



FACULTAD DE CIENCIAS  
ECONÓMICAS Y DE  
ADMINISTRACIÓN

UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY



Sistemas de Información en el Sector Salud en Uruguay.

Estudio de caso: Evolución del Sistema Nacional de Información (SINADI)  
en el marco de la Reforma de la Salud, fortalezas y debilidades.

• CARRERA

LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN - CONTADOR SECTOR PRIVADO

AUTOR MARÍA INÉS CASTRO PRADERIO

TUTOR CRA. ANA MARIELA RODRÍGUEZ FACAL

AGOSTO 2009

Sistemas de Información en el Sector Salud en Uruguay.

Estudio de caso: Evolución del Sistema Nacional de Información (SINADI)  
en el marco de la Reforma de la Salud, fortalezas y debilidades.

- ENTREGADO COMO REQUISITO PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN - CONTADOR (SECTOR PRIVADO)

- AUTOR MARÍA INÉS CASTRO PRADERIO 3.678.151-3  
TUTOR CRA. ANA MARIELA RODRÍGUEZ FACAL

AGOSTO 2009



FACULTAD DE CIENCIAS  
ECONÓMICAS Y DE  
ADMINISTRACIÓN

UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY





## AGRADECIMIENTOS

---

*Se agradece el apoyo y el valioso aporte de la Cra. Ana Mariela Rodríguez.  
Así también, a los profesionales entrevistados que fueron fundamentales para la realización de la investigación.  
Especial agradecimiento a Martha Praderio y Juliana Álvarez por el apoyo personal y motivación constante.*

*Para Andrew Mundy.*

## ABSTRACT

---

El presente trabajo se orienta hacia los sistemas de información en salud, tomando como estudio de caso el Sistema Nacional de Información del Ministerio de Salud Pública.

Luego de más de un año de implementada la Reforma de la Salud, resulta interesante analizar las repercusiones que la misma ha ocasionado en el sistema de información que articula la información económico-financiera, administrativa y asistencial de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Se halla en estas circunstancias la motivación para desarrollar los cambios ocurridos y el impacto que ha tenido este proceso en los sistemas de información de dichas instituciones.

La metodología empleada consistió básicamente en investigar la visión de las IAMC sobre el desarrollo que ha tenido el SINADI y su impacto. Como forma de delimitar el trabajo se opta por analizar en particular las IAMC de Montevideo.

Se concluye que el SINADI ha tenido en estos últimos años un gran impulso desarrollando una batería de información que acompaña el avance de la reforma. Los cambios generados han provocado la revisión de los sistemas de información de las IAMC, las que se encuentran en un proceso de mejora de dichos sistemas.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	1
ABSTRACT .....	1
1 INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Objetivos y alcance .....	7
1.2 Metodología de la Investigación .....	7
MARCO TEÓRICO.....	9
2 INFORMACIÓN .....	9
2.1 Concepto.....	9
3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	11
3.1 Concepto.....	11
3.2 Consideraciones para un nuevo SI.....	11
3.3 Tipos de sistemas de información .....	14
3.4 Utilidad .....	16
3.5 Éxitos y fracasos de los Sistemas de Información .....	17
3.5.1 Razones para los fracasos .....	17
3.5.2 Razones para el éxito .....	19
3.6 Tecnologías de la información.....	20
3.6.1 Concepto .....	20
3.6.2 Condiciones para el éxito de una organización basada en TI .....	20
3.6.3 Razones por las que la inversión en TI puede no traducirse en mejoras en rentabilidad y productividad.....	22
3.6.4 Implementación de cambios favorables .....	23
3.7 Cuestiones éticas y sociales de los sistemas de información.....	24
4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD.....	26
4.1 Definición.....	26
4.2 Características particulares del sector .....	26

4.3	¿Qué papel juega la información en el Modelo de Atención a la Salud?.....	27
4.4	Proceso y Roles.....	28
4.5	Clasificación de la información en el área de la salud.....	29
4.6	Indicadores en salud.....	31
4.6.1	Concepto y clasificación.....	31
4.6.2	Cuadro de Mando Integral.....	33
4.7	Sistemas de información: herramienta para la toma de decisiones y control.....	34
4.8	Uso de Tecnologías de la información en la Salud.....	35
	TRABAJO DE CAMPO.....	37
5	SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD EN URUGUAY.....	37
5.1	Contexto de Reforma del Sistema de Salud.....	37
5.2	Estructura del Sistema Sanitario a partir del Sistema Nacional Integrado de Salud.....	38
5.3	Análisis de la Normativa de la Reforma de la Salud.....	43
5.4	Factores que inciden en la demanda creciente de información en salud.....	47
5.5	Aproximación al Caso de Estudio.....	50
6	SINADI.....	51
6.1	Metodología.....	51
6.2	Introducción.....	51
6.3	Evolución.....	52
6.4	Normativa en sistemas de información en salud.....	57
6.5	Análisis del Marco Regulatorio del SINADI.....	57
6.6	Información SINADI.....	61
6.7	Difusión.....	66
6.7.1	Feedback de información directo a las IMAC.....	66
6.7.2	Publicación SINADI en la web.....	67
6.8	Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos – SCARH.....	68
6.9	Evolución de los cambios en la Información Asistencial.....	72

6.10	Control de la información.....	76
6.11	Marco sancionatorio.....	77
6.12	Rol de la información SINADI en el Modelo de Atención, Gestión y Financiamiento...77	
6.13	Sector Público vs. Mutualismo .....	81
7	MSP – SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN.....	82
7.1	Dispersión de la información al interior del M.S.P. e iniciativas de integración.....	82
7.2	Tecnologías de la Información en salud en Uruguay .....	83
7.2.1	Actualidad y Perspectiva .....	83
7.2.2	Caso de utilización de TI en Uruguay .....	85
7.3	Desafíos de los Sistemas de Información en Salud .....	85
7.3.1	Desafíos del MSP .....	85
7.3.2	Desafíos del SINADI .....	86
8	ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A LAS IAMC.....	87
8.1	Metodología .....	87
8.2	Hallazgos del trabajo de investigación .....	87
9	CONCLUSIONES.....	96
10	BIBLIOGRAFÍA.....	100
	ANEXOS .....	102

## GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AECA	Asociación Española de Contabilidad y de Administración de Empresas
AGESIC	Agencia para el desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y el Conocimiento
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
BPS	Banco de Previsión Social
DES	División Economía de la Salud
DIGESA	Dirección General de Salud
DISSE	Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad
ECAS	Estructura del Costo de Atención a los Socios
ESP	Estado de Situación Patrimonial
ER	Estado de Resultados
FCE	Factores Críticos de Éxito
FEMI	Federación Médica del Interior
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FOMIN	Fondo Multilateral de Inversiones
FONASA	Fondo Nacional de Salud
HC	Historia Clínica
HCE	Historia Clínica Electrónica
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IMAE	Institutos de Medicina Altamente Especializada
IAMPP	Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular
JUNASA	Junta Nacional de Salud
JNS	Junta Nacional de Salud



MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MSP	Ministerio de Salud Pública
PAPI	Plan de Asistencia Primera Infancia
PBI	Producto Bruto Interno
PIP	Plan Integral de Prestaciones
RAP	Plan Integral de Prestaciones
RRHH	Recursos Humanos
RUCAF	Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal
SCARH	Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos
SI	Sistemas de Información
SIIF	Sistema Integrado de Información Financiera
SINADI	Sistema Nacional de Información
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSIM	Servicios de Salud de las Intendencias Municipales
SUISS	Sociedad Uruguaya de Informática en Salud
SW	Software
TI	Tecnologías de la Información
TICs	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

# 1 INTRODUCCIÓN

## 1.1 *Objetivos y alcance*

El objetivo general será tomar conocimiento de la información que le es solicitada a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del Sistema Nacional de Información (SINADI), y analizar los cambios ocurridos con la reforma de la salud que está viviendo el país en lo relativo a solicitudes y controles de información en salud.

Es entonces que el foco estará en los cambios en la cantidad y calidad de información solicitada y la perspectiva de ambas partes sobre la misma, y el impacto de la reforma de la salud planteada por las Leyes Nº 18.211 y 18.131, de fecha 13 de diciembre y 31 de mayo de 2008 respectivamente. Con éste propósito, por un lado se investigará sobre la respuesta que han tenido las IAMC ante nuevas solicitudes, su impacto en la organización y su visión acerca de la calidad, utilidad y control de las mismas. Asimismo, se evaluarán los cambios ocurridos en la información que recopila, procesa y difunde el SINADI, identificando las fortalezas y debilidades de la misma. Se analizará la correlación entre las exigencias de información por parte del MSP, el cumplimiento por parte de las IAMC y la utilidad real de la misma por parte del MSP así también por las IAMC.

## 1.2 *Metodología de la Investigación*

Se parte de una revisión de la literatura para construir el marco teórico sobre sistemas de información, para luego abordar específicamente el sistema de información adoptado por el Ministerio de Salud Pública en Uruguay.

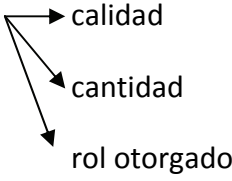
La forma de delimitar el trabajo, fue optar por investigar en particular las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas de Montevideo, siendo los prestadores privados de salud con mayor trayectoria en el país, cuyo porcentaje de cobertura poblacional de salud según utilización de servicios es del 45,7 % en el año 2006; dato del Instituto Nacional de Estadísticas.

Se realiza una investigación de tipo descriptiva acerca del SINADI, enmarcada en el impacto generado en este sistema de información con la reforma de la salud establecida por las Leyes Nº 18.211 y 18.131, de fecha 13 de diciembre y 31 de mayo de 2008 respectivamente. Es entonces un tipo de estudio descriptivo, que sirve para analizar cómo es y cómo se manifiesta un proceso y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos.

La metodología empleada consiste, por una lado, en un estudio bibliográfico utilizando básicamente, fuentes primarias de datos como ser libros, publicaciones y documentos oficiales;

así como también sitios web. Por otro lado, se realizan entrevistas estructuradas a los responsables de IAMC de emitir información hacia el SINADI; a autoridades del MSP, y profesionales de la División Economía de la Salud y puntualmente a responsables del SINADI; con la finalidad de comparar las perspectivas sobre la información que intercambian aquellos que suministran los datos, y los que recaban, procesan, analizan y difunden información nacional de salud. De la comparación derivarán las conclusiones.

La pauta de entrevista fue elaborada teniendo como eje a investigar el impacto provocado en las siguientes variables que instrumentan los objetivos planteados:

- Información 
  - calidad
  - cantidad
  - rol otorgado
- *Control sobre las IAMC*
- *Feedback del SINADI hacia las IAMC*
- *Sistemas y Tecnología de la Información*<sup>1</sup>

Los profesionales entrevistados del Ministerio de Salud Pública fueron:

- Ec. Daniel Olesker, Director General de Secretaría, MPS.
- Cra. Giselle Jorcín, Adjunto de la División Economía de la Salud, MPS.
- Ec. Gabriela Pradere, Sub Gerente de la División Economía de la Salud, MPS.

El criterio de selección de los mismos fue: su jerarquía dentro del MSP, como responsables del Sistema Nacional de Información y su conocimiento dentro del área, respectivamente.

Por el lado de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, el criterio de selección fue el conocimiento de los entrevistados acerca de la información que es enviada al MSP. En función del tiempo planificado para la realización de las entrevistas, se obtuvieron respuestas de los siguientes profesionales:

- Cra. Gabriela Casal, Hospital Evangélico.
- Cra. Laura Sampaio, COSEM.
- Cra. María Noel Mattos, IMPASA.
- Cr. Pablo Morales, Sanatorio Casa de Galicia.

---

<sup>1</sup> Refiere a la informática y otras tecnologías afines que proporcionan soluciones a problemas que, en alguna medida aparecen en la implementación de todo sistema de información. Concepto tomado de: Andreu, Rafael; Ricart, Joan E.; Valor, Joseph. Estrategia y Sistemas de Información. Ed. MacGraw-Hill. Madrid, 1996.

## 2 INFORMACIÓN

### 2.1 *Concepto*

Tratando de definir de forma simple el concepto información, se dice que es el resultado del tratamiento de datos con un significado específico, datos que se extraen de hechos ocurridos o percibidos y que puede referirse a una realidad objetiva, a una opinión, a un hecho, a un mensaje, etc. Tiene dos funciones dentro de cualquier organización, es elemento instrumental porque ésta la utiliza y también es un recurso más de la organización porque la información le da soporte.

Su objetivo es obtener y diseminar el conocimiento; pero no se trata solo de disponer de información, la empresa que busca diferenciarse de las demás tendrá que poner atención en la forma de manejar la información y aplicar los conocimientos para desarrollar nuevas oportunidades. Los recursos materiales (capital, trabajo, etc.) ya no es lo que hace a una organización exitosa sino que los activos intangibles los que generan mayor valor, los cuales exigen un adecuado flujo de información tanto interna como externa.

La información se torna en facilitadora del cambio y el desarrollo. Para las organizaciones, la gestión de información es un elemento vital para que éstas mejoren sus procesos internos y ejerce una influencia notable en la cultura organizacional, aspecto que cada día más es tenido en consideración por la influencia que ejerce en las personas y su accionar en la organización. También la gestión de información se aplica a los productos y servicios de información, al flujo de información y al uso de la misma dentro de la organización. Pero no se trata solo de disponer de información; la empresa que busca diferenciarse de las demás tendrá que poner atención en la forma de manejar esta herramienta y aplicar los conocimientos para desarrollar nuevas oportunidades.

Se arriba entonces a otro concepto: la gestión de la información, definida por García González<sup>2</sup> como el proceso de organización, planificación, control y producción aplicado al recurso información en las organizaciones, integrando información interna y externa y de las tecnologías de la información, aplicadas a áreas estratégicas. Es entonces, que cuando se habla de gestión de la información se da un paso más, obteniendo información adecuada, en la forma correcta, para la persona indicada, en tiempo oportuno, en el lugar apropiado, para tomar la acción correcta.

---

<sup>2</sup> García González, F. La Universidad del siglo XXI como un modelo de industria de la información y el conocimiento. Taller Mesoamericano y del Caribe de Biblioteca Digital y de Educación a Distancia. Universidad de Camagüey. Cuba 2000, p. 1.

Este sistema de gestión de la información debe permitir captar información bajo un proceso dinámico y evolutivo, así como también detectar amenazas y oportunidades que puedan aparecer para la organización con tiempo suficiente, de forma que se pueda incidir y tomar una acción estratégica al respecto.

En resumen, de la gestión de información se logra los siguientes resultados:

- ✓ Maximizar el valor y los beneficios derivados del uso de la información.
- ✓ Minimizar el costo de adquisición, procesamiento y uso de la información.
- ✓ Determinar responsabilidades para el uso efectivo y eficiente de la información.
- ✓ Asegurar un suministro continuo de la información.

## 3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

### 3.1 *Concepto*

Para ir adentrándose en su concepto, básicamente se trata del sistema encargado de coordinar los flujos y registros de información que son necesarios para llevar a cabo las funciones de una determinada organización.

Adoptando una definición más formal, se entiende por sistema de información (SI) “el conjunto formal de procesos que, operando sobre una colección de datos estructurada de acuerdo con las necesidades de una empresa, recopila, elabora y distribuye la información necesaria para la operación de dicha empresa y para las actividades de dirección y control correspondientes, apoyando al menos en parte, la toma de decisiones necesaria para desempeñar las funciones y procesos de negocio de la empresa de acuerdo con su estrategia”.<sup>3</sup> En definitiva esta definición se centra en el para qué del SI ya que establece que las empresas necesitan que determinada información fluya para coordinar sus acciones operativas, y que otra información llegue en tiempo y forma para que los decisores tomen sus decisiones con las herramientas adecuadas y para que quienes controlan las actividades puedan hacerlo en el momento en que se detecte la primera desviación relevante.

La información que el SI maneja aunque sea generada o utilizada por actividades concretas, no pertenece a ninguna actividad en particular, sino a toda la organización considerada globalmente. Es por eso que un SI se toma como parte integrante de la infraestructura de la empresa de la que habla Michael Porter<sup>4</sup> haciendo referencia a las actividades de soporte. Este punto de vista global que adquiere el sistema de información obliga a que las decisiones referentes a la planificación y diseño de los mismos se tomen desde ésta perspectiva global.

### 3.2 *Consideraciones para un nuevo SI*

De hecho, si se piensa en la introducción de un nuevo sistema de información implica un rediseño de la institución ya que es mucho más que un nuevo Hardware y Software, comprende cambios en los puestos, habilidades, administración y organización. Habitualmente los nuevos sistemas significan nuevas maneras de hacer los negocios, la naturaleza de las tareas, la velocidad con la que deben ser llevadas a cabo, la frecuencia e intensidad de supervisión, y quien tiene qué información, debe ser decidido.

Es entonces, que los nuevos sistemas de información pueden ser instrumentos para el cambio organizacional, ya que no sólo ayuda a racionalizar los procedimientos y flujos de trabajo sino

---

<sup>3</sup> Andreu, Rafael; Ricart, Joan E.; Valor Joseph. Estrategia y sistemas de información. Ed. Mc Graw – Hill. Madrid 1996, pág. 13.

<sup>4</sup> Porter, Michael E. De la Ventaja Competitiva a la Estrategia Empresarial. Harvard Business Review, 1988.

que pueden ser usados para dar una nueva forma a cómo la institución lleva a cabo sus negocios. Este rediseño de procesos de negocios puede lograr mejoras en la velocidad, el servicio y la calidad.

Las ideas para los nuevos sistemas provienen de tres fuentes: los usuarios finales, el departamento de sistemas de información y la alta dirección.

Las demandas de los usuarios finales son la fuente de la mayor parte de los proyectos de sistemas, por ejemplo, el sistema puede caer con frecuencia o falla el registro de nuevas operaciones haciendo que los usuarios vean la necesidad de contar con un nuevo sistema.

La segunda fuente de nuevos sistemas es el departamento de sistemas de información el cual tiene como una de sus responsabilidades rastrear las nuevas tecnologías de información e introducir las adecuadas para la empresa.

La tercera fuente de los nuevos sistemas es la alta dirección, ésta al desarrollar planes estratégicos puede concluir que serán necesarios nuevos tipos de sistemas de información para dar apoyo a las nuevas actividades de negocios. También puede ocurrir que la competencia tome ventaja competitiva de la nueva tecnología de información y amenace a la institución por lo que la respuesta estratégica deberá ser la introducción de tecnología similar.

Más allá de cuál es el origen, un nuevo sistema de información se construye como solución para algún tipo de problema. Se entiende por desarrollo de sistemas, a las actividades que entran en la producción de una solución de sistemas de información para un problema o una oportunidad institucional. Es una forma estructurada de solución con actividades diferentes: análisis de sistemas, diseño, programación, pruebas, conversión, producción y mantenimiento.

El análisis de sistemas es el análisis de un problema que la institución tratará de resolver mediante un sistema de información, debiéndose especificar las causas, la solución y los requerimientos de información que deben ser cumplidos por una solución de sistemas.

En línea con la perspectiva global mencionada anteriormente, para diseñar y usar sistemas de información de manera eficaz, primeramente es necesario entender el entorno, la estructura, la función y las políticas de las instituciones así como el papel de la administración y la toma de decisiones de ésta. Luego es necesario examinar las capacidades y oportunidades que proporciona la tecnología de la información actual para dar soluciones. La tecnología de los sistemas de información es una de las herramientas de las que los administradores disponen para enfrentar cambios como la creación de nuevos productos o brindar nuevos servicios. Es el instrumento a través del cual la administración controla y crea.

En síntesis, se puede desarrollar un listado no taxativo de factores organizacionales a ser considerado al momento de planificar y diseñar sistemas de información:

- El medio ambiente en el que deben operar las instituciones.
- El tipo de institución y su estructura organizacional.
- La cultura y la política de la institución.

- El grado de apoyo y comprensión de la alta dirección.
- El nivel de la institución al que el sistema opera.
- Los grupos de interés afectados por el sistema.
- Los tipos de tareas y decisiones que deben ser apoyados por el sistema de información.
- Los sentimientos y actitudes de los trabajadores en la institución que usarán el SI.
- La historia de la institución: inversiones anteriores en tecnología de información, programas importantes y recursos humanos.

La consideración de estos factores hace que la identificación de los requerimientos institucionales de información sea más fácil de establecer. La institución debe tener en claro los requerimientos de información tanto de corto como de largo plazo cuando se está en la etapa de planeación y diseño. Se presentan a continuación dos metodologías principales para determinar estos requerimientos: análisis de la empresa y los factores críticos de éxito.

El primero consiste en un análisis de los requerimientos de información a nivel de toda la organización considerándola en términos de unidades organizacionales, funciones, proceso y elementos de datos. El método principal usado en el enfoque del análisis de la empresa es tomar una muestra grande de administradores y preguntarles cómo usan la información, de dónde la obtienen, cómo es su ambiente, cuáles son sus objetivos, cómo toman las decisiones y cuáles son sus necesidades de datos.

Una fuerza del análisis de empresa es que ayuda a la institución a averiguar lo que debería estar haciendo en términos de procesamiento de información con sólo pedir a muchos administradores que piensen acerca de la información.

Con el enfoque de los factores críticos de éxito (FCE)<sup>5</sup>, los sistemas se construyen para dar información sobre los FCE que son metas operativas que, de ser alcanzadas, el éxito de la institución estaría asegurado. El principal método que utiliza es el de entrevistas personales con directores para identificar FCE.

Mientras que el análisis de sistemas describe lo que un sistema debe hacer para satisfacer los requerimientos de información, el diseño de sistemas muestra cómo el sistema debe de satisfacer este objetivo. Las restantes actividades del proceso de desarrollo de sistemas traducen las especificaciones de la solución establecida durante el análisis y diseño de sistemas en un sistema de información totalmente operativo.

---

<sup>5</sup> Rockart, John.F. Chief Executives define own information needs. Harvard Business Review. Vol.57. Nº 2, 1981, pp. 81-93.



### **3.3 Tipos de sistemas de información**

En línea con el planteo de los autores K. Laudon y J. Laudon<sup>6</sup> se entiende que dentro de una institución se encuentran distintos tipos de sistemas de información que apoyan a los diversos intereses y especialidades de ésta. Una primera distinción es en función de la jerarquía de los cargos que ocupan las personas dentro de la organización.

Los sistemas de nivel operativo apoyan a los gerentes operativos respondiendo a las cuestiones de rutina y permitiendo el seguimiento del flujo de transacciones a lo largo de la institución. Un ejemplo del mismo, sería un método que registre el número de horas trabajadas diariamente por los médicos de un hospital.

En los sistemas de nivel de conocimiento se apoyan los trabajadores del conocimiento y los de la información de una institución (personas como secretarías, contadores o empleados) que procesan y distribuyen los documentos en la empresa. La finalidad de estos sistemas es ayudar a integrar nuevos conocimientos para el negocio y para que la institución controle el flujo de la documentación.

Los sistemas de nivel gerencial se diseñan para las actividades de seguimiento, control, toma de decisiones y las actividades administrativas de los administradores de nivel medio. En general, proporcionan reportes periódicos en vez de información instantánea sobre las operaciones.

Por último, los sistemas de nivel estratégico apoyan a las actividades de planeación a largo plazo de los niveles de dirección. Ayudan a hacer frente a los cambios que ocurren en el entorno de la institución con las capacidades con las que se cuentan. Por ejemplo, este sistema respondería a ¿cuáles son las tendencias a largo plazo de los costos y en dónde se ubica nuestra empresa?

En suma, dentro de cada institución los distintos niveles organizacionales tienen sus propias preocupaciones e intereses por lo que les corresponden sistemas de información apropiados para cada uno. A los niveles de organización individual y de grupo pequeño, los sistemas de información se apegan a una tarea, puesto o proyecto individual. A los niveles departamental o divisional, los sistemas de información tienen que ver con una función, un producto o servicio particular de la empresa. A los niveles institucional, interinstitucional y de redes de instituciones, los sistemas de información dan soporte a productos, servicios y objetivos múltiples y facilitan las alianzas y la coordinación entre distintas instituciones.

Dentro de estos últimos mencionados resulta interesante para el presente trabajo mencionar a los sistemas que enlazan a una empresa con sus clientes, distribuidores o proveedores denominados Sistemas Interinstitucionales porque automatizan el flujo de información a través de las fronteras de las instituciones. Estos sistemas permiten que la información o capacidades

---

<sup>6</sup> Kenneth C. Laudon, Jane P. Laudon. Administración de los sistemas de información. Ed. Prentice-Hall, México 1996. 3ª Edición.

de procesamiento de una institución mejoren el desempeño de otros o mejoren las relaciones entre las instituciones.

Los sistemas interinstitucionales pueden estrechar lazos con los clientes, proveedores, incluso con organismos de control o competidores; así también permiten abatir costos e incrementar la diferenciación de productos.

En el marco de la revolución en la manera en que las instituciones tratan la información es que nace una categoría especial de sistemas de información llamada Sistemas Estratégicos de Información. No hay que confundirlos con los sistemas de nivel estratégico para los directivos que se enfocan en problemas de toma de decisiones a largo plazo. Los sistemas estratégicos de información pueden ser usados por todos los niveles de la institución, son de mayor alcance. Los sistemas estratégicos de información básicamente modifican metas, productos, servicios y relaciones internas o externas de la empresa; modifican profundamente la manera como una empresa lleva a cabo sus operaciones o el negocio mismo de la empresa.

Las empresas deberían tratar de desarrollar dichos sistemas para las actividades de valor que aportan mayor valor haciendo que cada actividad de valor sea más eficaz respecto a su costo. Esto es lo que plantea el Modelo de Cadena de Valor el cual junto con el Modelo de las Fuerzas Competitivas<sup>7</sup>, pueden emplearse para identificar oportunidades para los sistemas estratégicos de información. En el marco de este último modelo se establece que los sistemas de información pueden ser usados para desarrollar nuevos nichos de mercado; pueden capturar a los clientes y proveedores; pueden proporcionar productos y servicios únicos y/o pueden ayudar a que las empresas proporcionen productos y servicios a menor costo.

Más allá del tipo de sistema del que se identifique, resulta importante dejar claro la relación biunívoca entre los sistemas de información y las instituciones, ambas ejercen entre sí una influencia mutua. Por un lado, los sistemas de información deben alinearse con la institución para proporcionar la información que necesitan los grupos importantes dentro de ella; al mismo tiempo que la institución debe tener conciencia y abrirse a las influencias de los sistemas de información para beneficiarse de las nuevas tecnologías. Se observa que existe una interdependencia creciente entre la estrategia de negocios, los roles y procedimientos por un lado y el software de los sistemas de información, el hardware, los datos y las telecomunicaciones por el otro.

---

<sup>7</sup> Porter, Michael. Estrategia Competitiva. Ed. CECSA, México 1982.

### 3.4 Utilidad

En línea con la definición de J.A.F. Stoner, E.R. Freeman y D.R. Gilbert<sup>8</sup>, se entiende por administración “el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar los esfuerzos de los miembros de una organización, utilizando éstos y los demás recursos de ella para alcanzar las metas establecidas.” Pero si esto se lleva a cabo de forma “activa”, flexible, creativa, de optimización, se habla de gestionar, y no de administrar en sentido estricto.

Lo mismo sucede con la información, en el sentido que, en un escenario convencional servirá para conocer la realidad y la cultura de la organización, para controlar la evolución y para corregirla de ser necesario, así como para modelar situaciones dimensionando las tareas y los recursos en vías de resolver conflictos que puedan surgir. Pero cuando el sistema de información se dota de flexibilidad, creatividad, innovación y de virtualidad, la potencialidad del mismo se acrecienta.

La flexibilidad otorga dinamismo a la circulación de información dentro de la organización, no sólo ayuda a anticiparse a las necesidades de información sino que también podría inducirla. Un sistema de información flexible, acompaña los cambios, se adapta y evoluciona a la par de la organización.

Además, la capacidad de comunicación que permita el sistema de información es otro factor que genera valor agregado a la organización. La comunicación fluida tanto a nivel interno como externo aumenta la confianza tanto interna como con el entorno, y colabora con la detección de las necesidades actuales y potenciales.

A su vez, la creatividad e innovación dan lugar a nuevas experiencias, a nuevos productos y servicios, a un nuevo marco de relación social y/o a una nueva organización.

Por último, se menciona la virtualidad, que significa tener la capacidad para producir un efecto, aunque éste no esté presente físicamente.

Un tema muy en boga hace varios años, es la Administración de la Calidad Total, donde aquí también los S.I. son de utilidad. La Administración de la Calidad Total es un concepto que hace del control de calidad una responsabilidad a ser compartida por todas las personas dentro de la organización; se espera que todos contribuyan a la mejora de la calidad en los diferentes ámbitos. Los sistemas de información pueden contribuir con la administración de calidad total al ayudar a otras funciones de negocios a realizar su trabajo de manera más eficaz, al ayudar a analizar y rediseñar los procesos de negocios y al sugerir nuevas maneras para aplicar la tecnología para mejorar la calidad. En general los SI son la clave para hacer la información disponible de manera oportuna y en formato útil para quienes la necesitan para fines de calidad.

---

<sup>8</sup> Stoner, James A. F.; Freeman Edward R.; Gilbert, Daniel R. Administración. Pearson, 6ª Edición. México 1996, p. 11.

Se observa entonces, cómo el trabajo de una institución y de su personal depende cada vez más de lo que sus sistemas de información son capaces de llevar a cabo. Los sistemas de información deben dar respuesta a los objetivos de la administración y a los procesos de toma de decisiones de la institución. Pueden también ayudar a los administradores y al personal a analizar problemas, visualizar cuestiones complejas y crear nuevos productos entre otras cosas.

En definitiva, serán los administradores, después de todo, quienes decidan cuáles sistemas deben construirse, qué es lo que éstos harán, cómo serán implantados y todo lo demás. Ellos deberían contemplar los cambios producidos en el papel de los directivos modernos, donde ya no sólo se espera que los administradores hagan uso de los sistemas de información sino que además sepan:

- ✓ Cómo utilizar la **tecnología de la información** para diseñar organizaciones competitivas y eficientes e identificar como se ubica la institución respecto al resto del sector en cuanto a sus aplicaciones.
- ✓ Usar sistemas de información para asegurar la **calidad** a través de toda la empresa.
- ✓ Participar en el **diseño** de la arquitectura y sistemas de información de toda la empresa.
- ✓ Administrar y controlar la **influencia** de los sistemas **en el personal y los clientes**.
- ✓ Entender los **dilemas** de carácter **ético** que rodean a la utilización de los sistemas de información.

Estas nuevas responsabilidades administrativas requieren una comprensión más profunda que nunca de la tecnología y sistemas de información. No sólo se trata de comprender, sino que es necesario crear los cimientos de una cultura gerencial que reconozca el valor que tienen para una organización el uso adecuado de la información y la insustituible importancia de utilizar y preservar los conocimientos adquiridos por sus trabajadores en el transcurso del tiempo y que son parte estratégica de su patrimonio. Esta cultura debe estar presente en todos los niveles de dirección de la organización y entre sus trabajadores, para alcanzar el máximo beneficio de la tecnología y sistemas de información para el desempeño de la organización.

### **3.5 Éxitos y fracasos de los Sistemas de Información**

#### **3.5.1 Razones para los fracasos**

En muchas organizaciones los sistemas terminan no trabajando como se esperaba. Los problemas con la tecnología de los sistemas de información son sólo una de las razones del éxito o fracaso; factores administrativos e institucionales también juegan un papel relevante.

Las principales áreas de problemas son: diseño e implantación, datos, costos y operaciones.

- No captar los requerimientos esenciales del negocio.

Como ya se mencionó anteriormente, el diseño del sistema falla si no se conoce la necesidad difícilmente se logre satisfacerla.

➤ Disonancia entre la visión de lo que se pretende con el sistema y lo que la organización percibe con su introducción.

Es un tema que involucra el diseño y la implantación, y que podría generar un problema cuando el mismo sistema se interpretará de una forma u otra dependiendo de cómo se diseñe y de cómo se introduzca básicamente. Es importante alinear la idea que se difundió sobre el sistema de información y lo que el sistema aporta en la realidad. De hecho, en instituciones con entornos y características similares, la misma innovación en sistemas puede tener éxito en algunas instituciones y fracasar en otras. El resultado de la implantación queda determinado en gran medida por el papel que desempeñan los usuarios, el grado de apoyo directivo, el nivel de riesgo y la calidad de la administración en el proceso de implantación.

➤ Información no proporcionada lo suficientemente rápido como para ser útil o en un formato imposible de digerir y usar.

Resulta imprescindible al momento del diseño del sistema que se contemplen los tiempos y el formato de los datos que utiliza cada usuario interno o externo. De otro modo, la información pasa a quedar obsoleta o incomprendida. Evitar la proliferación de formularios y reportes colaboran a lograr eficiencia, rapidez y maximizar la utilización de datos.

➤ SI incompatibles con la estructura, cultura y metas de su institución.

Históricamente, el diseño de los sistemas de información se ha preocupado de cuestiones técnicas dejando a un lado las institucionales. El resultado ha sido SI con frecuencia incompatible con la estructura, cultura y metas de su institución, lo cual deriva en un fracaso del sistema de información. La información tiene que estar estructurada en función de la utilidad que se espere de ella y de sus objetivos particulares, y a su vez, sustentada y apoyada por la cultura organizacional. Esto último refiere a cuando se priorizan otras actividades ajenas a la captura de datos y generación de información.

➤ Datos incompletos, fragmentados o erróneos.

Los datos generan problemas cuando están incompletos, cuando no están fragmentados de acuerdo a los fines de negocios y cuando la información en ciertos campos es errónea o ambigua. La base de los SI son sus datos y su calidad, medida por el grado de correspondencia con los hechos observados. Una condición sine qua non para su fiabilidad es que el dato sea independiente de los formatos, de los sistemas y de las personas que lo maneja.

➤ Aumento de costos sin aumento de beneficios.

Cuando los costos de implementación y operación exceden el presupuesto, no se logra justificar el valor que la información proporciona a la institución. No siempre mayor información o sistemas de última generación generan eficacia y eficiencia, se debe buscar un equilibrio entre los costos del sistema de información y los beneficios que genera.

➤ Tiempo de espera

Los problemas derivados de operaciones pueden provenir de tiempos de espera demasiado largos o de las operaciones de computadora que manejan el procesamiento de información y se caen. Es por esta razón que se insiste en hacer un seguimiento de los sistemas de información, de forma de controlar su operación.

➤ Resistencia a la innovación tecnológica.

Se identifica una causa más del fracaso de SI que hace referencia a la resistencia y oposición que el cambio organizacional fruto de la introducción del sistema, genera. Los cambios en la

forma de cómo la información se define y se utiliza para manejar los recursos de la organización a menudo transforma la manera como los diversos individuos y grupos operan e interactúan, y genera movimientos de autoridad y poder. Este cambio organizacional es el que puede hacer que fracase un sistema de información. Por eso se hace énfasis en utilizar la cultura organizacional en pos de cualquier cambio que se produzca, incluso en los sistemas de información. En consecuencia, diseñar sin tener en consideración el necesario aprendizaje organizativo sobre el sistema y sobre las tecnologías implicadas, también puede dar lugar a problemas y fracasos de nuevos sistemas

### 3.5.2 Razones para el éxito

En el cuadro siguiente se observa, las características deseables en sistemas de información que se desprenden de las razones de fracaso antes mencionadas. No intenta ser una lista taxativa pero sí orientadora.

<i>Características deseables de S.I.</i>
<i><u>Suficiente</u></i>
<i><u>Oportuno</u></i>
<i><u>De fácil interpretación</u></i>
<i><u>Costo razonable</u></i>
<i><u>Satisfacer al usuario</u></i>
<i><u>Requerimientos identificados</u></i>
<i><u>Formato inteligible</u></i>
<i><u>Orientación hasta las metas</u></i>
<i><u>Alcance según los distintos objetivos</u></i>
<i><u>Eficacia y eficiencia</u></i>
<i><u>Tecnología adecuada y segura</u></i>
<i><u>Accesibilidad</u></i>
<i><u>Actualizado frecuentemente</u></i>
<i><u>Compatible con la estructura y cultura</u></i>

Fuente: autor

En cuanto al éxito de los sistemas de información, hay ciertos parámetros que nos permiten tener una idea del mismo<sup>9</sup>:

- ✓ Nivel elevado del uso del sistema
- ✓ Satisfacción de los usuarios con el sistema y con el personal de sistemas. Aquí resulta clave las actitudes de los administradores en dilucidar qué tan bien fueron satisfechas sus necesidades de información.
- ✓ Objetivos alcanzados, el grado en el que el sistema cumple con las metas establecidas, reflejadas por la calidad de la toma de decisiones que resulta del uso sistema.
- ✓ Recuperación financiera para la institución, ya sea mediante la reducción de costos o al incrementar las ventas o las utilidades.

---

<sup>9</sup> Kenneth C. Laudon, Jane P. Laudon; Administración de los sistemas de información. Ed. Prentice-Hall, México 1996.

Sin embargo, los beneficios de un sistema de información pueden no ser totalmente cuantificables. Por ejemplo, parámetros humanos e institucionales como la calidad de la información y de los sistemas, el impacto de los sistemas en el desempeño institucional o en el mercado; resultan también adecuados para medir el éxito de los sistemas de información aunque no sea fácil su medición en términos cuantitativos.

### **3.6 Tecnologías de la información**

#### **3.6.1 Concepto**

Tecnologías de la información (TI) se refiere a la informática y otras tecnologías afines que proporcionan soluciones a problemas que, en alguna medida aparecen en la implementación de todo SI. De hecho es común pensar que una tecnología diferente será posible de ser implementada haciendo lo mismo que antes y de la misma manera; pero la tecnología no es neutral sino que su propia forma de hacer las cosas que debe ser tenida en cuenta. Incluso, puede llegar a ser conveniente prescindir de la tecnología si los sacrificios de adaptación en la manera de hacer las cosas no superan las aportaciones al SI.

Más allá de los casos particulares, en la actualidad las tecnologías de la información son, de todas las tecnologías existentes, quizá la que tenga mayor potencial para reestructurar sectores económicos y para transformar la naturaleza de los negocios. Son muchas las oportunidades que las tecnologías de la información ofrecen para conseguir ventajas competitivas.

Desde la década del los ochenta han entrado en escena nuevos factores de competitividad tales como: la habilidad de concentrarse en la especialidad o habilidad distintiva de la empresa, la aptitud para responder ágilmente a las necesidades y tendencias del mercado, el empeño en mejorar constantemente hasta conseguir la calidad total, la habilidad en establecer colaboraciones con proveedores, competidores o clientes, entre otros. Para alcanzar esto, será necesario captar información sobre el entorno, agilizar su flujo en la empresa, promover la innovación, facilitar la comunicación, aumentar la coordinación, rediseñar los procesos y los servicios, entre otros, todo lo cual hace que el manejo inteligente de la información se vuelva imprescindible

#### **3.6.2 Condiciones para el éxito de una organización basada en TI**

No existe un método general pero sí orientaciones generales sobre cómo tener una estrategia competitiva donde los recursos de información y tecnología de la información (I/TI) estén aprovechados al máximo, es decir, cuáles son los componentes que debe tener una empresa que le permitan aprovechar estos recursos al máximo.

Son varios los autores que sostienen que se la estrategia de TI se tiene que alinear con la estrategia general de la empresa y que ambas respondan a las necesidades de ésta última.

Cuando esto no ocurre, la tecnología resulta ineficaz, por muy avanzada que sea. Es preciso que las evoluciones de las curvas de necesidad, tecnología y estrategia transiten paralelamente. Las empresas que integran con éxito su estrategia de tecnologías de la información con la estrategia general de su negocio, lo consiguen porque ponen énfasis en la información en sí más que en las tecnologías, reconociendo que es la información la verdadera fuente de ventajas competitivas.

Otra clave para conseguir el éxito apoyándose en TI consiste en lograr tener un buen conocimiento de la organización tanto desde el punto de vista interno como externo aprovechando las tecnologías de la información para explotar la información de la que disponen las empresas. La globalización de los mercados obliga ahora a las empresas a estar más pendientes de lo que sucede en cualquier punto y de los que hacen sus clientes y competidores. Negocios importantes pueden perderse por no disponer de la información adecuada en el momento preciso. Los directivos necesitan tanta información del entorno de su empresa como del interior de la misma. Al necesitar más y mejor información, dependen en mayor medida de las Tecnologías de la Información cuya revolución que se viene experimentando en ellas provoca que las organizaciones puedan estar interconectadas entre sí (internamente) y con otras (externamente).

Desde un punto de vista interno, resulta imprescindible que se conozcan claramente las posibilidades de la tecnología en términos de lo que puede aportar a los SI. Una de las aportaciones más positivas que para los SI ha traído la informática es la Base de Datos (BD), la cual ha significado la depuración de datos de una empresa para definir el conjunto de datos necesarios para la operación de los SI y su organización según las necesidades de cada caso. Incorpora una visión global única de todos los datos de una empresa, que requiere un diseño, una administración y uso desde una perspectiva vista global.

La tecnología de las bases de datos puede eliminar muchos de los problemas creados por la organización tradicional de archivos al centralizar los datos de forma organizada para dar servicio a muchas aplicaciones al mismo tiempo; y los usuarios pueden acceder y recuperar fácilmente la información que requieren. Los sistemas de base de datos requieren que la institución reconozca el papel estratégico de la información y que la administre como un recurso corporativo, dejando establecido qué unidades de la institución comparten la información, dónde puede distribuirse y quién es el responsable de actualizar y dar mantenimiento a la información

Así se logra una mayor eficiencia, accesibilidad y flexibilidad de los sistemas de información al permitir consultas rápidas y baratas dentro del gran volumen de información y desde distintos puntos de la organización. Además, se reduce la redundancia e inconsistencia en los datos al eliminar los archivos aislados. Modifica incluso las relaciones de trabajo y reduce los costos de las transacciones.



Graffiths<sup>10</sup> plantea dos pasos básicos para desarrollar una estrategia de TI que busque obtener ventajas competitivas en la empresa.

El primero, es establecer un ambiente apropiado y consiste en tener una estrategia empresarial clara, con objetivos concretos mediante el uso de determinados recursos. Entre esos recursos debe estar la información como recurso clave. Sin una estrategia de la empresa en su conjunto, es imposible construir una estrategia de TI.

El segundo paso es identificar las oportunidades de negocio que puedan derivarse de la aplicación estratégica de las TI. Para ello será necesario tener capacidad de identificación, análisis, priorización y justificación de las oportunidades.

