la curación. La realidad del hospital es otra, lo asistencial es hoy, no se puede descuidar para hacer reuniones con adolescentes, etc., y por ello no atender a la gente.

5- Con respecto a las metas asistenciales fijadas por el gobierno, ¿las mismas son alcanzables en los plazos establecidos?, ¿Qué opina de la retribución de estas?

Dr.: Las metas fijadas son totalmente alcanzables. Estamos de acuerdo con el sistema de retribución, en sus líneas generales. Creemos también que puede y debe haber algunas correcciones.

Cra.: Las metas asistenciales, algunas si, otras no. Estamos mandando información, tampoco sabemos si las alcanzamos o no. Se que a otras mutualistas las están controlando, pero a nosotros todavía no. El pago a nivel de metas todavía no se esta haciendo.

---

6- El modelo de pago esta basado en cápitas que se calculan en función del riesgo por sexo y edad, ¿qué opinión le merece el mismo?, ¿considera que los montos son suficientes respecto a los costos que cada grupo implica? y en comparación con el modelo previo a la reforma ¿es beneficioso?

Dr.: Nos parece correcto, los montos por cápita nos parecen adecuados, y creemos que es beneficioso en comparación al modelo previo.

Cra.: No lo vemos todavía, yo sigo cobrando como antes. Tengo otras exigencias, otros informes que entregar, pero sigo recibiendo el crédito.

7- El sistema exige disponer de una nueva infraestructura para poder cumplir con los servicios mínimos establecidos. Entendemos que la realidad del interior del país es distinta a la de la capital, ¿cuáles son las principales limitaciones que Ud. considera se la han planteado a la institución en este aspecto?

Dr.: Entendemos que los servicios de salud deben funcionar en edificios adecuados, y que las exigencias de habilitación por parte del MSP son fundamentales para garantizar a los usuarios la infraestructura edilicia y tecnológica adecuada. Si bien la realidad del interior es distinta, hay que avanzar hacia un modelo de regionalización de los servicios, que permita ofrecer infraestructura de calidad acorde con el número de beneficiarios de cada servicio. Siempre puede haber excepciones, pero deben estar fundamentadas. Tampoco se puede ir al extremo de negar un servicio asistencial a una población por no poder cumplir con los requisitos de infraestructura.

Nuestro Hospital data del año 1928, y las principales limitaciones en cuanto a nueva infraestructura provienen del escaso financiamiento para encarar las refacciones edilicias imprescindibles, y del "divorcio" existente entre el centralismo exacerbado del Servicio de Arquitectura de ASSE y las necesidades y posibilidades reales del Hospital. La descentralización, en nuestro caso, no ha existido.

Cra.: Es con el mismo presupuesto. Se puede presentar el proyecto pero lo deben aprobar, y es todo un trámite. Tampoco podemos contratar nuevo personal. Tenemos un lugar de atención al usuario pero no cumple con todos los requisitos. ¿Lo controlan? No, te dicen hay que hacer ésto y aquello, pero no es que lo controlen estrictamente. El hospital esta en reforma actualmente, y el tema de la

---

atención al usuario por ejemplo, lo pensamos hacer, pero tenemos otras cosas para hacer antes.

Por otro lado, el tema de la cobertura integral siempre se dio. En realidad capaz que de la salud bucal exigen más cosa de lo que estábamos dando, pero ya lo teníamos, salud bucal, psicólogo etc. Todo ya estaba, capaz que agregaron más beneficios para las personas que antes no había, pero ya estaba.

8- La reforma plantea un escenario diferente de necesidades, ¿Cuál es, después de transcurrido el primer año, la principal debilidad de la institución en éste?

Dr.: Como vimos antes, se han incrementado en un 281% los recursos destinados a las retribuciones personales. Es un aumento importantísimo, que le cuesta mucho a toda la sociedad. La principal debilidad, en nuestra opinión, es no haber atado la mejora de las retribuciones a un mejor desempeño demostrable y demostrado, de las tareas. Las garantías gremiales y sindicales de los funcionarios médicos y no médicos hace muy difícil el control del trabajo efectivamente ejecutado por parte de los responsables de los servicios asistenciales. Entendemos que es una debilidad importante el ya haber comprometido una mejora salarial tan significativa sin la certeza de una contraprestación laboral acorde con aquella.

Cra.: No tenemos las herramientas para poder generar la información que solicitan. No está estructurado de modo que los datos salgan fácilmente. Y se nos hace difícil transmitirle al personal las cosas nuevas que deben hacer, cargar tal o cual dato, de tal o cual manera.

Otra limitación es el tema de los aumentos de sueldos. Se dio un gran aumento con el tema de los gremios y no se puede garantizar la contrapartida en la calidad asistencial. Nosotros además tenemos la contra del funcionario público. Aquí tenemos los mismos médicos y enfermeros que hay en la médica, pero no trabajan de la misma manera. Y no tenemos mecanismos de control del personal, en lo privado, no sirve lo echas, nosotros no podemos.

Capaz que una persona en el hospital lo ves y no hace nada, y lo ves en la médica y anda corriendo para todos lados. Es un tema cultural. Además existe mucha resistencia al cambio por parte del personal. No les gusta hacer las cosas de otra manera, y menos cuando lo imponen desde afuera. Son las nuevas obligaciones que impone el ministerio, pero no les gusta.

---

9- El régimen de contralor por parte del M.S.P. ha sido renovado, ¿cuales son los aspectos en que mayormente se muestra este cambio?

Dr.: El régimen de contralor no ha mostrado mayores cambios a nivel de nuestro Hospital.

10- ¿Cómo evalúa el proceso de apertura del "corralito mutual", realizaron alguna acción para captar más socios?

Dr.: Me parece correcto y necesario. El usuario debe poder elegir la institución en la cual se quiere atender, y poder abandonar aquella institución que no le satisface. La mejor calidad de los servicios asistenciales, demostrable a través de métodos científicos y objetivos, debe poder medirse y comunicarse a la población. Para equiparar la calidad del sector público con la del sector privado deben emprenderse innumerables acciones y procesos. Dentro de los más importantes, en nuestro concepto, está el equiparar las retribuciones salariales y los mecanismos de gestión de los recursos humanos, ya que es en estos recursos humanos en los que descansa la mayor parte de la actividad de las empresas de servicios, como lo son las Instituciones de Asistencia Médica públicas y privadas.

Cra.: No hicimos nada para captar nuevos socios, al contrario. Nosotros tenemos la gente que tiene carné, y a parte de ellos no se les cobra, es todo gasto para nosotros. Muy distinto a la médica que en realidad todos pagan.

11- Finalizando, ¿cuál considera que es el mayor impacto para la población?, ¿qué sensación percibe de los usuarios?

Dr.: Creemos que la población no ha sido suficientemente informada de los fundamentos y las bases del nuevo sistema nacional integrado de Salud. Por lo tanto, como todo aquello que no se entiende cabalmente, no se puede compartir (siguiendo criterios racionales, no ideológicos). Vemos que la población no muestra un acuerdo generalizado con el nuevo sistema.

Por otra parte, no observamos una mejora significativa de la asistencia médica ni de la salud de la población. Tal vez aún es pronto para hacer esta evaluación, pero estamos obligados a seguir los hechos con mucha atención.

Cra.: Capaz que al que pudo cambiarse a la mutualista le vino bien, que se anotaban en el hospital por obligación, el hecho de que tengan cobertura los hijos también. Capaz que había gente que no los podía tener en la mutualista entonces los anotaba en el hospital, ahora solo con ser empleado te hacen el descuento respectivo y con eso cubrís a toda tu familia; eso no deja de ser bueno.

En el caso de la población del hospital a todos les sirve. Aquellos que tienen sueldos altos en verdad no.

## ***ANEXO 2***

### ***Institución de Asistencia Médica Colectiva Flores***

Entrevistado: Cr. Pablo Sánchez

Cr. Público Cooperativa Médica de Flores. Afiliada a FE.M.I.

Versión no revisada por el entrevistado

1 - ¿Cuáles considera que son los aspectos en que más influye la reforma?

Uno de los principales aspectos en que esta reforma ha influido es en el número de afiliados, el que ha aumentado un 20%. Asistimos un 20% más de afiliados pero mantenemos la misma estructura.

En lo referente a los ingresos estos aumentaron entre un 17% o 18%.

La situación se dio de la siguiente manera, la mayoría de los ingresos registrados son de clase media baja y no estaban acostumbrados al funcionamiento de la mutualista, digamos que tardaron un par de meses en insertarse, esos primeros meses tuvimos más ingreso que costos. Luego, cuando empezaron a hacer uso de la institución los costos aumentan, con el transcurrir de los meses los gastos aumentaron más que los ingresos. Se empezó a cubrir un sector que tiene mayor riesgo. No es lo mismo tratar un embarazo donde la mamá está controlada que una que no, hay niños que nacen de madres que vienen a los 7 meses de gestación a controlarse. Ese embarazo de esa madre no controlada tiene más riesgo que otro, por ende hay más probabilidades de complicaciones en el parto lo que se traduce en mayores costos.

Eso al principio no se vio, y ahora se esta empezando a notar, que ese 20% tiene menos cuidado en la salud, en su alimentación, en sus hábitos.

Antes nosotros teníamos un superávit...y hoy por hoy, lo que entra sale.

---

2 - Como consecuencia del aumento de socios hay un aumento en los ingresos, ¿este provoca un aumento en la rentabilidad de la institución?

En el 1º semestre si la dieron, en el 2º no. No se cual será la tendencia. Hoy lo que pasa es que exigen muchas más cosas sin financiamiento adicional. Para una mutualista de nuestro tamaño eso se siente...

Más que decir que las cápitas no son rentables, considero que las mismas se fijaron en base a un sistema de información imperfecto, porque ninguna mutualista tenía información por franja etárea exacta y fehaciente. Nadie lo tenía, ¿por qué? Porque como no te pagaban en función de ello no importaba.

Yo sabía cuanto gastaba en pediatría, policlínica, etc., pero no cuanto gastaba en un niño o en un adulto. Era un dato irrelevante en las condiciones anteriores, para mi eran todos socios y tenía un pago único. Entonces, cuando se fijan las cápitas, nos empiezan a pedir información que la mayoría era estimada, porque no había un histórico de gasto por persona.

Fue fijado entonces en base a un sistema de información imperfecto. Desde el gobierno asienten en que van a ir corrigiendo las mismas a medida que cuentan con información más confiable.

¿Tienen instancias donde se pueden plantear las quejas sobre el valor de las cápitas?