En definitiva, la clave para explotar las oportunidades brindadas por las TI consiste en usarlas para dirigir mejor la información que manejan, con el objetivo de conseguir ventajas competitivas que vayan más allá de la mera automatización de procesos.

### 3.6.3 Razones por las que la inversión en TI puede no traducirse en mejoras en rentabilidad y productividad.

Resulta innegable el avance en TI y el crecimiento de las inversiones en TI, pero lo que no ha quedado tan evidente, es el aumento de productividad y rentabilidad que este fenómeno ha producido.

Se exponen diferentes razones por las que el avance de las TI no se ha traducido en mejoras de las variables tradicionales con las que se miden el éxito de una empresa (productividad y rentabilidad)<sup>11</sup>:

➤ Los beneficios aportados por las tecnologías de la información no son inmediatamente visibles. Por ejemplo, que una persona pueda comprar un pasaje de avión desde su computadora no necesariamente se traduce en un aumento de las ventas sino que el beneficio puede ser una mejor imagen de la empresa.

➤ Los beneficios aportados por las tecnologías de la información no son capturables por la empresa. Es decir, en ciertos sectores la inversión en tecnologías de la información no se traduce necesariamente en mayor rentabilidad, sino que se concibe como un costo necesario. Un ejemplo de esto lo es el sector bancario en el cual el disponer de red de cajeros automáticos no constituye un diferencial sino una necesidad para seguir en el negocio.

➤ El entorno de la empresa se torna cada vez más exigente, nuevas variables entran en escena a la hora de valorar el servicio prestado.

---

<sup>10</sup> Griffiths, Pat. Information Resources and Corporate Growth. London UK, Pinter Publishers 1989.

<sup>11</sup> Cornella, Alfons. Los recursos de información – Ventaja Competitiva de las empresas. Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas. Ed. McGraw-Hill, Madrid 1994.

➤ El impacto de las tecnologías de la información es pequeño si su aplicación no viene acompañada de cambios en la organización de la empresa. En general, estas tecnologías incentivan a repensar la manera en que se llevan a cabo las operaciones de la misma

➤ La implantación de las tecnologías de la información no ha respondido a las necesidades fundamentales de la empresa, esto tiene relación con lo dicho anteriormente sobre la importancia de conocer los requerimientos de información y tecnología que existe en la organización. Un ejemplo de esto sería una empresa que invierte grandes cantidades en sistemas sofisticados de contabilidad y no lo aplican a todas las funciones fundamentales.

En particular, en el sector servicios se da el caso de que la introducción de TI no genera sustitución de personal sino que por ejemplo, la incorporación de tecnología de la información en hospitales ha llevado a la contratación de personal o servicios de mantenimiento sin que el resto del personal haya disminuido. Mientras que las TI son factores de producción en el sector manufacturero, en el sentido de que pueden usarse para sustituir personal, en el sector servicios deben considerarse herramientas de producción, que puede que no sean usadas para sustituir personal.

Es la propia esencia del trabajo en los servicios la que impide que los ordenadores puedan ser utilizados solamente para automatizar tareas, ya que la intervención de la persona es crucial. La filosofía de la mera automatización no tiene sentido en el sector servicios ya que las cuestiones de índole organizativa y humana cobran gran protagonismo.

#### 3.6.4 Implementación de cambios favorables

El panorama no es tan desalentador como parece, se están produciendo cambios relevantes que se traducen en el aumento de productividad. Por un lado, las organizaciones están adaptando sus estructuras con el fin de sacar mayor provecho de su principal activo, las personas. Eso conlleva en muchos casos a la distribución de información allí donde es necesaria, y no sólo en el nivel directivo como antes. Las tecnologías de la información son un instrumento de diseminación del conocimiento y facilita el análisis para la toma de decisiones, acciones que benefician directamente el trabajo de las personas de una organización.

Por otro lado, se está produciendo un cambio importante en las metodologías de análisis y diseño de sistemas de información. Un ejemplo es el enfoque de reingeniería el cuál se basa en aplicar la efectividad (hacer las cosas correctamente) más que para aplicar la eficiencia (hacer las cosas correctamente) ya que se ha demostrado que automatizar tareas innecesarias no hace más que aminorar la productividad de la empresa.

Además, el avance del SW hace ya varios años, hace posible que las organizaciones manejen programas con un verdadero impacto de las TI en la productividad.

Se habla entonces, de cambios en la estructura organizativa, de la aplicación de nuevas metodologías de desarrollo de sistemas de información, y la incorporación de software más

potente; todo lo cual se traduce en el esperado aumento de productividad, especialmente en el sector servicios

Pero, el verdadero impacto de las TI se produce en la mejora de variables como calidad, actualidad y servicio, que no entrarían dentro de la definición de productividad. Se puede hablar de una transición desde un sistema táctico (automatización de tareas rutinarias, con el propósito de reducir costos) a un sistema estratégico ya mencionado, cuyos objetivos son conseguir mejoras cualitativas, intangibles como por ejemplo, la obtención de una ventaja respecto a sus competidores, el aumento de la calidad de los productos, la expansión de nuevos negocios, o la obtención de nuevos mercados. El valor principal de los sistemas estratégicos está en el manejo inteligente de la información que tiene la empresa, la utilizan como verdadero punto de apoyo para el resto de recursos; por eso, el énfasis no está en hacer mejor las cosas sino en hacer mejores cosas

En conclusión, a pesar de las diferencias antes mencionadas entre los sistemas táctico y estratégico, en general todo sistema de información tiene tanto aspectos tácticos como estratégicos. Es más, toda organización debería lograr un equilibrio entre mejoras cuantitativas, en forma de aumento de productividad y reducción de costos y mejoras cualitativas, mediante la búsqueda de ventajas competitivas.

### **3.7 Cuestiones éticas y sociales de los sistemas de información.**

La tecnología no se mantiene “al margen” de la sociedad, operando sobre ella, sino que es un fenómeno social sujeto a todas las restricciones de otros factores sociales. Entre estas restricciones está la responsabilidad social. El desarrollo de la tecnología de la información producirá perdedores y ganadores, beneficios para muchos y costos para otros. En este marco, es válido preguntarse cual es el curso de acción ética y socialmente responsable.

La introducción de nueva tecnología de información hace surgir nuevas cuestiones éticas, sociales y políticas que deben ser manejadas a los niveles individuales, sociales y políticos. Estas cuestiones que rodean a los sistemas de información tienen cinco dimensiones morales:

- derechos y obligaciones de información: ¿qué derechos y obligaciones poseen las personas e instituciones respecto a la información sobre ellos? ¿Qué es lo que pueden proteger? Aquí entra en juego la noción de privacidad; la tecnología y los SI son una amenaza al invadirla de forma barata y efectiva. Un ejemplo lo es la vigilancia electrónica a los empleados mientras trabajan.

- derechos y obligaciones de propiedad: ¿cómo pueden ser protegidos los derechos de la propiedad intelectual en una sociedad digital en la que ignorar tales derechos resulta sencillo? Un ejemplo de violación a los derechos de propiedad intelectual relacionado con los SI, es el robo o piratería de software. Es entonces, que las TI actuales, representan un desafío a los regímenes existentes de propiedad intelectual y crean cuestiones de carácter ético, social y político.

➤ calidad del sistema: ¿qué normas sobre la calidad de los datos y de los sistemas deben requerirse para proteger a los derechos individuales?

➤ calidad de vida: ¿qué valores deben ser conservados en una sociedad basada en la información y en el conocimiento? ¿Qué valores culturales y prácticas se ven apoyados por la nueva TI?

➤ responsabilidad y control: ¿quién será el responsable moral y legal por el daño a una persona y a los derechos sobre la información y la propiedad colectiva?

Del análisis ético de los sistemas de información y quienes los administran, se destacan dos conceptos. Primero, la responsabilidad moral por las consecuencias de la tecnología cae en las instituciones, la organización y los administradores individuales, que son quienes eligen el uso de la tecnología. El uso de la tecnología de la información de manera “socialmente responsable” significa que se hace socialmente responsable a alguien de las consecuencias de sus acciones.

Como conclusión se puede afirmar que el administrador debe tener, entre las políticas corporativas de ética, una política de ética en el área de sistemas de información para ayudar a las personas y estimularlas para que tomen las decisiones correctas. Deberá abarcar cuestiones como la privacidad, la propiedad, la responsabilidad moral, la calidad de los sistemas y la calidad de vida.

## 4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

### 4.1 Definición

Bajando el nivel de abstracción de los temas desarrollados en el capítulo anterior, es que se arriba a la concepción de los sistemas de información en el sector salud.

La Organización Mundial de la Salud definió, en 1973<sup>12</sup>, los sistemas de información sanitaria como “el mecanismo para la recopilación, proceso, análisis y transmisión de la información que se precisa para organizar y dirigir los servicios sanitarios y también para la investigación y formación de personal”.

Con los sistemas de información en salud se busca contar con la infraestructura de información relacionada con servicios de atención a la salud que apoye los procesos de decisiones de los gestores de instituciones sanitarias, de los usuarios, de las autoridades políticas y ministeriales, y de otros actores del sistema. También hace de soporte en la aplicación y gestión de programas, en el monitoreo de los resultados y es una herramienta indispensable para la evaluación del funcionamiento, tanto de una institución en particular como del sistema sanitario de un país.

Además es un instrumento que permite describir el estado de salud del individuo o de una comunidad, reconocer las acciones de salud que ejecutan y medir el impacto de las mismas.

### 4.2 Características particulares del sector

La información contribuye a fortalecer la toma de decisiones fundamentadas y favorece la integración en torno a una cultura de gestión informada. Sin embargo, el sistema de información sanitaria afronta el desafío de integrar necesidades informativas diferentes de los responsables de gestionar en sus ámbitos: administrativo, clínico y financiero. El sector sanitario reúne actividades y visiones de distintos profesionales que pueden incluso contraponerse. Por lo que contar con sistemas de información integrados constituye un reto y una oportunidad para desarrollar una cultura informada y responsable.

En la actualidad, la tendencia de los SI sanitaria es a convertirse en sistemas integrados que, por ejemplo, utilicen una base de datos que proporciona un registro médico integrado de datos asistenciales para todos los pacientes y que sea accesible para todos los profesionales médicos y de la salud. Esto, con relación a las organizaciones sanitarias, pero lo mismo sucede con las autoridades sanitarias las cuales intentan integrar datos de los distintos tipos de instituciones prestadores de servicios de salud.

---

<sup>12</sup> World Health Organization. Health Information Systems. Report on a conference. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe. 1973.

Por lo tanto se tiende a considerar la totalidad de las actividades de salud de forma estrechamente vinculada, lo que desafía a los SI a manejar una gran cantidad de información.

Otro aspecto que caracteriza a las organizaciones de salud es el carácter poco programable de las decisiones a tomar. Si se habla de que los nuevos mercados han llevado a las organizaciones a adecuar su proceso de toma de decisiones a raíz del entorno de incertidumbre y cambios continuos, en las instituciones de salud lo antedicho se acrecienta motivado por las dificultades de predecir lo concerniente a la salud de las personas y el rápido avance de la tecnología implicada en el sector.

Es por todo esto, que una correcta gestión de las organizaciones de salud requiere de un sistema de información adecuado para la toma de decisiones y control de las mismas. La meta última y común que se persigue es mejorar la salud de los individuos mediante la aplicación del conocimiento generado por los sistemas de información, y colaborar con los organismos relacionados con la salud a alcanzar sus objetivos.

#### **4.3 *¿Qué papel juega la información en el Modelo de Atención a la Salud?***

Por modelo de atención se entiende “la manera en que un país organiza sus recursos para atender la salud de su población. Se puede entender como la respuesta que cada país da con el propósito de solucionar los problemas o necesidades relacionadas con el proceso salud-enfermedad.”<sup>13</sup> Esta respuesta es el fruto de la conjunción de varios factores, la mayoría de ellos tienen directa dependencia con el sistema de información.

Para conocer y así poder elegir el modelo a la “medida” de cada país, es necesario contar con sistemas de información que permitan conocer: las características culturales, demográficas, epidemiológicas, socioeconómicas, geográficas y naturales del país. A su vez, cada modelo va sufriendo cambios atendiendo a condiciones cambiantes que lo rodea, por lo que la información deberá acompañar estos cambios de forma que sea útil a cada momento.

Para lograr que la atención a la salud sea la deseada, se pautan varios atributos, de los cuáles vale resaltar dos, que tienen a la información como insumo para operar: la eficacia y el balance entre el ejercicio de las libertades del usuario y racionalización del sistema.

Por un lado, un modelo de atención a la salud resulta eficaz cuando es factible medir con índices apropiados cada servicio, en relación con los resultados sobre la mortalidad, morbilidad y calidad de atención, de modo de tener una medida del logro de los objetivos. Para la obtención de éstos índices se requiere un SI que responda a tales requerimientos.

---

<sup>13</sup> Jornadas: Debate “Universidad de la República: Convocatoria Nacional para las Estrategias de Salud”, Revista de la AQFU. Año VII Segunda Época Nº 23 Diciembre de 1998. Extraído de Cátedra: Economía y Gestión de la Salud. Tomo 2. Cursos 2007. Facultad de Ciencias Económicas y Administración, pp. 187-200.

Por otro lado, la información se hace imprescindible para que las personas puedan ejercer su derecho de libre elección de tratamientos o profesional tratante, por ejemplo, que modo de estar completa y claramente informado. Pero en muchas ocasiones este nivel de información resulta difícil de alcanzar, produciéndose una asimetría de información que coloca al usuario del servicio de salud en relación de dependencia con los profesionales o instituciones, quienes tienen el dominio de la información. Sin embargo, los recursos son finitos, poniendo límites a la disposición de los mismos que pueden no ser percibidos por los individuos. El modelo de atención debe entonces lidiar entre ambos intereses, para alcanzar el equilibrio y lograr una adecuada atención a la salud; equilibrio que requiere entre otras cosas un nivel de información importante.

Sin ser éste un análisis completo, alcanza para dejar constancia de la interdependencia que existe entre la elección de un adecuado modelo de atención a la salud de un país y la disposición de un completo y eficaz sistema de información en salud.

#### **4.4 Proceso y Roles**

Para comprender los procesos informacionales que ocurren en toda organización y en particular, en los relacionados al sector de la salud, es necesario primero conocer el “circuito de la información” que involucra a los productores (de diversas profesiones), a los intermediarios (informáticos, gestores de datos, Técnicos en Registros Médicos) y a los usuarios (intermedios, finales, individuales, grupales o institucionales). Esto tres roles tienen responsabilidades y calificaciones diferentes que en algunos casos pueden coincidir en las mismas personas. El desafío de los productores e intermediarios, quienes son los responsables de la generación y transferencia de la información, será articular respuestas satisfactorias a las necesidades de los usuarios finales, reales o potenciales. Debe haber una relación estrecha entre los principales usuarios y productores para que la información esté adecuada al tipo de datos requeridos, con un grado de desagregación acorde, y el nivel de calidad y oportunidad que responda a las necesidades de cada fase del proceso de gestión en salud.

Se conceptualiza a los sistemas de información como un proceso que involucra varios actores y que trabaja en tres grandes áreas: insumo, proceso y producto. La alimentación o insumo captura o recolecta datos dentro de la organización o del entorno que la rodea. El procesamiento transforma estos datos primarios a algo que tenga más sentido. En línea con lo que planteó R.S. Taylor en 1986<sup>14</sup>, se crea un proceso de agregación de valor de estructura piramidal en el que se parte del relevamiento y almacenamiento de datos; a partir de esa situación se construyen indicadores y datos estadísticos (ya implica conocer los usuarios reales o potenciales) para luego utilizarlos en situaciones concretas.

El producto o salida transfiere la información procesada a las personas o actividades donde deba ser empleado, bajo la forma de informes, documentos, análisis, respuestas estructuradas,

---

<sup>14</sup> Robert S. Taylor. Valued – added processes in information systems. Norwood, N.J. Ablex Publishing Co. 1986.

entre otros. Las estadísticas son una de las salidas más utilizadas de los sistemas de información aplicados a la salud. El producto de estos sistemas será información tanto para uso interno como así también para usuarios que están por fuera de la organización y la periodicidad en que es emitido depende del objetivo que tenga.

Para cerrar el “circuito”, los sistemas de información también requieren de retroalimentación, que es el producto regresado a personas indicadas dentro de la institución para ayudarles a evaluar o a corregir la etapa de alimentación o insumo. Este *feedback* resulta trascendente para que el sistema corrobore que el insumo cumpla con los requerimientos que el producto exige y para que éste le indique posibles cambios que se deben contemplar sobre los datos a recabar.

Se concluye entonces que, analizar la información en el sector Salud implica considerar varios actores que mediante la agregación de valor transforman la información que proviene de las personas, de los servicios y de los sistemas, en acciones concretas, ya sean acciones concretas de salud o la elaboración de informes, análisis, proyectos, evaluaciones, entre otros.

Es dable resaltar que en un primer momento, la información satisfacía la necesidad de crear valores informativos básicos: la historia clínica, documentación, información clínico-administrativa, para clientes tales como la Gerencia, la Dirección Médica, Jefes de Archivo y documentación, y algunos otros más. En la actualidad, los modelos informativos han evolucionado, junto con la organización y la tecnología de forma de permitir que la información sea más que un instrumento o un recurso; que sea un servicio para nuevos clientes. El cliente del SI es todo aquel que tenga que tomar decisiones: un profesional (médicos, administradores, enfermeros, contadores, informáticos, analistas de RRHH), la organización como entidad, el ciudadano, las autoridades sanitarias.

Para que esta concepción sea sostenible es necesario que la Dirección de la institución cambie su visión de los sistemas de información como una herramienta para atender, hacia la idea de satisfacer una necesidad con los mismos. Desde una actitud reactiva hacia una proactiva acerca de los sistemas de información. Así, es posible que los SI generen mejoras en los resultados en el campo de la salud, en el acceso a los registros médicos, en la comunicación con las autoridades y con los usuarios, en la calidad y seguridad de los datos y en la utilización y manejo de la información.

#### **4.5 Clasificación de la información en el área de la salud**

La temática de información es muy amplia, abarca aspectos tales como: población, problemas y niveles de salud, el sector y las instituciones, la oferta de servicios, el financiamiento, las inversiones, la articulación intra e intersectorial, entre otros.

Para cubrir estas diferentes temáticas se requiere información referente a: factores condicionantes y recursos, organización y funcionamiento del sector, políticas y normativa, el conocimiento de las tendencias al crecimiento de la población, al envejecimiento y de las patologías predominantes, la descentralización política y administrativa, el crecimiento de los



costos en la atención en salud y a los cambios en la organización de las autoridades de la salud pero así también en las instituciones prestadoras de servicios. Una forma de agrupar el amplio espectro de información que se maneja el sector salud es en base a las áreas a la que refiere, obteniendo la siguiente clasificación:

➤ Información sanitaria

Incluye todo lo relativo a los recursos físicos y al uso que se hace de ellos. Por ejemplo: camas del hospital, consultas externas, intervenciones quirúrgicas, enfermos asistidos, mortalidad, infecciones hospitalarias, entre otras.

➤ Información de personal

Personal directivo y administrativos, médicos, auxiliares de enfermería, otro personal sanitario; vacantes que se producen, absentismo, gasto de personal según su naturaleza, entre otros.

➤ Información administrativa-contable y económica

Tesorería, balance de situación, índices económico-financieros, obligaciones con proveedores, facturación, organización de atención al usuario, y costes por producto (por estancia, por consulta, por paciente, etc.), manejo de materiales.

➤ Información sobre seguridad hospitalaria

Son ejemplos la información sobre: incidencias, estado de las instalaciones y planes de seguridad.

➤ Información legal

Normativa referida al sector, a las instituciones, asociaciones y a los usuarios de la salud.

➤ Información originada en investigación clínica.

Incluye por ejemplo los hallazgos de la investigación epidemiológica, la cuál es la base para la elaboración de indicadores de infecciones hospitalarias.

Resulta oportuno mencionar que no todos los tipos de información se encuentran disponibles para todos los integrantes del sector sanitario. En este sentido, las autoridades sanitarias del país hacen uso de información macro, otorgándole conocimiento acerca del nivel de salud nacional, la eficiencia del sistema, el grado de cumplimiento de los objetivos de las políticas aplicadas, entre otros aspectos.

Para los directivos de las instituciones prestadoras de servicios de salud, el nivel de agregación de la información es menor, por ejemplo, les será importante que la información que obtengan le permita entre otras cosas:

- ✓ estar en conocimiento de la situación presente para determinar los logros y fracasos según las metas propuestas
- ✓ planificar nuevos objetivos
- ✓ controlar la gestión de los diversos recursos
- ✓ realizar análisis comparativos con el resto del sector

A nivel micro, se encuentran los profesionales clínicos que cuentan con informes parciales para evaluar la práctica clínica, para controlar su efectividad en el tratamiento de los pacientes, la demanda de servicios, entre otros.

## **4.6 Indicadores en salud**

### **4.6.1 Concepto y clasificación**

Se parte del concepto planteado por la AECA<sup>15</sup>, que define a los indicadores como “unidades de medida que permiten el seguimiento y evaluación periódica de las variables claves de una organización, mediante su comparación con los correspondientes referentes internos y externos”.

La medición en un sector como es la salud, en el cual el volumen y diversidad de datos que se manejan es muy grande, es una actividad fundamental. Los indicadores son un instrumento para ello. Se elaboran indicadores hospitalarios que reflejan aspectos concretos de la actividad, tanto en lo que refiere a la producción de servicios como a la calidad de los mismos; capturando información relevante sobre distintas dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud. Estos indicadores serán una herramienta no sólo para informar acerca de la realidad sino también para tomar decisiones y establecer prioridades al momento de la resolución de problemas. Constituyen parámetros que permiten el seguimiento, control y evaluación de las variables claves de una organización, mediante su comparación con los referentes internos y externos.

La lista de posibles indicadores sanitarios es muy amplia a su vez un mismo indicador puede servir para diversas áreas de gestión y usuarios, por lo tanto, al seleccionarlos es importante saber la necesidad de información de la institución, tener presente en qué procesos de utilizarán y quiénes serán los que tomarán las decisiones y evaluar la relación costo beneficio de su obtención. Una clasificación de indicadores útiles para gestionar servicios e instituciones de salud es como se expone en el siguiente cuadro, según el área o la función en que se van a utilizar.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (AECA). Indicadores de gestión para las Entidades Públicas. Principios de Contabilidad de Gestión, Documento 16. Madrid 1997, p. 31.

<sup>16</sup> Bodart, Claude; Shrestha, Laura. Identifying information needs and indicators. Cap. 4. World Health Organization, Geneva 2000 pp. 49 - 72.

Área /Función	Indicadores
Gestión	De planificación, programación, de gestión administrativa, clínica, financiera.
Temática	De población, de contexto de sistemas y servicios, de recursos.
Proceso Productivo	De estructura, tecnología, proceso, de resultados.
Uso por la población	Distribución del recurso y uso, necesidad de atención en salud, demanda.
Calidad de los servicios	De eficiencia, efectividad, equidad, ética de la atención.

Otra posible clasificación de indicadores puede ser en función de la materia que pretenden medir, identificando entre otros<sup>17</sup>:

- Indicadores de empleo de recursos personales y tecnológicos
- Indicadores económicos
- Indicadores de medicina preventiva
- Indicadores de calidad de los resultados asistenciales. Dentro de ellos se diferencian los de hospitalización y los de consultas externas.
- Indicadores de hospitalización (estancia media, índice de ocupación, índice de reingresos, etc.)
- Indicadores de consultas externas (listas de espera, relación entre primeras consultas y revisiones, porcentaje de altas, etc.)

En ambas clasificaciones se mencionan indicadores que no constituyen un listado taxativo sino ejemplos de las mismas.

Se destaca el uso de indicadores que midan conceptos tales como: eficacia, eficiencia, impacto, equidad, excelencia, evolución sostenible y entorno. Este tipo de medidas no financieras, tanto cualitativas como cuantitativas buscan mejorar y cuantificar el desempeño de la gestión en centros asistenciales.

Asimismo, teniendo en cuenta la importancia en la actividad sanitaria del nivel técnico de sus recursos humanos, cobran importancia los indicadores que muestren la experiencia, tipo de práctica así como también la formación del personal del establecimiento de posibilitar la gestión del conocimiento.

Para cualquier indicador que se utilice es necesario definir un estándar, es decir, un nivel óptimo de cumplimiento según un criterio. Lo que hace el estándar es dejar de manifiesto qué valores del indicador se consideran aceptables y cuáles no. El uso de estándares colabora con las tres actividades que comprende un S.I. mencionado anteriormente. Por un lado, definir estándares exige la determinación de requerimientos mínimos de seguridad y para la

---

<sup>17</sup> Norverto C.; Villacorta, M. Evaluación de la Asistencia Sanitaria. Anales del VIII Congreso del Instituto Internacional de Costos. Punta del Este, Uruguay 2003. Extraído de Costos y gestión en servicios de salud: una revisión de la literatura. QUANTUM, Vol.III N°1. Marzo 2008, p.71.

protección de la confidencialidad, por lo que cuál aumenta la calidad del insumo. Por otro lado, colaboran con el procesamiento de la información; y por último de la comparación del indicador con su estándar, se podrán realizar diagnósticos, determinar necesidades, definir políticas, programas, realizar comparaciones a nivel nacional o internacional, por lo tanto, potencia la salida o producto del S.I.

#### 4.6.2 Cuadro de Mando Integral

Muchas organizaciones de salud están utilizando una herramienta integral de control de gestión que reúne datos e indicadores expuestos en gráficos y tablas: el Cuadro de Mando Integral cuyos autores son Robert Kaplan y David Norton<sup>18</sup>. Constituye un nuevo marco o estructura que integra indicadores derivados de la estrategia de la propia organización. Por ello, la estructura del cuadro es propia de cada institución ya que está condicionado por sus actividades y objetivos. Se traduce la estrategia en objetivos e indicadores específicos lo que permite clarificar y comunicar la misma, y vincular objetivos estratégicos de largo plazo con los planes anuales.

La idea en que se fundamenta la elaboración del Cuadro de Mando es dejar en evidencia que ya no alcanza con gestionar únicamente con indicadores financieros sino que es necesario guiarse por un sistema de medidas no financieras.

Los autores en particular identifican cuatros perspectivas desde las cuales se trabaja:

- Perspectiva del usuario
- Perspectiva de Procesos Internos
- Perspectiva de aprendizaje y desarrollo
- Perspectiva Financiera

Para cada una de ellas se elaboran objetivos específicos que ponen de manifiesto los aspectos claves para cumplir con cada perspectiva. A su vez para cada objetivo se deben determinar una serie de indicadores que darán cuenta en su conjunto del grado de cumplimiento del objetivo que pretenden medir.

Se integran estas cuatro perspectivas para poder gestionar el presente y planificar el futuro, complementa los indicadores financieros de la actuación pasada con medidas de actuación futura. Pone en evidencia las informaciones precisas, y la más relevante del período dirigida a los objetivos deseados. Permite además, el monitoreo continuo de la organización, obteniendo retroalimentación que permite tomar medidas de mejora. En algunos casos también el Cuadro expone la información relacionándola con previsiones realizadas o normas; permite observar tendencias y presentar información comparativa.

---

<sup>18</sup> Kaplan Robert; Norton David. Cuadro de Mando Integral. Ediciones Gestión. Barcelona 2000 p.31.

Por lo tanto, este conjunto de datos e indicadores que exponen de forma sintética información significativa constituye un instrumento de información y de gestión para aquellas instituciones sanitarias que lo utilicen. A nivel internacional, las instituciones de salud ya han comenzado el proceso de formulación de su propio Cuadro de Mando Integral, mientras que a nivel nacional éste sólo ha ocurrido en muy pocas instituciones.

#### **4.7 Sistemas de información: herramienta para la toma de decisiones y control**

Como ya se mencionó en varias oportunidades, la gestión de una entidad de salud apoyada en un SI adecuado, sirve de base para la toma de decisiones y el control. Los SI deberán colaborar con la gestión de administrador brindándole información interna (de la organización y del usuario) y del ambiente externo. Por ejemplo, por el lado del usuario del servicio de salud se deberá proveer información sobre<sup>19</sup>:

- Identificación del paciente: datos personales, perfil de la enfermedad, nivel de severidad.
- Servicios que requiere: asistencia programada o urgente, atención ambulatoria u hospitalaria.
- Procedimientos realizados: diagnósticos, quirúrgicos, terapéuticos.
- Profesionales intervinientes
- Protocolos asistenciales

Por el lado de las actividades propias de la entidad de salud, el SI deberá proveer datos sobre:

- Disponibilidad y características de los diferentes recursos.
- Volúmenes de producción y niveles de producción alcanzados
- Costos asociados a la prestación de servicios que ofrece
- Otros indicadores para medir la gestión

En relación al ambiente externo, el SI deberá proveer información sobre:

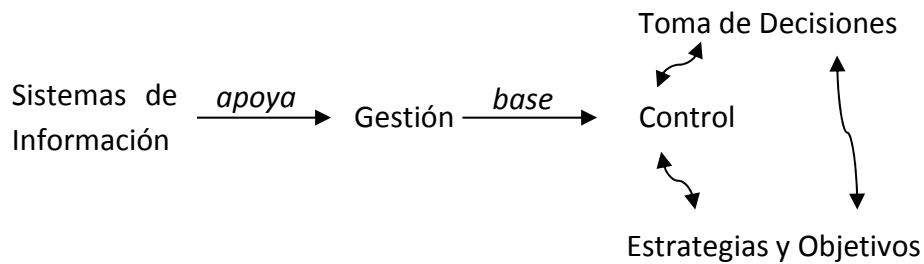
- Aspectos demográficos y socio-económicos del área
- Estado de salud de la población medido en indicadores de morbilidad y mortalidad.
- Los demás efectores y servicios de salud se ofrecen a la población

Es entonces que, de la obtención de datos e información confiable, los administradores y gestores de centros de prestación de servicios sanitarios, tendrán recursos para analizar la eficacia y eficiencia de los mismos, tomar decisiones al respecto y controlar el desempeño.

---

<sup>19</sup> Esperalba, J; Borrás, P.; Rovira, P. Análisis del papel de los SI en la gestión hospitalaria. Full Economics. Sistema Sanitario. Barcelona 1996. Extraído de Costos y gestión en servicios de salud: una revisión de la literatura. QUANTUM, Vol.III Nº1. Marzo 2008, p. 67.

El concepto de control está estrechamente ligado a la estrategia y objetivos que las instituciones se fijan, de modo que el control intenta alinear el comportamiento y la toma de decisiones hacia las metas. Gráficamente, esta idea se puede reflejar de la siguiente forma:



#### 4.8 Uso de Tecnologías de la información en la Salud

El uso de información integrada dentro de cada institución de salud y su intercambio con otras, pone en evidencia la importancia de contar con programas interconectados, criterios comunes de recolección y armado de datos, lenguajes informáticos compatibles, normas de intercambio de datos, entre otros.

La tecnología potencia el desarrollo de estos aspectos mediante el uso de redes digitales de información y servicios, el desarrollo de nuevos software de aplicaciones, la transmisión de datos médicos de pacientes de alto volumen, intercambio electrónico de datos, la comunicación y distribución de información digitalizada, entre otros. Así también, la introducción de tecnología informática ha hecho posible la tan buscada reducción de costos en las instituciones. Sin embargo, es importante resaltar que la introducción de tecnología no siempre constituye una solución, no sólo porque la tecnología es costosa sino porque muchas veces se opta por ella sin antes evaluar las causas del problema. Incluso en instituciones de salud pequeñas puede no justificarse el uso de tecnologías muy modernas.

De lo que son las principales tendencias de las TI, resulta interesante describir aquella que tiene directa aplicación en el sector salud y que potencia la integración e intercambio de datos entre los distintos participantes del sector: la Historia Clínica Electrónica (HCE).

Si partimos de la definición de Historia Clínica, se dice que es un “conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con el objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente...”<sup>20</sup>

Sin embargo la utilidad que adquiere la HC va a depender fundamentalmente del soporte que lo sustente, siendo notables las ventajas de contar con sistemas de gestión electrónica HC.

---

<sup>20</sup> Sistemas de Información Gerencial Aplicados a la Salud. Unidad 7: SIG aplicados a Micro-Gestión, página 8. Profesores: Cr. Enrique Triay, Dra. Ima León, Dr. Juan Dogliotti. UDELAR, Diploma de Postgrado de Gestión de Servicios de Salud, Edición 2007-2008.

Ventajas de la Historia Clínica Electrónica
Documenta el proceso asistencial
Permite la carga única del dato
Da acceso simultáneo a varias personas
Da acceso concurrente desde varios lugares
Da acceso rápido en tiempo real
Carga cerca del paciente en lugar y tiempo
Desagrega la información según criterios de indexación

Fuente: Sistemas de Información Gerencial Aplicados a la Salud. Unidad 7: SIG aplicados a Micro-Gestión.  
 Profesores: Cr. Enrique Triay, Dra. Ima León, Dr. Juan Dogliotti.  
 UDELAR, Diploma de Postgrado de Gestión de Servicios de Salud, Edición 2007-2008.

Los beneficios de la HCE no se agotan en la lista presentada en el cuadro anterior; la integración horizontal entre distintas unidades y la transferencia de información entre instituciones son otras ventajas que brinda.

A nivel internacional el uso de HCE es bastante difundido, a modo de ejemplo en Canadá los ciudadanos cuentan con una tarjeta electrónica personal que almacena su historia clínica, permitiéndoles identificar su situación sanitaria en cualquier lugar del país.

Esto no significa que su implantación sea simple, hay factores que deben estar presentes para que ello sea posible, de hecho, es importante que existan procedimientos que respalden la introducción y el mantenimiento de la tecnología, que se evalúe el costo – beneficio de su puesta en práctica y una cultura organizacional o incluso una política nacional que sustente y respalde el uso de Historias Clínicas Electrónicas.

La instituciones tienen aquí un claro desafío en el uso tecnología de la información en el sector salud, ya que deberán visualizar las ventajas que genera la utilización de HCE y realizar esfuerzos en vías de implementar este sistema de gestión de los registros médicos, siempre y cuando resulte justificable.

### 5 SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD EN URUGUAY

#### 5.1 Contexto de Reforma del Sistema de Salud

El Uruguay se encuentra en pleno desarrollo de una reforma de la salud que ha venido generando cambios desde el año 2005, a partir de una nueva administración de gobierno que plantea como uno de sus pilares la ejecución de una profunda reforma del sector de la salud.

A partir de del 1º de enero del 2008 se implementa el llamado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el cual trae aparejado una profunda reestructura del sector en todos sus ámbitos: económico, financiero, asistencial, médico, organizacional, de recursos humanos y de gestión.

En este sentido, se busca reactivar el rol del Ministerio de Salud Pública (MSP) como rector del sistema, para lo cual exige mayor información como herramienta fundamental para llevar a cabo sus planes.

En particular, el sistema de información en salud enfrenta el desafío de adaptar su funcionamiento y el conjunto de indicadores que produce a las necesidades originadas en el proyecto de reforma del Sistema de Salud. “El SNIS se construye y se controla, se construye por el lado de las cápitras y las metas y se controla por el lado del sistema de información”.<sup>21</sup> Es entonces que, en un escenario de políticas activas como lo propone la reforma, la información se convierte en un esqueleto central del proceso de cambios.

Como parte de los cambios en la gestión del sistema de salud, se prevé desarrollar un sistema de información integrado para la totalidad del sistema. Dicho sistema deberá conectar las distintas partes: aseguradores de salud, usuarios del servicio y entes reguladores.

Este Sistema de información debería tener como principales objetivos:

- Apoyar la gestión estratégica y operativa a través de la utilización de datos estadísticos confiables.
- Facilitar el desarrollo de indicadores a partir de la centralización de información de las distintas instituciones en una base de datos común y su análisis posterior.
- Mejorar el control sobre la totalidad del sistema y su evolución.

---

<sup>21</sup> Ec. Daniel Olesker. Director General de Secretaría del MSP. Entrevista realizada por el autor, Abril 2009.



## 5.2 Estructura del Sistema Sanitario a partir del Sistema Nacional Integrado de Salud

El órgano rector del sector salud es el **Ministerio de Salud Pública**, cuyos cometidos previstos en la Ley Orgánica de Salud Pública Nº 9.202 de 1934, son los siguientes:

En materia de higiene:

- “Adoptar todas las medidas necesarias para mantener la salud colectiva y la ejecución de éstas por el personal a sus órdenes.
- Determinar las condiciones higiénicas que deben cumplirse en los establecimientos públicos, privados y habilitaciones colectivas.
- Difundir el uso de vacunas y sueros preventivos
- Reglamentar y controlar el ejercicio de la medicina, farmacia y profesiones derivadas y los establecimientos de asistencia y prevención privados.
- Ejercer una política higiénica de los alimentos y propender a la educación sanitaria del pueblo”.

En materia asistencial:

- “Organizar, administrar y controlar el funcionamiento de los servicios destinados al cuidado y tratamiento de enfermos.
- Reglamentar y vigilar el ejercicio de las profesiones y el funcionamiento de las instituciones de asistencia y sociedades mutuales”.

Además de sus funciones esenciales: vigilancia en salud, el manejo de programas nacionales y policía sanitaria (habilitación, control de procesos, registros), le compete según el artículo 2º de la Ley 18.211 la implementación del SNIS. A estos efectos, el MSP deberá<sup>22</sup>:

- A. “Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.
- B. Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.
- C. Controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.
- D. Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- E. Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.
- F. Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.

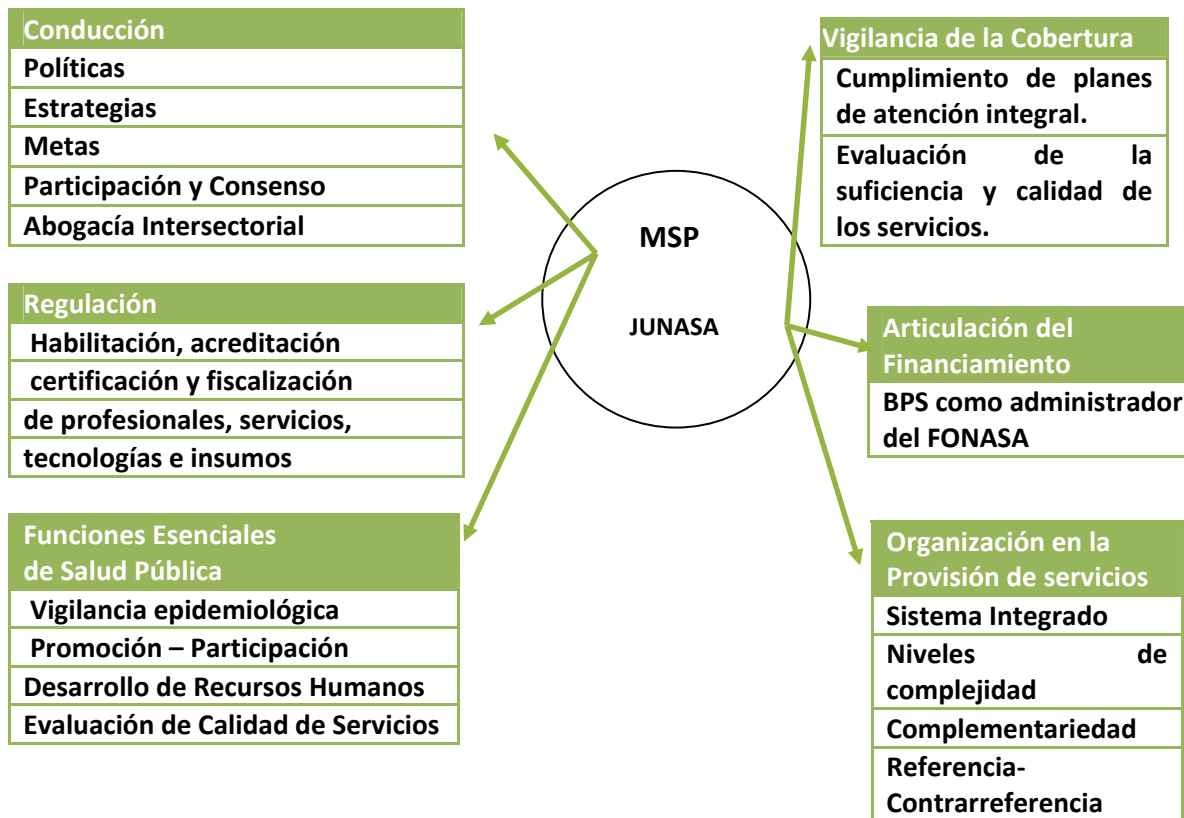
---

<sup>22</sup> Artículo 4º de Ley 18.211.

- G. Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.
- H. Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.
- I. Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.
- J. Las demás atribuciones que le otorga la presente ley, la Ley N° 9.202 “Orgánica de Salud Pública”, de 12 de enero de 1934, y otras disposiciones aplicables”.

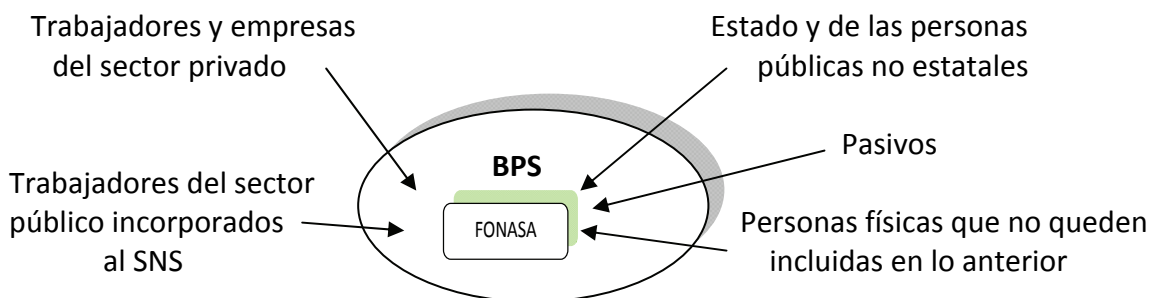
Haciendo referencia al literal F mencionado, se puede deducir que el nivel de rectoría que el M.S.P. debe asumir en el proceso de reforma requiere además del importante cambio normativo, el contar con información que posibilite tomar las decisiones con el mayor nivel de conocimiento que sea posible.