A nivel de la federación (FE.M.I.) hemos tenido instancias. Yo creo igual que ha habido un poco de pasividad, por el período de bonanza del primer semestre.

3 - La reforma implica un aumento importante de usuarios, ¿estaba CO.ME.FLO. en condiciones de recibirlos?, ¿se había preparado para el cambio?.

Si, estábamos preparados, porque pasamos de un sanatorio de 1.000 mts. a 1.000 mts. más, duplicamos la capacidad. La capacidad locativa y de policlínicas se pudo manejar bien.

A nivel de personal médico el que teníamos es suficiente. Donde hubo más ingresos fue en personal asistencial no médico, enfermería y personal administrativo. Sobre todo por la información que hay que elaborar. El sector de enfermería aumentó un 25%.

La información proviene del sector asistencial, hay que comprometer a los enfermeros, a los licenciados, médicos a que completen planillas, formularios; es el origen de la información, sin ésto el administrativo no puede procesar la

---

información para luego presentarla en tiempo y forma a las autoridades competentes.

4 - Por otra parte uno de los aspectos más innovadores de la reforma es la fijación de las metas asistenciales, ¿esto ha sido realmente un cambio respecto a la situación previa a la reforma?, ¿cuál es el más importante?

El sistema de metas es netamente economicista, donde hay un premio y un dinero por un objetivo cumplido. Yo creo que está bien, porque ha dinamizado y ha puesto a pensar a las empresas que antes eran netamente asistencialistas también a trabajar en otras áreas, que si no te obligan, no lo haces porque no tienen un rédito económico.

La medicina preventiva por iniciativa propia es un tanto difícil, y CO.ME.FLO. no estaba trabajando seriamente en ese tema.

Creo que el tema de las metas aunque lo estemos "sufriendo" ha sido bueno para el modelo. Ha obligado a comprometer gente, recursos en eso.

El sistema metas esta muy bien pensado, obliga a trabajar en áreas que naturalmente es muy difícil que se haga.

5 - ¿Las metas asistenciales que establece el gobierno condicen con la misión y visión de la institución? En caso de responder afirmativo, entonces podríamos decir que la reforma ayuda a cumplir los objetivos de la institución.

Algunas se estaban haciendo ya. Creo que son bastante razonables, lo que se está fijando es alcanzable, y los temas en los que se hace hincapié son áreas importantes para la salud. Metas fuera de lugar...ninguna.

6 - El modelo de pago esta basado en cápitas que se calculan en función del riesgo por sexo y edad, ¿qué opinión le merece el mismo?, ¿considera que los montos son suficientes respecto a los costos que cada grupo implica? y en comparación con el modelo previo a la reforma ¿es beneficioso?

Creo que el modelo está bien aunque las cápitas no están bien calculadas.

Los montos no son suficientes respecto de cada grupo, y más aun con todo lo que se está exigiendo ahora por la misma cápita.

---

Respecto al modelo previo el actual es beneficioso en algunas franjas y en otras no.

7 - El sistema exige disponer de una nueva infraestructura para poder cumplir con los servicios mínimos establecidos. Entendemos que la realidad del interior del país es distinta a la de la capital, ¿cuáles son las principales limitaciones que Ud. considera se la han planteado a la institución en este aspecto?

Es un poco lo mismo. Se exige por ejemplo una oficina de atención al usuario y no hay meta para eso. Esta bárbaro que exista, la idea es excelente...pero es muy difícil de llevar a cabo si no hay dinero a cambio.

8 - La reforma plantea un escenario diferente de necesidades, ¿Cuál es, después de transcurrido el primer año, la principal debilidad de la institución en éste?.

Yo creo que la principal debilidad que tenemos es la falta de formación del personal, en todas las áreas, como para afrontar todo esto, más que nada en lo relativo a información administrativa, estadística, en el cuerpo médico y de enfermería en computación. Se empezó a exigir mucha información, mucho proceso etc., y nadie estaba en condiciones.

Tuvieron que adaptar el software? Si, se ha ido modificando gradualmente, pero la gente no esta capacitada para enfrentar rápidamente todo este cambio.

En definitiva, lo rápido del cambio y la falta de formación en distintos sectores.

9 - Considerando que es la única institución privada en el departamento, ¿cómo evalúa el proceso de apertura del "corralito mutual", realizaron alguna acción para captar más socios?

No, vinieron muy pocos. CO.ME.FLO. es la única mutualista que hay, cuando hay muchas mutualistas, se registran movimientos entre ellas. Acá en Flores esta el Hospital y CO.ME.FLO., entonces, alguno que entro de oficio en el Hospital se cambio en la apertura del corralito. Habrán sido unos 30 en total.

---

10 - Finalizando, ¿cuál considera que es el mayor impacto para la población?, ¿qué sensación percibe de los usuarios?

La universalidad de la cobertura es lo principal, lo que ha provocado una baja en la calidad asistencial de la institución, al ser grande el cambio, hay más gente, más demora, se despersonalizó la atención. Un 20% es mucho. Un comentario de los médicos...antes nosotros conocíamos a los pacientes. Hoy aparece gente que nunca la hemos visto antes en la ciudad. Se ha despersonalizado. Capaz eso ya pasaba en Montevideo, pero en el interior ese crecimiento rápido llevo a bajar la calidad de la asistencia.