Creado dentro del ámbito del MSP, pero constituyendo un organismo desconcentrado se ubica, la **Junta Nacional de Salud (JUNASA)**, cuyos cometidos serán planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema y administrar el Seguro Nacional de Salud (SNS). Asimismo, será el organismo encargado de vigilar el cumplimiento de los Contratos de Gestión que firman las instituciones incluidas en el SNIS y que centraliza las principales exigencias del nuevo sistema. Incluso la Junta, en caso de incumplimientos tiene la potestad de decretar sanciones de diverso tipo. Con este organismo, el MSP fortalece notablemente sus competencias de conducción del sistema. Un cambio sustantivo que planteó la reforma, fue potenciar el rol regulador del Estado en el desarrollo de este bien público que es la salud. La creación de la JUNASA responde a este objetivo. De hecho el MSP cuenta con una nueva estructura que le permite monitorear el cumplimiento de las obligaciones, a partir de la cual la Dirección General de Salud (DIGESA) y la División de Economía de la Salud analizan distintos aspectos del desempeño de los prestadores, sobre los cuales la JUNASA puede aplicar sanción.



Fuente: La Construcción del Sistema Integrado de Salud 2005-2009. Uruguay Saludable – MSP

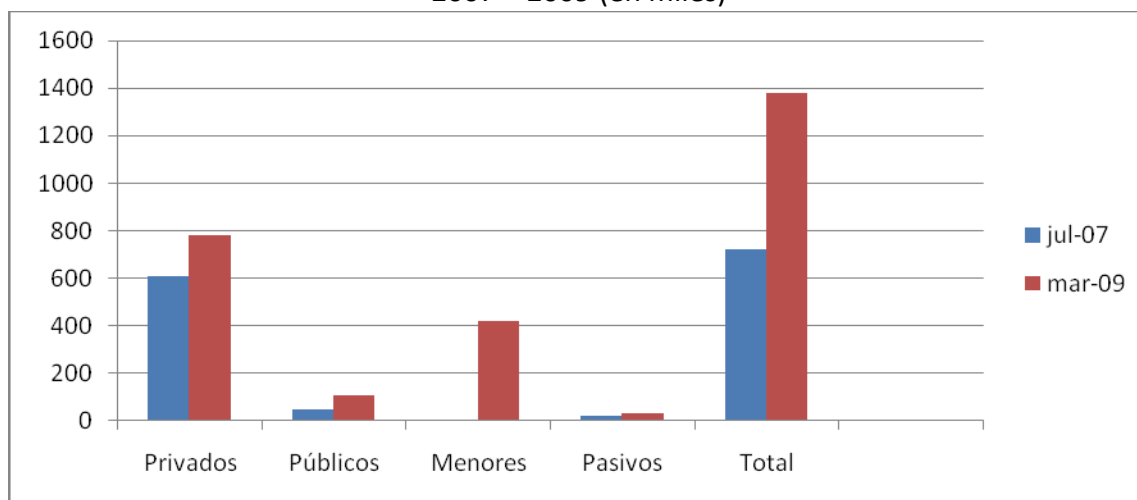
Otro pilar de la estructura del sistema de salud del país es el **Fondo Nacional de Salud**. Es un fondo único que recepciona los aportes obligatorios y actúa como sujeto activo de las contribuciones especiales de seguridad social que constituyen los recursos de dicho fondo. El FONASA financia el Seguro Nacional de Salud y se nutre de los aportes de:



Resulta importante dejar plasmado lo que significa la cantidad de personas incluidas en el FONASA, las cuales pasaron de ser poco menos de 600 mil personas en el año 2005 (bajo el viejo régimen – ex DISSE) a incluir a 1.410.000 uruguayos aproximadamente. De éstos, casi 450 mil son hijos o hijas de trabajadores que muchos no tenían cobertura integral. En el caso de los jubilados, en tan sólo 12 meses de vigencia del SNIS se incorporaron 20 mil nuevos jubilados.

Estos datos ayudan a comprender la dimensión que adquiere el FONASA en la actualidad.

Afiliados FONASA por grupo  
2007 – 2009 (en miles)



Fuente: La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005 – 2009. Uruguay Saludable - MSP

Los prestadores de servicios de salud en Uruguay se estructuran en dos sectores: público y privado.

El sector público está integrado por:

- i. La **Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)** que constituye la principal red de servicios a nivel nacional, prestando asistencia en todos los niveles de atención. En términos generales, toda la población tiene derecho a recibir atención por parte de ASSE aunque si se remite al artículo 44 de la Constitución, se deduce que se garantiza la atención de indigentes, por lo tanto, sólo aquella persona que certifica condición de carencia de recursos puede acceder de forma gratuita. En cuanto a los servicios, al año 2006 ASSE contaba a lo largo de todo el país con: 48 hospitales generales; 11 hospitales especializados; 170 policlínicas y 27 centros de salud.
- ii. Aquellos que ofrecen un paquete de asistencia integral, entendiéndose por esto aquel que integra la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación:
  - a) **Sanidad Militar y Sanidad Policial**, que brindan cobertura a los funcionarios y ex funcionarios y sus familiares del Ministerio de Defensa y el Ministerio del Interior.
  - b) **Hospital de Clínicas**, propiedad de la Universidad de la República donde se realiza tareas de enseñanza e investigación.
  - c) Servicios de algunas Empresas Públicas cuya cobertura está restringida – según el caso – a funcionarios, jubilados y familiares de estos.

- iii. Aquellos que brindan un paquete de prestaciones parciales o que atienden riesgo específicos:
  - a) **Banco de Seguros del Estado (BSE)**, que tiene a su cargo principalmente la atención de trabajadores asegurados por accidentes de trabajo.
  - b) **Servicios de Salud de las Intendencias Municipales (SSIM)**, que brindan servicios de Atención Primaria en Salud principalmente a la misma población que se atiende en ASSE.
  - c) **Banco de Previsión Social (BPS)**, que atiende directamente a hijos y cónyuges embarazadas de trabajadores formales que cotizan a la seguridad social.
  - d) **Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAES)**, que brindan prestaciones de enfermedades de baja frecuencia y alto costo, teniendo acceso a las mismas todas las personas que aporten una cuota al Fondo Nacional de Recursos (FNR) o paguen las prestaciones.
  - e) Servicios de algunas Empresas Públicas cuya cobertura está restringida – según el caso – a funcionarios, jubilados y familiares de estos.

El sector privado está integrado por:

- i. Las **Instituciones de Asistencia Médica Colectiva** son los prestadores privados más importantes que actúan como seguros de prepago con una cobertura de servicios de salud integral. Funcionan como aseguradores y prestadores de servicios, cualquiera sea su modalidad legal adoptada (asociaciones asistenciales o mutuales, cooperativas de profesionales o servicios de asistencia). Son organizaciones sin fines de lucro, tienen autonomía jurídica y administrativa, pero están fuertemente reguladas (Decreto Ley 15.181 del 21 de agosto de 1981).

Al igual que en el caso de ASSE para el sector público, las IAMC son instituciones que concentran la mayor parte de la demanda privada de servicios de salud. En el año 2006 existían 41 IAMC en todo el país, ubicadas 12 en Montevideo y el resto en el interior del país.

Se puede distinguir dos realidades diferentes: en la capital las IAMC son prácticamente independientes unas de otras, y la situación financiera es altamente inestable; en el interior existe la Federación Médica del Interior (FEMI) con 23 instituciones, con una situación financiera estable y con proyectos en vías de optimizar su intercambio.

Más allá de esta distinción, el sector mutual que venía de un colapso generado por las políticas desregulatorias de los '90 con el golpe final en la crisis del 2002, hoy, dicho sector se ha estabilizado (salvo alguna excepción) creciendo en ingresos y en afiliados, ha incrementado los puestos de trabajo médicos y no médicos. Todo ello le ha permitido mejorar la calidad de su atención en la salud y un sistema de salud más estable en general.

- ii. Las **Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular**. Estas instituciones ofrecen una cobertura parcial o total, a cambio de un prepago, y que a diferencia del caso de las IAMC están poco reguladas por el Estado.

Los seguros de cobertura total se tratan de empresas que brindan una canasta de prestaciones que tiene como piso la ofrecida por las IAMC, pero con una cuota que es mayor a la que cobran estas instituciones. En general, este tipo de IAMPP cubre a la población que proviene de los estratos socioeconómicos más altos, que buscan atención más personalizada y mayores comodidades.

Los seguros de cobertura parcial, sean médicos o quirúrgicos brindan a sus afiliados una canasta menor a la ofrecida por las IAMC, que básicamente se concentra en prestaciones del primer nivel de atención buscando resolver situaciones de escasa complejidad de forma rápida, evitando así la necesidad de estar afiliados a una IAMC.

Luego, también bajo una modalidad de seguro parcial, se encuentran las **Emergencias Móviles**, las cuales surgen en Montevideo con el objetivo de cubrir servicios especializados de atención de emergencia.

Finalmente, un caso particular son los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que son prestadores privados o públicos que realizan actividades de alta complejidad que requieren una importante concentración de recursos humanos y materiales por pacientes. Estas instituciones en el caso del sector privado son muchas veces propiedad de las propias IAMC siendo contratadas por el Fondo Nacional de Recursos. El Fondo es una persona pública no estatal que brinda cobertura financiera a procedimientos de medicina altamente especializada a toda la población del Uruguay.

### **5.3 Análisis de la Normativa de la Reforma de la Salud**

A continuación se hace una descripción breve acerca de la normativa más significativa que surge a raíz de la reforma y la vinculación de la misma con los SI.

#### **Ley Nº 18.131<sup>23</sup>**

Creación del Fondo Nacional de Salud y ampliación de la cobertura de salud a través de la Seguridad Social. Se le llamó “la ley chica” y dio creación al Fondo Nacional de Salud (FONASA) el cual reúne a todos los fondos de la seguridad social destinados a financiar servicios de salud, establece la forma como se financiará el nuevo sistema.

El FONASA es administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) y este deberá remitir en forma mensual tanto al MSP como al Ministerio de Economía y Finanzas la información relacionada a la gestión del FONASA. El Fondo financiará el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS, de los jubilados del BPS que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la Ley 16.713, del 3 de setiembre de 1995; de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado. Es entonces, que los trabajadores

---

<sup>23</sup> Aprobada el 10/02/2007. Publicada en el Diario Oficial el 31 de Mayo del 2007

públicos que hasta ahora no estaban cubiertos en materia de salud pasan a tener cobertura sanitaria a través del BPS.

Se incorpora a las ASSE como una nueva opción asistencial aumentando las opciones para los beneficiarios de la seguridad social. Dicha opción es inmediata para los nuevos afiliados a la seguridad social.

Se uniformizan las cuotas salud que paga el B.P.S. El FONASA pagará a las instituciones que se encuentren incluidas en el nuevo sistema, cuotas salud ajustadas por riesgo (edad y sexo) y se paga un complemento por metas prestacionales con el cumplimiento de programas. Es decir, el componente cápita hace referencia al precio que se pagará por cada beneficiario teniendo en cuenta sus características de edad y sexo. Se determina el valor de la cápita base y se ajusta según estas variables.

Se establece además que para que los prestadores de salud puedan cobrar las cuotas salud, deben presentar ante el BPS el certificado del Sistema Nacional de Información (SINADI) que mensualmente emite el MSP. La no presentación del certificado provocaría la suspensión del pago de las cuotas salud. Para su obtención las instituciones deberán cumplir con los requerimientos de información que establece el SINADI.

#### **Ley 18.161**<sup>24</sup>

Descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado. Esta ley descentraliza ASSE del M.S.P., creando un ente autónomo que se encargará de gestionar la prestación de servicios en el sector público.

El fundamento de esta descentralización es que la administración de las instituciones públicas de asistencia médica no se encuentre en el ámbito del MSP., para reservar a esta autoridad sanitaria el rol de determinación de políticas en salud y el control de la gestión. Es por esta razón que el proceso de descentralización de ASSE es un elemento central en la organización del sistema de atención a la salud, es decir tiene un significado de carácter estructural y organizacional.

Se separan las funciones de rectoría y de prestación de los servicios de salud. ASSE organizará y gestionará de manera descentralizada los servicios de salud que anteriormente integraban el M.S.P., con el objetivo de constituir a ASSE como un prestador integral del proyectado Sistema Nacional Integrado de Salud. Se le busca dar el marco jurídico adecuado, y las herramientas de organización y gestión que permita poner al sector público a par del sector privado. A pesar de transcurridos ya casi dos años de promulgada la Ley, aún las exigencias para ASSE en materia de información, no se encuentra al mismo nivel de las IAMC, ya que aún no existe un condicionamiento del SINADI para el pago de las cuotas salud a ASSE.

---

<sup>24</sup> Aprobada el 08/08/2007. Publicada en el Diario Oficial el 8 de Agosto del 2007

### Ley 18.211<sup>25</sup>

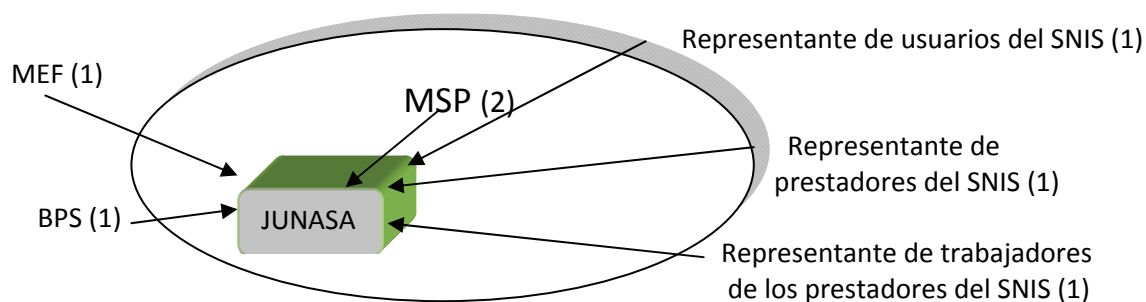
Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Allí se define la organización del sistema, los derechos de los usuarios y las prestaciones que deben recibir, así como también de establece las instituciones públicas y privadas habilitadas para brindar los servicios de salud. Los objetivos propuestos son los que se detallan a continuación:

- A. Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población
- B. Implementar un modelo de atención integral
- C. Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa
- D. Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad y áreas territoriales
- E. Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, entre otros
- F. Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos
- G. Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios
- H. Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud

En el artículo 22 hace mención al tema de la información de la siguiente manera:

“ La Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales las cuotas salud que correspondan a dichos usuarios siempre que se cumplan acumulativamente los siguientes requisitos: 1) Que otorguen a los mismos las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el M.S.P., sin perjuicio del régimen previsto en el inciso primero de este artículo y, 2) aporten al M.S.P. y a la Junta Nacional de Salud la información asistencial y económico-financiera que les sea requerida a efectos del contralor de sus obligaciones respecto a los usuarios del SNIS. En caso de incumplimiento de las mismas, será aplicable el régimen sancionatorio previsto en el E) del artículo 28 de la presente ley...”

Luego en el artículo 23 se crea la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como organismo desconcentrado dependiente del MSP cuyos objetivos son administrar el Seguro Nacional de Salud y velar por el cumplimiento de los principios rectores y objetivos del SNIS. Está integrado por siete miembros que como se observa en la siguiente ilustración. Esta composición le da una base amplia de apoyo social, además de transparencia y de solvencia técnica en la gestión reguladora de la JUNASA.



Fuente: Autor

<sup>25</sup> Aprobada el 05/12/2007. Publicada en el Diario Oficial el 13 de Diciembre del 2007



Los principales cometidos de la Junta Nacional de Salud son:

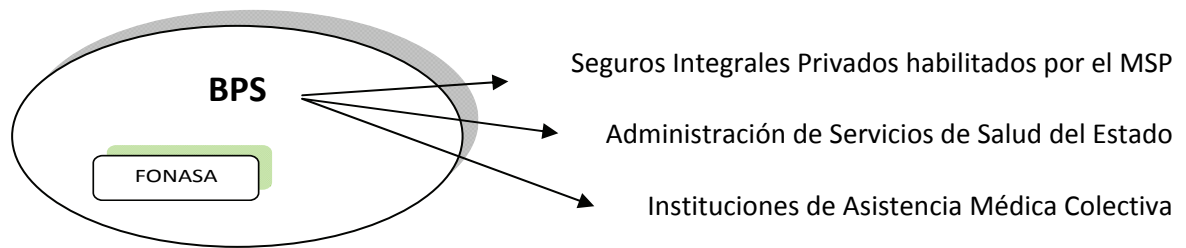
- Suscribir con los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud los contratos de gestión
- Aplicar los mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud que corresponda a los usuarios del SNIS
- Disponer del pago de las cuotas a los prestadores que integren el SNIS
- Controlar las relaciones entre estos prestadores, y entre éstos y terceros
- Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial del pago de las cuotas en caso de incumplimiento de las obligaciones de los prestadores

Por último, en lo referido a la JUNASA, vale relatar que la misma deberá recibir (como establece el artículo 33) de las entidades que integren el SNIS toda la documentación que ésta les solicite para la publicación anual de los estados de situación y balance de resultados de su gestión. Estas entidades deberán poseer sistemas de información contable ajustados a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

En cuanto a los usuarios del SNIS el artículo 49 determina que: “son usuarios del Sistema Integrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional y se registren en forma espontánea o a solicitud de la Junta Nacional de Salud, en una de las entidades prestadoras de servicios de salud que lo integren”. Con relación a los derechos de los usuarios respecto de los prestadores que la presente ley establece, se resaltan los siguientes:

- ✓ A recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder
- ✓ A la confidencialidad de toda información relacionada con su proceso
- ✓ A conocer los resultados asistenciales y económico-financieros de la entidad
- ✓ A recibir información sobre políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el Sistema Nacional Integrado de Salud

Para culminar con el breve análisis de la Ley 18.211, se trata el financiamiento del SNIS. Se crea el Seguro Nacional de Salud, el que será financiado por el FONASA, el cual integra aportes públicos y privados desde el cual se pagará las cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema. El Seguro opera bajo un esquema de seguro social, que apunta a combinar justicia contributiva, eficacia sanitaria y eficiencia económica. El BPS (dentro del cual se ubica el FONASA) recepcionará los aportes y hará efectivo los pagos de las cuotas, una vez que el la Junta Nacional de Salud emita la orden. A partir de la presente ley, la Junta sustituye al BPS en la administración del Fondo. Los recursos del Fondo serán los aportes obligatorios: personales y patronales de trabajadores y empleadores tanto del sector público como del privado, los aportes de pasivos, el aporte de los Seguros Integrales y otros que pudieran corresponder.



Fuente: Autor

En cuanto al rol de la información en estos temas, es oportuno mencionar lo siguiente: con el Seguro Nacional de Salud, se unifica el financiamiento en un tercer pagador por lo que la información tiene un papel central, ya que no se podía poner el dinero en común si no se es capaz de poner la información en común.

En lo que tiene que ver con la Junta, la demanda de información es constante, por ejemplo, recibe un informe trimestral del censo de afiliados que se recibe mensualmente con un análisis de las características por edad, sexo e institución. Asimismo recibe un informe semestral donde se analizan los flujos financieros del Fondo (el dinero que “entró y salió”, el que recibieron las instituciones). Otro informe que se prepara para la JUNASA es sobre la evolución anual del sistema mutual. Vale aclarar que si bien los informes que se publican son agregados, a la Junta llegan individualizados por institución, lo cual es información reservada.

#### **5.4 Factores que inciden en la demanda creciente de información en salud**

En el contexto actual, son varios los factores que hacen que la demanda de información en salud crezca cada vez más. Ya no basta con emitir información tradicional ni a los usuarios internos ni a la población en general. Esto se encausa en varias razones, que se analizan según quién sea el usuario de la información.

Básicamente se identifican cuatro grandes usuarios de la información en salud:

- La población
- Los gestores de las instituciones
- Los profesionales
- Autoridades sanitarias

Por población se incluye a los ciudadanos y a los pacientes los cuales en los últimos años están siendo involucrados en una profunda reforma de la salud que involucra a toda la población. Esto hace que, por motivos naturales, las personas se vean en la necesidad de comprender los cambios y tomar decisiones al respecto, todo para lo cual la información es, o debería ser, el insumo principal. Aquellas personas que no tenían seguro sanitario y pasaron a adquirir ese derecho, necesitan contar con datos que les permitan elegir la institución a la cual afiliarse. También en el marco de la movilidad interinstitucional, están aquellas personas que se

atendían en hospitales públicos y que a partir de la reforma tienen la posibilidad de elegir atenderse el sector público o el privado (o viceversa).

Entra en juego también la dinámica que se vive en la actualidad, donde el usuario valora mucho el tiempo y consulta sobre tiempos de espera en obtener una cita o una intervención. Además, el Sistema Nacional Integrado de Salud que se constituye, desarrolla planes, programas y nuevos servicios que indefectiblemente generan en la población la necesidad de consultar sobre los mismos.

Pero no sólo es la reforma lo que despierta interés en la salud, es además la crisis del sector que provocó, si nos remontamos a varios años atrás, a graves crisis institucionales. Esto se completó con los impactos económicos que generó la crisis que vivió el país en el año 2002. El traspaso de los usuarios del sector mutual al sector privado que se generó fue tal que “entre el 2001 y 2002 hubo 200 mil personas fuera del sistema mutual, en 2003 persiste la caída pero no tan acentuada. En setiembre, octubre y noviembre de 2002, el 13% de los ingresados en cuidados intensivos del Hospital Maciel eran pacientes que se habían borrado del mutualismo en los últimos dos años”<sup>26</sup>.

Frente a esta situación, y estando ante un nuevo sistema que significa un cambio en la forma de estructurarse y funcionar del sector; es que se plantea como uno de sus objetivos darle al usuario del sistema sanitario mayor participación, tomando protagonismo.

De hecho resulta oportuno mencionar ya en el año 2005, la participación de la Asociación de Usuarios de servicios de salud en el Consejo Consultivos para la implementación del SNIS<sup>27</sup>. A través de éste se creó un espacio de participación social para la consulta y discusión de las estrategias de implementación del SNIS.

Del otro lado están los gestores de las instituciones de salud, aquellos quienes administran y dirigen el accionar de las instituciones de salud del país. La reforma exige a los gestores de las instituciones, la toma de decisiones en un nuevo contexto, y la obtención de información acerca de los resultados de la gestión y el cumplimiento de nuevas exigencias y metas; todo para lo cual se hace imprescindible manejar información cada vez más precisa y actualizada.

Conscientes de que existen condiciones externas que están fuera de control, se debe obtener la información necesaria para planificar, estimando la probabilidad de ocurrencia de hechos desfavorables. El cambio del sistema de financiación con capitación y limitación de los copagos, cambios en la canasta de prestaciones, énfasis en algunos programas prioritarios, cambios en las funciones del MSP, marco regulatorio ampliado, son ejemplos de situaciones de riesgo que las instituciones están obligadas a contemplar.

Asimismo, en una situación de muchos cambios, los costos se convierten en otra preocupación que se minimiza si se cuenta con un sistema de información de costos. Para ejercer control

---

<sup>26</sup> Dr. Homero Bagnulo, Director del Fondo Nacional de Recursos. Caras y Caretas, año II N° 102. Julio 2003.

<sup>27</sup> Decreto del Poder Ejecutivo 133/005: Consejo Consultivo SNIS. Aprobado el 11/04/2005.

sobre los costos incrementados, se utilizan indicadores que dejen en evidencia las áreas donde el aumento de costos no se traduce en productividad.

Otro factor que provoca el aumento en la demanda de información es consecuencia directa de la reforma implementada: el aumento de la competencia interinstitucional. Desde que se abrió en “corralito” que caracterizaba al sector mutual, las instituciones deben prepararse para atraer nuevos beneficiarios del seguro de enfermedad de la Seguridad Social, brindando información y datos útiles para ellos. A su vez, el Estado a través del Ministerio de Salud Pública difunde básicamente mediante su página web información acerca de las instituciones para brindarle a la población herramientas para actuar de forma lo más objetiva posible, abandonando la inercia y tomando la iniciativa. Las instituciones han sentido el cambio en la información que solicita el M.S.P., no sólo en la cantidad de datos sino en el tipo de información a brindar, lo que las obliga a reorganizar el trabajo para generar los datos en vías de satisfacer la demanda.

Por su parte, los profesionales son también agentes que impulsan la utilización de los Sistemas de Información no sólo por lo que demanda su actividad de gestión clínica (diagnósticos y tratamientos) sino por nuevas formas de relacionamiento que se están desarrollando entre el paciente y el médico a raíz del acceso a las Historias Clínicas por los pacientes. A ello se le suma, el hecho que a partir del decreto del mes de julio del 2008, las historias clínicas pasan a estar auditadas con el objetivo de mejorar los sistemas de registro.

Esta tarea la lleva a cabo una Comisión de Seguridad del Paciente que se instaló en cada institución cuyos fines son minimizar los errores médicos y fortalecer los registros médicos, en contenido y confiabilidad. Si a ello se le suma el uso de Tecnologías de la Información que facilitan el trabajo diario de los profesionales, queda en clara evidencia las razones por las que los Sistemas de Información están en un momento de apogeo.

Por último y no por ello menos importante, es la incidencia que generan las autoridades del M.P.S., del Fondo Nacional de Salud, de la Junta Nacional de Salud, del Banco de Previsión Social, de la Administración de Servicios de Salud del Estado, del Fondo Nacional de Recursos, entre otras, en la producción de información sanitaria. La reforma de la salud motivó la solicitud de datos de los que anteriormente no se tenían acceso, se fortaleció el control y se elaboran informes que permiten tener una visión más acabada de la situación económica y asistencial de la población uruguaya.

## 5.5 Aproximación al Caso de Estudio

La información en salud en Uruguay, se encuentra en cada uno de los actores del sistema, cada uno cuenta con su propio sistema de información que lo soporta en su funcionamiento dentro del sector, en mayor o menor medida.

Información en salud produce y/o emite:

- MSP (y dentro de él sus diferentes divisiones)
- Junta Nacional de Salud
- Banco de Previsión Social
- Fondo Nacional de Recursos
- Instituto Nacional de Estadísticas
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas
- Banco de Seguros del Estado
- Comisiones Honorarias
- Universidad de la República
- Intendencias Municipales
- Otras

Pero lo que resulta innegable y lógico, es que la centralización de la misma se halle en la órbita del Ministerio de Salud Pública, dentro del cual fluye información sobre ambos sectores, en distintas direcciones, dentro del mismo Ministerio y hacia afuera de él.

El nivel de rectoría que el MSP debe asumir en el proceso de reforma requiere además de un importante cambio normativo, el contar con información que posibilite tomar decisiones con el mayor nivel de conocimiento posible.

Como afirma el Ec. Daniel Olesker<sup>28</sup> la idea es, en el marco del plan estratégico 2006/2010 y lo será para el siguiente “...consolidar los sistemas de información existentes particularmente el SINADI y generar un vaso conductor que lleve como un embudo a una centralización de los sistemas de información”.

El foco de estudio de este trabajo está en uno de los sistemas de información interinstitucionales: el Sistema Nacional de Información (SINADI) quién recaba la mayoría de la información que el MSP dispone de las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas.

Es entonces que se analizará la articulación entre las IAMC y el MSP a través del SINADI.

---

<sup>28</sup> Entrevista realizada por el autor el 23/04/2009.

## 6 SINADI

### 6.1 Metodología

Para abordar esta parte del trabajo de campo se utilizó, tal como se adelantó en el Capítulo 1, material bibliográfico, normativa relacionada y entrevistas personales con tres profesionales del MSP, cuyos cuestionarios se adjuntan en el anexo N° VI.

En el caso de la pauta de entrevista planteada al Ec. Daniel Olesker, la misma pretende obtener datos que reflejen la situación de los sistemas de información de MSP, sus deficiencias, nuevas necesidades en un marco diferente, las acciones de adecuación y mejora ya realizadas y el uso de tecnología de la información. Así también, se pretende conocer el aporte del SINADI para la implementación de la reforma y los desafíos del mismo y de los sistemas de información del MSP en general.

La pauta de entrevista elaborada para la Cra. Giselle Jorcín se estructura en base a los siguientes grandes temas: cambios en la demanda de información, aporte del SINADI a los objetivos de la reforma (con el objetivo de ser comparada con la visión del Ec. Olesker), nivel de cumplimiento de las obligaciones de las IAMC, mecanismos de control de la información recibida de las mismas; y por último resultó de interés obtener datos acerca de la información que es brindada a los distintos usuarios y los medios de comunicación y relacionamiento con los mismos.

El cuestionario elaborado para la Ec. Gabriela Pradere se basó en el interés por investigar más a fondo sobre el nuevo informe acerca de Recursos Humanos de las instituciones, requerimiento que se denota innovador e incluye una amplia gama de datos. A su vez, la entrevista funciona como complemento y como herramienta para contrastar información dada por los otros dos entrevistados.

### 6.2 Introducción

El Sistema Nacional de Información (SINADI) tradicionalmente se ubicó dentro de División Servicios de Salud, en la órbita de la Dirección General de la Salud (DIGESA) del MSP la cual cumple con las funciones regulatorias y preventivas del mismo. A partir de año 2005 con la creación de la División Economía de la Salud (DES) en la órbita de la Dirección General de Secretaría, el SINADI pasa a formar parte de esta división.

El departamento desarrolla una función operativa, básicamente recoge información, procesa, sistematiza y consolida información contable, económico-financiera, asistencial y de recursos humanos. Su trabajo está en constante relación con el resto de la división, contando con profesionales (Contadores, Economistas, Médicos, Técnicos en Registro Médicos y Abogados) para la consolidación y el armado de los productos de información que brindan.

En los siguientes puntos se esquematizan los objetivos planteados para el SINADI:

- Desarrollar sistemas de control de las actividades de las IAMC en tres áreas: administrativo – contable, producción de servicios y calidad de los mismos
- Lograr un conocimiento actualizado de la situación de las mismas
- Asesorar al MSP en la normalización y reglamentación de las IMAC y proponer disposiciones al respecto
- Capacitar los recursos humanos para el cumplimiento de estas tareas

En lo que refiere a los usos de la información que maneja el SINADI, éstos se han visto ampliados, por lo que en la actualidad se identifican los siguientes:

- Informes internos para las autoridades ministeriales.
- Información para la Junta Nacional de Salud.
- Análisis del sector, por consultoras privadas u organismos internacionales
- Cuentas nacionales de Gasto y Financiamiento
- Estudios para la reforma.
- Seguimiento del cumplimiento de las metas asistenciales del SNIS
- Programas de Apoyo de Cooperación con la Reforma. (BID, BM)

Respecto a las decisiones que se ven apoyadas por la información que emite el SINADI se puede mencionar, a modo de ejemplo: políticas de precios (tasas moderadoras, aplicación de economías de escala en ajuste de cuotas y cápitas), fijación de nuevas metas, decisiones de control y estrategias de política sectorial.

### **6.3 Evolución**

Hasta la creación del SINADI en **1980**, a pesar de que se invertía más del 6 % del P.B.I. (ver anexo N° I) en salud, el Ministerio no contaba con información que les permitiera tomar decisiones para controlar y regular la información en salud del sector privado.

El objetivo con el cual se creó el SINADI fue monitorear a los prestadores con régimen de prepago y garantizar el tipo de asistencia donde la persona aporta de forma libre.

Ámbito inexistente hasta ese momento en que el existían muchas más instituciones de las que hay hoy en día (ver anexo N° II), de las cuales casi no existía información.

Lo que intenta el SINADI es cuantificar la performance económico-financiera, administrativa y técnica de las IAMC.

La no generación y la no utilización de información, había provocado un serio descontrol. Se puede decir que un incentivo fue el hecho que las IAMC tenían clientes “seguros” que eran los provenientes de la seguridad social y una normativa que las respaldaba hizo que las instituciones permanecieran en el mercado sin mayores exigencias. No percibían la necesidad de ahondar en los requerimientos de información para ser más eficientes en la producción de

servicios. Por el lado del M.S.P., hasta que se creó el SINADI no se realizaban estimaciones del gasto en el sector salud, tan como se conoce actualmente.

Es a partir de los años noventa (**1994 – 2000**), que se comienzan a realizar estudios de gasto y financiamiento con mayor frecuencia e intentando aplicar metodologías homogéneas. El hecho de que comience el control en salud del sector privado, generó un cambio cultural, en el cual las instituciones empiezan a ver la necesidad de brindar información.

Había una tendencia, que no se ha eliminado aún, de que las instituciones no releven información hasta que la misma sea solicitada por medio de una norma. Esta característica no se daría con tanta impronta en los Seguros Privados que por sus exigencias directivas, suelen manejarse con mayor información.

Si bien en el período **2000 – 2005** se continuaron los esfuerzos por aumentar el control de la información mediante la obligatoriedad de contar con auditorías y publicar Estados Contables, por ejemplo, los cambios que iban aconteciendo seguían una línea con una visión micro, en el sentido que apuntaba a controlar a los prestadores. La crisis del sub-sistema IAMC que se profundiza con la crisis financiera del 2002 (lo que causó el cierre de dos instituciones y la intervención por parte del MSP de seis instituciones en todo el país) hace que se exija mayor información a las IAMC, entre otros aspectos para gestionar la refinanciación de deudas y apoyo de organismos internacionales. En el año 2004 se realizó la última estimación a la fecha sobre el gasto del país en el sector salud situándose en el 8.96% del P.B.I.

Es recién en el año **2005**, que se comienza a dar otro giro y considerar cambios en el contexto de la salud, una visión macro del problema. Es en ese momento, ante una nueva administración de gobierno, que el SINADI se reestructura.

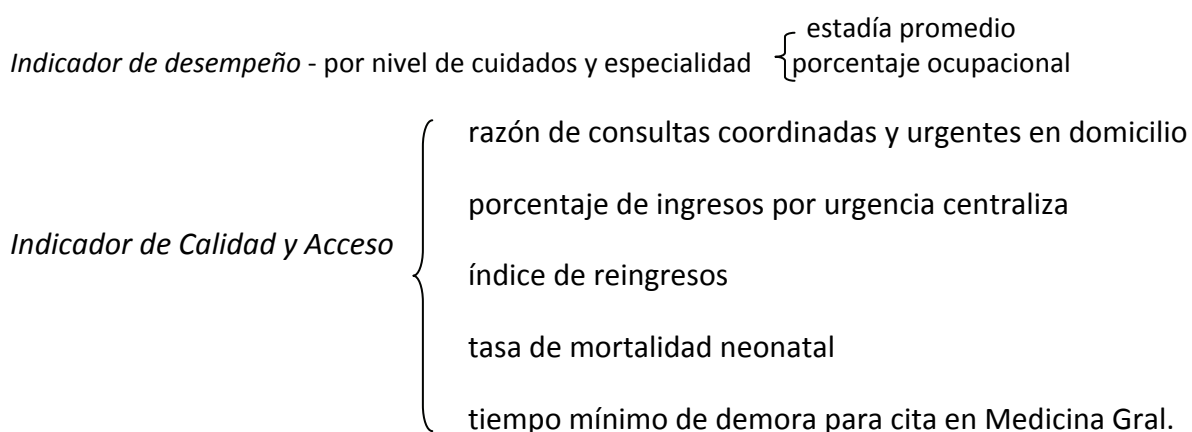
El proceso de cambio fue preparando al Ministerio en general y a las instituciones en particular para la reforma que se planificaba. Los principales cambios que se instrumentaron pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

- Ampliación de la información asistencial y aumento de la vinculación de los datos. Esto fue la base para el cálculo posterior de las cápitas.
- Inclusión de estimaciones de costos. Esto significó un cambio importante en la forma de dar ordenamiento a la información sobre costos.
- Incorporación de información referida a recursos humanos que trabajan en el sector. Se introduce un sistema elaborado por personal de la División Economía de la Salud que recaba gran cantidad de información acerca del personal de las instituciones: puestos, carga horaria, sueldo, entre otros.
- Aumento del control. La solicitud de información se organiza, se regulariza y se ejerce mayor control sobre el envío.

Puntualmente, en el área Asistencial los cambios radican en darle un mayor grado de desagregación a la información y en la obtención de nuevos indicadores. Como ejemplos de información desagregada se tiene: apertura de beneficiarios, datos de utilización de grupos por



edad y sexo, recetas y gasto de medicamentos por categorías e indicadores de desempeño, calidad y acceso, algunos de los cuales se muestran a continuación.



En el **2006**, ya más próximos a la implantación del nuevo sistema sanitario, las incorporaciones de información a solicitar giran alrededor de tres aspectos básicos: Recursos Humanos, Tasas Moderadoras y Estructura de Costos de Atención a los Socios.

Lo que significó sin duda un gran cambio para lo que se dedica un capítulo especial más adelante, es la información que se comienza a solicitar sobre el manejo de los Recursos Humanos de las instituciones. La División Economía de la Salud trabajó en conjunto para crear la planilla denominada Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH). Hasta el momento, eran muy pocos los datos solicitados sobre los mismos por lo que este cambio tuvo un gran impacto en la organización, gestión y control del personal de cada institución.

Con menos impacto pero también de gran importancia fue la demanda de información sobre costos plasmada en la planilla denominada Estructura de Costos de Atención a los Socios (E.C.A.S.). El Plan de Cuentas propuesto por el M.S.P. organizaba los costos por objeto de gasto de forma de no poder asociar un gasto con la actividad que incurría en el mismo. Entonces, el SINADI pone énfasis en reagrupar los costos por centro de costos, es decir, por áreas que generan el producto (o servicio) de modo de asociar el gasto operativo a los centros de costos, y luego el SINADI utiliza esa información como insumo para el cálculo de la cápita.

En el **2007** el SINADI planteó como uno de sus objetivos el relevamiento de Sistemas de Costos de ASSE para el que se plantean distintos centros de costos (Finales, Intermedios y Generales). Para llevar a cabo esta actividad, se enfrentaron a dificultades tales como: la definición de Centro de Costos y de criterios de asignación de costos directos e indirectos y por último la identificación de costos de servicios vendidos.

En síntesis, como puede observarse, las medidas de cambio tomadas antes de la puesta en vigencia del nuevo sistema de salud el 1º de enero del 2008, la mayor parte de la batería de cambios en el SINADI ya se habían llevado a cabo. Por ende, no se produjeron modificaciones inmediatas en cuanto a demanda de datos ya que el proceso de cambios ya había comenzado a

partir del año 2005. Es decir, se asumió un proceso de implantación progresivo dando cabida a la adaptación de las instituciones, pero también dejando la posibilidad para las autoridades ministeriales y divisionales a tomar medidas correctivas. Se evolucionó desde la solicitud de meros datos asistenciales y económicos hacia un sistema de información que recorre con mayor profundidad cuestiones económica-financieras, asistenciales y de recursos humanos. En el caso de la información asistencial, se mejoró mucho. Antes, la información estaba agrupada en días cama ocupadas, consultas, por edad y sexo, entre otros; es decir información alineada a los procesos pero no estaba asociada con los niveles de atención, con los programas. Ahora, dentro de la lógica del cambio de modelo de atención, se piensa en la información por programas, por metas, por niveles de atención.

Lo que sin duda se enfatizó a partir de la implantación del SNIS fue el control del cumplimiento de las obligaciones, la aplicación de sanciones lo cual se queda en la órbita de la Junta Nacional de Salud para quien el SINADI brinda información.

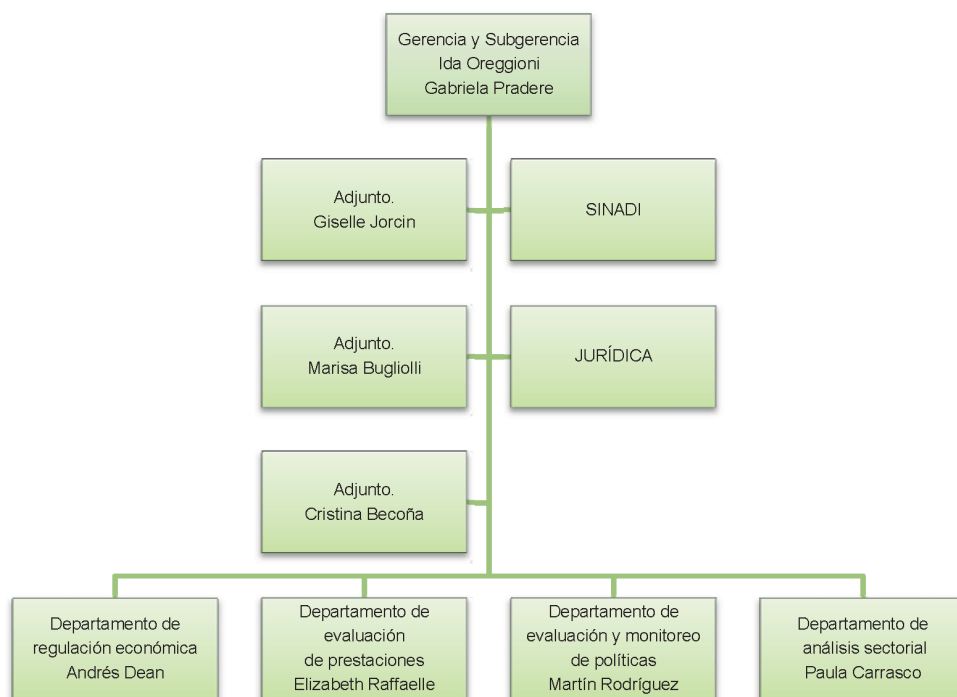
En lo que también el SINADI se vio afectado con la reforma fue en el ámbito de aplicación del mismo. Lo que en un primer momento se creó para recabar información del sub-sector IAMC, pasó a incluir a los seguros integrales privados y con menos exigencias, al sector público, a las Emergencias Móviles e IMAES (Institución Médica Altamente Especializada). Esto permite contar con información homogénea para la totalidad del sistema. En el caso de las Emergencias, si bien están enviando información, todavía es voluntaria, pero se espera a corto plazo se haga obligatorio por un decreto.

A partir de Abril de **2009** comienza a funcionar una nueva estructura de la División de Economía de la Salud que si bien la misma implica un cambio en el organigrama de la División, el mismo es flexible. Como se observa en el organigrama a continuación el SINADI tiene función de apoyo para la Gerencia si bien la Cra. Giselle Jorcín<sup>29</sup> considera que la labor del SINADI es de carácter operativo y mantiene contacto continuo con el resto de la División.

---

<sup>29</sup> Adjunto de la División Economía de la Salud.

## Organigrama de la División Economía de la Salud - 2009



Fuente: División Economía de la Salud – MSP

#### **6.4 Normativa en sistemas de información en salud**

Las normas relacionadas con la información en salud deben estar orientadas a determinar por ejemplo, datos mínimos, sus estándares, definiciones y procedimientos para la captura, recolección y procesamiento de los mismos; así como también proveer los medios para que las instituciones puedan elaborar los indicadores requeridos. Debe colaborar en la toma de decisiones estratégicas, garantizando la sostenibilidad y viabilidad del sector sanitario. Además la normativa debe facilitar el acceso al sistema para todos los usuarios.