La inclusión de los niños es muy buena porque asegura más salud para futuro.

La población también se siente más fuerte, con más poder de injerencia en las empresas, en las mutualistas. Antes estaba la mutualista, el médico allá arriba, y el socio era el que tenía que conformarse con lo que le daban.

Hoy por hoy esa relación de fuerzas ha variado. Hoy esta el médico, la mutualista que ha perdido mucho poder y el socio que se siente con más espalda de reclamar, ya sea a través de atención al usuario, o de la junta consultora, de cartas, etc.

Creo q en eso mirándolo globalmente ha mejorado el equilibrio de fuerzas en el sector.

11 - ¿Cuál es el rol del Contador en el proceso de implantación del nuevo sistema?

Yo creo que el sistema ideológicamente esta pensado en controlar más a las mutualistas. Para ello cada vez exigen más información. Y el responsable de armar los sistemas de información en las mutualistas es el Contador. Los Contadores tenemos un rol importante en todo lo que es información, gestión, toma de decisiones. Hay mucho más trabajo para los Contadores.

## ***ANEXO 3***

### ***Educación Primaria – F.U.M. – T.E.P.***

Entrevistado: Sr. Gustavo Macedo

Secretario de jurídica de la Federación Uruguaya de Magisterio – Trabajadores de Enseñanza Primaria

Versión no revisada por el entrevistado

1 – ¿Cuál era la situación de los funcionarios de educación primaria antes de la reforma de la salud?

Los funcionarios de educación primaria hasta el 2002 no estaban amparados en el sistema de salud. Ingresaron en el 2002 los funcionarios docentes y no docentes cubriéndose la cuota mutual a través de un fondo destinado para este fin establecido en la ley de presupuesto, por lo que no se realizaban aportes. Este beneficio correspondía a funcionarios efectivos, interinos y las suplencias de 60 días como mínimo.

En estas condiciones los beneficiarios optan solo entre las I.A.M.C. Además se realizan convenios particulares a través del sindicato, cubriendo a todos los beneficiarios, con las distintas instituciones de salud con lo que se logran descuentos y mayores beneficios como consecuencia del ingreso masivo de afiliados.

Como beneficio adicional los cónyuges y menores de 18 años pagan la misma cuota que el beneficiario. Ésto llevó a que en la crisis del 2002, el sector de primaria fue el que tuvo menor pérdida salarial.

2 – ¿Qué significado la reforma de salud para el sector?, ¿cuales son los cambios más significativos que les provoca?

En lo que respecta a los aportes personales no se modificó la situación, no tuvo impacto, antes no aportábamos y ahora tampoco, el Art. 9 de la ley de creación del SNIS establece que los funcionarios de educación primaria no pueden ver

---

afectado su salario líquido, por lo que el aporte básico no es de cargo del beneficiario sino del patrón (el Estado en este caso).

El cambio se dio en el aporte adicional, correspondiente a los hijos menores, el caso de educación primaria es singular dado que el 95% de los funcionarios son mujeres en edad fértil, de las cuales el 60% tiene hijos menores de 18 años lo que provocó un ahorro en el sector, un impacto positivo. En el caso del aporte adicional para quienes no tienen hijos menores pero superan el tope establecido aceptamos el mismo en virtud del sustento de solidaridad entre clases. Si bien este caso causó algún ruido, no fue demasiado.

3 – ¿Qué consideraciones le merece el nuevo sistema de salud desde el punto de vista asistencial?

No veo cambios significativos desde el punto de vista asistencial, en el sindicato se reciben quejas pero en general no hay mayores reclamos en este sentido. La situación es la misma a la anterior.

4 – ¿Cuales considera que son las principales debilidades de las instituciones en este nuevo marco?

La principal debilidad que vemos es la incapacidad de absorber nuevos afiliados, principalmente los niños, por otra parte es notorio el reclamo de las mutualistas de mayores cápitás, reclaman que se les esta pagando poco. La mayoría de las incorporaciones fueron niños, muchos ya estaban, entonces perdieron financiación.

5 – Uno de los pilares de la reforma es el cambio en el modelo de atención pasando de un sistema curativo a uno preventivo, se realizan planes en este sentido ¿nota Ud. algún cambio en la atención?

Se ven algunos indicios de prevención, por ejemplo policlínicas sobre la alimentación saludable...no se si se puede decir que es un modelo preventivo, no es tan profundo...el modelo sigue exactamente igual...

En el caso del CASMU hubo un acercamiento para hacer algo con nosotros...pero no más que eso...

6 – ¿Están al tanto de los derechos de los usuarios en lo que respecta a la participación?, ¿formaron parte del proceso de reforma?

No participa...no nos propusimos generar un espacio...es innovador...el movimiento sindical no lo tomo como propio...nos pidieron un nombre de compañera pero no llegamos a participar.

7 – Considerando la reforma de la salud en su totalidad, considerando a toda la población, ¿qué opinión le merece el nuevo sistema?

Claramente impacto en los sectores más vulnerables, sobre todo con la incorporación de menores al sistema de salud, permite la inclusión social.

## ***ANEXO 4***

### ***Educación Secundaria – FE.NA.P.E.S.***

Entrevistado: Sr. Aníbal Merino

Presidente de la Federación Nacional de Profesores de Enseñanza Secundaria

Versión no revisada por el entrevistado

1 – ¿Cuál era la situación de los funcionarios de Educación Secundaria antes de la reforma de salud?