A nivel del sistema nacional de información en salud, se menciona, entre otros, como objetivos a cumplir:

- ❖ Identificar las causas de morbilidad, la población atendida (cantidad de afiliados), la demanda de servicios, etc.
- ❖ Diagnosticar la situación de la salud de la comunidad, identificando y enfatizando los problemas prioritarios.
- ❖ Desarrollar y evaluar las diferentes actividades que se realizan en los servicios que presta la institución a los usuarios.
- ❖ Identificar la capacidad de respuesta institucional a la demanda de servicios. Cuantificar y evaluar el consumo de los diferentes recursos de la organización.

Otros aspectos importantes sobre lo que se debe tener conocimiento: estructura etaria; resultados operativos y financieros; capacidad de repago y solvencia.

Una pregunta que es útil formular es la siguiente: ¿existen normas contables establecidas por el SINADI?

La respuesta es: no. Lo que se establecen son criterios, con el sólo fin de lograr homogeneidad en el armado de la información, como ser diferencias de cambio activadas, ajustes por inflación, fideicomiso, bienes de uso y gasto en publicidad.

#### **6.5 Análisis del Marco Regulatorio del SINADI**

**Decreto del P.E. 271/81** del 23/06/81 – Cierre de ejercicio económico y presentación de información. Se establece la obligación de realizar el cierre económico en el mismo momento, al 30 de Setiembre de cada año civil y empieza a requerirse la información contable, estados contables y demás información estadística en forma uniforme de acuerdo con los modelos que se establezcan a fin de obtener información comparable entre instituciones.

**Ley 15.181** del 21/08/81 – Se establecen las normas para la asistencia médica, colectiva, oficial y privada. Se clasifican las IAMC en tres tipologías: Asociaciones Asistenciales, Cooperativas de Profesionales y Servicios de Asistencia.

Art. 9º Registro Contables. Los registros contables se deben adaptar según lo establecido por el M.S.P. Esta Ley no se derogó con la aprobación de las nuevas leyes, sigue vigente. Se le otorga al MSP el derecho a realizar investigaciones cuando medien graves irregularidades en la institución y a disponer la aplicación de multas, la suspensión parcial o total de las actividades.

**Resolución Ministerial** del 09/12/81 – Obligatoriedad del Censo de Afiliado y datos asistenciales. Hace referencia a la comunicación del número de afiliados de las instituciones, dato que brindaba con poca rigurosidad hasta el momento. Surge de la necesidad de establecer normas para el suministro de información uniforme por parte de las IAMC.

**Resolución Ministerial** del 06/12/82 – Se define la información contable y financiera complementaria que deben presentar las IAMC antes del 31 de Diciembre de cada año, de acuerdo a los modelos que formularios elaborados para tal fin. La entrega de esa información permitirá otorgar el certificado de cumplimiento, que será indispensable para dar curso a cualquier tramitación que deba realizar la IAMC ante el M.S.P. A partir del año '82 se definen los formularios para presentación de Estados Contables, la fecha de presentación de los mismos (antes del 31 de Diciembre) y se empieza a hablarse sobre los Certificados de Cumplimiento. La presentación de dicho certificado será indispensable para dar curso a cualquier tramitación de debe realizar la IAMC ante el MSP a partir del 1 de enero de 1983.

**Decreto del P.E. 93/83** del 22/03/83 – Se reglamenta la ley 15.181 en lo referente al control de los aspectos técnicos y contables de funcionamiento de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Se establece el deber de presentar los datos requeridos por el SINADI, que deberá ser brindada en los formularios especialmente diseñados a tal fin y con la frecuencia y en los plazos que se estipulen. De esta forma se hace obligatoria la recolección de información homogénea y comparable. Dicha información adquiere el carácter de declaración jurada y el M.S.P. otorgará el Certificado que acredite el cumplimiento de la Institución de lo dispuesto en los artículos del decreto y sin el cual la institución no podrá dar curso a ningún trámite con la Administración Central. Se le da a las dependencias competentes del MSP la facultad de inspección para corroborar la veracidad de la información referida y en caso de constatarse error se podrá retirar el Certificado de Cumplimiento hasta que el error sea subsanado.

La aprobación del decreto que da surgimiento al Certificado del SINADI puede considerarse un punto de inflexión del sistema, que le dio fortaleza al Ministerio.

El mismo, no sólo tiene utilidad dentro de la órbita del M.S.P. sino que también será indispensable para dar curso a cualquier tramitación que deba realizar la IAMC ante las dependencias de la Administración Central. Empieza un proceso en el cuál se convence de que es necesario el certificado, de hecho, en caso de constatarse un error en la información presentada, se podrá retirar el Certificado de Cumplimiento hasta que dicho error sea subsanado.

Hay un cambio entre controlado-controlador que de alguna manera genera en el prestador de servicios de salud la iniciativa de generar el informe.

**Resolución Ministerial** del 16/05/91 – Se establece que las IAMC que no den cumplimiento en tiempo y forma a las observaciones formuladas por el M.S.P., no percibirán el certificado de cumplimiento previsto en el artículo 4 decreto nº 93/983 por parte del ministerio.

Luego hay un momento de “quietismo” en lo que refiere a la normativa hasta el año 2001.

**Decreto del P.E. 95/001** del 20/03/01 – Obligatoriedad de Presentar los Estados Contables Auditados. Se dispone que las IAMC definidas en el art. 6º del decreto ley 15.181, deberán presentar ante el M.S.P. y antes del 31 de Diciembre de cada año sus Estados Contables con dictamen de Auditoría Externa con especificación del Estado de Situación, de Resultados y Estado de Origen y Aplicación de Fondos. En ésta época, se establecen las líneas de acción del nuevo gobierno que se instalaba. Se establece en particular la obligatoriedad, para las instituciones de todo el sector, de contar con el Dictamen de Auditoría Externa permitió darle cierta homogeneidad a la información pero sobre todo mayor confiabilidad.

**Decreto del P.E. 388/02** del 08/10/02 – Las IAMC deberán publicar anualmente sus estados de situación patrimonial y resultados contables, previamente visados por el M.S.P. Por primera vez hay datos que se hacen públicos si bien no queda claro el lugar de publicación. Luego se pautó que la publicación de los Estados Contables se haría una vez por año en el Diario Oficial. Se controlaba que lo publicado coincida con el dictamen. A raíz del surgimiento de dictámenes negativos, se estableció que se publiquen resúmenes de dictámenes junto con los Estado Contables de modo de brindar información más completa.

**Decreto del P.E. 396/002** del 16/10/02 – Presentación de Estados Contables en el SINADI por parte de las IAMC. Normas para la presentación de estados contables e información financiera de las IAMC. Se produce un cambio en la presentación de los Estados Contables e información financiera complementaria así como la información económico-financiera mensual y trimestral, adaptando el formato según los nuevos formularios que se definan. Nace como una necesidad de actualizar la forma de presentación de los Estados Contables en el SINADI ya que desde diciembre de 1982, época en la cual se definieron los modelos de formularios para el suministro de información uniforme por parte de las IAMC, no han existido modificaciones. Esto conllevará a que la información económico-financiera que mensual y trimestralmente se presenta al SINADI, se ajuste en su forma y contenido. Asimismo, el Plan y Manual de Cuentas que serán utilizados como base de la contabilización a partir del ejercicio iniciado el 1º de octubre de 2002, será definido por la División Servicios de Salud del M.S.P.

**Decreto del P.E. 320/003** del 05/08/03 – Instituciones privadas de asistencia médica deberán presentar ante el M.S.P., información sobre beneficiarios, recursos humanos, indicadores asistenciales, económico-financieros, de organización, entre otros, en las formas, condiciones y plazos que se reglamenten y tendrá carácter de declaración jurada. Quedan comprendidos en la normativa no sólo las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva sino también los seguros privados, IMAES y emergencias. Las instituciones referidas deberán presentar dentro de los 90 días siguientes al cierre de cada ejercicio, los Estados Contables con dictamen de Auditoría Externa.

**Decreto del P.E.** del 13/11/03 – Creación del Registro de Auditores Externos y Empresas Auditoras de IAMC privadas, colectivas y particulares, que funcionará en la órbita del M.S.P. El MSP establece los requisitos que deberán cumplir los informes teniendo en cuenta la dimensión de la organización, recursos materiales, humanos y cantidad de socios de las Instituciones a auditar.

**Decreto Reglamentario de la ley FO.NA.SA.** del 02/08/07

Art. 10: Será condición necesaria para el cobro de las cuotas salud por parte de los prestadores la presentación ante el Banco de Previsión Social del Certificado SINADI que mensualmente emite el M.S.P.

**Decreto Reglamentario de la ley del SNIS**

Art. 51 - Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo: ... E) a conocer los resultados asistenciales y económico-financieros de la entidad. Trata el tema de los Derechos de Usuarios, donde se establece el derecho de conocer los resultados asistenciales y económico-financieros de la entidad.

## 6.6 Información SINADI

Separando la información que recaba el SINADI por áreas, se obtiene lo siguiente:

<b>Administrativa</b>	<b>Asistencial</b>	<b>Económica - Financiera</b>	<b>RRHH</b>
Censo Afiliados	Consultas	ER mensual	SCARH
Altas y Bajas	Egreso Hospitalario	Estado de Resultado	
Declaración tasas	Días cama	ESP	
Declaración cuotas	Intervenciones	Cuadro de Bienes de Uso	
Planilla de cesiones	Tiempos de espera	Evolución del Patrimonio	
Contratos con 3º	Exámenes de Labora.	Estado de Origen y Aplica. de Fondos	
	Medicamentos	ECAS	
	Metas		

Por periodicidad de entrega de la información se tiene: mensual, trimestral y anual. Para que se otorgue el Certificado SINADI (mensual) las IAMC y Seguros Privados Integrales que actúan como prestadores del FONASA deben presentar (ver anexo N° III):

- ❖ Información asistencial
- ❖ Declaración Jurada de las cuotas
- ❖ Declaración Jurada de tasas moderadoras
- ❖ Censo de afiliados
- ❖ Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF)
- ❖ Estado de Resultado mensual

Además trimestralmente de debe presentar

- ❖ Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH)
- ❖ Metas asistenciales
- ❖ Planilla de Cesión de Ingresos

Anualmente hay tres informes que deben enviar:

- ❖ Balance auditado (fecha de cierre 30/09)
- ❖ Estructura de Costos de Atención a los Socios (ECAS)
- ❖ Informe de los contratos con terceros.



Se amplía la información de los puntos anteriores:

La **información asistencial** consiste en una amplia gama de datos reunidos en una planilla que contiene la siguiente desagregación de hojas:

Contenido
<b><i>I. Beneficiarios</i></b>
<b><i>II. Atención Ambulatoria</i></b>
<b><i>III. Atención por Internación</i></b>
<b><i>IV. Atención en Centro Quirúrgico y Partos</i></b>
<b><i>V. Diagnóstico y Tratamiento</i></b>
<b><i>VI. Medicamentos</i></b>
<b><i>VII. Datos Anuales</i></b>
<b><i>VIII. Plan PAPI</i></b>
<b><i>IX. Datos e Indicadores Mensuales</i></b>
<b><i>X. Resumen de Indicadores</i></b>
<b><i>XI. Composición de Indicadores de Producción</i></b>

- I. Consiste en una distribución de afiliados por edad y sexo según modalidad de afiliación, integral (individual, FONASA o BPS) o parcial (médica o quirúrgica). A su vez se encuentran dos cuadros para reflejar las altas y bajas de afiliados también agrupados por rango de edad y sexo.
- II. Se agrupa por edad y sexo según sea por consultas urgentes (centralizada o domicilio) o no urgentes (policlínica o domicilio). Además se identifica:
  - ❖ Atención ambulatoria: salud bucal, consultas urgentes con especialistas, procedimientos quirúrgicos.
  - ❖ Re consultas en urgencia centralizada (nº de pacientes)
  - ❖ Tiempo de demora mínimo para otorgamiento de citas en consulta externa
  - ❖ Traslados.
- III. Se clasifica según edad y sexo la información de la siguiente manera: egresos e ingresos por nivel de cuidados y a su vez tipos de egresos por nivel de cuidados e ingresos según modalidad. Asimismo se completa información sobre:
  - ❖ Días de internación por egresos
  - ❖ Días cama ocupados por nivel de cuidados propio, contratados fijos e internación domiciliaria.
  - ❖ Días cama ocupados por nivel de cuidados contratados a demanda.
  - ❖ Días cama disponibles por nivel de cuidados.
  - ❖ Días cama ocupados por terceros.
  - ❖ Tiempo promedio de demora de ingreso a internación desde el servicio de emergencia.
  - ❖ Camas disponibles propias por nivel de cuidados.
  - ❖ Atención en hospital de día.

- IV. La atención en centro quirúrgico se divide en intervenciones según tipo, complejidad y en particular se solicitan datos sobre cirugías coordinadas. Con relación a atención en partos, la información se divide en número de partos, control de embarazos y número de defunciones de menores de 1 año.
- V. Incluye los siguientes datos desagregados por edad y sexo:
- ❖ cantidad de exámenes de laboratorio.
  - ❖ UVR de exámenes de laboratorio.
  - ❖ cantidad de estudio de radiología convencional.
  - ❖ cantidad de estudios ecografía/ecodoppler.
  - ❖ cantidad de estudios de tomografías axial computarizada.
  - ❖ cantidad de resonancia nuclear magnética.
  - ❖ cantidad de estudios de endoscopía.
- VI. Se expone la cantidad de recetas expedidas y gastos de medicamentos distribuidos por edad y sexo; y en otro cuadro se clasifica lo anterior por categorías de medicamentos seleccionadas.
- VII. Se expresa el número de beneficiarios que hayan recibido atención ambulatoria, atención en internación y salud bucal; todos los datos desagregados por edad y sexo.
- VIII. El Plan de Asistencia Primera Infancia (PAPI) corresponde al área materno infantil y se registra el número de embarazadas controladas y el número de partos asistidos, ambos datos corresponden a beneficiarios cubiertos a través de la seguridad social.
- IX. Consta de una amplia planilla que reúne datos e indicadores agrupados en las siguientes categorías:
- ❖ Beneficiarios.
  - ❖ Atención ambulatoria
  - ❖ Internación.
  - ❖ Centro quirúrgico y Partos.
  - ❖ Servicio de diagnóstico.
  - ❖ Datos anuales.
- X. Se agrupan los datos e indicadores según cuatro de conceptos:
- ❖ Población.
  - ❖ Disponibilidad de camas.
  - ❖ Utilización de servicios.
  - ❖ Indicadores de calidad y acceso.
- XI. Está compuesta por una gran cantidad de indicadores con sus desagregaciones correspondientes:
- ❖ Atención Ambulatoria: según modalidad de atención y especialidad.
  - ❖ Atención Internación: por nivel de cuidados, por especialidad, por tipo de egreso.
  - ❖ Atención en Centro Quirúrgico y Partos: por tipo, por complejidad, por composición de los partos.

- ❖ Medicamentos: según modalidad de atención y categorías.
- ❖ Diagnóstico y Tratamiento: se clasifican según el servicio final los exámenes de laboratorio y radiología.

La **declaración Jurada de cuotas** se debe enviar también todos los meses al Ministerio de Economía y Finanzas donde se detalla la cantidad de socios, el valor de la cuota, etc.

En cuanto a lo tema de los usuarios, anteriormente se hacía un **Censo de Afiliados** por año y el resto de los meses las instituciones informaban sobre las altas y las bajas, de modo que se iba obteniendo por diferencia el total de afiliados por institución.

Ahora, como se observa, los censos de afiliados son mensuales, obligatorio tanto para Instituciones de Asistencia Médica Colectiva como para los seguros privados integrales, diferenciando las instituciones según Montevideo e Interior.

El **Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal** (RUCAF) obliga a remitir el padrón completo de sus afiliados o usuarios y su finalidad administrativa es detectar coberturas múltiples, lo cual significa un problema para el sistema. Por esta vía el MSP ha obtenido bases de datos de los afiliados de las IAMC, de los Seguros Parciales, y de las Instituciones públicas que tienen un padrón de beneficiarios identificado.

Para el **Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos** se destina el siguiente capítulo donde se amplía su contenido.

El informe sobre **Metas** corresponde a información asistencial establecida por el MSP para el cobro de la partida destinada al cumplimiento de metas que paga el FONASA si se logra un 100% de cumplimiento; o pagos parciales para los que logren cumplimientos parciales.

En la Planilla de **Cesión de Ingresos** el prestador deberá presentar ante el SINADI en forma trimestral información detallada de las cesiones de derechos de cobro de cuotas salud que haya realizado y puesto en conocimiento de la JUNASA. Este informe trimestral comenzó a ser solicitado desde fines del año pasado. Los datos a informar son algunos de los siguientes: tipo de ingreso, fecha gravamen, vencimiento, cuota cedida, acreedor, estado de la cesión, hecho originador y observaciones.

El **Estado Contable** que se envía vía e-mail consta de la siguiente información desagregada en distintas hojas:

Contenido
<i><b>Presentación</b></i>
<i><b>Estado de Situación Patrimonial</b></i>
<i><b>Estado de Resultado</b></i>
<i><b>Detalle del Activo</b></i>
<i><b>Detalle del Pasivo</b></i>
<i><b>Cuadro de Bienes de Uso</b></i>
<i><b>Cuadro de Amortizaciones</b></i>
<i><b>Estado de Origen y Aplicación de Fondos</b></i>
<i><b>Estado de Evolución del Patrimonio</b></i>
<i><b>Hoja de Resumen</b></i>
<i><b>Parámetros</b></i>

Es válido destacar que la presentación de los Estados Contables de las IAMC se vio actualizada por el Decreto del P.E. 396/002 (mencionado anteriormente), el cual establece la adaptación del formato según los nuevos formularios que se definieran posteriormente. Tanto la forma y el contenido de la información económico-financiera como así también el Plan y Manual de Cuentas se modificaron para los ejercicios iniciados el 1º de octubre de 2002.

La planilla **ECAS** recoge información sobre el costo de atención de los socios. La metodología consiste en agrupar los gastos en Centros de Costos con el objetivo de determinar el costo unitario de un bien o servicio producido en dicho centro. Se entiende por centro de costos a la mínima unidad de recopilación de gastos de diferentes ítems. Se establecen los Centros de Costos Finales, mientras que los Centros Intermedios y los Centros de Servicios Generales se dejan abiertos para que cada institución los defina en función de su propia estructura. Los primeros, son aquellos que producen los servicios finales que constituyen el objetivo de la institución. Se han definido 11 centros de costos finales: Policlínica; Urgencia / Emergencia; Domicilio no urgente; Domicilio urgente; Internación de corta estadía; Internación domiciliaria; Cuidados básicos; Cuidados moderados; CTI/CI adultos; CTI/CI pediátrico y Block quirúrgico. Los Centros de Costos Intermedios son aquellos que complementan el diagnóstico o tratamiento de los pacientes, realizando actividades intermedias en el proceso de atención. Por último, los Centros de Costos de Servicios Generales o de Apoyo son aquellas actividades que sirven de soporte tanto a los servicios intermedios como a los finales.

Finalmente, el informe de los **contratos con terceros**, los cuales se presentan el año en que se realizaron y luego se notifican los cambios ocurridos en los mismos. Los datos se presentan desagregados por Tipo de Servicio: Internación, Imagenología, Laboratorio, Block Quirúrgico, Llamados a domicilio y Servicios ambulatorios.

En cuanto al medio utilizado para enviar toda la gama de informes, esto ha evolucionado, desde el envío manual junto con un diskette, a lo que rige ahora, donde todo es enviado por e-mail salvo la Declaración Jurada de cuotas y el Balance auditado que se envía de forma manual y electrónica.

Otro asunto a considerar es el vencimiento de la presentación de la información, ya que todas las informaciones con vencimiento condicionan la obtención del certificado y generan multas. La mayoría de los informes se deben presentar a los 45 siguientes del mes al que corresponden los datos. En el caso de la Declaración Jurada, se establece como plazo cinco o diez días antes que comience el mes de referencia. Por ejemplo, para el año 2009, la presentación correspondiente al mes de Agosto vence el 21 de Junio. Para el caso de las metas asistenciales, de otorgan 35 días para su presentación. Por ejemplo, para las metas que van desde Julio a Setiembre, vence la presentación al 5 de Noviembre de 2009. Finalmente, para el Balance anual, éste cierra al 30 de Setiembre de cada año y su plazo de presentación es hasta el 31 de Diciembre de corriente año.

## **6.7 Difusión**

Con toda la información recabada, el SINADI en conjunto con el resto de la División, elaboran informes e indicadores parte de lo cual se publica, se envía a las instituciones, se entrega a la Junta Nacional de Salud, o bien se difunde dentro del Ministerio.

En sus orígenes el SINADI estuvo definido para informar a las autoridades del M.S.P. pero la reforma amplió el espectro, ya que introdujo a la Junta Nacional de Salud como un nuevo y continuo demandante de información. A terceros, se brinda información en forma consolidada.

En cuanto a dar información individualizada a los afiliados, la definición de ese tema está actualmente a nivel de la Junta Nacional de la Salud. Si bien la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud prevé otorgar una mayor información al usuario del sistema sanitario, el rol que cumple el SINADI es un tema en discusión que todavía se está procesando. De hecho, como afirma la Cra. Giselle Jorcín, la información que podría disponerse para el usuario de servicios de salud ya se encuentra disponible en el SINADI, pero aún no se ha tomado una resolución que determine qué información le compete al mismo preparar y publicar.

### **6.7.1 Feedback de información directo a las IMAC**

Con respecto a la información que se le devuelve a las instituciones, de forma trimestral se envía por e-mail una planilla con indicadores sobre: población, uso de servicios y calidad y acceso. Se desagregan las instituciones por grupo según la cantidad de beneficiarios y por Montevideo e Interior, formando los siguientes (ver anexo N° IV):

- Indicadores Montevideo: I.A.M.C. - Población entre 20.000 y 40.000 Afiliados; entre 40.000 y 100.000; y mayor de 100.000 Afiliados.
- Indicadores Interior: I.A.M.C.- Población menor a 20.000 Afiliados; entre 20.000 y 40.000; y mayor a 40.000 Afiliados.

Cada institución recibe la planilla correspondiente a su grupo, la comparación con el total de Montevideo o Interior según su caso y luego la comparación con el total de I.A.M.C. del país. Asimismo, otra información que reciben es la fórmula de cálculo de las metas asistenciales e informes consolidados con comparaciones entre instituciones y/o entre sectores.

Además las instituciones tienen la posibilidad de solicitar mayor cantidad de información al SINADI la cual es brindada por diferentes medios: telefónico, mail, fax o notas; que de acuerdo a la investigación realizada se constata que efectivamente la respuesta es oportuna y efectiva.

### 6.7.2 Publicación SINADI en la web

Con respecto a la publicación que realiza el SINADI mediante la página web del MSP la misma esta, según la Cra. Giselle Jorcín, en proceso de mayor actualización reconociendo situaciones particulares que hacen en la actualidad retrasar la publicación. Un ejemplo de esto es la demora en la presentación de información contable por parte de una institución con problemas lo cual hace retrasar la consolidación de la información del todo el sector.

El Ec. Daniel Olesker destaca en la entrevista realizada, el cambio que se está realizando en cuanto a la ponderación entre indicadores económicos y sanitarios. El objetivo está en que la población comience a conocer indicadores sanitarios de su institución y así se acostumbre a manejar esos datos. En relación a esto, el MSP estaría solicitando a las instituciones que publiquen, por ejemplo, el número de profesionales y datos de accesibilidad. Esta idea planteada por el Economista se corrobora con la información obtenida de la División Economía de la Salud, donde reivindica esta intensión de armar un set de indicadores a publicar con regularidad, que permita al usuario contar con herramientas para movilizarse dentro del Sistema.

Según Olesker hay información que debería darla el SINADI pero otra la debería dar el propio Ministerio a través de sus distintos programas, como por ejemplo, el programa del tabaco, de hábitos saludables, de alimentación saludable, entre otros.

Si se remite a la información que publica el SINADI a través de la página web, en la actualidad cuenta con la siguiente información (ver anexo N° V):

- Indicadores Asistenciales IAMC
- Indicadores Asistenciales Seguros Integrales
- Población Afiliada a las IAMC
- Estado de Situación Patrimonial Montevideo e Interior
- Estado de Resultados Montevideo, Interior y total del país

## 6.8 Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos – SCARH

*“El desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social (no exclusivamente técnico), orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. Este proceso social tiene como uno de sus protagonistas a los trabajadores de salud.”<sup>30</sup>*

El tema de Recursos Humanos (RRHH) y el pedido de información a las instituciones comenzó en el año 2005, previo a esta fecha no habían prácticas al respecto, más que algunos relevamientos puntuales hechos en un período de tiempo y para algunas instituciones. Un caso de estos fue en el año 2002, con la crisis económica del país y con varias mutualistas que arrastraban problemas propios, cerraron algunas instituciones. Esto produjo lo que se llamo el Plan B, para el cual se consideraba que donde se iban los usuarios se iban un porcentaje de los trabajadores, entonces surgió la necesidad de cuantificar la cantidad de personas que se desafilaban de las instituciones y así obtener la dimensión de la bolsa de trabajo que se estaba generando del personal de las instituciones.

Es a partir del año 2005, con la proyección de la reforma, que comienza a pensarse en la creación de un ámbito en la órbita del MSP que se dedique a la recolección, generación, análisis y difusión de información en materia de recursos humanos en salud; información que hasta ese momento no se tenía en el país. Como objetivos específicos se plantearon:

- Coordinar un proceso de centralización de la información existente en materia de recursos humanos en salud.
- Aportar información que garantice una mayor transparencia al sistema de salud.
- Identificar y monitorear los aspectos demográficos, políticos y sociales de la oferta y demanda de los recursos humanos del sector
- Promover la realización de nuevos relevamientos y trabajos de investigación.
- Desarrollar herramientas metodológicas para la investigación y gestión.
- Promover políticas sobre la formación y capacitación identificando los requerimientos en este aspecto.

En este sentido, el primer avance fue el relevamiento de RRHH utilizando el Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos cuyo objetivo fue conocer de forma integral los Recursos Humanos de Sector Salud, tanto en sus usos como disponibilidades.

La forma en que se instrumentó esta herramienta fue a través del llenado de la información en una planilla digital ubicada en la web, donde cada responsable de la institución tiene asignada una clave y así acceden con su usuario. Allí cargan los datos y le envían electrónicamente. Los recibe un solo profesional de la División y así comienza a trabajar con los datos, los procesan y se preparan informes. Se releva trimestralmente (Febrero-Mayo-Agosto-Noviembre) con datos mensuales.

---

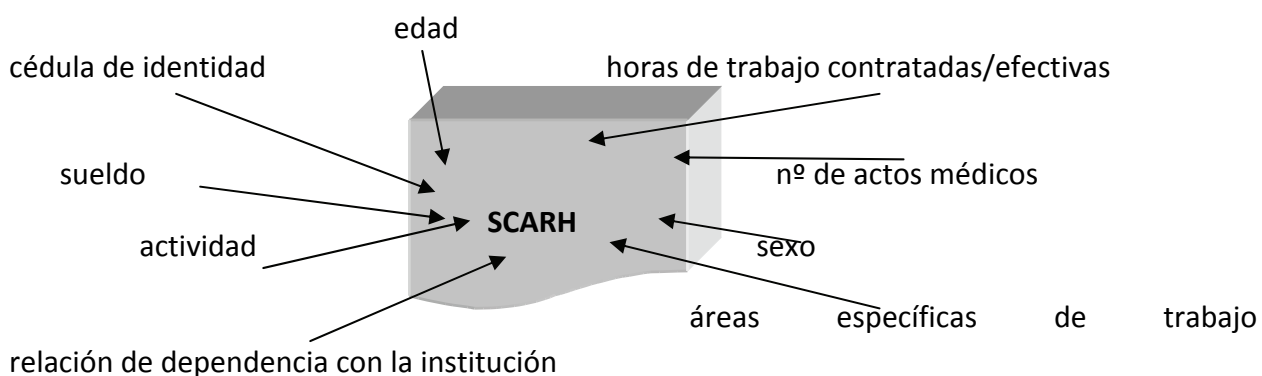
<sup>30</sup> Llamado a la acción de Toronto 2006-2015 hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas.

Los destinatarios son la Junta Nacional de Salud en particular o quién lo necesite en general. Por ejemplo, la Ec. Gabriela Pradere informa sobre la utilización de la información brindada por el sistema para situaciones coyunturales complejas como puede ser una institución con un problema importante que requiera de un seguimiento de cerca por parte del Ministerio.

Incluso ya se ha realizado un informe que fue enviado a las instituciones que contaba con datos estadísticos globales, de Montevideo e Interior sin identificar instituciones puntuales, respetando el secreto estadístico. Asimismo, las instituciones pueden, mediante la página web cargar los datos y obtener un reporte, donde se refleja su situación y la comparación con el promedio de Montevideo y el Interior. Si bien estos indicadores son pocos y básicos, la idea es que puedan obtener algo de información al instante que le sea de utilidad.

Hasta el momento quedan comprendidas en la solicitud de esta información todas las instituciones del sector privado excluyendo a las Emergencias Móviles; y el sub-sector público que todavía no está implementado en su totalidad. Con las primeras se están haciendo intentos pero no se ha logrado obtener datos periódicos obteniéndose datos de algunas de ellas. Pero más lejos se encuentra el sub-sector público, que sería el paso que está quedando por dar. El objetivo es entonces buscar mecanismos para llegar a tener información del sistema en su conjunto, incluyendo a las Emergencias y al sector público.

Los datos que se solicitan son de todos los trabajadores de cada institución, e incluye algunos de los que se muestran a continuación:



Ahora bien, resulta importante saber lo que se puede obtener de todos los datos que se recaban. Para eso, sin ser una lista taxativa se puede mencionar las siguientes aplicaciones:

- Calcular el multiempleo. Utilizando la cédula de identidad de un trabajador, y cruzándola con todas las instituciones permite tener una estimación del un problema importante dentro del área médica.
- Obtener el indicador de productividad y capacidad ociosa de los RRHH



- Obtener el indicador de cantidad de actos médicos por hora. Esto se compara en relación al laudo, porque los laudos del sector privado establecen la cantidad de actos que deben realizarse por hora.
- Obtener el indicador de concentración de los ingresos.
- Conocer cómo se distribuye la actividad entre los tres niveles de atención
- Saber qué sistemas de remuneración se utiliza actualmente y su impacto real en términos de incentivos.

En cuanto al ámbito de control, éste se reconoce escaso por el momento; se limita a la detección de valores atípicos, datos que resulten fuera de lo estándar. Sin embargo la meta será realizar auditorías en las mismas instituciones. Por otro lado, como todo sistema nuevo, se detectan errores por lo que se trabaja con información post-validación, se usa el informe anterior para esperar a que se valide la información, de forma de contar con la información lo mas cierta posible.

Sin lugar a dudas, este fue un cambio en la demanda de información que generó movimiento en todas las instituciones, ya sea porque muchas instituciones no contaban en forma sistematizada con los datos requeridos; por la necesidad de incrementar el personal para cumplir en tiempo y forma o por las características mismas del reporte. Si bien la opinión generalizada es que la información resulta excesiva, quienes la manejan en el SINADI (o en la División) aseguran que son muy pocos los datos que quedan sin utilizarse.

En suma, el SCARH es una herramienta fundamental que refleja la relevancia que ha tomado la información para contribuir con el Ministerio de Salud Pública en su rol como rector del sistema y para la formulación de políticas públicas sobre el sector.

Además es importante destacar, que Uruguay es considerado, según informa la Ec. Gabriela Pradere, un país vanguardista en cuanto a la disposición de información de recursos humanos del sector salud. En América Latina son muy poco los países que cuentan con datos tales como los que nuestro país está recabando con el nuevo sistema.

## Capacidad Ociosa y Productividad

- Número de camas ocupadas por cargo en Cuidados Moderados

	Total	Montevideo	Interior
Medicina Interna	41.90	61.51	21.59
Pediatría	29.13	50.97	12.86
Cargos Auxiliar de Enfermería	1.33	2.13	0.63
Cargos Licenciadas en Enfermería	6.44	9.10	3.45

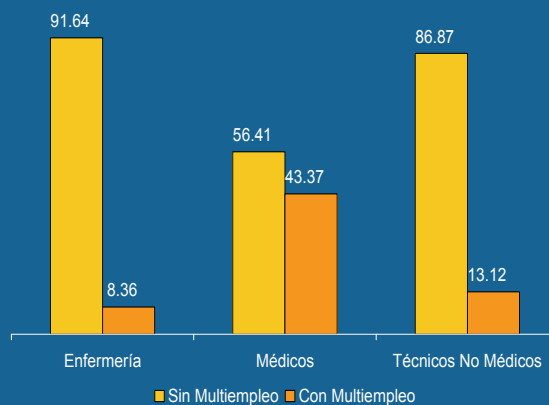
## Capacidad Ociosa y Productividad

- Número de camas ocupadas por cargo en Cuidados Moderados

	Total	Montevideo	Interior
Medicina Interna	41.90	61.51	21.59
Pediatría	29.13	50.97	12.86
Cargos Auxiliar de Enfermería	1.33	2.13	0.63
Cargos Licenciadas en Enfermería	6.44	9.10	3.45

## Multiempleo

- Multiempleo del personal asistencial
- Incluye IAMCs y ASSE



Fuente: División Economía de la Salud - MSP

## 6.9 Evolución de los cambios en la Información Asistencial

En este capítulo se procede a analizar la información que fue recabada por el SINADI desde sus orígenes y que ha sufrido las mayores transformaciones: información asistencial. Para ello, se realiza un revisión cronológica que parte de antes de la reestructura del SINADI (ya antes mencionada) para culminar en lo que es los requerimientos asistenciales que se desarrollaron oportunamente en el capítulo

Hasta el año 2004, tal como se observa a continuación, se solicitan pocos datos con un mínimo grado de desagregación.

Tipo IAMC	Mes		Año	2004					
<b>Altas/Bajas de Afiliados</b>									
	<b>Altas o Censo de Afiliados</b>				<b>Bajas de Afiliados</b>				
	Hombres	Mujeres	Sin dato sexo	Total	Hombres	Mujeres	Sin dato sexo	Total	
<b>Grupo Etario</b> (0 - 9				0				0	
10 - 14				0				0	
15 - 44				0				0	
45 - 64				0				0	
65 y más				0				0	
Sin dato				0				0	
<b>Total</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Observaciones :</b>					<b>Resp. :</b> _____				
_____					<b>Fecha :</b> _____				

Tipo IAMC	Mes		Año	2004					
	<b>Medico</b>	<b>Quirúrgico</b>	<b>Ginecologico</b>	<b>Pediátrico</b>	<b>Sin dato</b>	<b>Total</b>			
<b>Consultas</b>	<b>Urgencia</b>	Centralizada				0			
		Domicilio				0			
		Sin dato				0			
	<b>Total</b>		0	0	0	0			
	<b>No Urgencia</b>	Policl./Cons.				0			
		Domicilio				0			
		Sin dato				0			
	<b>Total</b>		0	0	0	0			
	<b>Sin dato s/urgencia o no urgencia</b>					0			
						0			
	<b>Medico</b>	<b>Quirúrgico</b>	<b>Ginecologico</b>	<b>Pediátrico</b>	<b>Sin dato</b>	<b>Total</b>			
<b>Recetas</b>	Nº Recetas					0			
	Gastos medicamentos cons. ext.					0			
<b>Observaciones :</b>					<b>Resp. :</b> _____				
_____					<b>Fecha :</b> _____				

Tipo		Mes					Año	2004
IAMC								
		Medico	Quirúrgico	Ginecologico	Pediátrico	Sin dato	Total	
Internación	Cantidad egresos						0	
Simple	Días internación						0	
Interv.	Alta cirugía						0	
Quirurgicas	Cirugía mayor						0	
	Cirugía corriente						0	
	Sin dato						0	
		Partos				Niños	Adultos	Total
Con cesárea					Cuid.	Cant. egresos		0
Sin cesárea					Intensivos	Días internación		0
					Cuid.	Cant. egresos		0
					Intermedios	Días internación		0
Observaciones :					Resp. :		-----	
-----					Fecha :		-----	

Tipo		Mes					Año	2004
IAMC								
		Medico	Quirúrgico	Ginecologico	Pediátrico	Sin dato	Total	
Consulta Extern.	Cantidad						0	
	U.V.R.						0	
Internación	Cantidad						0	
	U.V.R.						0	
Sin dato	Cantidad						0	
	U.V.R.						0	
Total	Cantidad	0	0	0	0	0	0	0
	U.V.R.	0	0	0	0	0	0	0
Observaciones :					Resp. :		-----	
-----					Fecha :		-----	

Es entonces que los datos solicitados hasta el 2004 son básicamente datos sobre altas y bajas de afiliados, consultas por grado de urgencia y especialización, recetas expedidas por especialidad, cantidad de partos realizados, y cantidad de egresos y días de internación por nivel de atención recibida.

Esta información es completamente diferente a la que comienza a requerirse a partir del año 2005. Existe un cambio, aumentando la cantidad de información, el tipo y su desagregación.

Como se observa en el cuadro siguiente los datos son agrupados bajo el mismo criterio que se utiliza hoy en día, si bien se identifica algunas diferencias en los cuatro últimos conceptos. Lo que antes del 2005 se encontraba en los puntos IX al XII, luego del 2008 pasan a agruparse en los puntos IX a XI. Cada uno de los doce puntos representa una planilla con múltiples datos a completar por las instituciones de forma mensual.

<b>Contenido a partir del 2005</b>	
<b>I.</b>	<b>Beneficiarios</b>
<b>II.</b>	<b>Atención Ambulatoria</b>
<b>III.</b>	<b>Atención por Internación</b>
<b>IV.</b>	<b>Atención en Centro Quirúrgico y Partos</b>
<b>V.</b>	<b>Diagnóstico y Tratamiento</b>
<b>VI.</b>	<b>Medicamentos</b>
<b>VII.</b>	<b>Datos Anuales</b>
<b>VIII.</b>	<b>Plan PAPI</b>
<b>IX.</b>	<b>Indicadores de Producción</b>
<b>X.</b>	<b>Indicadores de Desempeño, Calidad y Acceso</b>
<b>XI.</b>	<b>Indicadores de Uso</b>
<b>XII.</b>	<b>Indicadores SINADI</b>

A partir del 2008 surge el siguiente cambio en el contenido de la información asistencial que básicamente toma lo que se solicitaba y lo incorpora al nuevo contenido reagrupando los datos e indicadores e incorporando nuevos requerimientos e incrementando el grado de desagregación de la información.

<b>Contenido a partir del 2008</b>	
<b>I.</b>	<b>Beneficiarios</b>
<b>II.</b>	<b>Atención Ambulatoria</b>
<b>III.</b>	<b>Atención por Internación</b>
<b>IV.</b>	<b>Atención en Centro Quirúrgico y Partos</b>
<b>V.</b>	<b>Diagnóstico y Tratamiento</b>
<b>VI.</b>	<b>Medicamentos</b>
<b>VII.</b>	<b>Datos Anuales</b>
<b>VIII.</b>	<b>Plan PAPI</b>
<b>IX.</b>	<b>Datos e Indicadores SINADI nuevo</b>
<b>X.</b>	<b>Resumen de Indicadores</b>
<b>XI.</b>	<b>Composición de Indicadores de Producción</b>

La información incluida desde Beneficiarios hasta Plan PAPI inclusive, sufre modificaciones menores: se incorporan datos sobre Salud Bucal en Atención Ambulatoria y se desagrega más la información en Atención por Internación ya que Días Cama ocupados por nivel de cuidados pasa a quedar dividido por un lado en aquellos que son propios, contratados fijos e internación domiciliaria y por otro lado aquellos que son contratados a demanda.

Los Indicadores de Producción quedan dentro de Composición de Indicadores de Producción. Si bien la información es básicamente la misma, aumenta el grado de desagregación de los datos. Para comprender el cambio, en la siguiente página se muestra el cambio en la exposición de los datos relativos a Diagnóstico y Tratamiento. Tomándose como variable la cantidad de exámenes de laboratorio, se observa la clasificación establecida para los mismos antes y después del año 2008. Resulta evidente, el aumento de la desagregación de la información en este último período.

SERVICIO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	ATENCIÓN AMBULATORIA		INTERNACION		OTROS	TOTAL
EXAMENES DE LABORATORIO	Consulta Externa	Urgencia	Internación	CTI/CI	s/d y otros	
CANTIDAD						
UVR						

CANTIDAD DE EXÁMENES DE LABORATORIO	DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO														TOTAL						
	SEXO MASCULINO							SEXO FEMENINO													
	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74	s/d	TOTAL	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19		20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74	s/d	TOTAL
Consulta no urg centralizada									0												0
Consulta no urg. Domicilio									0												0
Consulta urg. Centralizada									0												0
Consulta urgente domicilio									0												0
Sin discriminar									0												0
<b>TOTAL</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuidados Básicos									0												0
Internación Domiciliaria									0												0
Cuidados Moderados									0												0
CTI/CI									0												0
Sin discriminar									0												0
<b>TOTAL</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>SIN DATOS</b>																					
<b>TOTAL EX. DE LABORATORIO</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Los Indicadores de Desempeño, Calidad y Acceso y los Indicadores SINADI quedan a partir de 2008 incluidos dentro de Resumen de Indicadores. Esta planilla resulta una lista extensa conteniendo una gran cantidad de datos e indicadores.

Los Indicadores de Uso de Servicios pasan a quedar incluidos en la planilla de Datos e Indicadores SINADI nuevo. En la misma, se incluye un capítulo nuevo referido a Datos Anuales, en el que se busca recabar datos acerca del número de beneficiarios por tipo de consultas e ingreso y además, se solicita expresar estos mismos como porcentaje del total.

Para culminar resulta importante destacar que hasta el 2004 inclusive, toda la información mensual solicitada a las IAMC consistía en los datos asistenciales ilustrados en los cuadros vistos anteriormente y el Estado de Resultado.

Esto, comparado con la batería de información solicitada al día de hoy expuesta en el capítulo Información SINADI, revela todo lo que se ha venido manifestado acerca de la evolución de los cambios en la solicitud de información.

### **6.10 Control de la información**

La realidad indica que, con respecto a la información económico-contable, es poca la que está siendo auditada básicamente porque la información que brindan adquiere la calidad de declaración jurada o de lo contrario porque es difícil de validar. Además en el caso de los balances anuales, son presentados con el informe de auditoría, por lo que el control no se justificaría.