Ingresamos al sistema de salud en julio 2005, bajo un régimen de cobertura mutual similar al que tenía primaria. Eso implicaba ningún costo para el trabajador, beneficiándose solo éste con la cobertura dentro de alguna mutualista. Era un sistema parecido al de ex-Disse pero sin descuentos, se tenía derecho a la cobertura mutual pero sin efectuar ningún aporte para ello. No alcanzaba hijos ni cónyuges ni familiares.

Sin embargo realizábamos convenios con mutualistas por los cuales en algunos casos accedían al servicio hijos y otros familiares. Es solo para afiliados sindicales, se consigue una cuota menor, beneficios en lo ticket, determinada cantidad de ticket gratis. Eso dependía de que mutualista fuera, había muchos convenios.

Como consecuencia del beneficio de la cobertura mutual en el año 2005 las mejoras salariales fueron disminuidas porque gozábamos de cobertura mutual, “no te aumento tanto el sueldo, pero te damos la cobertura mutual”. Era una prestación para-salarial como le llamamos nosotros.

2 – ¿Qué significó la reforma de salud para el sector?, ¿cuáles son los cambios más significativos que les provoca?

El 01 de enero de 2007 ingresamos al S.N.I.S, y empezamos a aportar según el régimen general, pero según el Art. 9 de la ley 18.131, el aporte personal básico no debe afectar el salario líquido, por lo que aportamos el 3% personal básico y recibimos la contrapartida de este. En lo concerniente al aporte personal adicional

por hijos menores, es de cargo del trabajador, lo que implica una mejora para los mismos al ser su monto menor a la cuota mutual que se pagaba en forma particular por éstos.

Se estableció que el procedimiento sería descontarnos el 3% correspondiente al básico en etapas progresivas de 1%, con su correspondiente reintegro de modo que el salario líquido no se vea afectado. En la práctica en el primer semestre de 2007 no nos cobraron. A partir de julio de 2007, nos empezaron a cobrar el primer 1% para el que conseguimos el reintegro según el Art. 9 varios meses después. El segundo 1% se comenzó a descontar en enero de 2008, por el que aun no hemos recibido el reintegro correspondiente. Así que hoy por hoy estamos aportando un 2% y recibiendo como reintegro un 1%.

Por otra parte, debo mencionar que la cobertura no es total, el sistema anterior era para todos los trabajadores sin restricciones, al estar cubiertos por el presupuesto. Todos los trabajadores tenían acceso a la cobertura mutual, sin importar los ingresos que tuvieran. En cambio en el S.N.I.S., para poder acceder al sistema, hay que tener como mínimo 13 jornales por mes. Esta condición la cumplen aquellos que trabajen 8 o más horas por semana, son muchas personas que no llegan, principalmente suplentes, docentes que recién ingresan quienes quedan por ende fuera del S.N.I.S.

Por otra parte hay que destacar como aspecto positivo que todos los que están en el sistema tienen la atención de los hijos hasta 18 años, que antes no la tenían.

Con la entrada de la reforma, muchas mutualistas resolvieron mantener los convenios, abarcando padres, madres, hijos mayores de 18 años. De alguna manera seguimos haciendo convenios con otras prestaciones para otras personas que no están dentro de S.N.I.S.

En resumen la diferencia básica, es el ingreso de los hijos a favor, y en contra el tema de la aportación, estamos hablando de salarios bajos, y la pérdida de los derechos de aquellos que antes tenían la mutualista y ahora no la tienen (los que no llegan a los 13 jornales).

3 – ¿Qué consideraciones le merece el nuevo sistema de salud desde el punto de vista asistencial?

Siguen existiendo demoras en la atención tanto en el privado como en ASSE. Hay una mayor presencia de gente demandando servicios y no los medios para solucionarlo, desde el punto de vista de los médicos, capacidad hotelera, etc. Hubo

---

un fuerte aumento de la gente afiliada, pero no se ve que haya habido preparación por parte de las instituciones para ello. Tal vez no tenían los recursos, o no lo previeron.

Si bien aun no tenemos los números definitivos, en conversaciones con compañeros, es claro que quienes antes estaban en A.S.S.E., al tener la oportunidad de elegir, ingresaron al sistema privado.

4- ¿Cuales considera que son las principales debilidades de las instituciones en este nuevo marco?

En general A.S.S.E. no esta tomando las previsiones de entrar a competir por el acápite con los privados. Nosotros observamos que la mejora que tendría que venir del sistema A.S.S.E. para llegar a competir con las mutualistas no se esta produciendo, por lo tanto hubo un gran corrimiento y un gran traslado de recursos hacia lo privado.

Hay lugares en el interior donde no hay mutualistas, pero hay un muy bien servicio de ASSE, pero son casos contados, por ejemplo Young y Artigas.

5 – Uno de los pilares de la reforma es el cambio en el modelo de atención pasando de un sistema curativo a uno preventivo, se realizan planes en este sentido ¿nota Ud. algún cambio en la atención?

No vemos ninguna acción, no hay prevención todavía más allá de las campañas que hace el MSP, lo del cigarrillo, etc. No hay desde el punto de vista de las instituciones más que colgar algún cartel, vacune a su hijo, nada.