Para el área asistencial el control es mayor. Un tema especialmente controlado es la información referente a las metas asistenciales, para el cual el M.S.P.- Dirección General de la Salud (DIGESA) realiza inspecciones por un cuerpo técnico especializado que corroboran la información presentada por los prestadores. Uno de los pagos que realiza el FONASA hace referencia a cumplimiento de una meta de control de niños y embarazadas. Para verificar que hayan alcanzado el objetivo propuesto, se controla que las informaciones que envían se alinean con los datos de las historias clínicas, y con demás información que pueda ser auditada para tal fin.

Otro tema de importancia con un alto nivel de impacto como son los tiempos de espera, los valores de las tasas moderadoras también están siendo controlados. Asimismo, el Ec. Daniel Olesker destacó en la entrevista realizada, la iniciativa que se está desarrollando para el control de los datos de los afiliados, no de aspectos personales sino que el énfasis está en que las instituciones tengan una base de datos actualizada de sus afiliados de modo que se note que la institución tiene con la persona un vínculo que va más allá de cuando ésta es atendida.

En síntesis y en línea con el entrevistado, se controla aquello que es posible de ser controlado y que a su vez genera impacto en el sistema de salud.

### **6.11 Marco sancionatorio**

En lo que tiene que ver con la capacidad de poner sanciones por incumplimientos relacionados a envío de información, se parte de la base de que si las IAMC y Seguros Integrales privados no presentan la información estipulada al SINADI, no cobran las cuotas salud que otorga el FONASA. Por lo cual, la información es presentada en todos los casos, según la investigación realizada. Lo que puede suceder es que una institución se retrase y la entregue días más tarde de su vencimiento. En consecuencia, el FONASA no deja de pagar, sino que paga las cuotas con el mismo retraso que tuvo en esa determinada institución en la presentación de la información.

Unos años atrás, el marco sancionatorio era más difícil de ejecutar ya que no existían términos intermedios. Es decir, si alguna institución no presentaba la información en tiempo y forma la sanción era de un 100% del monto, por lo que la repercusión que esto acarrearía en la operación de cualquier prestadora de salud sería muy grande y la sanción nunca llegaba a ejecutarse.

Hoy en día, el marco sancionatorio evolucionó hacia uno más gradual, que parte de una amonestación, luego un 5 % de penalización en el monto que le corresponde a la institución y así sucesivamente. Así, sólo se llega a suspender el pago total del cheque FONASA en casos de extrema gravedad y repetición de faltas. Vale resaltar que el marco normativo prevé sanciones más efectivas para las IAMC, mientras que para los seguros privados que actúan como prestadores del FONASA se están incrementando.

En resumen, se puede afirmar que el cambio que está ocurriendo en el diseño de la aplicación del poder sancionatorio posibilita ejercer más la potestad penalizadora, si bien siempre existió.

### **6.12 Rol de la información SINADI en el Modelo de Atención, Gestión y Financiamiento.**

La Reforma propone, para el cumplimiento de sus objetivos, cambios en tres niveles, en

- ❖ el Modelo de Atención de salud
- ❖ el Modelo de Gestión
- ❖ el Modelo de Financiamiento.

El cambio en el modelo de atención apunta a orientar el sistema hacia un modelo de atención integral, priorizando las acciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico precoz de las enfermedades para su rápido tratamiento, pronta recuperación y rehabilitación de las secuelas. Esto tiene importantes implicancias sobre las instituciones aseguradoras que deberán brindar una atención integral, que quedó plasmado en el Plan Integral de Prestaciones (PIP). Este constituye un listado explícito de prestaciones de carácter obligatorio para todos los prestadores integrales y un derecho de acceso universal para la población de todo el país. Contiene los programas prioritarios de salud y el catálogo de prestaciones integrales.

Las prestaciones definidas contarán con indicadores de calidad de sus procesos y resultados, permitiendo evaluar la atención de cada institución prestadora de servicios. Para la obtención



de esos indicadores, las instituciones deben contar con los datos necesarios y será la Junta Nacional de Salud la encargada de controlar que la atención brindada cumpla con las exigencias de los programas integrales a efectos de autorizar el pago de la cuota salud a los prestadores.

Además del PIP, hay dos herramientas más que colaboran con los cambios del modelo de atención. Primero, la Cuota Salud: cápitas y metas asistenciales. Antes de la reforma, la seguridad social pagaba cuotas uniformes a los prestadores lo que no permitía conocer las distintas necesidades de salud de la población ni reconocía los costos diferenciales que tiene su atención. Las cuotas salud del SNIS, a diferencia de lo que sucedía históricamente, constan de un componente de cápitas que se ajustan por riesgo asignando diferentes pagos según el grupo de población. De esta forma, la cuota deja de manifiesto los costos de atención de los diferentes grupos, diferenciados por edad y sexo. Esto incentiva a los prestadores para mantener una política activa de promoción y prevención de salud, los administradores tendrán estímulos para mantener a la gente sana porque eso evita los costos de la atención de la enfermedad.

Por otro lado, el componente de metas asistenciales consiste en un pago por el logro de resultados en salud que han sido definidos por la autoridad sanitaria. Si un prestador público o privado no logra cumplir con alguna de las metas asistenciales propuestas la JUNASA le retendrá los pagos correspondientes. Este mecanismo tiene por finalidad alentar el correcto desempeño de los prestadores en las áreas de salud priorizadas.

La última herramienta para analizar, son los Contratos de Gestión que establecen muchas otras exigencias que hacen a la calidad de atención. De hecho, el Contrato de Gestión es una herramienta estratégica que centraliza las principales exigencias de SNIS. Su objetivo es establecer las obligaciones asistenciales, de gestión y de financiamiento que asumen las partes.

Para que se cumpla realmente el objetivo es necesario que se cuenten con buenos sistemas de información. El monitoreo constante resulta fundamental, es necesario poder evaluar y medir el desempeño de los prestadores tanto en la producción como en la gestión administrativa. Y los sistemas de información juegan un papel central en este aspecto.

La Junta Nacional de Salud manejará la información del Sistema Nacional de Información (SINADI), información sobre Egresos Hospitalarios (edad, sexo, fecha de ingreso y de egreso, días de internación, etc.) e información sobre enfermedades de Notificación Obligatoria e Infecciones Hospitalarias. Con esta información y realizando controles (inspecciones, habilitaciones, Dirección Técnica, Estados Contables, etc.) es que la Junta vigila el cumplimiento y podrá aplicar sanciones en el caso que lo amerite.

Es, una vez descripto el cambio en el modelo de atención que se analiza la relación entre el SINADI y los distintos aspectos que hacen a dicho cambio.

En lo relativo a los Contratos el aporte del SINADI se puede visualizar desde los artículos mismos del Decreto 464 del 2 de octubre del 2008 en el que se aprueba el Contrato de Gestión entre la Junta Nacional de Salud y el Prestador Integral. En lo referente a la forma de pago, en la disposición vigésima quinta se menciona lo siguiente: “la efectividad del pago estará sujeta al

cumplimiento de las obligaciones del prestador para con el SINADI y otras cuyo control sea competencia del Banco de Previsión Social.”

Es entonces que el Contrato de Gestión deja sujeto el pago de las cuotas salud al cumplimiento de las obligaciones de información de los prestadores para con el SINADI. Luego, éste comunica a la Junta la información a efectos que ella autorice los pagos correspondientes por parte del BPS.

Pero esto no es todo, en la disposición sobre Cesión de Derechos también entra el juego la labor del SINADI de la siguiente forma: “El prestador deberá presentar al Ministerio de Salud Pública en forma trimestral información detallada de las cesiones de derechos de cobro de cuotas salud que haya realizado y puesto en conocimiento de la JNS.”

La disposición siguiente está titulada Información al SINADI y establece que: “el prestador presentará al Ministerio de Salud Pública en tiempo y forma la información la información correspondiente al SINADI, de conformidad a con las disposiciones vigentes para cada prestador. Trimestralmente, el Ministerio de Salud Pública informará a la JNS sobre incumplimientos de plazos u observaciones que se hayan realizado en relación a la calidad de los datos aportados”.

Es válido concluir, en base a lo visto anteriormente que el SINADI constituye una herramienta imprescindible para el funcionamiento y el control de las obligaciones que los prestadores asumen con la Junta Nacional de Salud a partir de la firma de los Contratos de Gestión. El SINADI le da a la Junta una medida del grado de cumplimiento de las exigencias acordadas.

Ahora bien, en lo relativo a la contribución del SINADI en la definición de las cuotas salud, se puede mencionar, por un lado, que lo primero que aporta es la estructura de costos institucionales que permite el cálculo de las cápitas. Para llegar al pago ajustado por edad y sexo, es necesario contar con información acerca de la estructura de costos de cada grupo etario y sexo. Es aquí donde el SINADI trabajó en la preparación de la información a solicitar, elaborando nuevas planillas de costos que significó un cambio en la forma de agrupar los costos de las instituciones. Según afirma el Ec. Daniel Olesker<sup>31</sup>, el cálculo de las primeras cápitas se realizó con enormes dificultades y con varios supuestos porque la estructura de la información no era la adecuada. Hoy en día, afirma que con la nueva estructura de costos que propone y recaba el SINADI se obtiene la información más realista y de forma más confiable.

Por el lado de las metas asistenciales, ya no únicamente el SINADI sino la División Economía de la Salud, es la que ejerce el control sobre el cumplimiento de las metas propuestas. Por ejemplo, para controlar la cantidad de médicos en el primer nivel de atención se incorporó el Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH), el cual es una innovación propia de la reforma, que permite recabar información sobre de muchos los aspectos relativos a los recursos humanos que dispone cada institución.

---

<sup>31</sup> Director General de Secretaría del MSP.

El cambio en el modelo de gestión busca asegurar la coordinación y complementariedad de los servicios públicos y privados en todos los niveles, la profesionalidad, la transparencia y honestidad en la conducción de las instituciones así como la participación activa de todos los actores involucrados.

Sin lugar a dudas la reforma del sistema de salud y la implantación del SNIS implica un cambio profundo en la gestión de los distintos actores. Por el lado de los prestadores, éstos deberán adaptar su gestión a las exigencias de este nuevo modelo. Para ello, algunas ya han comenzado (incluso algunas supieron adelantarse en algunos aspectos), otras se han visto con mayores dificultades al momento de ejecutar cambios en el funcionamiento, por motivos económicos principalmente. Por el lado del Ministerio de Salud Pública, la reforma estructural sobre el sistema le demanda mayores acciones reguladoras y de control en vías de cumplir con los objetivos propuestos en la misma. Se establecerán políticas de información continua dando mayor participación a la comunidad en las estrategias para la promoción y prevención de las enfermedades, lo que redundará en mayores exigencias para las instituciones aseguradoras que tendrán que brindar la información necesaria para poder controlar su gestión y oferta de servicios.

Según considera la Cra. Giselle Jorcín, un ejemplo del aporte que brinda la unidad al modelo de gestión, refiere al área de recursos humanos, en el sentido que hace posible conocer por ejemplo la capacidad ociosa de las distintas instituciones. Los datos que recibe el SINADI dan idea de la manera en que se articulan el sector público y el privado, para luego tomar medidas al respecto con miras a la integración en forma de red entre ambos sectores.

Por último, el cambio en el modelo de financiamiento se basó en la creación del Seguro Nacional de Salud. El nuevo modelo pretende asegurar la cobertura universal, mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad. Es en este último punto, que el Ec. Daniel Olesker identifica un aporte del SINADI a este modelo. Considera que le aporta a la reforma respecto de la sustentabilidad de las instituciones, una información que le permite detectar con bastante rigurosidad y con cierta prevención las instituciones que van enviando información y que van viendo deteriorados sus indicadores.

En cuanto al tema de la falta de equidad en el monto asignado por usuario (y entre ambos sectores), que solucionó el nuevo sistema mediante el pago por cápitas ajustadas, el aporte del SINADI al cálculo de las mismas es fundamental y está en proceso de mejora continua.

Concluyendo, el Sistema Nacional de Información es una herramienta indispensable para planificar, implementar y controlar los cambios propuestos en los tres modelos de reforma.

### **6.13 Sector Público vs. Mutualismo**

La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) era un organismo público que se financiaba con Rentas Generales y contaba con información adecuada al sistema de información presupuestal y por lo tanto no tenía una estructura de un prestador como el SINADI.

En la actualidad se está tomando medidas en este sentido, ASSE ya está reestructurando su información para hacerla compatible, de hecho ya envía al SINADI, como cualquier prestador privado, el SCARH, el sistema que recaba información sobre los recursos humanos. Además, anteriormente no tenía Estado de Situación Patrimonial porque la Administración Central no tiene patrimonio, pero a partir de la reforma y su descentralización del MSP, funciona con contabilidad patrimonial, estado de situación y de resultado.

En el marco de descentralización de ASSE, se avanzó en el área Integración de Sistemas de Información, a través de<sup>32</sup>:

- el fortalecimiento de los sistemas de normalización, recolección y consolidación de la información referida a indicadores de producción y rendimiento de las Unidades Ejecutoras de ASSE;
- la mejora del sistema de gestión de salud de la Red de Atención Primaria (RAP) y extensión a los hospitales Pasteur, Pediátrico, y Vilardebó;
- el avance en la integración del Sistema Integrado de Información Financiera (SIIF) con el sistema contable disponible en ASSE (ContaWin);
- la elaboración de un sistema de costos por proceso.

Para el caso de prestadores públicos como el servicio de Sanidad Militar o Policial las acciones no son tan notorias, se les está siendo solicitada información agregada macro para las Cuentas Nacionales en Salud con la misma lógica que el SINADI pero no se realizaron mayores cambios.

En suma, el sector público de la salud se encuentra en pleno proceso de adecuación de sus sistemas de información, aunque todavía no existe aún un condicionamiento del SINADI para el pago del FONASA a ASSE. Del sector del Mutualismo, por su parte, el MSP cuenta con información bastante homogénea, en parte gracias a la auditoría que realiza el SINADI haciendo que la información sea más adaptable a un sistema integrado. Partiendo de la base de que el Mutualismo y ASSE constituyen el 80% de los prestadores de servicios en salud, incluyen al 90% de los afiliados y representan el 80% de los flujos económicos aproximadamente, se puede decir que si bien todavía el Ministerio tiene dificultades (menos que antes) para obtener información del resto del sistema, cada vez más avanza hacia la obtención de información de todos los prestadores de salud a fin de lograr un sistema de información integrado y global.

---

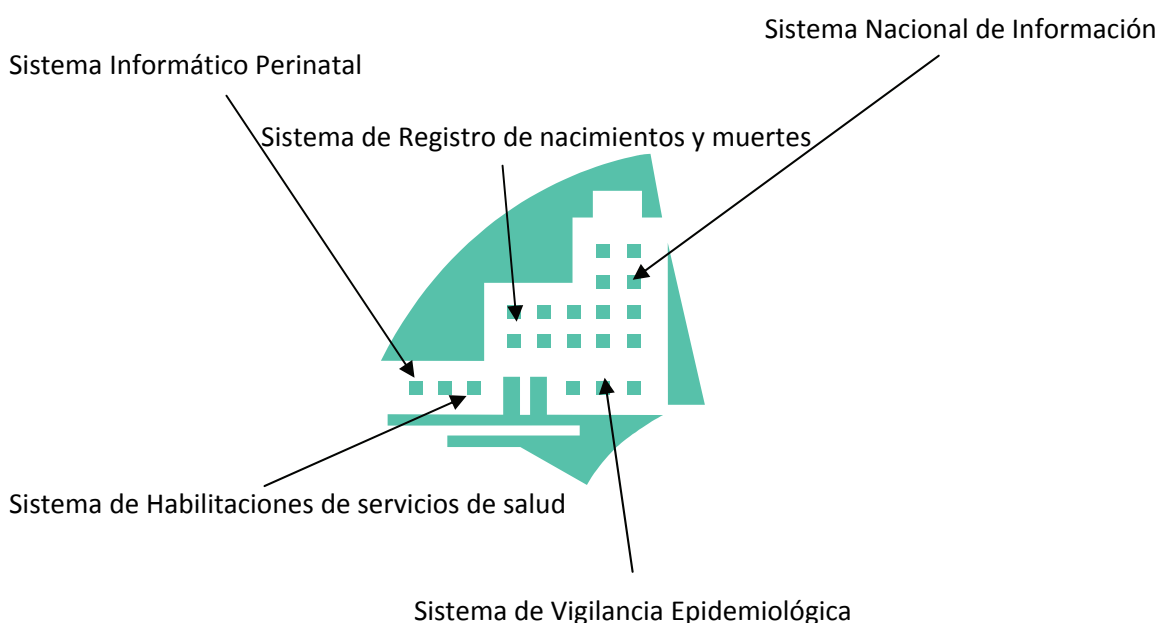
<sup>32</sup> Rendición de Cuentas 2007 y lineamientos 2008. Uruguay tu país, 2008.

## 7 MSP – SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

### 7.1 *Dispersión de la información al interior del M.S.P. e iniciativas de integración.*

Si el foco está en la estructura de los sistemas de información dentro del Ministerio de Salud Pública, se observa que existen múltiples sistemas. Esta dispersión dificulta la visión conjunta, por ejemplo, en lo referente a una determinada institución.

Como muestra la ilustración, la información de un prestador se halla en diversas áreas del organismo sin poder tener una noción global de su situación en los distintos asuntos.



Es en el marco de la reforma del Estado que se han venido implementando, con la aprobación de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, una iniciativa que consistió en asignar recursos adicionales para la creación de Unidades de Calidad y Gestión de Cambio en ocho ministerios, dentro del cual la división sistemas de información quedó incluida. Se espera que las unidades trabajen en forma coordinada entre la Agencia para el desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y el Conocimiento (AGESIC) y la estructura ministerial, programando y gestionando la reingeniería de procesos y la incorporación de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICs) a los respectivos incisos y sus unidades ejecutoras.

A raíz de esta iniciativa se crea el cargo de Gerencia en Gestión de Calidad en el M.S.P. que llevará a cabo la labor de integrar la información dispersa dentro del ministerio y armar una especie de legajo de cada prestador. La labor está apoyada por el AGESIC por lo que toda la lógica de informatización va a estar pensada en comunicación con la AGESIC.

Se puede hablar de la constitución de un supra sistema que engloba a los distintos subsistemas de información en miras de contar con una visión integrada que brinde información sobre la situación en que se encuentra cada prestador en los distintos aspectos.

El MSP se encuentra en la necesidad de definir criterios de coordinación y homogeneización de los sistemas de información internos. Para ello, está en proceso de elaboración un programa informático que permitiría ir consolidando toda la información de cada prestador en el Ministerio, de forma de estandarizar los sistemas para posibilitar el intercambio.

Este instrumento de conocimiento que sin dudas será de gran utilidad para Ministerio y para la JUNASA en particular, todavía no está funcionando pero se está trabajando para ello. Lo relevante es acompañar la tendencia del uso de sistemas de información integrados donde la autoridad sanitaria indique el “norte” hacia dónde dirigir los esfuerzos que contribuyan al sector.

Incluso la centralización de los sistemas de información existentes en el Ministerio formó parte de las iniciativas propuestas en el Plan Estratégico 2006/2010, pero el grado de dispersión de la información y otras dificultades provocaron los cambios fueran más lentos. Una característica propia del sector que repercute en este aspecto es la necesidad de acordar los cambios junto con el sector privado ya que un SI sólo para el sector público no tendría sentido.

La Federación Médica del Interior ya cuenta con un proyecto a través de un fondo financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (FOMIN) para estudiar el desarrollo de un sistema de información único para toda la red de instituciones que la conforman. Esto explica el por qué de la necesidad de acompasar el desarrollo del sector público con el privado al momento de diseñar planes en términos de sistemas de información.

Será a través de la nueva gerencia que se canalicen las acciones para centralizar la información en salud que circula en el ministerio sobre ambos sectores.

## **7.2 *Tecnologías de la Información en salud en Uruguay***

### **7.2.1 *Actualidad y Perspectiva***

Dentro del Plan Estratégico MSP – ASSE 2006/2010 se plantea como uno de los objetivos en materia de Tecnologías de la Información utilizar estándares de contenido, de formato y de conectividad que permitan la interoperatividad de diferentes sistemas de información del sector público y privado.

Partiendo de esta base y de acuerdo con la investigación realizada surge que el tema de la interconectividad y la tendencia a un sistema integrado de información único esta en el tapete del Ministerio al punto que en un decreto manifiesta que los sistemas de información “interprestadores” deben terminar con una Historia Clínica Electrónica única.

Y en esa interconectividad ASSE quedaría incluido como un prestador más, ya no puede acceder a información del regulador porque a partir de su descentralización pasó a ser regulado por el regulador.

Una particularidad del Ministerio de Salud Pública respecto a este tipo de acciones, es su necesidad de coordinarlas en conjunto con el sector privado ya que diseñar un sistema de información que incluya sólo al sector privado no tendría sentido.

Ya en el año 2003, se vio la necesidad de reglamentar algunos aspectos referidos al manejo electrónico de información personal por parte de las instituciones asistenciales públicas y privadas lo que resultó en la aprobación del Decreto del 30 de Setiembre de ese año: “Disposiciones relativas a la Historia Clínica Electrónica Única de cada persona”. En el mismo se declara de interés público es establecimiento de la HCE única de cada persona, entendiendo por ésta el conjunto de datos clínicos, sociales y financieros referidos a la salud de una persona, procesados a través de medios informáticos.

Ahora bien, esto no se ha logrado aún, pero según afirma el Ec. Daniel Olesker, constituye un desafío del MSP; el cual ha sido cauto en la adopción del sistema que posibilite el desarrollo de tecnologías de la información. En el mercado son muchos los sistemas de interconectividad en el sector sanitario, por mencionar algunos ejemplos, el sistema andaluz de historia clínica, otro de origen Islas Canarias y el HL7. Es justamente sobre éste último que a fines del año 2004, surge la iniciativa entre la Sociedad Uruguaya de Informática en Salud (SUIS), el MSP y una mutualista de Montevideo para presentar el protocolo HL7. El HL7 es una organización internacional sin fines de lucro que desarrolla protocolos para el intercambio electrónico de información entre sistemas informáticos del sector salud.

De implementarse en Uruguay los beneficios que generaría sería: reducción de costos de interconexión entre los sistemas, mejorar la información estadística y de costos (estudios de costos de cada institución y comparativos entre instituciones). Así también, colabora con el desarrollo de la historia clínica electrónica única de cada paciente ya que hace posible recibir información de múltiples fuentes en forma estandarizada.

En síntesis las ventajas del uso del estándar son las siguientes<sup>33</sup>:

- ❖ Reducción de errores de interpretación en diagnósticos, recetas, exámenes clínicos, etc.
- ❖ Los sistemas de control y de información gerencial son más efectivos y eficientes
- ❖ Se reducen los tiempos de procesos asistenciales. Dos o más sistemas diferentes son capaces de comunicarse y enviarse información correcta (del sistema de admisión al de farmacia, al de laboratorio, etc.)
- ❖ Disminuyen los costos de implantación de sistemas en el sector salud al reducir la necesidad de diseñar interfases entre los sistemas

En general está ampliamente probado en la literatura que la adopción de estándares promueve la competencia, mejora la calidad de los servicios, genera puestos de trabajo, desarrolla industrias (en este caso de software), etc.

---

<sup>33</sup> Diario Médico nº 63, HL7, 2005

### **7.2.2 Caso de utilización de TI en Uruguay**

Más allá que para el MSP la interconectividad sea una desafío, en nuestro país ya hay instituciones que implementan el uso de Tecnologías de la Información modernas. Un caso es la Federación de Mutualistas de Interior (FEMI) quien ya tiene un proyecto con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) mediante un préstamo del Fondo Multilateral de Inversiones (FOMIN), para desarrollar un sistema de información único para toda la red FEMI. Tiene como propósito desarrollar todo un sistema de información y comunicación que optimice el intercambio entre las instituciones asociadas, homogeneizar los procesos administrativos y de gestión empresarial utilizando como herramienta la historia clínica digital.

A raíz de esto, es el Ministerio tendrá que ir acompasando estos proyectos de cambio para que luego no se implementen sistemas que no se pueden entender entre ellos. Según pudo establecer el Ec. Daniel Olesker en la entrevista realizada, el BID establece como condición para financiar este tipo de proyectos que los mismos contemplen en el estudio ingreso de los prestadores públicos al mismo. Es decir, se estaría estableciendo esa línea antes mencionada de integración nacional de los SI y TI.

En Montevideo, una de las instituciones entrevistadas menciona especialmente su inquietud acerca de la implantación de la HCE, la cual constituye un desafío tangible para la misma.

En síntesis, se puede decir que se están realizando esfuerzos por parte del MSP y de las instituciones en particular para utilizar TI en vías de mejorar la comunicación y maximizar la integración de sistemas de información y el uso de herramientas de información.

## ***7.3 Desafíos de los Sistemas de Información en Salud***

### **7.3.1 Desafíos del MSP**

Se identifican varios desafíos; primero, la construcción de un sistema consolidado donde esté toda la información de salud, con criterios de estándares similares para el cual el Sistema Nacional de Información es la base. Se proyecta la unificación de la información que hoy en día se halla en distintos lugares y que sería mejor centralizarla.

Asimismo, se plantea llegar en un futuro próximo a una Historia Clínica Electrónica, centralizada, con criterios comunes, que sea un elemento transmisible entre las instituciones, de utilidad para el usuario cuando decide cambiarse de institución y que permita un manejo de la información asistencial mucho más homogéneo.

Pero no sólo se tratará de integrar los sistemas de información sino que además, otro desafío será potenciar su uso, o mejor dicho, continuar con este proceso que ya ha comenzado, de darle a la información la mayor utilidad posible tanto para la autoridad sanitaria como para las instituciones que conforman el Sistema Integrado de Salud, para los usuarios y para cualquier



otro actor del sistema sanitario. Un aspecto que tiene directa relación con el uso y que también constituye un desafío para el MSP, es mejorar la calidad de la información.

En conclusión, el Ministerio tiene que estimular y controlar para que estos desafíos se conviertan en realidad, lo que requiere fuertes cambios en la cultura de las personas, y una importante inversión económica y de recursos humanos. Resulta imprescindible que el médico cuando atiende a sus pacientes registre todo en su computadora, que el Estado provea de financiamiento y que se cuente con personal técnico capacitado.

### *7.3.2 Desafíos del SINADI*


Esta Administración dio un impulso significativo al SINADI, tanto en nuevos contenidos como en el control de la presentación de la información. Uno de los desafíos pendientes es equiparar el sector público con el privado en cuanto a las exigencias de información, incorporándolo al sistema de información.

## 8 ANALISIS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A LAS IAMC

### 8.1 Metodología

Para esta parte del trabajo de campo, se realizó una entrevista con un mismo cuestionario (ver anexo N° VII) para los distintos profesionales entrevistados de cada IAMC. La pauta de entrevista fue diseñada de modo de agrupar las preguntas según grupos de temas de interés siguiendo una línea lógica, que va desde aspectos externos de la institución, luego recorre la misma a partir de la incidencia de los mismos hasta llegar a las metas propuestas. Comienza con el impacto de los cambios en la demanda de información a raíz de la reforma de la salud, luego mediante varias preguntas se investiga acerca de la información del SINADI ya sea en lo que hace a calificación de los datos solicitados, su control, y retroalimentación a las instituciones. Por último, y abarcando una amplia gama de preguntas se investigan los sistemas de información de las instituciones lo que culmina con los desafíos de las mismas en la materia.

El análisis de los hallazgos obtenidos se desarrolla según el impacto provocado en las variables establecidas al comienzo del trabajo, que dan cuenta de los objetivos inicialmente propuestos. Estas son:

- Información 
  - cantidad
  - calidad
  - rol otorgado
- Control sobre las IAMC
- *Feedback* del SINADI hacia las IAMC
- Sistemas y Tecnología de la Información

### 8.2 Hallazgos del trabajo de investigación

#### Información

La reestructura que sufre el SINADI en el año 2005 constituye el punto de partida de las entrevistas realizadas, la cual es reconocida por todas las instituciones, destacando que antes de ésta, la información enviada era muy básica: altas y bajas de afiliados, cantidad de socios por categoría, algunos datos asistenciales, información de ingresos y egresos, y no mucho más. Es a partir de este año que las instituciones sienten que progresivamente se les es solicitada más y más información, por lo que el cambio no se sintió abrupto sino que fue acompañando los cambios hacia la implementación definitiva del nuevo SNIS.

Se habla entonces, de una introducción progresiva de los cambios, una prueba de ello, fue justamente la forma de introducción de la Planilla ECAS, para la cual se recuerda por algunos entrevistados, la participación en charlas informativas en el MSP, luego su posterior solicitud sin muchas exigencias, las que fueron incrementándose año a año, evolucionando hasta hacerse más compleja. Es decir, a través de las opiniones recibidas, se puede hablar de un proceso de ida y vuelta entre quien solicita y quien debe responder, dando tiempo a que las organizaciones se adapten para luego ejercer la obligatoriedad. Esto no quita que haya sido destacado en alguna oportunidad la existencia de plazos muy cortos para la presentación de determinada información, como ser, informes con datos históricos.

Se fueron creando nuevas planillas que solicitan datos más específicos, con mayor desagregación, nuevos informes los cuales se reconocen que fueron menos ambiciosos de lo que terminaron siendo. Ya luego de instrumentada la reforma, no se detectan grandes cambios trascendentes en la información económica, contable y administrativa requerida, lo que se alinea con la idea de cambios progresivos que comenzaron a visualizarse a partir del 2006, proceso en el que el SINADI fue el punto desde el cual se han gestionado los cambios en los sistemas de información.

El cambio más sentido fue respecto a datos asistenciales. Lo que sí comienza a solicitarse a consecuencia de la reforma es toda la información relativa a las metas asistenciales establecidas, la cual es enviada a la JUNASA junto con los datos que certifiquen el cumplimiento de los artículos del contrato de gestión.

Un impacto puntual, que se vio generalizado por todos los entrevistados a raíz de la sobrecarga de información solicitada, fue la necesidad de aumentar el personal de la institución, no sólo en el área administrativa sino también el área de Recursos Humanos y en el personal médico.

En lo que respecta a la calificación de la información solicitada por el SINADI, se reconoce que la mayor parte de la información solicitada es adecuada, justa, encontrándose dentro de lo que resulta esperable que solicite la autoridad sanitaria. No obstante, la tendencia encontrada en las entrevistas es a resaltar la información que resulta excesiva en términos de cantidad y contenido, mencionándose como ejemplos de ello el informe de Recursos Humanos y la declaración de los contratos con proveedores.

Habría un factor de momento identificado durante las entrevistas que justificaría en una primera instancia, el exceso de solicitud de información respecto de las instituciones y de sus afiliados. En el marco de una reforma de la magnitud de la que se implantó en el país, se entiende como lógico que, en un principio, se desdibuje el marco de acción y se busque acceder a la mayor información por parte de la autoridad del sector. Esto con el paso del tiempo y el accionar de las instituciones, tendería, según opiniones de los entrevistados, a acotarse y estandarizarse, delimitándose la información que le corresponde acceder al MSP.

Más allá de este planteo, en una entrevista se deja ver otro posible factor que hace a la gran cantidad de información requerida por el Ministerio a través del SINADI, la cual pudo

observarse en el desarrollo del trabajo. Muchas veces el exceso de información no se solicitaría con el objetivo de control sino con objetivos más estratégicos a nivel nacional; haciendo que las instituciones provean de información para que a partir de la misma el MSP elabore sus propias estrategias.

Resulta interesante el planteo realizado acerca del delgado límite existente entre lo que significa la función de controlador y la ingerencia en cuestiones propias de cada institución. Es en esta línea que se plantea esta discusión como un tema de concepción del papel que debe tener el MSP y el papel que juegan las Instituciones, tema que se encuentra en la agenda de la JUNASA en la actualidad. El contrato de gestión firmado por cada institución con la JUNASA establece obligaciones en materia asistencial, de gestión y de financiamiento que generaría en algunos puntos, diferencias acerca de la pertinencia de dar esa información, es decir, la mayoría de los entrevistados denotan que algunos datos que el contrato exige no serían dignos de ser brindados por las instituciones. Como fue adelantado por un entrevistado, las instituciones cuentan con un representante en la Junta, el cual vela por estas cuestiones de protección de datos que rozan lo jurídico; de forma de poder llegar a un acuerdo que delimite la información que corresponde dar a conocer al MSP y cual no.

Es válido mencionar las disposiciones más relevantes que impone el contrato de gestión para comprender el planteo anterior, estableciendo diversos aspectos a los que las instituciones deben dar cumplimiento para no peligrar la efectividad del cobro de las cuotas salud. Algunas de estas disposiciones relacionadas a los mecanismos de control y sistemas de información comprenden: inspecciones, habilitaciones, presentación y publicación de estados contables, empresas auditoras, cesión de derechos e información al SINADI donde se establece que el MSP trimestralmente informará a la JUNASA sobre incumplimientos de plazos u observaciones que se hayan realizado en relación a la calidad de los datos aportados por cada prestador al SINADI.

Por último, se toma como variable a investigar el rol otorgado a la información al momento de tomar decisiones claves por parte de las instituciones.

Como punto de partida, se puede afirmar que el rol que adquiere la información para la institución es una cuestión de estilo de gestión. Con esto se quiere decir que la importancia dada, depende de la cultura que sustente cada institución en relación a este tema, la cual los entrevistados dejaron ver a través de sus respuestas.

El contar con sistemas de información adecuados a las necesidades actuales es indiscutido por todos, la diferencia radica en quiénes la consideran un factor sine qua non a la hora de tomar decisiones claves. Parecería estarse transitando por un camino hacia la gestión basada en información cada vez más eficaz, eficiente y completa. No en vano, las instituciones se encuentran en pleno proceso de implementación sistemas integrados (buscando superar el fraccionamiento de la información en módulos que dificulta el tránsito y la confiabilidad de los datos), se fijan indicadores que se monitorean y comparan, se elaboran cuadros de control e invierten en tecnologías de la información.

Otro aspecto que da cuenta de la importancia que adquiere la información es la preocupación por contar con datos oportunos, cosa que no siempre sucede con la información recibida del SINADI, la cual en varias oportunidades resulta ya obsoleta para tomar acciones al respecto.

Asimismo, se le otorga importancia a las capacidades del personal clave de que institución, aquel personal con una formación más actualizada que facilita la gestión, y en particular la utilización de información con un flujo de datos dinámico, flexible, confiable, oportuno e integrado. Sin embargo, la cultura organizacional trasciende lo particular y apunta a encaminar a todo el personal involucrado hacia una gestión que reconoce a la información como insumo imprescindible al momento de tomar decisiones importantes. Como asevera un entrevistado, ésta no constituye tarea fácil sino que requiere un trabajo continuo, que sin lugar a dudas resulta justificado con los resultados obtenidos, cuando las decisiones son tomadas habiéndose evaluado en conjunto con todas las áreas bajo una misma visión y estilo de trabajo.

#### ⇒ Control sobre las IAMC

Del trabajo de campo se desprende que el aumento de información solicitada a las IAMC fue acompañado por un mayor control de la misma. A diferencia de lo que venía sucediendo, se percibe mayor regulación.

La realización de controles en las mismas instituciones fue constatada por todos los entrevistados, coincidiendo que el mayor énfasis se produce en la información de carácter asistencial. Respecto a la información administrativa-contable, se han realizado controles con el objetivo de corroborar información sobre el valor de las tasas moderadoras y tickets, los registros, las historias clínicas, la agenda de coordinación de consultas y sobre los criterios elegidos para informar.

La gestión asistencial se han recibido auditorías muy concretas relacionadas con las metas asistenciales establecidas, con la gestión de afiliados, así también se controla que la cartelería, horarios, precios estén dispuestos en la institución en concordancia con lo acordado en los Contratos de Gestión firmados.

De acuerdo con lo dicho por dos entrevistados, el control también es sentido cuando se envía la información al SINADI, en el sentido que se han recibido de forma casi inmediata notificaciones de inconsistencia de datos, cosa que no sucedía antes de la reforma. La institución es avisada del error detectado de forma que tenga oportunidad de revisar la información, corregirla o justificarla si es necesario.

Es entonces, que el control de la información es evaluado como de buena calidad, de rápida devolución, con auditoría planificada y responsable, constituyendo una notoria diferencia con lo que venía sucediendo anteriormente en el sector.

## ⇒ *Feedback* del SINADI hacia las IAMC

Otro punto de que resultó importante investigar fue el acceso de las IAMC a la información que produce el SINADI. Es dable decir que la respuesta de los entrevistados en este aspecto mostró grandes similitudes, mencionando informes consolidados, segregados según Montevideo e Interior, comparativos estableciendo valores medios, informes de resultados, información económica-asistencial del relevamiento de todas las instituciones del país por franja de cantidad de afiliados de Montevideo, Interior y todo el país, que también es enviada a la Dirección Técnica; entre otros. En general es información que también está en la página web del MSP, aunque no todos los entrevistados parecen consultarla. El medio de comunicación utilizado es el e-mail, y la periodicidad no parecería estar bien definida y conocida por los distintos entrevistados.

La utilidad fundamental que se encuentra en la información recibida del SINADI, es la posibilidad de compararse con el resto del sector, tener una medida de cómo se encuentran en relación con instituciones similares, aunque éste fue un aspecto discutido. Esto último se justifica a partir de dos argumentos dados. Por un lado, está el hecho que la información enviada es muy abarcadora, con un nivel de agregación mayor al utilizado en la institución y que no es aplicable para casos puntuales que competen a consultas del día a día de la institución. Además se plantea como debilidad en la presentación de los datos, la desagregación de los mismos únicamente por cantidad de afiliados, lo que parecería ser un criterio insuficiente en el entendido que instituciones que se encuentran en el mismo rango, cuentan con estructuras diferentes por lo que los resultados no resultan comparables. Esto parecería ser más notorio para las instituciones de pequeño y mediano tamaño, no así para las de gran tamaño, las cuales cuentan con similares estructuras de servicios y costos. La propuesta es entonces, que la información se agrupe teniendo en cuenta otros elementos, de modo de permita hacer más comparable y por lo tanto más útil.

En síntesis, la respuesta obtenida con respecto a la utilidad de la información brindada por el SINADI se encuentra dividida, algunos la encuentran muy útil, para otros no tanto.

Más allá de esto, surge una coincidencia en la información recibida de los entrevistados, quienes en ocasiones solicitan información adicional al SINADI, incluso de forma telefónica, obteniendo una muy buena respuesta por parte del organismo.

Además, no se quiso dejar de lado los esfuerzos que realiza el MSP para poner a los productores de la información requerida, en conocimiento de las nuevas demandas de información, atendiendo a la formación y coordinación de criterios vinculados con el registro primario de datos, su procesamiento y análisis.

En este marco, de la investigación realizada al respecto se obtiene la participación en reuniones informativas, más que cursos propiamente dichos, para explicar a todas las instituciones el nuevo formato de declaraciones, los nuevos informes que se estaban solicitando y las medidas tomadas. Resulta interesante el aporte de un entrevistado en particular, que percibe una modalidad comunicación no del todo uniforme. El caso citado es una diferencia entre lo que

sucedió con las metas asistenciales, las cuales al principio se comunicaron de forma anticipada explicándose en qué consistían las mismas, para luego pasar a un período de exigencias sin previa comunicación lo cual desacomodó a la institución. Sin embargo, en la actualidad se reconoce estar volviendo a la modalidad inicial deseada. Más allá de éste caso, en general, se visualiza como positivo la realización de dichas reuniones, en donde además se intercambian opiniones entre el emisor y el receptor de información.

### ⇒ *Sistemas y Tecnología de la Información*

Los hallazgos relativos al impacto de la reforma en los sistemas de información de las IAMC son contundentes, ninguna organización quedó ajena al hecho. En lo que se diferencian, es el grado en que cada la institución quedó expuesta a los cambios en la solicitud de información, para algunas no significó gran movilización interna, mientras que otra todavía se encuentra con sistemas que no responden a los requerimientos de forma confiable, oportuna e integrada.

La mayoría de las instituciones entrevistadas han mostrado tener una actitud proactiva hacia los cambios en las necesidades de información, si bien la motivación para tal actitud no está asociada únicamente con el advenimiento de la reforma del sistema de salud sino a procesos internos de cambio o reestructura.

Sin embargo una de las instituciones, a la luz de los cambios que se están produciendo, no cuenta aún con capacidad suficiente para ejecutar transformaciones en los sistemas de información porque esos cambios vienen acompañados de asesorías, de compra de programación o de compra de *know-how*; inversión que no están en condiciones de realizar en la actualidad.

Esto conlleva a trabajar con información no sistematizada, debiendo ensamblar bloques de información de distintos sistemas, de distintos programas para obtener finalmente el producto de información buscado; lo que no quiere decir que sea totalmente exacto y veraz como se quisiera para la gestión.

De los casos de los analizados, tres instituciones se encuentran hoy en día en un proceso de cambio profundo de sus sistemas de información, que como se adelantó, las razones responden a situaciones particulares de cada una, aunque todas reconocen el impulso que generó la reforma para la revisión de la gestión de la institución, dentro de la cual los sistemas de información fueron uno de los asuntos claves. Un punto en común observado, fue la forma de implementar los nuevos sistemas de información y gestión, de forma gradual, por módulos. En general estos nuevos sistemas ya empezaron a implementarse hace unos años, lo que les ha llevado a ir adaptándolos a las nuevas demandas que fueron sucediendo con la reforma y en particular con las nuevas solicitudes del SINADI. Se recurrió a software moderno (invirtiéndose en tecnología de la información), que permitan integrar los diversos datos que se encuentran a lo largo y ancho de cada institución, que sean capaces de satisfacer la demanda de información en tiempo y forma, entre otras cosas.

A diferencia con lo anterior, el tema de los costos es un aspecto que divide el sector entre aquellas instituciones que cuentan con un sistema de costeo tal como lo solicita la nueva normativa y aquellas que se han visto con dificultades para llegar al costo por centros o por producto. Algunas instituciones ya se habían adelantado por interés propio y diseñaron un sistema de costeo por centros de costos que luego, cuando este tema fue solicitado formalmente por el SINADI a través de la Planilla ECAS, no tuvieron más que adecuar algunos de estos centros sin que implique grandes esfuerzos.

Pero basta con el testimonio de un entrevistado para deducir que esta situación no es factible de generalizar, dadas las dificultades que para cumplir y llegar a un costeo por centro de costos de forma confiable y segura. No obstante, esta exigencia no es vista sólo como necesidad para cumplir con las autoridades sanitarias, sino que también, y sobre todo, se considera un aspecto muy importante para la operativa de la institución. En suma, la utilidad de contar con un sistema de costos adecuado a las necesidades actuales es reconocida por todos, pero la posibilidad de contar con el mismo es diferente según la institución.

Dejando a un lado los impactos y yendo hacia las debilidades de los sistemas de información que hoy en día todavía subsisten, resulta interesante, más allá de los problemas identificados en registro, organización y emisión de información, ampliar sobre dos aspectos. Uno tiene que ver con un problema propio del sector médico, es la preocupación por los datos que el médico no registra y por ende, nunca entra al sistema. Esto no es nuevo, sin embargo, parecería que no se ha podido asegurar que el médico adquiera la rutina de registrar de forma sistematizada todos los datos de cada paciente. El otro aspecto que resulta interesante plantear, y que también es muy propio del sector sanitario, es el problema con la descentralización de la información por la existencia de distintas sucursales de las instituciones.

El problema que se plantea es la dificultad de acompañar la gestión de la información entre las distintas cedes que posee la institución, quedando algunas todavía en la etapa de recabar los datos manualmente.

Es, a la luz de las exigencias impuestas y las necesidades internas que atañe a cada institución, que los cambios deben contemplar ambas cosas, no sólo los requerimientos de los organismos que reglamentan y controlan, sino también los requerimientos de un mejor sistema de información para la gestión.

Una cuestión que tiene directa incidencia en los sistemas de información de las IAMC es el uso de indicadores para la gestión. En este sentido, todos los entrevistados dan cuenta de la utilidad de los mismos, tanto en el área económico-financiera como en el área técnica. A partir de los cambios devenidos por la reforma, resulta innegable el aumento de la solicitud de indicadores a las Instituciones, las cuales reconocen, en su mayoría, la necesidad de desarrollar todo el soporte para poder obtener ya que en algunos casos éstos no se elaboraban anteriormente.



Un instrumento de gestión basado en el uso de indicadores, ya mencionado en el Capítulo 4.6.2. del presente trabajo, es el Cuadro de Mando Integral. En lo que a éste respecta, sólo dos instituciones constatan su utilización.

Una de ellas, se encuentra en pleno proceso de elaboración, realizando un trabajo en conjunto con un área de asesoría, informáticos, Gerencia General y de Áreas. El objetivo es elaborar un cuadro de control que recoja la información que se utiliza habitualmente, creando distintos usuarios con accesos individualizados según cada necesidad. La otra institución, si bien reconoce no tener todavía un instrumento de gestión armado que cubra totalmente esta herramienta, cuenta con otra, también en base a indicadores, que se adapta más a sus necesidades, permitiéndole medir si son eficientes o no con relación a ellos mismos, y respecto al mercado y al modelo.

Continuando con el análisis de los Sistemas de Información de las IAMC, se constató respecto al uso de sistemas integrados de información que la mayoría de las instituciones entrevistadas ya se encuentran implementando dichos sistemas; algunos más ambiciosos que otros.

La implementación de los sistemas no ha sido tarea fácil, ni están en la actualidad totalmente integrados. El grado de desarrollo de cada subsector de la institución cuenta con un nivel de desarrollo diferente en lo que tiene que ver con sistemas de información; además en algunos casos este sistema global se compone de subsistemas, cuya flexibilidad e intercomunicación hacen difícil aún, la integración.

Si bien la necesidad permanente de información y la tendencia hacia el uso de sistemas integrados de información en salud son aspectos reconocidos por todas las IAMC entrevistadas, sólo una da un paso más y reconoce que la información es en sí misma una ventaja competitiva.

Su realidad la obligaría a comportarse como una empresa en lo que tiene que ver con la venta de servicios (a instituciones, médicos y pacientes particulares) y a que la información se convierta en una ventaja competitiva a la hora de fijar precios, establecer estándares de atención, entre otras cosas.

Ahora, un aspecto clave para dar cierre a este trabajo de campo, los desafíos que las instituciones se plantean con relación a los sistemas de información.

Finalmente, se exponen los desafíos de las IAMC en relación son los SI. Los hallazgos obtenidos obligan a separar las visiones y objetivos de la siguiente forma.

Por un lado, una institución sitúa su preocupación en generar un sistema de información que brinde información exacta y oportuna para poder estar en condiciones de de afrontar futuros problemas de costos y sustentabilidad de la institución que se generarían como consecuencia de algunas medidas tomadas; y así como también desarrollar un sistema de costeo por centros de costos cada vez más específico (por patología, por grupo terapéutico...) y adaptado a las prestaciones exigidas en el marco del Plan Integral de Atención en Salud que se estableció con la reforma de la salud.

En el otro lado, encontramos el resto de las instituciones que plantean como principal desafío la obtención de un sistema totalmente integrado de gestión, con información actualizada, sistematizada, oportuna y con dato único (evitando la duplicación en el registro). Algunos ya consideran poseer las herramientas y la cultura necesaria, y otras no creen poder lograrlo a corto plazo y de forma integral más allá de los esfuerzos actuales. El sector resulta complejo, implica el uso de una gran cantidad y diversidad de recursos, existe mucha resistencia de los distintos actores, está fuertemente regulado por el lado de los ingresos (no así los costos), el cuerpo médico es difícil de integrarlo a la metodología de trabajo y que comprenda la utilidad que adquieren los sistemas de información; todos elementos entran en juego cuando se planifica el futuro de la institución.

## 9 CONCLUSIONES

En el marco de la Reforma de la Salud, que transformó el modelo de atención, gestión y financiamiento del sistema, el nivel de rectoría que el MSP debió asumir en este proceso requirió, además del importante cambio normativo ya implementado, el contar con información que posibilite tomar decisiones, con el mayor nivel de conocimiento que sea posible.

El SINADI constituyó un instrumento para comprender, implementar y acompañar los cambios del sistema de salud que está atravesando el país. Resulta innegable, luego de realizado el presente trabajo, el poder destacar la capacidad que desarrolló el SINADI para reestructurarse y así acompañar la reforma tanto en lo que tiene que ver con la información misma, como en el esfuerzo por brindar un mejor servicio. A continuación se concluye acerca las fortalezas y debilidades del mismo.

### Fortalezas

- ✓ **cambio en la demanda de información** percibido por las instituciones el cual se denota **progresivo**
- ✓ **aumento en la cantidad, el tipo y la calidad de los datos solicitados**, obteniendo datos de los cuales antes el MSP no tenía acceso
- ✓ desarrollo de un sistema de información sobre **Recursos Humanos**, que significó una innovación tanto en el país como en América Latina
- ✓ implementación de una **estructura de costos** con mayor desagregación de datos, agrupándose en centros de costos, de modo de obtener información más adecuada para promover el primer nivel de atención
- ✓ mayor demanda de datos se correspondió con mayor **control de la información y de los servicios de salud prestados**
- ✓ **buen nivel de cumplimiento** de las exigencias de información logrado hasta momento
- ✓ se realizan esfuerzos por **difundir datos** cada vez más actuales y útiles a través de su publicación en la página web del MSP
- ✓ se realizan **instancias de intercambio** con las instituciones mediante charlas informativas sobre las nuevas exigencias, y rápidas y eficaces respuestas ante consultas puntuales realizadas por las mismas
- ✓ se envía **mayor información directa a cada IAMC**, de la cual los indicadores resultan de utilidad para la gestión interna de las instituciones
- ✓ todas las nuevas informaciones solicitadas en general están siendo aprovechadas por las IAMC
- ✓ funciona como **impulsor para la revisión de la información** que genera cada institución.

## Debilidades

- ✗ el requerimiento de determinada **información** resulta **excesiva**, no sólo en cantidad sino también en términos de confidencialidad de los datos de los afiliados. El derecho de privacidad de la misma de halla dentro de la cuestión ética de los sistemas de información desarrollados en el Capítulo 3.7. La noción de privacidad, como se mencionó, engloba lo que tiene que ver con los derechos y obligaciones de las instituciones respecto a la información de sus afiliados, los aspectos que se deben proteger
- ✗ un **feedback** de información a las IAMC **no del todo útil**. Algunos datos no resultan aplicables para uso interno al no contemplar con mayor profundidad las diferencias entre ellas, y la periodicidad en que es enviada la información no es identificada con claridad
- ✗ en cuanto al nivel de **calidad** de los datos, existe cierta heterogeneidad sobre la que se está trabajando.

En base a esta síntesis producto de la investigación realizada, se concluye que el SINADI ha desarrollado una batería de acciones que han resultado muy positivas tanto para las instituciones como para el propio Ministerio, identificándose debilidades que resultan factibles de subsanar.

Las perspectivas acerca los sistemas de información resultan coincidentes aunque las IAMC por un lado y el MSP por otro hayan mostrado considerar lo contrario. Ambas partes resaltan la importancia y el desafío que significa contar con información integrada, oportuna, confiable y útil para su operativa, lo que requiere para ambas partes inversión en Tecnologías de la Información. La implantación es costosa para todos, no sólo desde el punto de vista económico, sino que también requiere una cultura organizacional destacada por los entrevistados que apoye y promueva el uso de información. Los profesionales de las IAMC y del MSP coinciden en el rol que juega la cultura para infundir acciones tendientes a desarrollar criterios estándares para el manejo de la información y darle a ésta la importancia que tiene para mejorar no sólo la calidad de la toma de decisiones sino también para brindar datos confiables que reflejen adecuadamente la realidad de la institución. Esta cultura que se pretende desarrollar y apoyar continuamente redundará en información de mejor calidad que es recabada por el SINADI y utilizada por el MSP, por las instituciones de salud y por todo aquel que quiera acceder a información en salud. Así, por ejemplo, las autoridades del sector estarán en condiciones de tomar decisiones sobre políticas macro con un conocimiento más completo y real de la situación de la salud en el país.

De la investigación realizada se llega a afirmar que tanto la gran mayoría de las instituciones entrevistadas como así también el MSP por su lado se encuentran en un proceso de reestructura de sus sistemas de información, la diferencia encontrada radica en el impacto que tuvo la reforma de la salud como incentivo para ello.

Indefectiblemente, la Reforma obligó a las instituciones a rever los sistemas de información para lograr satisfacer nuevas demandas de información y el mayor control. Lo que no resulta de una clara evidencia, el papel que desempeñó la reforma de la salud como motor para cambios fundamentales de éstos. Las IAMC están contemplando cambios que responden no sólo a los nuevos requerimientos sino también a las propias necesidades que están surgiendo hace varios años en lo que tiene que ver con sistemas de información.

Es de aquí que se desprende una visión diferente a la que expone desde MSP, donde se considera que las Instituciones (salvo algunas excepciones) tienden a contar con información no porque la crean relevante para la gestión sino fundamentalmente porque la autoridad sanitaria la solicita. Existe entonces una visión acerca de las IAMC que no se condice con lo que ellas afirman sobre su actitud proactiva, por decirlo de alguna manera, hacia la revisión y cambios los sistemas de información.

Más allá de cuál sea la razón fundamental de cambio, los beneficios de contar con sistemas de información consolidados, integrados, seguros, oportunos, utilizando aplicaciones modernas de las tecnologías de la información, queda evidenciado en todos los entrevistados sin excepción, constituyendo un norte tanto para MSP como para las IAMC.

Para las instituciones que ya se encuentran operando con sistemas de estas características la respuesta ante los cambios en la demanda no generó grandes movimientos internos dejando reflejar cierta tranquilidad sobre el advenimiento de los mismos. No así, parecen estarlo viviendo aquellas instituciones que se encuentran todavía en fases de planificación e implementación reciente de nuevos sistemas o directamente las que se encuentran lejos de contar con sistemas de información de con las características antes mencionadas.

Respecto al cambio en la normativa (nuevos decretos o leyes) relativa a la información que deben presentar las instituciones, se llega a la conclusión que no tuvo en términos generales cambios relevantes salvo por lo que se establece el Contrato de Gestión en materia de mecanismos de control y sistemas de información. Allí sí se enfatiza sobre: los mecanismos de control como ser inspecciones; presentación de información contenida en los Estados Contables; y específicamente se menciona al SINADI, siendo quién recabe la información sobre las cesiones de derechos de cobro de las cuotas salud, y toda la información obligatoria para disponer del cobro de las cuotas. Sin embargo, no se establece específicamente qué información resulta obligatoria brindar ni sus plazos de presentación, salvo lo que tiene que ver con los Estados Contables.

Tampoco en la Ley 18.211 se hace mención directa a este asunto, quedando únicamente en el artículo 22 establecido el deber de los seguros integrales de aportar al MSP y a la JUNASA la

información asistencial y económico-financiera que les sea requerida a efectos de contralor de sus obligaciones respecto a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Es entonces que los cambios en la solicitud de información por parte del MSP a las IAMC, no se apoya en el surgimiento de nuevas normas al respecto que establezca específicamente los requerimientos sino que deja a las autoridades MSP correspondientes la responsabilidad del armado de dicha información.

En línea con otros objetivos planteados es que se llega a concluir lo siguiente en lo que refiere a las exigencias, cumplimiento y utilidad. El correcto cumplimiento de las nuevas demandas de información resulta coincidente desde los dos puntos de vista, el MSP y las IAMC. Las exigencias y la utilidad de la información solicitada ya denotan diferencias.

El aumento de las exigencias es reconocido y aceptado como una consecuencia lógica de la reforma del sistema de salud. No obstante, es dable concluir que en la actualidad es solicitada cierta información que resulta excesiva (en cantidad y contenido) para todas las instituciones investigadas. Esto hace necesario que se lleguen a acuerdos básicos sobre el tipo de información que necesita el MSP y que solicita por medio del SINADI, de modo que quede justificada su solicitud.

En lo que tiene que ver con la utilidad de la información que recaba el SINADI, de la investigación realizada se desprende que la misma es procesada y utilizada por varios actores del sistema, siendo aprovechada casi en su totalidad con muy pocos los datos que aún no son utilizados. Esta afirmación está en línea con los desafíos que se pautan para el MSP en términos de sistemas de información dentro de los cuales se tiene el potenciar el uso de la información.

Para las IAMC la información que genera el SINADI es de utilidad, pero se destaca el interés en que el mismo comience a publicar y enviar información cada vez más útil para aquellos que administran y gestionan instituciones de salud. En suma, la clave sería maximizar la utilidad de toda la información que ya está disponible en el SINADI.

Como síntesis se concluye, que resulta necesario concebir a la información como un factor central en la producción de servicios de salud, de forma que se le dé el lugar y la trascendencia adecuada por parte de los actores que tienen un papel clave en su gestión: los administradores y gerentes de las instituciones y las autoridades del sector. A partir de ahí, se podrá reactivar el flujo de información entre las IAMC y el MSP bajo un común acuerdo sobre los datos que requieren las autoridades del sector y los que brindan las instituciones, con miras a lograr sistemas de información que apoyen la toma de decisiones y el desempeño de cada institución y del sector salud en su totalidad

## 10 BIBLIOGRAFÍA

- Abad Diez, José María; Carreter Ordoñez, Carlos, 2002. *Indicadores Sanitarios por Comunidades Autónomas*. Capítulo 1, Informe SESPAS. España.
- Andreu, Rafael; Ricart, Joan E.; Valor, Joseph, 1996. *Estrategia y sistemas de información* Ed. McGraw – Hill. Madrid.
- Cornella, Alfons, 1999. *Los recursos de información*. Ed. McGraw – Hill. Madrid.
- Diario La República. Entrevista a Ec. Daniel Olesker. Director General de Secretaría del M.S.P. Lunes 9 de abril de 2007, Montevideo.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. *Sistema de Información en Salud*. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, República Argentina. Edición actualizada Setiembre 2004. Serie 1 N° 13 – ISSN 0325-0008.
- Eco, Umberto, 2001. *Cómo se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. Ed. Gedisa. Barcelona.
- Fernández, José Enrique, Abril 2005. *El problema de la información en el sector Salud*. Proyecto: Estadísticas socio-demográficas y de población en Uruguay: diagnóstico y propuestas. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) – Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República – Asociación Pro Fundación para las Ciencias Sociales. Uruguay.
- Fernández, J.M; Varela, J.; Manzanera R., 2002. *Retos y Prioridades en la gestión de Hospitales*. Capítulo 25, Informe SESPAS. Barcelona.
- Giménez Dante; Rodríguez Ana Mariela. Cátedra Economía y Gestión de la Salud. Tomo 1, 2 y 3 curso 2007. Oficina de Apuntes, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.
- Jornadas: Debate “Universidad de la República: Convocatoria Nacional para las Estrategias de Salud”. *¿Qué papel juega la información en el Modelo de Atención a la Salud?* Revista de la AQFU Año VII Segunda Época N° 23 Diciembre de 1998. Uruguay.
- Laudon, Kenneth C.; Laudon Jane P., 1996. *Administración de los sistemas de información*. Ed. Prentice Hall Hispanoamericana S.A. México.
- Manzanera, Rafael - Director General del Departamento de Salud de Cataluña, 2004. *Sistemas de Información para conocer y actuar en los sistemas de salud*. Documento Forum Catalá de Informació i Salut. España.

- Peombo, Carina, Marzo 2008. *Costos y Gestión en servicios de salud: una revisión de la literatura*. Quantum, Universidad de la República. Vol. III. Nº 1: 55-74. Uruguay.
- Pérez, Walter. 2008 *Aspectos organizacionales del análisis y diseño de sistemas de información* Cátedra Organización y Métodos Administrativos. Oficina de Apuntes, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración. Uruguay.
- Rendición de Cuentas 2007 y lineamientos 2008. Uruguay: tu país. 2008.
- Sabino, Carlos, 1992. *El proceso de investigación*. Ed. Panapo, Caracas. Venezuela.
- Triay, Enrique; Jorcín Giselle; Velarde, Martín. 2008 *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva*. Cátedra Contabilidades Especiales. Tomo 1. Oficina de Apuntes, Facultad de Ciencias Económicas y Administración. Uruguay.
- Triay, Enrique; León Ima; Dogliotti Juan. *Sistemas de Información Gerencial Aplicados a la Salud*. Diploma de Postgrado de Gestión de Servicios de Salud. Universidad de la República. Edición 2007-2008. Uruguay.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Julio 2008 *Observatorio de Recursos Humanos en Salud*.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. 2009 Uruguay Saludable Sistema Nacional Integrado de Salud, *La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009*.

#### Trabajos Monográficos consultados

Cabrera, E.; Cecilia, V.; Pérez, V. 2008. Experiencias de sistemas de información en el mundo que permitan al usuario decidir con conocimiento acerca de su sistema sanitario. Montevideo, Uruguay. Facultad de Ciencias Económicas y Administración.

Siekavica, J.; Techera, D.; Torino, D. 2008. Impacto de la Reforma del Sistema de Salud sobre la estructura económica – financiera de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) de Montevideo. Montevideo, Uruguay. Facultad de Ciencias Económicas y Administración.

#### Sitios web consultados

<http://www.bps.gub.uy> – Marzo 2009

<http://www.fcs.edu.uy> – Enero 2009

<http://www.msp.gub.uy> – Julio 2009

<http://www.parlamento.gub.uy> – Enero 2009

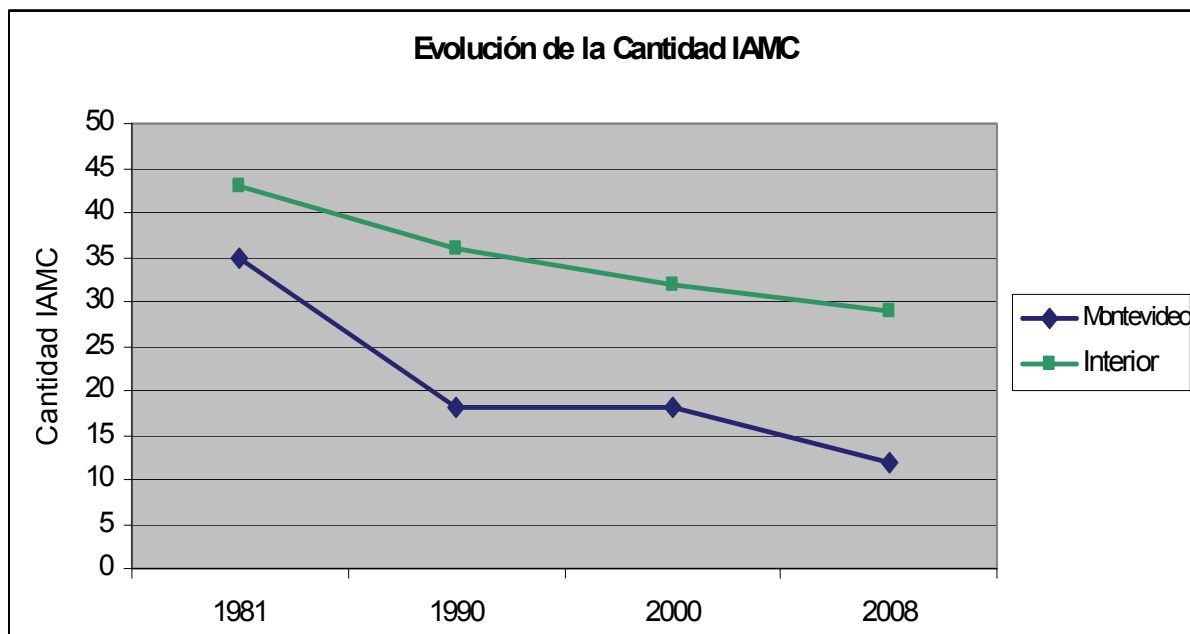
<http://www.sueiidis.org> – Diciembre 2008



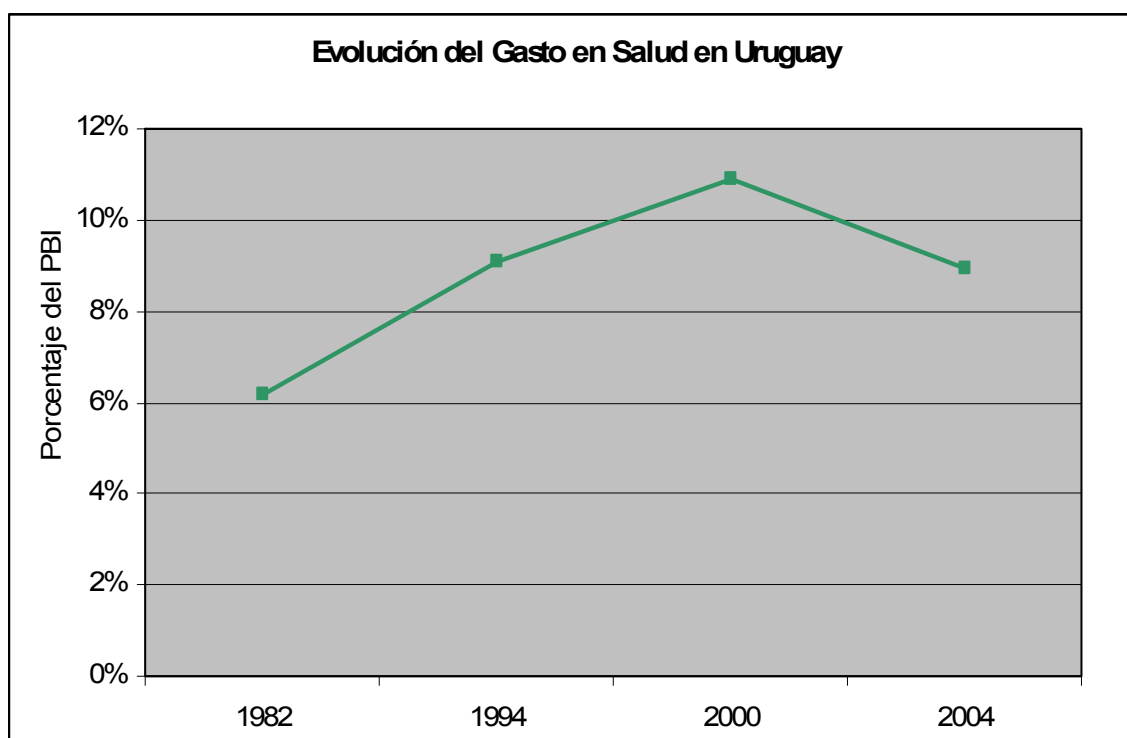
# ANEXOS

---

## ANEXO Nº I



## ANEXO Nº II



Fuente: Autor





Planilla de Estructura de Costo de Atención a Socios

<b>INSTITUCION:</b> <b>DEPARTAMENTO:</b> <b>ESTRUCTURA DEL COSTO DE ATENCIÓN A LOS SOCIOS: 01-10-07 al 30-09-08</b> En Pesos Uruguayos		
<b>EGRESOS PARA ATENCION DE SALUD</b>		
CSP	Costo de los Servicios Prestados	0
GAV	Gastos de Administración y Ventas	0
<b>TEAS</b>	<b>Total de Egresos para Atención de Salud</b>	<b>0</b>
<b>OTROS EGRESOS</b>		
TED	Total de Egresos Diversos	0
TEE	Total de Egresos Extraordinarios	0
TEF	Total de Egresos Financieros	0
<b>Total de Venta de Servicios</b>	<input type="text" value="0"/>	
<b>Total Costo de Venta de Servicios</b>	<input type="text"/>	
<b>Rentabilidad sobre Ventas</b>	<input type="text" value="#DIV/0!"/>	
<b>COSTO DE ATENCION A LOS SOCIOS</b>		
	<b>Monto</b>	<b>Participación</b>
Costo de la Atención en <b>Policlínica</b>		#DIV/0!
Costo de la Atención de <b>Emergencia / Urgencia</b>		#DIV/0!
Costo de la Atención en <b>Domicilio No Urgente</b>		#DIV/0!
Costo de la Atención en <b>Domicilio Urgente</b>		#DIV/0!
Costo del Servicio de <b>Internación de Corta Estadía</b>		#DIV/0!
Costo del Servicio de <b>Internación Domiciliaria</b>		#DIV/0!
Costo del Servicio de <b>Internación en Cuidados Básicos</b>		#DIV/0!
Costo del Servicio de <b>Internación en Cuidados Moderados</b>		#DIV/0!
Costo del Servicio de <b>Internación en CTI y CI de Adultos</b>		#DIV/0!
Costo del Servicio de <b>Internación en CTI y CI Pediátrico</b>		#DIV/0!
Costo de los Servicios de <b>Block Quirúrgico</b>		#DIV/0!
<b>Costo de Atención a los Socios</b>	<b>0</b>	<b>#DIV/0!</b>

## Planilla de Estado de Resultados Mensual

Datos de la Institución	
<b>Institución</b>	<input type="text"/>
<b>Departamento</b>	<input type="text"/>
<b>Razon Social</b>	<input type="text"/>
<b>Mes</b>	Enero <input type="text"/>
<b>Año</b>	2009 <input type="text"/>

Organo Directivo	
<b>Presidente</b>	<input type="text"/>
<b>Secretario</b>	<input type="text"/>
<b>Tesorero</b>	<input type="text"/>
<b>Gerente General</b>	<input type="text"/>
<b>Director Técnico</b>	<input type="text"/>
<b>Contador General</b>	<input type="text"/>
<b>Asesor Jurídico</b>	<input type="text"/>

Firmas de Responsables	
<b>Contador</b>	<input type="text"/>
<b>Recibido por</b>	<input type="text"/>
<b>Fecha</b>	<input type="text"/>

INSTITUCION DEPARTAMENTO		ESTADO DE RESULTADOS PERIODO: Enero 2009		
DETALLE	En Pesos Uruguayos	RESUMEN	En pesos uruguayos	
<b>INGRESOS OPERATIVOS</b>		<b>INGRESOS OPERATIVOS</b>		
Cuotas Afiliados Individuales	0	Ingresos de Prepago		0
Cuotas Afiliados Colectivos	0	Ordenes		0
Cuotas Afiliados DISSE	0	Tiques		0
Cápitales FO.NA.SA.	0	Ventas de Servicios		0
Ingresos por Metas Asistenciales FO.NA.SA.	0	Otros Ingresos Operativos		0
Sustitutivo de Tasas Moderadoras	0	<b>Total de Ingresos Operativos</b>		<b>0</b>
<b>Crédito Fiscal Ley N° 18.464</b>	<b>0</b>	Descuentos, Devoluciones y Bonificaciones s/Serv. Prestados		0
Cuotas de Cobertura Parcial	0	<b>Total de Ingresos Operativos Netos</b>		<b>0</b>
Cuotas por Emergencia Móvil	0			
Sobrecuotas de inversión y especial	0	<b>COSTO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS</b>		
Otros Ingresos de Prepago	0	Retribuciones al Personal		0
Ordenes a Consultorio	0	Cargas Sociales		0
Ordenes a Domicilio	0	Honorarios Profesionales		0
Ordenes de Emergencia	0	Consumos de Medicamentos		0
Ordenes de Urgencia a Domicilio	0	Consumos de Materiales y Suministros		0
Ordenes Odontológicas	0	Servicios de Salud Contratados		0
Otras Ordenes	0	Gastos de Funcionamiento		0
Tiques de Medicamentos	0	Gastos de Mantenimiento		0
Tiques de Análisis de Laboratorio	0	Amortizaciones		0
Tiques Otras Técnicas de Diagnóstico	0	<b>TOTAL COSTO SERVICIOS PRESTADOS</b>		<b>0</b>
Otros Tiques	0			
Venta Servicios de Internación Simple	0	<b>RESULTADO BRUTO</b>		
Venta Servicios de Internación CTI	0			<b>0</b>
Venta Servicios de Block Quirúrgico	0	<b>GASTOS DE ADMINISTRACION Y VENTAS</b>		
Venta Medicina Altamente Especializada	0	Remuneraciones y Cargas Sociales		0
Venta Serv. Odontológicos	0	Arrendamientos		0
Venta Servicios Ambulatorios y Otras Prestaciones Asistenciales	0	Gastos de Funcionamiento		0
Otros Ingresos Operativos	0	Gastos de Mantenimiento		0
Descuentos y Bonificaciones sobre Servicios Prestados	0	Amortizaciones		0
Devolución Cuotas Individuales y Colectivas	0	Impuestos, Tasas y Contribuciones		0
<b>COSTO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS</b>		Deudores Incobrables		0
Dirección y Gerencias Técnicas	0	Otros Gastos de Administración y Ventas		0
Rem. Anestésico Quirúrgicos	0	<b>TOTAL GASTOS ADMINISTRACION Y VENTAS</b>		<b>0</b>
Rem. No Anestésico Quirúrgicos	0			
Rem. Técnicos No Médicos	0	<b>RESULTADO OPERATIVO</b>		
Personal de Enfermería	0			<b>0</b>
Personal Administrativo	0	Resultados Diversos		0
Personal de Servicios y Oficinas	0	Resultados Financieros		0
Retiros de Personal Incentivado	0	Resultados Extraordinarios		0
Cargas Sociales	0	Ajustes a Result. de Períodos Anteriores		0
Honorarios Profesionales	0			
Consumos de Medicamentos Ambulatorios	0	<b>RESULTADOS DEL MES</b>		
Consumos de Medicamentos Internación	0			<b>0</b>
Consumos de Materiales y Suministros	0			
Convenios Asistenciales con otras Empresas	0	<b>GRANDES TOTALES</b>		
Internación en Sanatorios y Hospitales	0	Ingresos		0
Internación en CTI	0	Egresos		0
Técnicas de Diagnóstico	0	Resultados del mes		0
Servicios de Tratamiento	0			
Otros Servicios Contratados	0			
Arrendamientos	0			
Otros Gastos de Funcionamiento	0			
Gastos de Mantenimiento	0			
Amortizaciones	0			

<b>GASTOS DE ADMINISTRACION Y VENTAS</b>	
Gerencias Areas No Asistenciales	0
Personal Técnico y Administrativo	0
Personal de Servicios y Oficinas	0
Cargas Sociales	0
Otros Rubros	0
Retiros de Personal No Asist. Incentivado	0
Arrendamientos	0
Gastos de Funcionamiento	0
Gastos de Mantenimiento	0
Amortizaciones	0
Total de Impuestos, Tasas, y Contribuciones	0
Deudores Incobrables	0
Otros Gastos de Administración y Ventas	0
<b>RESULTADOS DIVERSOS</b>	
Ingresos Diversos	0
Egresos Diversos	0
<b>RESULTADOS FINANCIEROS</b>	
Ingresos Financieros	0
Egresos Financieros	0
<b>RESULTADOS EXTRAORDINARIOS</b>	
Ingresos Extraordinarios	0
Egresos Extraordinarios	0
<b>AJUSTES A RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES</b>	
Ingresos de Ejercicios Anteriores	0
Egresos de Ejercicios Anteriores	0

Fecha : \_\_\_\_\_

Firma de Contador : \_\_\_\_\_

<b>POBLACION AFILIADA</b>	
Afiliados Individuales	0
Afiliados Colectivos	0
Afiliados DISSE	0
Afiliados FONASA	0
Afiliados Cobertura Parcial	0











## Planilla de Indicadores del Interior

**INDICADORES INTERIOR**

I.A.M.C.- Población entre 20.000 y 40.000 Afiliados

Grupo 14 Instituciones

INDICADORES	Enero 2009	Febrero 2009	Marzo 2009
<b>Estructura de Ingresos</b>			
Ingresos de Prepago/ Ingresos Operativos			
Ordenes/ Ingresos Operativos			
Tiques/ Ingresos Operativos			
Ventas de Servicios / Ingresos Operativos			
Otros Ingresos Operativos/ Ingresos Operativos			
Ingresos Cuotas Afiliados Ind./ Ingresos de Prepago			
Ingresos Cuotas Afiliados Colectivos/ Ingresos de Prepago			
Ingresos Cuotas Afiliados DISSE/ Ingresos de Prepago			
Ingresos Cápitales Fo.na.sa/Ing.de Prepago			
Ingresos Cobertura Parcial/ Ingresos de Prepago			
Ingresos por Metas Asistenciales Fo.na.sa/Ingresos de Prepago			
Sobrecuotas de Inversión y Especial / Ingresos de Prepago			
Otros Prepago / Ingresos de Prepago			
<b>Medicamentos Ambulatorios</b>			
Consumo Medicamentos Ambulatorios / Tiques de Medicamentos			
Tiques de Medicamentos / Consumo Medicamentos Ambulatorios			
<b>Ratios por Afiliados</b>			
Ingresos Genuinos (Cuotas + Tasas Moderadoras)/ Afiliados			
Rem Pers.+ C. Soc.(Asistencial) / Afiliados			
Consumo de Medicamentos / Afiliados			
Servicios de Salud Contratados / Afiliados			
<b>Resultados</b>			
Resultado Bruto/ Ingresos Operativos			
Resultado Operativo / Ingresos Operativos			
Resultado del Mes / Ingresos Operativos			
Resultado Bruto / Afiliados			
Resultado Operativo / Afiliados			
Resultado del Mes / Afiliados			
<b>Estructura del Gasto sobre Ingresos Operativos</b>			
Retribuciones al Personal			
Cargas Sociales			
Honorarios Profesionales			
Consumo de Medicamentos			
Consumo de Materiales y Suministros			
Servicios de Salud Contratados			
Gastos de Funcionamiento			
Gastos de Mantenimiento			
Amortizaciones			
<b>Total Costo Servicios Prestados</b>			
Remuneraciones y Cargas Sociales			
Arrendamientos			
Gastos de Funcionamiento			
Gastos de Mantenimiento			
Amortizaciones			
<b>Total Gastos Administración y Ventas</b>			
Resultados Diversos			
Resultados Financieros			
Resultados Extraordinarios			
Ajustes a Result. de Periodos Anteriores			
Impuestos, Tasas y Contribuciones			

## INDICADORES TOTAL INTERIOR

**I.A.M.C.- Total Interior**

**Grupo 28 Instituciones**

INDICADORES	Enero 2009	Febrero 2009	Marzo 2009
<b>Estructura de Ingresos</b>			
Ingresos de Prepago/ Ingresos Operativos			
Ordenes/ Ingresos Operativos			
Tiques/ Ingresos Operativos			
Ventas de Servicios / Ingresos Operativos			
Otros Ingresos Operativos/ Ingresos Operativos			
Ingresos Cuotas Afiliados Ind./ Ingresos de Prepago			
Ingresos Cuotas Afiliados Colectivos/ Ingresos de Prepago			
Ingresos Cuotas Afiliados DISSE/ Ingresos de Prepago			
Ingresos Cápitales FO.NA.SA. / Ingresos de Prepago			
Ingresos Cobertura Parcial/ Ingresos de Prepago			
Ingresos por Metas Asistenciales FO.NA.SA. / Ingresos de Prepago			
Sobrecuotas de Inversión y Especial / Ingresos de Prepago			
Otros Ingresos de Prepago / Ingresos de Prepago			
<b>Medicamentos Ambulatorios</b>			
Consumo Medicamentos Ambulatorios / Tiques de Medicamentos			
Tiques de Medicamentos / Consumo Medicamentos Ambulatorios			
<b>Ratios por Afiliados</b>			
Ingresos Genuinos (Cuotas + Tasas Moderadoras)/ Afiliados			
Rem Pers.+ C. Soc.(Asistencial) / Afiliados			
Consumo de Medicamentos / Afiliados			
Servicios de Salud Contratados / Afiliados			
<b>Resultados</b>			
Resultado Bruto/ Ingresos Operativos			
Resultado Operativo / Ingresos Operativos			
Resultado del Mes / Ingresos Operativos			

## INDICADORES TOTAL PAÍS

### I.A.M.C.- Total País Grupo 40 Instituciones

INDICADORES	Enero 2009	Febrero 2009	Marzo 2009
<b>Estructura de Ingresos</b>			
Ingresos de Prepago/ Ingresos Operativos			
Ordenes/ Ingresos Operativos			
Tiques/ Ingresos Operativos			
Ventas de Servicios / Ingresos Operativos			
Otros Ingresos Operativos/ Ingresos Operativos			
Ingresos Cuotas Afiliados Ind./ Ingresos de Prepago			
Ingresos Cuotas Afiliados Colectivos/ Ingresos de Prepago			
Ingresos Cuotas Afiliados DISSE/ Ingresos de Prepago			
Ingresos Cápitas Fo.na.sa/Ing.de Prepago			
Ingresos Cobertura Parcial/ Ingresos de Prepago			
Ingresos por Metas Asistenciales Fo.na.sa/Ingresos de Prepago			
Sobrecuotas de Inversión y Especial / Ingresos de Prepago			
Otros Prepago / Ingresos de Prepago			
<b>Medicamentos Ambulatorios</b>			
Consumo Medicamentos Ambulatorios / Tiques de Medicamentos			
Tiques de Medicamentos / Consumo Medicamentos Ambulatorios			
<b>Ratios por Afiliados</b>			
Ingresos Genuinos (Cuotas + Tasas Moderadoras)/ Afiliados			
Rem Pers. + C. Soc.(Asistencial) / Afiliados			
Consumo de Medicamentos / Afiliados			
Servicios de Salud Contratados / Afiliados			
<b>Resultados</b>			
Resultado Bruto/ Ingresos Operativos			
Resultado Operativo / Ingresos Operativos			
Resultado del Mes / Ingresos Operativos			
Resultado Bruto / Afiliados			
Resultado Operativo / Afiliados			
Resultado del Mes / Afiliados			
<b>Estructura del Gasto sobre Ingresos Operativos</b>			
Retribuciones al Personal			
Cargas Sociales			
Honorarios Profesionales			
Consumo de Medicamentos			
Consumo de Materiales y Suministros			
Servicios de Salud Contratados			
Gastos de Funcionamiento			
Gastos de Mantenimiento			
Amortizaciones			
<b>Total Costo Servicios Prestados</b>			
Remuneraciones y Cargas Sociales			
Arrendamientos			
Gastos de Funcionamiento			
Gastos de Mantenimiento			
Amortizaciones			
<b>Total Gastos Administración y Ventas</b>			
Resultados Diversos			
Resultados Financieros			
Resultados Extraordinarios			
Ajustes a Result. de Periodos Anteriores			
Impuestos, Tasas y Contribuciones			

**ANEXO Nº V Datos publicados por el SINADI en la página web**  
Indicadores Asistenciales - Seguros Privados Integrales

<b>INDICADORES</b>	<b>n</b>	<b>MEDIA</b>	<b>MEDIANA</b>
<b>Población</b>			
Nº de Beneficiarios (promedio anual)	6	71.409	
Porcentaje > 64 años	6	7,1	6,2
Índice de envejecimiento	6	0,3	0,2
<b>Uso de Servicios</b>			
<b>Atención Ambulatoria</b>			
Consultas ambulatorias no urgentes consultorio por afiliado por año	6	5,9	5,6
Consultas ambulatorias no urgentes domicilio por afiliado por año	6	0,3	0,3
Total consultas no urgentes por afiliado por año	6	6,2	6,0
Consultas en urgencia centralizada por afiliado por año	6	0,7	0,7
Consultas urgentes domicilio propios por afiliado por año	6	0,4	0,0
Consultas urgentes domicilio convenio por afiliado por año	6	0,2	0,0
Total consultas urgentes por afiliado por año	6	1,3	0,7
Total consultas (urgentes y no urgentes) por afiliado por año	6	7,5	6,9
Consultas policlínica Medicina General por afiliado por año	6	1,2	1,4
Consultas policlínica Cirugía General por afiliado por año	6	0,1	0,1
Consultas policlínica Pediatría por afiliado < 15 años por año	6	3,1	2,8
Consultas policlínica Ginecoobstetricia por afiliado sexo femenino > 15 años por año	6	1,7	1,7
Consultas policlínica Especialidades Médicas por afiliado por año	6	1,8	1,9
Consultas policlínica Especialidades Quirúrgicas por afiliado por año	5	1,4	1,5
Consultas Espec. Básicas (med. gral, ped, ginec.)/ Especialidades cirugía, espec. méd., esp. quirúrg.)	5	0,7	0,6
Razón Consultas No Urgentes/ Consultas Urgentes	6	4,7	8,6
Razón Consultas Policlínica/ Consultas Urgencia Centralizadas	6	8,1	9,1
Consultas odontológicas programadas por afiliado por año	6	0,01	0,00
Consultas odontológicas urgentes por afiliado por año	6	0,01	0,00
Total consultas odontológicas por afiliado por año	6	0,02	0,00
Recetas expedidas en atención ambulatoria por afiliado por año	4	7,6	6,1
Recetas expedidas en atención ambulatoria por consulta (urg y no urg)	4	1,0	0,9
<b>Internación</b>			
Egresos internación domiciliaria por mil afiliados por año	5	6,0	4,6
Egresos internación cuidados moderados total por mil afiliados por año	6	102,5	124,6
Egresos internación cuidados cti-ci por mil afiliados por año	6	7,8	8,2
Total egresos por mil afiliados por año	6	115,5	136,4
Egresos internación cuidados moderados medicina por mil afiliados por año	6	26,4	29,6
Egresos internación cuidados moderados pediatría por mil afiliados < 15 años por año	6	60,5	63,1
Egresos internación cuidados moderados ginecoobstetricia por mil afiliados sexo femenino > 15 años por año	6	60,1	53,0
Egresos internación cuidados moderados cirugía por mil afiliados por año	6	31,6	40,0
Egresos internación cuidados moderados psiquiatría por mil afiliados por año	6	2,3	2,4
Egresos internación cuidados moderados s/d por mil afiliados por año	6	2,6	0,1
Días cama ocupados internación domiciliaria por mil afiliados por año	4	91,4	60,9
Días cama ocupados cuidados moderados por mil afiliados por año	5	314,4	403,6
Días cama ocupados cuidados cti-ci por mil afiliados por año	5	31,2	35,4
Promedio de estadía de internación domiciliaria	5	5,6	6,1
Promedio de estadía de cuidados moderados total	6	3,5	3,5
Promedio de estadía de cuidados moderados medicina	6	4,7	4,6
Promedio de estadía de cuidados moderados cirugía	6	3,0	3,1
Promedio de estadía de cuidados moderados ginecoobstetricia	6	3,1	3,0
Promedio de estadía de cuidados moderados pediatría	6	2,6	2,7
Promedio de estadía de cuidados moderados psiquiatría	6	7,3	7,0
Promedio de estadía de cti-ci total	6	4,7	4,5
<b>Centro Quirúrgico</b>			
Intervenciones quirúrgicas coordinadas con internación por mil afiliados por año	6	36,7	37,1
Intervenciones quirúrgicas coordinadas ambulatorias por mil afiliados por año	6	25,4	28,1
Intervenciones quirúrgicas coordinadas total por mil afiliados por año	6	62,1	52,9
Intervenciones quirúrgicas urgentes por mil afiliados por año	6	13,3	10,1
Intervenciones quirúrgicas total por mil afiliados por año	6	75,3	63,1
Intervenciones quirúrgicas menores por mil afiliados por año	5	6,4	0,9
Intervenciones quirúrgicas corrientes por mil afiliados por año	5	25,2	14,5
Intervenciones quirúrgicas mayores por mil afiliados por año	5	21,2	21,8
Intervenciones quirúrgicas altamente especializadas por mil afiliados por año	5	5,0	3,0
Intervenciones quirúrgicas laparoscópicas por mil afiliados por año	5	2,3	2,5
<b>Servicios de Diagnóstico</b>			
<b>Laboratorio</b>			
Exámenes de laboratorio en atención ambulatoria consulta no urgente por afiliado por año	4	5,5	4,9
Exámenes de laboratorio en atención ambulatoria consulta urgente por afiliado por	4	0,6	0,7