Lo de la prevención en nuestro sector lo vemos ligado al concepto de salud laboral. Nosotros no tenemos ningún ámbito donde discutir salud laboral docente, donde discutir los materiales con los que trabajar, etc. No hay instancia en la que se planteen las dudas y problemas como para hacer las campañas preventivas.

6 – ¿Están al tanto de los derechos de los usuarios en lo que respecta a la participación?, ¿formaron parte del proceso de reforma?

Es muy difícil la implementación de la participación de los afiliados en la conducción, de insertar algún representante de los afiliados en las mutualistas. Hay reuniones de determinados ámbitos donde están los dueños de las

mutualistas, y otras en las que invitan a los representantes, y no se tratan los mismos temas. Nosotros tenemos compañeros electos, y encuentran resistencia a dar opinión, a hablar sobre la prevención, y todo lo demás.

Nosotros participamos a través del delegado del PIT CNT en la comisión.

7 – Considerando la reforma de la salud en su totalidad, considerando a toda la población, ¿qué opinión le merece el nuevo sistema?

Nosotros creemos que la salud esta mercantilizada. La prueba esta en que el que no trabaja que es el que más necesita la salud, dado que esta afectado por eso, o sus hijos, no están en el sistema. Por lo tanto no hay igualdad. Hay un mercado que satisface determinadas franjas o áreas, y el que no esta en el mercado, queda afuera. Hay una atención desigual, por lo tanto el sistema para nosotros no es el ideal.

## ***ANEXO 5***

### ***Administración Pública – CO.F.E.***

Entrevistado: Sra. Beatriz Fagián

Presidente de la Federación de Funcionarios de Salud Pública

Representante de la Confederación de Organizaciones de Funcionarios del Estado del Uruguay en PIT – CNT

Versión no revisada por el entrevistado

1 – ¿Cuál era la situación de los funcionarios de la administración central antes de la reforma de salud?

Debemos distinguir los funcionarios de M.S.P. (ahora A.S.S.E.) del resto de los funcionarios públicos, mientras los primeros tienen cobertura desde el año 66 los segundos no tienen, es una gran diferencia.

Como les decía en los años '60 se promulgo la ley N° 13.223 llamada de "Asistencia Integral" la que estipula la cobertura de salud de los funcionarios del M.S.P., A.S.S.E. y lucha antituberculosa, en A.S.S.E. además de un plus de dinero para aquellas prestaciones que la institución no brinda, como ser tratamientos especiales, prótesis, etc. Dichos beneficiarios no efectúan ningún tipo de aportes por la cobertura recibida. Por otra parte, debo destacar que la ley de Asistencia Integral dispone el beneficio para el funcionario, su cónyuge, sus hijos hasta los 25 años y de sus padres de por vida; dicho beneficio sigue vigente cuando el funcionario se jubila.

En lo concerniente a los demás funcionarios de la administración central, existen casos en que se realizan convenios particulares por los cuales se les otorga cobertura de salud, por ejemplo el caso de intendencias, estos consisten en entregar el dinero para el pago de la cuota mutual.

---

2 – ¿Qué significado la reforma de salud para el sector?, ¿cuales son los cambios más significativos que les provoca?

En el modelo actual, el principal cambio para los funcionarios del M.S.P., A.S.S.E. y lucha antituberculosa es que comienzan a aportar según el régimen general, aunque mantienen los beneficios de la ley de Asistencia Integral con la posibilidad ahora de optar entre las instituciones prestadoras.

La ley de Asistencia Integral no se deroga, existe un presupuesto para esa ley, que se mantiene para todo lo que no otorgue la institución.

El principal cambio para el resto de los públicos, no amparados por la referida ley, es que ingresan al sistema de salud con la posibilidad de optar entre I.A.M.C. y A.S.S.E. realizando el aporte correspondiente. Dichos funcionarios tienen derecho a la cobertura mutual pero no tienen derecho a las demás prestaciones del B.P.S.

Para estos funcionarios, la reforma de la salud se asemeja a un aumento salarial, pagan menos que antes y tienen mayores beneficios.

3 - ¿Qué consideraciones le merece el nuevo sistema desde el punto de vista asistencial?

El sistema ha cambiado, ha mejorado tanto en lo público como en lo privado, el privado se ha abierto más a la sociedad, no está tan centralizado en el sanatorio, se han abierto policlínicas de asistencia primaria lo que beneficia a la gente, está más en la comunidad, más al alcance de todos. Noto que aun no se implanta la referencia del médico de cabecera que conozca tu zona de residencia, los riesgos que a los que te expones diariamente, etc.

La atención de A.S.S.E. es muy buena y completa a pesar de que no cuentan con las condiciones edilicias y de hotelería de los privados.

Personalmente me atiendo en A.S.S.E., mi experiencia es que A.S.S.E. es más accesible, no se pagan ticket, ni consultas, ni medicamentos. Si bien existen carné arancelados su costo es mínimo.

En A.S.S.E. ahora no falta nada...las consultas están programadas, la información automatizada, existe una mejor coordinación y un mayor control del paciente.

---

4 – ¿Cuales considera que son las principales debilidades de las instituciones en este nuevo marco?

Yo considero que hay actores que todavía no están integrados al sistema, por ejemplo el Hospital de Clínicas, es la escuela de medicina...tendría que abrirse al sistema para tener la posibilidad de atenderse con los profesionales más calificados, alta tecnología, mayor cantidad de especialidades.