Total exámenes de laboratorio en atención ambulatoria por afiliado por año	5	5,6	4,8
Exámenes de laboratorio en internación cuidados moderados por afiliado por año	4	0,3	0,2
Exámenes de laboratorio en internación cti-ci por afiliado por año	4	0,1	0,1
Total exámenes de laboratorio en atención internación por afiliado por año	5	0,9	0,5
Exámenes de laboratorio s/d por afiliado por año	5	0,2	0,0
Total exámenes de laboratorio por afiliado por año	6	6,7	7,3
Exámenes de laboratorio no urgentes por consulta no urgente	4	0,9	0,8
Exámenes de laboratorio de urgencia por consulta urgente	4	0,4	0,9
Exámenes de laboratorio en internación cuidados moderados por egreso de cuidados moderados	4	2,6	1,6
Exámenes de laboratorio en cti-ci por egreso cti-ci	4	11,5	9,3
<b>Radiología</b>			
Exámenes de radiología en atención ambulatoria consulta no urgente por afiliado por año	4	0,95	0,48
Exámenes de radiología en atención ambulatoria consulta urgente por afiliado por año	4	0,34	0,25
Total exámenes de radiología en atención ambulatoria por afiliado por año	5	1,15	0,62
Exámenes de radiología en internación cuidados moderados por afiliado por año	5	0,02	0,01
Exámenes de radiología en cti-ci por afiliado por año	3	0,02	0,01
Total exámenes de radiología en atención internación por afiliado por año	5	0,05	0,03
Exámenes de radiología s/d por afiliado por año	5	0,02	0,00
Total exámenes de radiología por afiliado por año	6	1,21	0,63
Exámenes de radiología no urgentes por consulta no urgente	4	0,15	0,08
Exámenes de radiología de urgencia por consulta urgente	4	0,24	0,47
Exámenes de radiología en internación cuidados moderados por egreso de cuidados moderados	5	0,16	0,10
Exámenes de radiología en cti-ci por egreso cti-ci	3	1,90	1,30
<b>Otros Estudios Diagnósticos</b>			
Estudios de ecografía en atención ambulatoria por mil afiliados por año	5	551,1	539,3
Estudios de ecografía en internación por mil afiliados por año	5	12,3	11,6
Total estudios de ecografía por mil afiliados por año	6	553,1	508,4
Estudios de EcoDoppler en atención ambulatoria por mil afiliados por año	5	72,0	67,2
Estudios de EcoDoppler en internación por mil afiliados por año	5	6,3	4,2
Total estudios de EcoDoppler por mil afiliados por año	6	81,0	85,3
Estudios de TAC en atención ambulatoria por mil afiliados por año	5	87,8	105,2
Estudios de TAC en internación por mil afiliados por año	5	9,5	8,0
Total estudios de TAC por mil afiliados por año	6	101,1	124,7
Estudios de RNM en atención ambulatoria por mil afiliados por año	5	53,2	59,6
Estudios de RNM en internación por mil afiliados por año	5	3,1	1,3
Total estudios de RNM por mil afiliados por año	6	56,2	57,6
Estudios de Endoscopia en atención ambulatoria por mil afiliados por año	5	58,3	60,3
Estudios de Endoscopia en internación por mil afiliados por año	5	1,6	0,1
Total estudios de Endoscopia por mil afiliados por año	6	60,7	59,5
Total Estudios por mil afiliados por año	6	852,0	817,7
<b>Indicadores de Calidad y Acceso</b>			
Tiempo de demora para cita en consulta externa medicina general	6	0,5	0,4
Tiempo de demora para cita en consulta externa pediatría	6	0,4	0,2
Tiempo de demora para cita en consulta externa cirugía general	6	0,6	0,7
Tiempo de demora para cita en consulta externa ginecoobstetricia	6	0,8	0,5
Tiempo de demora para cita en consulta externa especialidades médicas	6	0,9	0,9
Tiempo de demora para cita en consulta externa especialidades quirúrgicas	6	0,9	0,7
Tiempo de demora para cirugía oncológica coordinada	4	6,0	4,4
Tiempo de demora para cirugía urológica coordinada	4	5,3	3,8
Tiempo de demora para cirugía general coordinada	4	41,2	3,5
Razón de ingresos coordinados y urgentes	6	1,0	0,9
Tasa de reconsultas en urgencia centralizada	4	5,5	7,0
Índice de cesáreas	5	54,0	57,1
Porcentaje de embarazadas captadas en 1er trimestre	4	98,3	99,3

Indicadores Asistenciales - IAMC

INDICADORES	IAMC INTERIOR			IAMC MONTEVIDEO			IAMC PAIS			Grupos IAMC Montevideo por Nº de afil.			Grupos IAMC Interior por Nº de afil.		
	n	MEDIA	MEDIANA	n	MEDIA	MEDIANA	n	MEDIA	MEDIANA	> 100000	>45-100000	20-45000	>40.000	20-40000	<20.000
<b>Población</b>	28	732.855		12	1.036.583		40	1.769.438		608.274	233.794	194.515	252.929	393.650	86.276
Nº de Beneficiarios (promedio anual)	28	13,9	14,3	12	17,0	12,4	40	15,7	14,3	19,1	16,7	10,6	12,6	15,2	12,0
Porcentaje > 64 años	28	0,6	0,7	12	0,9	0,7	40	0,8	0,7	1,1	0,9	0,5	0,6	0,7	0,5
Indice de envejecimiento	28			12			40								
<b>Uso de Servicios</b>															
<b>Atención Ambulatoria</b>															
Consultas ambulatorias no urgentes consultorio por afiliado por año	28	5,7	5,3	12	5,0	4,6	40	5,3	5,1	5,5	4,7	3,6	6,0	5,7	4,9
Consultas ambulatorias no urgentes domicilio por afiliado por año	28	0,1	0,1	12	0,6	0,5	40	0,4	0,1	0,6	0,5	0,5	0,1	0,1	0,1
Total consultas no urgentes por afiliado por año	28	5,8	5,4	12	5,5	4,9	40	5,7	5,3	6,1	5,3	4,1	6,2	5,8	5,1
Consultas en urgencia centralizada por afiliado por año	28	1,0	1,1	12	0,6	0,8	40	0,8	0,9	0,5	0,6	0,9	0,9	1,1	1,1
Consultas urgentes domicilio propios por afiliado por año	28	0,2	0,1	12	0,2	0,1	40	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2	0,1
Consultas urgentes domicilio convenio por afiliado por año	28	0,003	0,0	12	0,04	0,0	40	0,02	0,0	0,02	0,1	0,1	0,0	0,005	0,006
Total consultas urgentes por afiliado por año	28	1,2	1,2	12	0,9	1,0	40	1,0	1,1	0,7	0,9	1,4	1,1	1,3	1,2
Total consultas (urgentes y no urgentes) por afiliado por año	28	6,9	6,6	12	6,4	6,0	40	6,6	6,6	6,8	6,1	5,5	7,2	6,9	6,3
Consultas policlinica Medicina General por afiliado por año	28	2,0	2,0	12	1,4	1,3	40	1,7	1,5	1,5	1,6	1,0	1,9	2,2	1,4
Consultas policlinica Cirugia General por afiliado por año	28	0,2	0,2	12	0,1	0,1	40	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2	0,2
Consultas policlinica Pediatría por afiliado < 15 años por año	28	3,4	3,3	12	2,3	2,4	40	2,8	2,8	2,5	2,4	1,7	3,6	3,2	3,6
Consultas policlinica Ginecoobstetricia por afiliado sexo femenino > 15 años por año	28	1,4	1,3	12	1,0	1,1	40	1,2	1,2	1,0	1,1	1,0	1,4	1,3	1,7
Consultas policlinica Especialidades Médicas por afiliado por año	28	1,5	1,2	12	1,6	1,3	40	1,5	1,3	1,9	1,3	1,1	1,8	1,4	1,0
Consultas policlinica Especialidades Quirúrgicas por afiliado por año	28	0,7	0,8	12	1,0	0,9	40	0,9	0,8	1,1	0,9	0,7	0,8	0,7	0,8
Consultas Espec.Básicas (med. gral.ped.ginec.)/ Especialidades (cirugía.espec.méd.,esp.quirúrg.)	28	1,3	1,3	12	0,8	0,9	40	1,0	1,2	0,8	1,1	0,9	1,1	1,4	1,4
Razón Consultas No Urgentes/ Consultas Urgentes	28	4,9	4,7	12	6,3	5,0	40	5,6	4,7	8,5	5,9	3,0	5,7	4,6	4,1
Razón Consultas Policlinica/ Consultas Urgencia Centralizadas	28	5,5	5,2	12	8,0	5,3	40	6,6	5,2	10,3	7,4	4,2	6,6	5,1	4,5

Consultas odontológicas programadas por afiliado por año	28	0,10	0,08	12	0,30	0,15	40	0,22	0,11	0,35	0,22	0,25	0,11	0,10	0,11
Consultas odontológicas urgentes por afiliado por año	28	0,02	0,00	12	0,03	0,02	40	0,03	0,01	0,03	0,02	0,03	0,04	0,01	0,01
Total consultas odontológicas por afiliado por año	28	0,13	0,08	12	0,33	0,17	40	0,25	0,11	0,38	0,24	0,28	0,15	0,11	0,12
Recetas expedidas en atención ambulatoria por afiliado por año	28	13,8	13,7	12	10,1	9,4	40	11,6	12,4	10,8	10,2	8,0	14,5	13,5	13,1
Recetas expedidas en atención ambulatoria por consulta (urg y no urg)	28	2,0	2,0	12	1,6	1,6	40	1,8	1,9	1,6	1,7	1,5	2,0	2,0	2,1
<b>Internación</b>															
Egresos internación domiciliaria por mil afiliados por año	24	8,1	7,9	8	9,5	9,7	32	8,8	8,0	9,8	5,0	11,8	5,6	9,6	9,6
Egresos internación cuidados moderados total por mil afiliados por año	28	119,1	119,8	12	100,5	98,6	40	108,2	113,8	95,0	109,6	106,6	107,7	122,4	137,8
Egresos internación cuidados cti-ci por mil afiliados por año	27	7,8	6,8	12	13,5	8,3	39	11,1	7,4	16,0	11,3	8,3	8,5	8,0	4,6
Total egresos por mil afiliados por año	27	136,3	133,9	12	121,2	115,8	39	127,5	132,4	119,5	123,2	124,1	121,7	142,8	150,0
Egresos internación cuidados moderados medicina por mil afiliados por año	28	38,1	40,3	12	29,1	26,2	40	32,8	37,5	26,0	34,9	31,6	26,2	43,8	47,0
Egresos internación cuidados moderados pediatría por mil afiliados < 15 años por año	28	61,4	53,6	12	47,4	56,3	40	53,8	53,6	39,2	51,6	65,3	60,0	61,4	65,3
Egresos internación cuidados moderados ginecoobstetricia por mil afiliados sexo femenino > 15 años por año	28	54,7	49,9	12	49,9	48,0	40	51,7	49,3	49,1	51,0	51,2	65,1	45,3	66,4
Egresos internación cuidados moderados cirugía por mil afiliados por año	27	41,2	40,5	12	37,1	35,8	39	38,7	39,3	36,5	38,7	37,0	41,8	38,9	49,2
Egresos internación cuidados moderados psiquiatría por mil afiliados por año	28	2,5	1,6	12	4,6	5,3	40	3,7	3,7	4,2	4,8	5,7	2,6	2,5	2,3
Egresos internación cuidados moderados s/d por mil afiliados por año	28	2,9	0,0	12	0,1	0,0	40	1,2	0,0	0,1	0,1	0,0	1,0	3,3	6,5
Días cama ocupados internación domiciliaria por mil afiliados por año	22	154,6	104,9	7	99,0	103,9	29	126,6	103,9	91,8	67,7	153,4	210,3	114,1	153,5
Días cama ocupados cuidados moderados por mil afiliados por año	26	435,6	421,6	12	536,2	514,9	38	494,9	438,0	542,1	566,6	480,9	409,1	461,4	389,0
Días cama ocupados cuidados cti-ci por mil afiliados por año	23	45,3	40,6	12	74,6	54,7	35	63,3	41,3	88,9	63,4	43,3	48,8	45,7	27,0
Promedio de estadía de internación domiciliaria	22	15,2	13,6	8	9,2	9,3	30	11,9	12,3	9,5	12,3	7,6	20,5	13,5	12,0
Promedio de estadía de cuidados moderados total	27	3,5	3,6	12	5,2	4,9	39	4,4	4,0	5,6	4,8	4,4	3,4	3,5	3,6
Promedio de estadía de cuidados	27	4,6	4,6	12	7,1	6,7	39	5,9	5,0	7,8	6,6	5,9	4,8	4,6	4,5

moderados medicina															
Promedio de estadía de cuidados moderados cirugía	26	3,1	3,2	12	4,6	4,0	38	4,0	3,5	5,3	3,8	3,7	2,9	3,3	3,0
Promedio de estadía de cuidados moderados ginecoobstetricia	27	2,8	2,7	12	2,9	2,8	39	2,8	2,7	3,0	2,8	2,7	2,6	2,8	3,2
Promedio de estadía de cuidados moderados pediatría	27	2,9	2,8	12	2,9	2,9	39	2,9	2,8	2,7	3,3	2,8	2,6	3,0	3,2
Promedio de estadía de cuidados moderados psiquiatría	20	6,3	6,1	12	12,4	10,8	32	10,8	7,6	13,5	12,2	10,1	6,9	6,3	4,5
Promedio de estadía de cti-ci total moderados total	26	4,9	5,0	12	5,6	5,4	38	5,4	5,1	5,7	5,0	5,9	4,9	4,8	5,0
Porcentaje ocupacional en cuidados moderados total	21	58,4	60,1	9	75,8	69,4	30	69,4	63,9	82,1	65,4	64,7	56,3	61,4	49,7
Porcentaje ocupacional en cti-ci total moderados (con DCO por terceros)	18	44,6	41,7	10	48,3	45,9	28	47,3	41,7	55,4	40,9	25,5	48,5	44,5	24,6
Porcentaje ocupacional en cti-ci (con DCO por terceros)	21	63,5	64,2	9	84,1	82,3	30	76,5	69,7	85,3	77,4	90,3	61,6	67,0	55,6
	19	52,9	49,6	10	60,8	55,9	29	58,5	51,7	60,1	66,9	53,7	60,6	50,0	30,7
<b>Centro Quirúrgico</b>															
Intervenciones quirúrgicas coordinadas con internación por mil afiliados por año	28	33,6	31,7	12	26,3	24,7	40	29,3	29,5	25,4	29,6	24,8	34,0	31,9	40,0
Intervenciones quirúrgicas coordinadas ambulatorias por mil afiliados por año	28	19,9	14,8	12	16,6	12,2	40	18,0	13,3	19,6	12,0	12,9	28,5	14,9	17,2
Intervenciones quirúrgicas coordinadas total por mil afiliados por año	28	53,4	46,8	12	42,9	43,1	40	47,3	44,6	45,0	41,7	37,7	62,5	46,8	57,2
Intervenciones quirúrgicas urgentes por mil afiliados por año	27	17,5	16,2	12	19,6	17,5	39	18,7	16,4	20,6	17,8	18,5	18,9	17,4	13,6
Intervenciones quirúrgicas total por mil afiliados por año	28	70,8	65,3	12	62,5	61,9	40	65,9	65,2	65,6	59,5	56,2	81,3	64,2	69,6
Intervenciones quirúrgicas menores por mil afiliados por año	28	16,0	5,9	12	7,1	2,8	40	10,8	4,5	9,8	1,8	4,8	29,8	8,5	9,7
Intervenciones quirúrgicas corrientes por mil afiliados por año	28	20,7	18,4	12	17,0	18,7	40	18,5	18,7	15,0	21,3	18,0	19,6	21,0	22,7
Intervenciones quirúrgicas mayores por mil afiliados por año	28	22,2	22,1	12	24,0	24,2	40	23,2	23,0	23,7	26,2	22,1	20,6	23,1	22,4
Intervenciones quirúrgicas altamente especializadas por mil afiliados por año	28	6,5	5,5	12	12,3	9,7	40	9,9	7,6	14,4	8,8	9,8	6,0	7,1	5,5
Intervenciones quirúrgicas laparoscópicas por mil afiliados por año	28	3,9	3,0	12	2,2	1,8	40	2,9	2,3	2,7	1,8	1,2	3,9	4,1	2,7
<b>Servicios de Diagnóstico</b>															
<b>Laboratorio</b>															
Exámenes de laboratorio en atención ambulatoria consulta no urgente por afiliado por año	22	3,02	2,67	11	3,50	3,26	33	3,32	3,05	3,76	3,25	2,86	2,42	3,21	2,64
Exámenes de laboratorio en atención ambulatoria consulta urgente por afiliado por año	22	0,31	0,21	11	0,49	0,41	33	0,42	0,28	0,54	0,45	0,36	0,30	0,33	0,16

Total exámenes de laboratorio en atención ambulatoria por afiliado por año	25	3,65	3,10	12	3,94	3,56	37	3,83	3,30	4,30	3,70	3,11	3,57	3,87	2,84
Exámenes de laboratorio en internación cuidados moderados por afiliado por año	21	0,41	0,41	10	0,56	0,37	31	0,50	0,39	0,61	0,55	0,35	0,39	0,42	0,42
Exámenes de laboratorio en internación cti-ci por afiliado por año	20	0,13	0,10	10	0,30	0,19	30	0,23	0,13	0,28	0,43	0,21	0,10	0,15	0,08
Total exámenes de laboratorio en atención internación por afiliado por año	24	0,65	0,53	12	0,86	0,55	36	0,78	0,53	0,92	0,90	0,59	0,70	0,65	0,48
Exámenes de laboratorio s/d por afiliado por año	24	0,06	0,00	12	0,02	0,00	36	0,03	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,11	0,05
Total exámenes de laboratorio por afiliado por año	26	4,32	3,86	12	4,81	4,06	38	4,61	4,00	5,25	4,57	3,71	4,27	4,56	3,36
Exámenes de laboratorio no urgentes por consulta no urgente	22	0,52	0,52	11	0,62	0,62	33	0,59	0,56	0,62	0,62	0,67	0,42	0,58	0,52
Exámenes de laboratorio de urgencia por consulta urgente	22	0,27	0,20	11	0,57	0,41	33	0,43	0,22	0,75	0,51	0,26	0,32	0,27	0,14
Exámenes de laboratorio en internación cuidados moderados por egreso de cuidados moderados	21	3,59	3,22	10	5,51	3,69	31	4,64	3,60	6,43	4,74	3,23	3,64	3,69	2,91
Exámenes de laboratorio en cti-ci por egreso cti-ci	21	15,96	14,10	10	20,83	17,65	31	19,43	15,13	17,60	33,58	24,01	12,05	17,92	16,94
<b>Radiología</b>															
Exámenes de radiología en atención ambulatoria consulta no urgente por afiliado por año	24	0,31	0,30	11	0,28	0,27	35	0,30	0,29	0,32	0,26	0,19	0,31	0,33	0,23
Exámenes de radiología en atención ambulatoria consulta urgente por afiliado por año	24	0,11	0,08	11	0,09	0,12	35	0,10	0,09	0,09	0,09	0,12	0,09	0,12	0,08
Total exámenes de radiología en atención ambulatoria por afiliado por año	24	0,42	0,36	12	0,38	0,36	36	0,40	0,36	0,41	0,34	0,34	0,40	0,45	0,31
Exámenes de radiología en internación cuidados moderados por afiliado por año	24	0,04	0,03	11	0,03	0,03	35	0,03	0,03	0,03	0,03	0,04	0,03	0,04	0,03
Exámenes de radiología en cti-ci por afiliado por año	24	0,01	0,01	11	0,02	0,02	35	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01
Total exámenes de radiología en atención internación por afiliado por año	24	0,05	0,04	12	0,05	0,06	36	0,05	0,05	0,04	0,04	0,07	0,04	0,05	0,03
Exámenes de radiología s/d por afiliado por año	24	0,00	0,00	12	0,01	0,00	36	0,01	0,00	0,01	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00
Total exámenes de radiología por afiliado por año	28	0,46	0,43	12	0,43	0,41	40	0,45	0,43	0,45	0,41	0,41	0,44	0,49	0,39
Exámenes de radiología no urgentes por consulta no urgente	24	0,05	0,05	11	0,05	0,05	35	0,05	0,05	0,05	0,05	0,04	0,05	0,06	0,05
Exámenes de radiología de urgencia por consulta urgente	24	0,08	0,08	11	0,10	0,09	35	0,10	0,09	0,12	0,10	0,07	0,08	0,10	0,07
Exámenes de radiología en	24	0,30	0,24	11	0,27	0,31	35	0,29	0,27	0,27	0,24	0,31	0,31	0,32	0,20





Población Afiliada a las IAMC

<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>					
CANCEL	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>					
COMEPA	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>					
<b>INTERIOR</b>	705.841	339.829	<b>1.052.704</b>	67,1%	32,3%
<b>TOTAL</b>	555.671	189.315	<b>754.451</b>	73,7%	25,1%
	1.261.512	529.144	<b>1.807.155</b>	69,8%	29,3%



Estado de Situación Patrimonial Montevideo e Interior

INSTITUCION		TOTAL PAIS	
DEPARTAMENTO		TOTAL PAIS	
ESTADO DE SITUACION PATRIMONIAL al:		30-09-07	
ACTIVO	En Pesos Uruguayos	PASIVO	En Pesos Uruguayos
Activo Corriente		Pasivo Corriente	
Disponibilidades	678.757.383	Deudas Comerciales	2.167.367.687
Inversiones Temporarias	664.215.236	Total Deudas Financieras	844.747.161
Créditos por Ventas	1.095.476.574	Total Deudas Diversas	2.729.316.466
Otros Créditos	327.603.156	Total Provisiones	103.507.161
Bienes de Consumo	369.886.778	Total Pasivo Corriente	5.844.938.476
Total Activo Corriente	3.135.939.127	Pasivo No Corriente	
		Total Deudas Comerciales	138.391.344
Activo No Corriente		Total Deudas Financieras	1.228.438.022
Total Créditos	170.016.375	Total Deudas Diversas	1.325.243.265
Total Bienes de Consumo	6.753.404	Total Provisiones No Corrientes	120.934.406
Total Inversiones	461.644.781	Total Pasivo No Corriente	2.813.007.036
Total Bienes de Uso	9.201.350.732	Total del Pasivo	8.657.945.512
Total Intangibles	21.407.782	<b>PATRIMONIO</b>	
Total Activo No Corriente	9.861.173.075	Total Aportes de Propietarios	249.577.179
		Total Ajustes al Patrimonio	6.103.818.039
Total del Activo	12.997.112.202	Total Ganancias Retenidas	1.788.880.116
		<b>Total Resultados Acumulados</b>	<b>(3.803.108.644)</b>
		Total Patrimonio	4.339.166.690
		<b>Total Pasivo y Patrimonio</b>	<b>12.997.112.202</b>

Estado de Resultados Montevideo, Interior y total del país

INSTITUCION DEPARTAMENTO ESTADO DE RESULTADOS PERIODO:		TOTAL PAIS TOTAL PAIS 01-10-06 al 30-09-07	
INGRESOS	En Pesos Uruguayos	EGRESOS	En Pesos Uruguayos
<b>INGRESOS OPERATIVOS</b>		<b>COSTO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS</b>	
<b>Ingresos de Prepago</b>	<b>13.676.515.646</b>	Dirección y Gerencias Técnicas	79.419.437
Cuotas Afiliados Individuales	3.905.953.231	Rem. Fijas Anestésico Quirúrgicos	726.947.598
Cuotas Afiliados Colectivos	2.760.814.939	Rem. Variables Anestésico Quirúrgicos	448.294.926
Cuotas Afiliados DISSE	5.539.798.124	Rem. Fijas No Anestésico Quirúrgicos	1.813.505.990
Cápitales FO.NA.SA.	1.123.115.057	Rem. Variables No Anestésico Quirúrgicos	1.106.425.763
Ingresos por Metas Asistenciales FO.NA.SA.	51.605.548	Rem. Fijas Técnicos No Médicos	681.392.763
Sustitutivo de Tasas Moderadoras	13.928.504	Rem. Variables Técnicos No Médicos	148.208.713
Cuotas Afiliados Cobertura Parcial	97.400.665	Personal de Enfermería	1.693.758.106
Cuotas por Emergencia Móvil	79.001.438	Personal Administrativo	440.809.197
Ing. Convenios Asistenciales con otras Empresas	31.395.412	Personal de Servicios y Oficinas	617.332.194
Plan de Asistencia Primera Infancia (P.A.P.I.)	73.502.728	Retiros de Personal Incentivados	8.652.212
<b>Otros Ingresos de Prepago</b>	<b>1.237.955.152</b>	<b>Total de Retribuciones al Personal</b>	<b>7.764.746.898</b>
Sobrecuotas de inversión	794.451.733	Cargas Sociales Dirección y Gerencias Técnicas	4.016.861
Sobrecuota Especial	250.542.421	Cargas Sociales Personal Médico	174.266.194
Otros Ingresos de Prepago	192.960.998	Cargas Sociales Personal Técnico No Médico	78.299.813
<b>Total de Ingresos de Prepago</b>	<b>14.914.470.797</b>	Cargas Sociales Otro Personal Asistencial	92.505.947
<b>Total Ordenes</b>	<b>476.358.149</b>	Aporte Patronal Fdos de Retiro (Pers. Asistencial)	12.307.015
Ordenes a Consultorio	301.115.810	Seguro por Accidentes Laborales (B.S.E.)	67.686.767
Ordenes a Domicilio	53.285.332	<b>Total de Cargas Sociales</b>	<b>429.082.596</b>
Ordenes de Emergencia	67.336.108	Honorarios Médicos y Odontológicos	314.035.569
Ordenes de Urgencia a Domicilio	20.128.154	Honorarios Anestésicos Quirúrgicos	139.448.635
Ordenes Odontológicas	10.071.945	Hon. Prof. No Médicos, por Diag. y/o Tratamientos	89.881.631
Otras Ordenes	24.420.799	<b>Total de Honorarios Profesionales</b>	<b>543.365.835</b>
<b>Total Tiques</b>	<b>1.358.284.628</b>	<b>Medicamentos Ambulatorios</b>	<b>1.704.301.506</b>
Tiques de Medicamentos	986.766.806	Medic. Oncológicos y Hemato-oncológicos Ambulat.	145.621.169
Tiques de Análisis de Laboratorio	137.668.622	Medicamentos Contra el SIDA Ambulat.	45.778.739
Tiques Otras Técnicas de Diagnóstico	168.165.347	Antibióticos Ambulat.	86.580.828
Otros Tiques	65.683.853	Psicofármacos Ambulat.	108.609.847
<b>Total de Ordenes y Tiques</b>	<b>1.834.642.776</b>	Medicamentos Cardiovasculares Ambulat.	125.851.858
<b>Venta de Servicios Gravados</b>	<b>483.262.460</b>	Otros Medicamentos Ambulat.	1.191.859.065
Venta Serv. Internación Simple Gravados	95.566.631	<b>Medicamentos Internación</b>	<b>526.880.629</b>
Venta Serv. Internación CTI Adultos Gravados	42.598.746	Medicam. Oncológicos Hemato-oncológicos Inter.	37.992.440
Venta Serv. Internación CTI Pediátrico Gravados	25.867.839	Medicamentos Contra el SIDA Inter.	5.095.980
Venta Serv. Internación CTI Neonatal Gravados	6.028.159	Antibióticos Inter.	50.827.369
Venta Serv. de Block Quirúrgico Gravados	20.197.155	Psicofármacos Inter.	28.959.868
Venta Medicina Altamente Especializada Gravada	125.332.560	Medicamentos Cardiovasculares Inter.	23.821.630
Venta Serv. Ambulatorios Gravados	96.779.978	Otros Medicamentos Inter.	380.183.343
Venta Serv. Odontológicos Gravados	8.990.312	<b>Total de Consumos de Medicamentos</b>	<b>2.231.182.135</b>
Examen Médico Previo Gravado	183.488	Reactivos y Otros Insumos de Serv. de Apoyo	294.764.847
Otras Prestaciones Asistenciales Gravadas	61.717.593	Materiales de Uso Médico	570.625.849
<b>Venta de Servicios No Gravados</b>	<b>1.081.241.607</b>	Oxígeno Líquido	70.701.831
Venta Serv. Internación Simple	232.637.229	Oxígeno Balones	14.610.532
Venta Serv. Internación CTI Adultos	97.803.457	Alimentación	121.263.917
Venta Serv. Internación CTI Pediátrico	38.431.360	Vestimenta	22.977.610
Venta Serv. Internación CTI Neonatal	13.053.344	Otros Bienes de Consumo	52.502.697
Venta Serv. de Block Quirúrgico	12.433.968	<b>Total de Consumo de Materiales y Suministros</b>	<b>1.147.447.284</b>
Venta Medicina Altamente Especializada	395.778.012	Convenios Asistenciales con Otras Empresas	407.024.432
Venta Serv. Ambulatorios	137.451.720	Internación en Sanatorios y Hospitales	457.479.448
Venta Serv. Odontológicos	3.726.635	Internación en CTI Adultos	125.663.637
Examen Médico Previo	54.000	Internación en CTI Pediátrico	46.923.866
Otras Prestaciones Asistenciales	149.871.882	Internación en CTI Neonatal	5.779.960
<b>Total de Venta de Servicios</b>	<b>1.564.504.067</b>	Laboratorios de Análisis Clínicos	231.638.933
Otros Ingresos Operativos	67.305.705	Laboratorios de Anatomía Patológica	66.539.130
<b>Total Otros Ingresos Operativos</b>	<b>67.305.705</b>	Radiología	81.757.808

<b>Total de Ingresos Operativos</b>	<b>18.380.923.346</b>	Resonancia Magnética	30.202.782
		Tomografía Computada	69.619.257
<b>Descuentos y Bonificaciones</b>		Angiografía Digital	2.856.409
Descuentos y Bonificaciones sobre serv. prestados	(64.151.488)	Estudios Oftalmológicos	22.425.034
Devolución de Emisión por Afiliados Individuales	(8.507.310)	Estudios Cardiológicos	32.394.258
Devolución de Emisión por Afiliados Colectivos	(15.598.157)	Tratamientos Odontológicos	6.874.123
<b>Total Descuentos, Bonificaciones</b>	<b>(88.256.955)</b>	Servicio de Hemoterapia	26.659.081
		Servicio de Fisioterapia	9.229.107
<b>Total de Ingresos Operativos Netos</b>	<b>18.292.666.391</b>	Servicio de Oxigenoterapia	32.295.786
		Radioterapia	62.746.726
		Locomoción Contratada Asistencial	186.464.134
		Otros Servicios Contratados	550.911.718
		<b>Total de Servicios de Salud Contratados</b>	<b>2.455.485.629</b>
		Honorarios Profesionales No Médicos	37.498.338
		Higiene y Limpieza	58.576.033
		Combustibles	70.385.712
		Agua	56.096.458
		Energía Eléctrica	134.563.168
		Servicios Telefónicos	73.880.011
		Seguros	24.661.318
		Locomoción Contratada No Asistencial	34.260.114
		Fletes	18.111.488
		Servicios Contratados No Asistenciales	64.068.107
		Arrendamientos de Inmuebles	13.410.310
		Arrendamientos de Bienes Muebles	5.885.772
		Arrendamientos de Termos de Oxígeno	756.302
		Otros Gastos de Funcionamiento	121.596.701
		<b>Total de Gastos de Funcionamiento</b>	<b>713.749.831</b>
		Mantenimiento de Inmuebles	70.785.622
		Mantenimiento de Equipos Médicos	69.706.790
		Reparaciones y Mantenimiento de Vehículos	13.068.589
		Mantenimiento de Otros Bienes Durables	109.180.389
		<b>Total de Gastos de Mantenimiento</b>	<b>262.741.391</b>
		<b>Total de Amortizaciones</b>	<b>400.588.901</b>
		<b>Total Costo de los Servicios Prestados</b>	<b>15.948.390.501</b>
		<b>RESULTADO BRUTO</b>	<b>2.344.275.890</b>

<b>GASTOS DE ADMINISTRACION Y VENTAS</b>		<b>RESULTADOS FINANCIEROS</b>	
Gerencias Areas No Asistenciales	97.079.142	Intereses Ganados	49.232.667
Personal Técnico y Administrativo	1.065.798.889	Diferencias de Cambio Ganadas	58.979.567
Personal de Servicios y Oficinas	55.096.949	Descuentos Obtenidos	121.202.909
Cargas Soc. Gerencias Areas No Asistenciales	6.647.707	Ganancia por tenencia de Títulos Valores	8.442.694
Cargas Sociales Administrativos	44.702.800	Intereses Ganados - Fideicomiso	185.483
Cargas Sociales Personal de Servicios y Oficinas	3.149.396	Ganancia por Ajuste Deuda Concursal	0
Ap. Pat. Fdos Retiro (Pers. del Area No Asistencial)	41.868	Diferencias de Cambio Ganadas - Capital Social Variable	0
Seg. Accidentes Laborales (Bco. de Seg. del Estado)	10.296.740	Resultados Desvalorización Monetaria Positivos	5.949
Retiros de Personal No Asistencial Incentivados	41.989.149	Otros Ingresos Financieros	8.459.952
<b>Total de Remuneraciones y Cargas Sociales</b>	<b>1.324.802.640</b>	<b>Total de Ingresos Financieros</b>	<b>246.509.221</b>
Arrendamientos de Inmuebles	25.642.281	Intereses Bancarios Perdidos	212.936.580
Arrendamientos de Bienes Muebles	33.290.937	Diferencias de Cambio Perdidas	76.246.535
<b>Total de Arrendamientos</b>	<b>58.933.218</b>	Descuentos Concedidos	27.863.894
Honorarios Profesionales No Médicos	65.177.198	Pérdida por tenencia de Títulos Valores	82.098
Papelería y Artículos de Oficina	64.792.951	Recargos Financieros	5.727.763
Higiene y Limpieza	12.014.661	Multas y Recargos Fiscales	7.694.031
Agua	5.387.617	Intereses Perdidos	31.606.907
Energía Eléctrica	15.197.577	Pérdida por Comisión de Compromiso (B.I.D.)	0
Servicios Telefónicos	29.824.277	Pérdida por baja del Fdo. de Reserva Técnica (B.I.D.)	0
Seguros	6.286.006	Pérdida por Ajuste Deudas Laborales Fondo Fideicomiso	18.836.435
Publicidad e Impresos	109.094.324	Pérdida por Ajuste Deuda Concursal	24.373.035
Servicios Contratados	104.275.368	Diferencias de Cambio Perdidas - Capital Social Variable	6.389.694

Otros Gastos de Funcionamiento	126.816.449	Resultados Desvalorización Monetaria Negativos	0
<b>Total de Gastos de Funcionamiento</b>	<b>538.866.427</b>	Otros Egresos Financieros	21.054.776
Reparaciones y Mantenimiento de Vehículos	911.212	<b>Total de Egresos Financieros</b>	<b>432.811.747</b>
Mantenimiento de Otros Bienes Durables	18.673.016	<b>Total de Resultados Financieros</b>	<b>(188.902.527)</b>
<b>Total de Gastos de Mantenimiento</b>	<b>19.584.228</b>		
<b>Total de Amortizaciones</b>	<b>48.515.375</b>	<b>RESULTADOS EXTRAORDINARIOS</b>	
Impuestos sobre Inmuebles	19.751.248	Ganancia por Venta de Bienes de Uso	1.312.650
Impuestos y Tasas sobre Bienes Muebles	2.601.306	Donaciones Recibidas	6.002.114
I.V.A. Porcentual No Deducible	1.902.588	Indemnizaciones por Siniestros	22.992
<b>Total Impuestos, Tasas y Contribuciones</b>	<b>24.255.142</b>	Ingreso por Quita Obtenida - Junta de Acreedores	16.004.579
Deudores incobrables	78.378.158	Otros Ingresos Extraordinarios	31.892.937
Otros Gastos de Administración y Ventas	33.081.514	<b>Total de Ingresos Extraordinarios</b>	<b>55.235.272</b>
<b>Total Otros Gastos de Administración y Ventas</b>	<b>111.459.672</b>		
<b>Total de Gastos de Administración y Ventas</b>	<b>2.126.416.703</b>	Pérdida por Venta de Bienes de Uso	492.558
		Deudores Incobrables	13.165.339
<b>RESULTADO OPERATIVO</b>	<b>217.859.187</b>	Pérdida por Litigios Laborales	25.672.961
		Pérdida por Otros Litigios	15.505.333
<b>RESULTADOS DIVERSOS</b>		Pérdidas por Desvalorizaciones	837.911
Arrendamientos de Inmuebles	6.217.869	Donaciones Entregadas	3.876.836
Arrendamientos de Equipos Médicos	589.455	Otros Egresos Extraordinarios	20.708.149
Ingreso por Servicio Fúnebre y/o Panteón	213.135.546	<b>Total de Egresos Extraordinarios</b>	<b>80.259.086</b>
Ingreso por Comisiones de Cobranzas	9.288.538	<b>Total de Resultados Extraordinarios</b>	<b>(25.023.814)</b>
Ingreso por Sobrecuota Plan de Auditorías	0	<b>AJUSTES A RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES</b>	
Ingresos por Inver. en Empresas Vinculadas	31.498.312	Ingresos de Ejercicios Anteriores	2.756.438
		<b>Total Ajustes Ingresos de Ejercicios Anteriores</b>	<b>2.756.438</b>
Ingresos IM.E.S.SA.	46.830.778	Egresos de Ejercicios Anteriores	13.592.603
Otros Ingresos	67.301.450	<b>Total Ajustes Egresos de Ejercicios Anteriores</b>	<b>13.592.603</b>
<b>Total de Ingresos Diversos</b>	<b>374.861.947</b>	<b>Total de Ajustes a Resultado de Ejercicios Anteriores</b>	<b>(10.836.165)</b>
I.V.A. Porcentual no deducible	0		
Indemnizaciones por Despido	6.096.026	<b>RESULTADOS DEL EJERCICIO</b>	
Capacitación del Personal	3.592.317		<b>60.815.863</b>
Gastos del Servicio Fúnebre	110.890.949		
Gastos de Panteón	3.168.932		
Egresos por Inver. en Empresas Vinculadas	6.881.146		
Egresos por Comisiones	32.057.125		
Egresos IM.E.S.SA.	45.624.621		
Honorarios y Gastos de Administración del Fiduciario	565.411		
Otros Egresos Diversos	100.866.238		
<b>Total de Egresos Diversos</b>	<b>309.742.766</b>		
<b>Total de Resultados Diversos</b>	<b>65.119.181</b>		

i. CUESTIONARIO DE LA ENTREVISTA REALIZADA AL Ec. DANIEL OLESKER

Fecha:

Institución:

Entrevistado:

Cargo que desempeña:

- 1) La reforma propone un cambio en el modelo de atención asistencial, gestión y financiamiento. ¿En cuál de estas áreas el SINADI podría brindar un mayor aporte?
- 2) Uno de los principales ejes de cambio en el modelo de gestión son los Sistemas de Información y la transparencia de la información. ¿Cuál era la situación en este aspecto antes de implementar la reforma? ¿Qué se quiere lograr?
- 3) A partir de la puesta en vigencia del SNIS, ¿el SINADI afronta nuevos desafíos?
- 4) A raíz de la reforma ha surgido un gran interés por informar a los usuarios de salud sobre distintos aspectos que hasta ahora no tenían acceso. De hecho, el usuario adquiere el derecho al acceso de información asistencial y económico-financiera de todas las prestadoras de salud. ¿En qué tipo de información hay interés que el SINADI comience a trabajar al respecto?
- 5) Las Instituciones privadas de asistencia médica presentan ante el M.S.P., información con carácter de declaración jurada. ¿Es cierto que más allá de la normativa, la obligatoriedad no ejerce fuerza desde el momento en que si las instituciones no presentan la información, no hay penalización?
- 6) Según un informe del año 2006, la información estadística en salud se encontraba dispersa y de difícil acceso incluso para el M.S.P. y los criterios de recolección eran sustancialmente diferentes según sector e instituciones. Con la reforma el M.S.P. requiere que la información se encuentre centralizada y que los criterios de relevamiento estén protocolizados de forma de permitir su comparabilidad y el intercambio entre las instituciones y el Ministerio De Salud Pública. ¿Se han tomado acciones a raíz de esta necesidad?