5 – Uno de los pilares de la reforma es el cambio en el modelo de atención pasando de un sistema curativo a uno preventivo, se realizan planes en este sentido ¿nota Ud. algún cambio en la atención?

Si, hay cambios, esta más preventivo, existen charlas informativas, se difunde más la prevención...en mi caso participo de una charla con profesionales que se realiza mensualmente sobre diabetes donde exponemos nuestras dudas.

6 – ¿Están al tanto de los derechos de los usuarios en lo que respecta a la participación?, ¿formaron parte del proceso de reforma?

Los funcionarios de M.S.P. formaron parte del proceso de reforma además de contar con un representante en el directorio de A.S.S.E. y como usuarios también, se puede opinar...

Los demás funcionarios de la administración central participan solamente como usuarios...

Hoy en día los usuarios saben que tienen derechos y los hacen valer, una instancia de participación son las oficinas de atención a los usuarios.

7 – Considerando la reforma de la salud en su totalidad, considerando a toda la población, ¿Qué opinión le merece el nuevo sistema?

La gente esta más cerca del centro de salud, antes era más reacia a ir, están aprendiendo a que tienen que prevenir, están más educados a coordinar las consultas con los diferentes especialistas.

Como aspecto negativo, la población se queja del costo elevado de los ticket en las mutualistas, no del trato ni de la atención... eso se nota claramente en que la población cuando se implantó el sistema emigró hacia las mutualistas pero luego

volvió a A.S.S.E. por culpa de los altos costos de los ticket. Como casos modelo tenemos el Hospital de Young y Artigas, en estas ciudades el sistema público es mejor que el privado.

---

## ***ANEXO 6***

### ***Funcionarios bancarios – A.E.B.U. Banca oficial***

Entrevistado: Sr. Carlos Márquez

Presidente del Consejo del sector financiero público de AEBU

Versión no revisada por el entrevistado

1 – ¿Cuál era la situación de los funcionarios bancarios antes de la reforma de salud?

En nuestro sector, existen criterios diferenciales de las prestaciones de salud en los diferentes bancos (BHU; BCU, BROU).

BCU, no se ha modificado. Es un sistema de lo más parecido a un seguro, se reintegra a los funcionarios contra recibo. El banco les devuelve todos los gastos incurridos y por otro lado paga el FONASA como corresponde (el 4,5 o 6% es de cargo del banco), por tanto, los funcionarios no se vieron impactados en ningún sentido. Además de la cobertura de salud, los funcionarios tienen acceso a otras prestaciones como tratamiento para enfermedades especiales, generándose para esto un fondo para cubrirlas. Además del funcionario, están alcanzados por la cobertura su núcleo familiar, sus hijos hasta 21 años así como los trabajadores pasivos.

BSE, se usaron las prestaciones de salud, como prestaciones en especie, como medio para otorgar aumentos salariales, dado que las mismas no generaban inflación.

A los funcionarios se les paga la cuota mutual más alta más ticket, pudiendo estos elegir la mutualista que prefieran. Esa partida está actualmente congelada. También en este caso el núcleo familiar e hijos se ven alcanzados (es por convenio, como BCU). En el caso del BSE, tiene un propio para los trabajadores privados

BHU, tuvo en su momento una caja de auxilio, y tiene una clínica médica donde se atienden los trabajadores de Montevideo; los del interior tienen una prestación

---

diferencial, a los que se les paga lo correspondiente a la cuota mutual y ellos se atienden a través de FEMI. También tienen ticket incluidos.

Los trabajadores del interior no quedan excluidos de la clínica...paga un % adicional para acceder a determinadas prestaciones que esta brinda. La clínica es muy similar a la de ANCAP

BROU, se fue modificando. En un principio existía obligatoriedad de los directorios de elegir la mutualista y volcar directamente los pagos. A partir de unos años, el BROU hace convenios de pagos con las mutualistas, no estableciendo obligatoriedad de las prestaciones de salud. Estos convenios tienen seguimiento de parte de las comisiones de RRHH de modo de verificar su cumplimiento.

En el BROU se le paga al funcionario la cuota mutual y un plus por concepto de asistencia médica integral (AMI), todo ésto por integrante del núcleo familiar.

2 – ¿Qué significo la reforma de salud para el sector?, ¿cuales son los cambios más significativos que les provoca?

Con la entrada del FONASA, los bancarios comenzamos a pagar un impuesto que antes que no pagábamos, pero este impuesto es de cargo del banco.

En cuanto a los convenios, antes los gestionaba el propio banco, actualmente eso quedo librado al sindicato. A través de estos se logran mejores cuotas y prestaciones, y se benefician todos los trabajadores, no solo los afiliados al sindicato.

3 – Uno de los pilares de la reforma es el cambio en el modelo de atención pasando de un sistema curativo a uno preventivo, se realizan planes en este sentido ¿nota Ud. algún cambio en la atención?

En las clínicas se practica la medicina preventiva. El cambio de modelo de atención ha tenido buena aceptación, ha habido adaptación de los propios edificios, desarrollo de diferentes campañas, se aplican rigurosamente las leyes, etc. Nosotros particularmente tenemos comisiones en las que se tratan temas concernientes a la salud laboral.

4 – Considerando la reforma de la salud en su totalidad, considerando a toda la población, ¿qué opinión le merece el nuevo sistema?

Creo que hay un buen nivel de aceptación en general. Si bien para algunos no fue beneficioso, yo creo que hay otros valores de por medio que pesan mas.

Lo económico pasa a segundo plano cuando se trabaja en temas de salud que antes no se hacia.

## ***ANEXO 7***

### ***Funcionarios bancarios – A.E.B.U. Banca privada***

Entrevistado: Sr. Elbio Monegal

Presidente del Consejo del sector financiero privado de AEBU

Versión no revisada por el entrevistado

1 – ¿Qué significado la reforma de salud para el sector?, ¿cuales son los cambios más significativos que les provoca?

Nosotros todavía no hemos tenido cambio, es que no se ha implementado todavía, hasta el 1 de enero de 2010 no tenemos cambio. Ni los bancarios ni los trabajadores de las casas bancarias, el resto si ingreso al SNIS.

Anteriormente íbamos a entrar en el 2011 los que tenían cajas de auxilio y los que no tenían cajas de auxilio en el 2008 y luego en el 2009, pero 4 bancos iban a ingresar en el 2009 y los 8 restantes iban a ingresar en el 2011, esto provocaba una competencia desleal, por lo que acordamos ingresar todos los bancos privados en el 2010.

¿Todas las instituciones funcionan a través de cajas de auxilio?

Hay empresas que funcionan con cajas de auxilio administradas por la empresa y los trabajadores y otras que no, por razones de tiempo, tamaño, etc.

¿A que cobertura acceden?

La cobertura básica a la que todos accedemos es la cuota mutual, ordenes y ticket del trabajador y su núcleo familiar, cónyuge, hijos menores de 18 y a mayores hasta 25 años si cursan estudios terciarios, hijos con problemas de salud la cobertura es de por vida, por ultimo cubre a todas aquellas personas a cargo (por ejemplo padres, suegros).

Luego por encima de este básico, hay bancos que otorgan otro tipo de beneficios como la asistencia odontológica, emergencia móvil, etc.

En el caso de afiliación a seguros, se incluye todo, emergencia médica...todo lo que la institución brinda...

No todos los bancos pagan el seguro, en el caso de Credit Uruguay te paga el monto equivalente a la mutualista más cara del mercado, la diferencia entre ese monto y tu gasto real es de cargo del empleado...otros bancos cubren íntegramente el costo de salud del seguro más caro...

El trabajador opta libremente por la institución en que se asiste...existen convenios de los bancos con las instituciones por los que se obtienen mayores beneficios, descuentos en las cuotas...

Ex funcionarios – en este momento solo un banco (Santander) le continua pagando al ex funcionario, es un acuerdo entre el sindicato y el banco, además el banco Itau lo hace pero unilateralmente, no por convenio...

Los funcionarios no bancarios, administradoras de crédito, transportadoras de caudales que aportan al BPS, el ingreso al SNIS es un beneficio considerable...

El aporte que realizamos por concepto de salud esta destinado a la cobertura de otro tipo de prestaciones adicionales, los que varían en función del banco.

El 01/01/2010 ingresamos al S.N.I.S., hemos negociado con los bancos que mantendremos nuestros beneficios, los bancos se harán cargo de todos aquellos beneficios que no estén cubiertos por FO.NA.SA., por ejemplo hijos mayores que cursan estudios terciarios, cónyuge, etc. Aportaremos el 4,5% o el 6% y negociamos con los bancos que nos van a reintegrar un 5%. Ésto es para los bancarios, los que no son bancarios ya están dentro del FO.NA.SA. y hemos visto que se han beneficiado todos, antes aportaban un 3% solo por su cobertura y ahora por el 6% cubren a sus hijos también, el caso de los que no tienen hijos menores, no se ven beneficiados directamente pero en mayor o menor medida dicha situación es temporal dado que todos en algún momento tendrán hijos y se verán beneficiados.

2 – ¿Cuales considera que son las principales debilidades de las instituciones en este nuevo marco?

La principal debilidad es la superoblación que se registra en las mutualistas. Lo que agrava las demoras, lo que perjudica la atención al usuario sobre todo con especialistas.

En lo que respecta a A.S.S.E. no puedo dar una opinión porque desconozco.

3 – Uno de los pilares de la reforma es el cambio en el modelo de atención pasando de un sistema curativo a uno preventivo, se realizan planes en este sentido ¿nota Ud. algún cambio en la atención?

Mi experiencia es en un seguro privado, estos funcionan de esta manera, previenen antes de curar, tienes un médico de cabecera por lo que mi visión es de estas instituciones. Desconozco cual es la situación de las mutualistas en este sentido.

4 – ¿Están al tanto de los derechos de los usuarios?, ¿consideran que son una buena herramienta para superar las debilidades enumeradas?

Participación en consejos consultivos y asesores, no hemos trabajado en ello, trabajamos solo en lo concerniente a nuestra integración al sistema.

5 – Considerando la reforma de la salud en su totalidad, considerando a toda la población, ¿Qué opinión le merece el nuevo sistema?

La intención es muy buena, incorporar a los menores es optimo, al igual que las personas de mayor edad que sigan con la cobertura, en la practica le falta aceitarse aun, la atención no es lo que debería ser, las instituciones están desbordadas, falta que eso funcione mejor, el sistema me parece muy bueno pero tiene cosas a mejorar.