- 7) El Presidente de la JUNASA en octubre del pasado año, cuando se firmaron los contratos de gestión con prestadores de salud, mencionó como prioritario la adquisición de prácticas que consoliden sistemas de información actualizados, además de evaluaciones constantes, para asegurar la efectividad del sistema de salud. ¿Qué prácticas se podrían implementar o ya se implementaron para cumplir con lo que planteó el Dr. Basso?
  
- 8) Dentro del Plan Estratégico M.S.P./ASSE 2006-2010 se planteó como uno de los objetivos en materia de Tecnologías de la Información, el siguiente: \* utilizar estándares de contenido, de formato y de conectividad, que permitan la interoperabilidad entre diferentes sistemas de información del sector salud (públicos y privados). ¿En qué situación se encuentra esta iniciativa? ¿En qué fase se encuentra el desarrollo del estándar HL7, para el cual varias instituciones, además del M.SP., han demostrado interés de participación? ¿Resulta viable su implantación en la actualidad?
  
- 9) Mirando al futuro, ¿qué desafíos tiene el MSP en relación con los Sistemas de Información?

## ii. CUESTIONARIO DE LA ENTREVISTA REALIZADA A LA Cra. GISELLE JORCIN

Fecha:

Institución:

Entrevistado:

Cargo que desempeña:

- 1) En el momento en que se creó el SINADI el país gastaba en salud un 10% del P.B.I. pero el Ministerio no contaba con información que les permitiera tomar decisiones para controlar y regular la información en salud del sector privado. ¿En qué situación nos encontramos hoy, a más de 20 años de su creación?
- 2) En el año 2005 se reestructura el SINADI aumentando el caudal de información requerida. ¿En qué consistió puntualmente esta reestructura?
- 3) ¿Ha aumentado la demanda de información a las instituciones a raíz de la reforma?
- 4) La reforma propone un cambio en el modelo de atención, gestión y financiamiento. ¿En cuál de estas áreas el SINADI puede generar un mayor aporte?
- 5) ¿Cuáles sería en la actualidad un tema prioritario sobre el cuál su solicitud de información adquiere mayor relevancia?
- 6) Hace unos años se comenzó a solicitar a los restantes prestadores privados (Seguros Privados, Emergencias Móviles, IMAES) información sobre datos asistenciales y económicos. ¿Las exigencias son iguales para todos?
- 7) ¿Cómo evalúa, en términos generales, el nivel de cumplimiento de las instituciones en la emisión mensual de los datos que permiten obtener el Certificado SINADI?
- 8) Antes de la entrada en vigencia de este gobierno se detectaban como debilidades del SINADI la carencia de mecanismos efectivos de control de la información que presentan las instituciones. Ahora, teniendo en cuenta la relación directa entre resultados y cantidad de dinero a cobrar por cuotas y metas existe una motivación para desvirtuar los datos que emiten las instituciones. ¿Con qué mecanismos cuenta el M.S.P. para controlar la veracidad de la información que recibe?
- 9) Otra debilidad mencionada, es la disposición de información en tiempo y forma. Una razón que encuentro posible es la falta de motivación en el armado de la información ya que no obtienen un *feedback* de los datos que emiten que les sea de utilidad. Otra razón podría ser que si bien las Instituciones privadas de asistencia médica presentan ante el M.S.P. información con carácter de declaración jurada, más allá de la normativa, la obligatoriedad no ejerce fuerza desde el momento en que si las instituciones no presentan la información, no hay penalización. ¿Qué opinión le merece estas observaciones?

- 10) Varios autores afirman que la principal finalidad del sistema de información es apoyar la toma de decisiones. ¿Qué tipo de decisiones se ven apoyadas por la información que genera el SINADI?
- 11) ¿Quiénes son los usuarios finales? ¿Hay intenciones de que el usuario final del sistema sanitario sea también usuario de la información que genera el SINADI?
- 12) ¿A través de qué métodos formales los usuarios de la información del SINADI dan a conocer las nuevas necesidades de información?
- 13) El Presidente de la JUNASA en octubre del pasado año, cuando se firmaron los contratos de gestión con prestadores de salud, mencionó como prioritario la adquisición de prácticas que consoliden sistemas de información actualizados, para asegurar la efectividad del sistema de salud. ¿Está pensada la implantación de un sistema integrado de información que permita mayor comunicación entre prestadores, usuarios y entes reguladores? Integrado en el sentido de incluir a todas las instituciones médicas del país e incluir información médica y administrativa.
- 14) Se está hablando cada vez más del Cuadro de Mando Integral como herramienta para incorporar información interna e indicadores no financieros. ¿En el caso que esta herramienta de control de gestión se implante en varias IAMC, esto sería de utilidad para el Ministerio y defecto para el SINADI?
- 15) Mirando hacia el futuro, ¿cuál considera que deberá ser el alcance que tenga el SINADI en términos de información del sector público y privado?



### iii. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA REALIZADA A LA Ec. GABRIELA PRADERE

Fecha:

Institución:

Entrevistado:

Cargo que desempeña:

- 1) Uno de los principales cambios que se han producido en cuanto a la información requerida es la incorporación de información de los Recursos Humanos que trabajan en el sector.
  - a) ¿En qué consiste esto y a partir de qué fecha comenzó a instrumentarse?
  - b) ¿Qué motivación o necesidad generó esta iniciativa?
  - c) ¿Qué instituciones quedan comprendidas?
  - d) ¿Cómo ha sido el *feedback* que están teniendo de las mismas?
  - e) ¿Qué usos le da la División a la información recabada?
- 2) A raíz de la reforma, ¿qué cambios se produjeron en la información que se relevaba y qué datos nuevos se incorporaron?
- 3) Ha surgido un gran interés en informar a los usuarios de salud sobre distintos aspectos que hasta ahora no tenían acceso. De hecho ahora el usuario adquiere el derecho al acceso a información asistencia, económica y financiera de todas las prestadoras de salud. ¿En qué tipo de información hay interés que el SINADI comience a trabajar al respecto?
- 4) ¿Cómo evalúa en términos generales, el nivel de cumplimiento de las instituciones en la emisión mensual de los datos que permiten obtener el certificado SINADI?
- 5) El Ec. Daniel Olesker, mencionó en la entrevista realizada, que el MSP tiene una iniciativa de crear una Gerencia en la cual se centralicen los sistemas de información del MPS. ¿Usted está al tanto de esto?
- 6) Mirando al futuro, ¿qué desafíos tiene el MSP en relación con los Sistemas de Información?

Fecha:

Institución:

Entrevistado:

Cargo que desempeña:

- 1) En el año 2005 se reestructuró el SINADI lo que significó la exigencia de mayor información a las IAMC. ¿Usted recuerda que haya habido un proceso de cambio en la demanda de información? ¿Sucedió lo mismo a partir de la vigencia del SNIS?
- 2) ¿Considera que la reforma es un incentivo para que las instituciones revean el desempeño de los sistemas de información? Desde su puesta en vigencia, ¿se han realizado revisiones de las formas de registro, de los informes que elaboran o de los indicadores que utilizan?  
¿Ha sido la reforma un motivador para la introducción de tecnología de sistemas de información?
- 3) El Dr. Jorge Basso, Director de Salud, afirma que el M.S.P. audita la calidad de la información recibida de las instituciones y los procesos son sujetos a inspección. ¿Avala esta afirmación?  
¿Con qué periodicidad reciben auditorías?
- 4) ¿A qué tipo de información que maneja el SINADI tienen acceso? Es decir, ¿brinda algún *feedback*, ya sea informes de datos agregados o comparados?
- 5) ¿Cómo califica, a nivel general, la información que solicita el M.S.P.? (excesiva, justa, deficiente, engorrosa, etc.)
- 6) Según un informe del 2006, se desarrollarían cursos y talleres entre productores de información en salud entre los que se encontraban las IAMC, con el objetivo de atender la formación y coordinación de criterios vinculados con el registro primario de datos, su procesamiento y análisis. ¿Finalmente se realizaron y participaron?
- 7) De acuerdo a un trabajo de investigación del año 2007, se identificaron problemas respecto a la Gestión de la Información. ¿Constata identifica algunos de éstos problemas en la institución?
  - ❖ Sobrecarga de información.
  - ❖ Problemas con la organización de la información.
  - ❖ Problemas con el registro de la información.
  - ❖ La emisión de información no logra satisfacer la demanda.
  - ❖ Dificultad para encontrar la información porque hay demasiados datos.
  - ❖ Información que todavía se encuentre subutilizada.Hoy en día, ¿cuál es la principal carencia del sistema de información de la institución?

- 8) Se considera que hay una tendencia de los sistemas de información sanitaria a convertirse en sistemas integrados que tienen en cuenta la totalidad de actividades de la institución y sus relaciones. A su juicio, ¿la institución ha seguido esta tendencia? ¿De qué forma?
- 9) Asimismo se está hablando del Cuadro de Mando Integral como herramienta de gestión que incluye información externa e indicadores no financieros. ¿Se ha planteado la institución la implantación del mismo?
- 10) Tanto para diferentes programas que se están aprobando como para el cumplimiento de metas asistenciales, hacen necesario el uso de indicadores, algunos de ellos, informados por la JUNASA. ¿Cómo responde de la institución ante nuevas solicitudes? ¿Algunos de estos indicadores ya se utilizaban en la institución?
- 11) ¿Hay datos que se elaboren de forma exclusiva para uso externo o toda la información que se genera tiene uso interno?
- 12) Los Sistemas de Información, en general, cumplen con la función de automatización de procesos operativos y de apoyo a la toma de decisiones. El caso de su institución, ¿los sistemas de información podrían dar un paso más, y estar en condiciones de lograr ventajas competitivas?
- 13) A nivel de la Gerencia, ¿piensa que hay un convencimiento en cuanto a la necesidad de tomar decisiones en base a información actual y completa que brinde la institución o de lo contrario todavía falta darle a la información el rol que merece al momento de tomar decisiones importantes?
- 14) ¿Qué desafíos tiene la Institución en materia de sistemas de información?

Nomenclatura utilizada

Se adjudica a cada entrevistado un número el cuál se mantiene durante toda las respuestas, de modo que E-1 hace referencia al primer entrevistado, y así sucesivamente.

Cuestionario y respuestas obtenidas

- 1) En el año 2005 se reestructuró el SINADI lo que significó la exigencia de mayor información a las IAMC. ¿Usted recuerda que haya habido un proceso de cambio en la demanda de información? ¿Sucedió lo mismo a partir de la vigencia del SNIS?

**E-1:** *Yo en el 2005 no estaba aquí, yo entré en el 2007 si sé que progresivamente han pedido mayor información pero si ha habido un quiebre en el 2005 no lo tengo presente porque no estuve.*

**E-2:** *Nos estamos acordando que sí, que en el 2005 fue que hubo un cambio, sobre todo en la parte asistencial, no tanto en lo económico,... cambiaron un poco la información, en realidad cambiaron formato de pedido, el balance como que era más parecido al balance de la empresa y además como más regularizado, es decir había que mandarlo viste por cerrar el mes, lo tenías que mandar, me parece que no estaba tan controlado ese envío, como que se pusieron más ordenados. Eso respecto a la información económica. En lo asistencial, sí ahí fue que hicieron el quiebre. Se hicieron más requerimientos para nuestros médicos y más.*

*Se regulariza todo mucho más me parece que antes no se si era que antes nadie lo miraba, no se, había una sensación que no había tanto control d la información. Se mandaba por cumplir, pero sino lo mandabas capaz que no pasaba nada.*

*Después de la vigencia de la reforma...cambió, hay otros informes en lo económico, se creó el de las metas asistenciales, pero no mucho más. En lo económico las ECAS, las planillas de costos...lo exigen este año pero el año pasado lo pidieron pero fue más light, hubo instituciones que no lo mandaron y no les pasó nada. Aunque en realidad lo habían pedido antes en el 2006, en un curso que dieron unas charlas en el Ministerio y después de ahí lo pidieron Sí, para el cierre del 2007 pero para el cierre del balance del 2008 lo exigieron para antes del 15 de abril, el cierre era al 30 de diciembre pero lo extendieron al 15 de abril.*

**E-3:** *Sí, por parte del SINADI sí. Al SINADI normalmente se le enviaba una declaración mensual que en un principio, sobre todo antes del 2005, era muy básica. Era información básica de la institución como altas, bajas y algún dato respecto a la actividad asistencial del mes. Ya a partir del 2005 fueron ampliando esta información, fueron creando nuevas planillas donde los datos que*

solicitaban eran bastante más específicos. Nuevos informes como el de Recursos Humanos. Si, se fue ampliando, los primeros informes eran menos ambiciosos que los que terminaron siendo al final. Nos iban pidiendo progresivamente más información porque las empresas no tenían los sistemas adaptados. Primero daban la idea, las empresas se adaptaban y después empezaban a ser obligatorios. Un proceso de ida y vuelta. Me parece que ellos empezaron a trabajar mucho en datos asistenciales, sobre las estructuras de costos, después todo el sistema nuevo de cápitás. Todo este movimiento generó cambios informáticos principalmente y bastante más gente. Tuvimos que crear, por otros motivos pero también por eso el departamento de Recursos Humanos y además más gente acá en la parte administrativa, en auditoría médica, en archivo, o sea repercutió en varios sectores de la institución.

**E-4:** Más bien posterior, en realidad el SINADI comienza a adecuarse un poco a las demandas de los cambios que vienen acompañados con la reforma, entonces este... empieza a partir del ejercicio... setiembre del 2006 si no me equivoco, ahí empiezan a visualizar los cambios, nosotros antes al SINADI lo que le presentamos prácticamente en exclusividad era a los 45 días de cierre contable una información de ingresos y egresos, la información de cantidad de socios por categorías si una planilla muy sencilla. Y además una serie de información asistencial que se preparaba en registros médicos. Eso mensual, a los 45 días del cierre digamos, o sea abril lo presentamos antes del 15 de junio, después empezaron a agregarse algunos elementos sobre todo anexos al cierre de balances que se presenta antes del 31 de diciembre y anexos con aperturas de costos, nosotros ya teníamos avanzados el tema de centros de costos y hubo que hacer cierta adecuación pero no significó un trabajo extenso porque habíamos adelantado en la interna nuestra o sea por interés propio de la institución. No me acuerdo si fue en el 2006 o 2007 que fue lo que se llamó la Planilla ECAS que es una planilla un anexo al cierre de Balance que básicamente lo que mira es el Estado de Resultados en una manera horizontal con una cierta aperturas por unos centros de costos que ellos establecieron, que se basa en cierta medida en un antiguo documento que había en el SINADI que planteaba una la apertura por centros de costos que nunca se llegó a instrumentar en las instituciones, pero como te digo nosotros la habíamos tomado como modelo de avance para trabajar, nosotros en la interna, o sea que bueno, tampoco nos sorprendió demasiado la apertura de eso, era adecuar algunos centros de costos sumar otros, pero no habían grandes cambios. Esa planilla fue evolucionando hasta hacerse más compleja ahora. Al cierre de setiembre de 2008, se les fueron agregando elementos con mayores aperturas. Eso en lo que tiene que ver con centros de costos después a partir de la instrumentación de la reforma, el SINADI ha sido un poco el crisol en donde se han gestionado todo los cambios en cuanto a los sistemas de información. Hoy por hoy tenemos una enorme cantidad de información que se presenta al SINADI, mucho más de lo que puede ser el Estado de Resultados mensual.

Lo que pasa que todo esto fue relacionado con el tema de la reforma, vos en las reforma tenes un contrato. Te voy a mostrar en la planilla por ejemplo acá tenemos todo el año, acá el área, si es asistencial, o sea esa es la información asistencial que yo te decía que es de registros médicos, el estado de resultados que es mensual, un informe de tasas moderadoras que también es mensual, la

*declaración jurada de cuotas que también es mensual, la declaración jurada en archivo, el RUCAF que es una información que se manda de los datos de los socios.*

*Todo al SINADI, información de recursos humanos que se manda cada tres meses, es una información bastante pesada. Sí es brutal. Y después trimestralmente tenemos una información de la cesión de ingresos, todas las cesiones que la institución tiene de su cuota FONASA, las metas que también son trimestrales, y anuales tenemos el balance y la planilla ECAS.*

*Esto en el marco de la reforma, vos con la reforma tenés dos parámetros que te guían que son por un lado la información que el SINADI te diga que ellos consideren que la necesiten y por otro lado el cumplimiento de varios artículos del contrato de los prestadores de salud o sea las instituciones con la JUNASA. Esos artículos establecen muchos de ellos información que hay que presentar y su periodicidad o sea que las dos cosas.*

*El contrato establece por ejemplo la cesión de ingreso, la establece el contrato cada tres meses, cada tres meses tu tenés que presentar al SINADI un detalle con la cesión de los ingresos de la cuota FONASA que tenga la institución. O sea hay algunas cosas que te las condiciona el contrato, algunas cosas te las pide el SINADI, porque considera que las necesite y entre los dos tenés vencimientos mensuales, trimensuales o anuales.*

*Hay que van a la Junta y otras al SINADI. Por ejemplo, la cesión de todo lo que tenga carácter económico va al SINADI derecho, la cesión de ingresos va al SINADI, en cambio, uno de los artículos del contrato con la JUNASA le dice que tenés que presentar el nombre del Director Técnico y su currículum, bueno eso va a la JUNASA.*

- 2) ¿Considera que la reforma es un incentivo para que las instituciones revean el desempeño de los sistemas de información? Desde su puesta en vigencia, ¿se han realizado revisiones de las formas de registro, de los informes que elaboran o de los indicadores que utilizan?  
¿Ha sido la reforma un motivador para la introducción de tecnología de sistemas de información?

**E-1:** *Yo creo que sí, que despierta eso, pero muchas veces las instituciones no están en condiciones de afrontar cambios porque generalmente esos cambios vienen acompañados de asesorías o de compra de programación o de compra de know-how. Nosotros pretendemos actualizar toda la parte de soporte, actualizar la parte de software nos implica actualizar la parte de Hardware entonces tenemos que hacer una inversión... eso todo un proyecto que no hemos podido hacer como quisiéramos. Lo que pasa que el no hacerlo nos implica hacer un montón de cosas no sistematizadas o estar enganchando para tener la información. La idea es que uno en el corto plazo trate de salir como mejor puede, pero si a uno le dan tiempo como para levantar la cabeza y para*

*poder organizar y armar procedimientos para que los informes solicitados salgan en forma automática sin tener que estar ensamblando bloques de información de distintos sistemas, de distintos programas... eso es lo que pasa ahora y muchas veces la información no es tan exacta como debería ser como se quisiera.*

*Yo creo que un cambio debería contemplar todas esas cosas, no sólo los nuevos requerimientos de las instituciones que nos reglamentan y nos controlan, sino también una mejor información para una mejor gestión, ¿verdad? Hay que tratar de integrar o conjugar esas dos cosas en el cambio. Yo no sabría si una de las dos predomina sobre la otra, pero la necesidad se siente y creo que hay que hacerlo.*

**E-2:** *Sí, el sistema era obsoleto No proveen informes gerenciales. Todas quieren ser más integradas, es la tendencia de todas las empresas. Estos sistemas de información no se hicieron integrados y teníamos que hacerlo. Por ejemplo, estos sistemas no tiraban informes. Si empezaban a pedir quienes tienen esto y lo otro y nada tenían o te daban peor, algo erróneo, lo pedías y tenían que armarlo por pasos y ahora sí, tenemos el programa nuevo. Pero todo lo tienen que armar en el sistema de cómputos lo tienen que hacer, lo tienen que programar, quedaron obsoletos, y hay que cambiarlo por eso.*

*La institución venía de una muy mala situación económica y no podía actualizar la computación y quedó atrasada. Ahora con el gerenciamiento la institución que se unió, lo primero que vieron fue que la información era lo primero que había que actualizar porque nos servía para nosotros y también para el SINADI. Resumió más información en tiempo y forma porque dirigís con informes manuales y lleva más tiempo, y no sabes si están bien, tiene que ser integrado, tenes que validarlos vos.*

*Sí, además no solo el SINADI pide información sino también la DGI y el BPS que ha cambiado los requerimientos. Sí, porque eso en realidad fue a raíz del SINADI, porque a raíz de las metas...sobre esa información que yo mando el SINADI elabora los informes de indicadores y con eso se pagan las metas que tenes que cumplir, se está estudiando los indicadores si estás cumpliendo con las metas.*

*Porque vimos que no era adecuada a la realidad, no tenías opción. En realidad se detectó antes, pero no había forma de hacerlo. Se vio el problema y se tomó una decisión. Pedías informes de cualquier cosa y no había forma de sacarlo, para uno mismo, si quería sacar datos generales de cuando cumplen año los socios y regalarles un chocolate no había forma de saber esa información. Cuesta mucho, porque la gente de cómputos tiene que meter un programa dentro de otro programa y eso cuesta mucho, porque además te digo, que no es solo que hay que darle información al SINADI o a la DGI sino para poder gerenciar. Se da que la fusión con otra institución sirvió y se usa el mismo programa para los dos. Así se puede trabajar de la misma manera.*

**E-3:** *Todas las nuevas informaciones que se están solicitando fueron aprovechadas por nosotros ¿verdad? Y sí, ha llevado a rediseñar los sistemas de información nuestros. De hecho estamos hace*

dos años en la implementación de un nuevo sistema creado dentro de la institución, todo un sistema informático nuevo completo, desarrollado en base a medidas... Es un sistema integrado, se fue poniendo en marcha en distintos sectores de la institución en forma gradual y hoy en día creo que está 100% integrado, salvo Recursos Humanos que es lo que quedó pendiente pero va a ser integrado en el corto plazo. Algunas cosas están ya preparadas para los cambios, otras cosas hay que ajustarlas a la demanda de información porque cuando se desarrolló habían cosas que no estaban, obviamente. Se está ajustando y hay cosas que salen ahora, los cambios son constantes. El caso de este software es un claro ejemplo en la inversión en tecnologías de la información, para manejar la información tanto dentro de la institución como para afuera también. Complementario podría ser el software de apoyo al socio vinculado a la telefonía, llamados, posibilidades de agendarse por teléfono, una mejora en la web, quizá esos son módulos de tecnología que no están incluidos en el software y que también requirieron implementarse por todos estos cambios que mencionamos. Nosotros pasamos un proceso de crecimiento importante que fue acompañando a la reforma, entonces tuvimos necesidad como institución de desarrollar este tipo de sistemas de información para no quedar pedidos; a su vez la demanda de información por parte del Ministerio de Salud Pública hizo replantearse los sistemas de información que se están utilizando.

**E-4:** Yo creo que sí, lo ha generado, en particular, en esta institución independientemente de la reforma, antes que la reforma empiece a sustanciarse también hubo cambio de gestión, ese cambio de gestión a su vez vino con ciertas prioridades dentro de los cuales estaba generar sistemas de información únicos y confiables y en tiempo y forma, entonces, empezamos todo un proceso independiente del tema de la reforma, un tema coyuntural de la institución...no fue impulsado por la reforma, había una decisión previa justamente dado por un cambio de gestión. Si bien en la marcha hubo que adoptar muchas cosas a la información que pedía el Ministerio, porque no la pedían de la misma forma, o no le interesaban las mismas cosas, por ejemplo, todo el tema metas, bueno, hubo que elaborar cambios... todavía estamos en pleno proceso. Es un sistema que lo estamos instrumentando por módulos, que se basa en la información para gestionar digamos, en la información por socio, por patología, empezamos con toda la parte de público pero es un proceso que ya lleva 5 años. Claro es un proceso largo nosotros tenemos muchas filiales, hay que ir enganchando a todo el mundo. Inversión en tecnología de sistemas de información sí, sí, es bueno es permanente, hay nuevos módulos de GCI de MAP, máquinas y servidores.



3) El Dr. Jorge Basso, Director de Salud, afirma que el M.S.P. audita la calidad de la información recibida de las instituciones y los procesos son sujetos a inspección. ¿Avala esta afirmación? ¿Con qué periodicidad reciben auditorías?

**E-1:** *Se controla, lo que no quiere decir que hayan venido aquí a controlar, ellos cruzan información; nosotros le mandamos información al SINADI y también al MEF la parte de tasas y en caso de que haya cosas que no cierran sí, ello nos vuelven a llamar y nosotros revisamos, corregimos o justificamos lo que le mandamos. Las auditorías son más que nada para la parte asistencial, no tanto para nosotros.*

**E-2:** *Es así. No sé qué tan periódica Porque de la parte asistencial nosotros no nos enteramos. Sí han venido dos chicas del SINADI y nos pidieron datos sobre valores de tasas y vienen a corroborar y miran en la caja, de tal mes, tickets, valores, se ve que ya tienen los que vos declaras y corroboran que coincidan.*

*Sí porque están viendo valores de precios, las tasas y todo eso. De información contable no tenemos auditoría porque en realidad ya presentamos un balance auditado y eso ya está, no tiene sentido, ya está .De parte asistencial hay dos de rutina para ver de dónde sacan los datos.*

*Además hay más control de de información que mandamos. Es más si pones una cosa mal te mandan enseguida que eso está mal, no demoran 3 meses como antes solo un mes. Y en la información contable me pasó hace un año que se trabucaron dos números e igual el saldo era idéntico y ellos nos avisaron de esta trabucación. Ahora la respuesta es más rápida como te decía en un mes te mandan telefónicamente o por mail.*

**E-3:** *En la parte asistencial sí... en la parte financiera no tanto, vienen como complemento, piden información, se enfocan más a la parte de gestión asistencial y de los registros... las historias clínicas... la agenda...la coordinación de consultas...han venido. Auditoría de muy buena calidad, vinieron... miraron...exigente, responsable, seria. La gente vino muy preparada. En cuanto las metas asistenciales también se controlan...*

**E-4:** *Si permanente, sobre todo la parte técnica, la parte administrativa-financiera creo que hemos tenido en dos oportunidades, que han venido sobre todo para el control de tasas moderadoras. Básicamente los que yo participe, referían más a la consistencia de la información. Sobre todo lo que querían relevar era cómo estábamos, qué criterios tomábamos en cuenta para informar...si el criterio era unánime en todas las instituciones o más bien era un acuerdo de criterios.*

*Lo que si hay auditorias muy concretas en la parte asistencial por las metas y en gestión de afiliados, que estén las cartelerías, que estén los precios...que el horario sea el del contrato establecido en el contrato de la JUNASA .A partir de la reforma, se noto un cambio, antes no existía. No venía nadie, esto es a partir de la reforma, y de la reforma ya avanzada.*

4) ¿A qué tipo de información que maneja el SINADI tienen acceso? Es decir, ¿brinda algún *feedback*, ya sea informes de datos agregados o comparados?

**E-1:** *Yo te diría que la principal utilidad que tienen es para compararse con las otras instituciones, porque ellos los procesan y sacan consolidado, o sacan una media, y los hacen llegar. Entonces eso de alguna manera te da una medida de cómo estar con respecto a otras instituciones similares, incluso ellos clasifican entre Montevideo e Interior, mayores de tantos socios. Entonces eso te da una idea si estás alineado con la media, eso es importante. Además te permite corregir determinadas cosas.*

*El feedback que van dando ellos sirve y obviamente sirve cuando vos lo utilizas para compararlo con tu propia institución ¿verdad?... y de esa comparación surgen correctivos. La planilla ECAS creo que sería útil, no sé en otras instituciones pero acá tenemos dificultades para llegar al costo de un producto. Sería muy placentero poder cumplirla y tener los números al detalle, ¿no? Pero hay muchos supuestos, mucha asignación de costos indirectos. Yo creo que sería algo útil, sería un debe importante de tiene la institución y pienso que es bastante generalizado el tema de los costeos; uno cuando mira licitaciones ve cosas que te dan la pauta de que no están costeando... Habría entonces que organizar la información para poder sacar un producto más confiable, pero es una exigencia nuestra, no del Ministerio. Ellos el tema de los costos lo ponen de manifiesto pero no es que uno no lo sepa; por ejemplo cuando tenes que facturarle a alguien y tenes que ver cuál fue tu costo te encontrás con un montón de cosas que según como las asignes vas a tener un costo u otros bastante distinto.*

*Entonces, yo creo que lo que ellos te piden de alguna manera te despierta, creo que hay bastante gente que es consciente que no se llegó al nivel de desarrollo de costeo que debería tenerse. Es útil el planteo, la solución no sé si está tan optimizada como debería.*

*Ellos mandan vía mail, yo saco de los dos lados, por la web...pero te diría que ahí vienen medios rezagados, creo que lo último que está colgado es del 2007; entonces como información está un poco vieja. Se mira, a mí por lo menos me resulta útil. Después me han mandado, no sé con qué periodicidad, porque a veces viene y a veces no viene, informes trimestrales de resultados, de la parte económica. Hay otros informes que mandan a la Dirección Técnica también, que es la parte asistencial, más indicadores. A veces, no han sido muchas, he pedido más información, y me han respondido bastante bien. Así que por ese lado están funcionando bastante bien.*

**E-2:** *En general nos mandan por mail, nos mandan comparativo, lo mismo que está en la web, pero en general por mail. Te mandan las Instituciones del país, sin nombre, te mandan el total de ingresos por departamentos, separados Montevideo, promedios, cantidad de afiliados...Están publicados en la web... de las metas, no. Nos mandan cómo calcularon las metas, y la lista de Instituciones, mandan fórmulas, no los valores. A nosotros el último tuvimos que ir a notificarnos al Min.*

**E-3:** Recibimos datos segregados de instituciones de Montevideo e Interior, también nos mandan los indicadores vía e-mail, no sé si están publicados y lo usamos con esa herramienta que te decía; para compararnos con el mercado, es una buena herramienta para compararnos con el resto.

**E-4:** Mirá... lo que recibimos del SINADI es una información, que la debés haber visto, no sé si está colgada en la página, la recibimos directamente del SINADI que es una información económica y asistencial del relevamiento de todas las instituciones del país por franja con cantidad de afiliados interior y todo el país, es información económico-asistencial, me la mandan a mí y a Dirección Técnica por mail. Esto es trimestral, setiembre, diciembre y ahora me mandaron la anual, al 30 de setiembre Indicadores Asistenciales IMAC Montevideo e Interior Anual 2008, y acá tenés todo, consultas, policlínicas,..... ves... y acá tenes el 4º trimestre del 2008, de setiembre a diciembre. Esto es lo que recibo trimestralmente, ves... 4º trimestre. A mí me mandan esto... porque estamos en este rango pero a mi interior no me mandan porque en el Interior no estamos, me mandan Montevideo y total del país

Y... si es una referencia, ¿no? Claro... tenes que tomarlo con pinzas porque... ¿qué pasa? El único rango que te establecen es cantidad de afiliados entonces, por ejemplo entre 40.00 y 100.000 estamos por ejemplo nosotros y otra institución, pero la esa otra no tiene sanatorio, interna a todos, entonces cuando vos sacas unos promedios como puede ser contratación de servicios o RRHH, no son cosas comparables porque yo tengo 1.500 funcionarios y ellos tendrán 250... yo no contrato servicios y ellos la facturación de servicios será enorme. Entonces a veces tenes que relativizar la información, porque no siempre es comparable, ¿me entendés?

Este... podés tener realidades muy distintas. Fijate que entre 40 y 100.000 somos 11 en Montevideo y capas que entran 3 y si 1 o 2 o 3 tienen esa realidad...

Recibís el tuyo individual y recibís y el promedio, y después en todo el país, entonces si yo en mi grupo suponte que somos 5 instituciones y 4 contratan servicios afuera a mí no me sirve, porque no tengo un parámetro de comparación capas que el porcentaje que tengo de remuneraciones promediando el grupo le da...yo que sé un 30 % y yo tengo un 61%.

Entonces yo no puedo sacar una conclusión de ahí que yo estoy alta en remuneraciones, estoy comparando papas con boniatos, ¿me entendés? Entonces a veces me sirve compararme con todo el país, y no con mi rango...tenes que ver...depende el rubro."

Capas que las más grandes son más comparables, en particular a nosotros nos pasa eso... en medicación...en medicación pasa eso el que contrata afuera le viene dado en su facturación, como compra de servicios, yo lo tengo todo en medicación... y bueno así con muchas cosas.

Sirve para comparar resultados, por rubro tenes mucha distorsión... ya si comparas las más grandes tenés una realidad bastante similar, pero en particular nosotros que tenemos tantas filiales, otro sanatorio que tenes costos agregados, porque digo... es más difícil tener una red descentralizada que centralizar, además tenemos sanatorio propio, no contratamos servicio con nuestro equipo de similares en cantidad de socios digamos que no están en la misma situación. Por eso, el día que esa información empiece a establecerse deje no sólo por cantidad de socios sino de repente también por sanatorio propio o no que es una de las grandes diferencias por ejemplo, ahí puede llegar a tener otro elemento más de comparación, que es lo que no ha habido nunca. Información agrupada con realidades que sea más comparable.

5) ¿Cómo califica, a nivel general, la información que solicita el M.S.P.? (excesiva, justa, deficiente, engorrosa, etc.)

**E-1:** *Yo creo que la información que ellos piden la usan toda, pero en muchos aspectos podríamos decir que inciden o tienen conocimiento de la gestión que debería ser propia de la institución, no tendría por qué estar en manos de ello ¿verdad? Pero es dependiendo de la concepción que ellos tengan del papel que tiene que tener el Ministerio y el papel que tienen que tener las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva ¿verdad? Sí podrían establecer parámetros de calidad, eso sería bueno porque aseguraría un nivel de calidad ¿verdad? pero después todo lo de precio puede que sea un poco excesivo. En lo que es la información económica creo que es la estándar, es muy parecida a la que te puede pedir un Banco por ejemplo si vas a pedir un préstamo. Yo la veo desde ese punto de vista, normal. Si no la tendrías que hacer para ellos la tendrías que hacer para vos ¿verdad?*

**E-2:** *En general es justa, es bueno que haya controles. Hay veces que se pasan, es excesivo. Además hay veces que te piden de 5 años atrás es excesivo. El informe de recursos humanos es excesivo declarar por ejemplo todos los que trabajan, la cédula de identidad, el sueldo. Hay Instituciones que se negaron a presentarlo porque no quieren revelar la identidad de lo que gana cada uno. A pesar de eso es claro, se entiende. El último informe que nos pidió el de los contratos de prestadores de salud es excesivo, creo que las Instituciones no tienen que saber los convenios con proveedores, se presentó el 15 de marzo, trimestralmente. El control de proveedores tiene nombre, toda la información, en realidad no es justo, no es tampoco necesario, no aporta, no corresponde que otra Institución vea que a mí por ejemplo no me hacen el mismo descuento que a otra. Esta información se hace pública Creo que los precios no se informaban pero los plazos y descuentos sí. Esto no es bueno.*

**E-3:** *En Recursos Humanos es excesiva, el trabajo que da. Lo mismo el padrón, con relación al datos del padrón, es también excesiva y me parece que es información de la institución y del socios. Los contratos... eso fue relativamente nuevo, la exigencia del desmenuzado de todos los contratos con los proveedores tercerizados. Yo creo que la información que nos solicitan mensualmente no es exagerada, si bien nos ha costado un poco adaptarnos... Si nos parece bien. El SINADI de siempre se ha mejorado, no todos los otros informes. Ese nos parece bien, nos ha resultado útil porque aparte no hay información específica ni de usuarios ni de proveedores sino que son de niveles de utilización de servicios. Los plazos de las solicitudes nuevas son bastante inflexibles y cortos para uno pueda buscar los datos que precisa, para que sea confiable y real.*

**E-4:** *Lo que pasa que ahí tenes un elemento en el cual las instituciones siempre estamos oponiendo intereses con el Ministerio hasta donde llegan las funciones del Ministerio de controlador y hasta donde es ingerencia en las gestiones individuales de las instituciones, Eso es un tema, incluso, como la información de los socios que en este momento está en tratamiento de la JUNASA, que bueno, se*

*está evaluando un poco en el marco de todo lo que tiene que ver con el marco jurídico de la protección de los datos del socio ¿no?*

*Hasta qué punto vos te debes a la confidencialidad de los datos de tus socios y hasta qué punto no, hasta qué punto es control y hasta qué punto es ingerencia, ese es un límite que tenemos que pensar que en el marco de una reforma que recién empezó es bastante natural que se desdibuje ¿verdad?, la idea, pienso es que después tienda a estandarizarse cual es la información y qué alcance de esa información y de ahí se delimite hasta donde llega la información que se da al Ministerio y hasta donde no, nosotros en la JUNASA tenemos representantes y bueno esos representantes están tratando de marcar un poco el límite de esa información sobre todo para no rozar con aspecto ya jurídicos que tienen que ver con la confidencialidad de los datos. Sí, sí, es un tema en discusión sobre todo con lo que tiene que ver con los afiliados que bueno en el primer momento la apertura de datos del afiliado era su dirección, su edad, su fecha de ingreso, su cédula, su dirección de cobro, toda una serie de elementos que en realidad son privativos de las personas. Hay un representante que es abogado y él planteaba que eso tenía que enmarcarse dentro de lo que son los derechos del individuo.*

*Yo no utilizaría la palabra injustos, o sea, parecería razonable que tengamos un Ministerio que ejerce su contralor, lo que no puede ser es que las instituciones trabajemos para el Ministerio generando información. O sea, es el propio Ministerio que tiene que elaborar su información a nivel nacional, lo que está pasando es que como el Ministerio no tiene estructura para generar información, eficiente, eficaz y fidedigna, entonces lo que hace... solicita a las instituciones información y a partir de esa información elabora sus propias estrategias, que es lo que nosotros entendemos que no es correcto, porque en definitiva vos estás utilizando recursos ajenos para cumplir con obligaciones propias, o vos le das financiamiento a las instituciones para que destine todas estas horas hombre a trabajar para el Ministerio y generar la información. O creas tu propio equipo de trabajo y tú equipo de trabajo recauda todo y trabaja ¿no?*

*Yo creo que hay dos factores: un factor de momento , que es lo que te decía... que en el marco de una reforma donde todavía se está en una etapa , no te digo experimental pero en una etapa de prueba, hay como una tendencia a tener la mayor cantidad de información posible, no eso creo que con el devenir del tiempo y el accionar de las instituciones va a tender a acotarse y va a decir bueno esta es la información de esta manera con estos datos esto sí y esto no, o sea que esto va a llevar un proceso. O sea el Ministerio tiene que tener la información necesaria para controlar, éste es un tema, y por otro lado lo que nosotros visualizamos desde las instituciones es que bueno... que hay una demanda de información para a partir de esa información desarrollar estrategias del propio Ministerio, cosa que nosotros entendemos que sin financiación no es correcto. Tomá la información que necesites para controlar pero no para sacar tus propias conclusiones. No puedo jugar con todas buenas ¿no?, es un poco lo que nosotros vemos, fijo la cápita, la cápita se fijó en base a la información de las instituciones. Como que hay un mal uso y que muchas veces el exceso de información que se solicita es por eso que tiene otro objetivo, no el objetivo de contralor, es más*

*estratégico a nivel nacional. Bueno pero no somos las instituciones que además no se ha dado financiación para eso. Porque podría ser genuino que el Ministerio diga bueno, no tenemos estructura, creemos que es más eficiente en este momento no generar una estructura y enseñarles como trabajar y recaudar información, sino tomando la información de ustedes... bárbaro financiémoslo, tantas horas hombres por mes, trabajemos todos juntos y generamos la información sacamos conclusiones. Pero no es lo que se dio.*

6) Según un informe del 2006, se desarrollarían cursos y talleres entre productores de información en salud entre los que se encontraban las IAMC, con el objetivo de atender la formación y coordinación de criterios vinculados con el registro primario de datos, su procesamiento y análisis. ¿Finalmente se realizaron y participaron?

**E-1:** *Yo personalmente al único que fui fue el de las ECAS que se hicieron creo que el año pasado, el único que me he enterado y que concurrimos. Fue cuestionado bastante... te repito creo que es algo positivo que te pidan esas cosas...no sé si da el resultado que debería dar. La charla que yo fui...fue una charla más que un curso fue claro...Ah fui también a otra charla cuando no nos dieron un aumento porque en base a un costeo que ellos habían hecho, con unas economías de escala que plantearon, en vez de dar un aumento que correspondía dijeron menos fundamentando que había entrado mucha gente al sistema. Eso suponía ciertos supuestos de costeo y otras cosas que alguna gente no compartió en el momento. Esas fueron las únicas dos veces que yo concurrí a cursos... charlas.*

**E-3:** *Hubo más bien reuniones informativas en el Ministerio, en el cual se explicaba a todas las instituciones el nuevo formato de declaraciones, los nuevos informes que se estaban solicitando. No eran cursos propiamente dichos.*

7) De acuerdo a un trabajo de investigación del año 2007, se identificaron problemas respecto a la Gestión de la Información. ¿Constata identifica algunos de éstos problemas en la institución?

- ❖ Sobrecarga de información.
- ❖ Problemas con la organización de la información.
- ❖ Problemas con el registro de la información.
- ❖ La emisión de información no logra satisfacer la demanda.
- ❖ Dificultad para encontrar la información porque hay demasiados datos.
- ❖ Información que todavía se encuentre subutilizada.

Hoy en día, ¿cuál es la principal carencia del sistema de información de la institución?

**E-1:** Yo te diría que a mí hoy por hoy, lo que más me preocupa es la información o los datos que no se registran, que no entran al sistema, porque creo que algo que no es de ahora sino que viene desde hace mucho tiempo, la parte médica, como es lógico, es entendible, prioriza siempre la vida y no miden recursos, entonces sacar la información de la parte médica es realmente difícil, no le dan la dimensión que realmente tiene. Problemas con organización de la información también hay. La emisión de informes está bastante estandarizado, lo que no quiere decir que entre el dato por una punta y salga por la otra el informe, ¿verdad?; hay que sacar el dato de un lado, ponerlo en otro sistema, hay que hacer muchos controles intermedio que hace perder mucho tiempo, recursos humanos... todas cosas que se podrían sistematizar con un software único de gestión. Cada vez que sacas un dato de un sistema y lo ponés en otro, lo tenés que controlar, tenes que tener una persona que lo introduzca otra que controle que no se perdió nada que no se cambio algo, todas esas cosas son costos que por ahora no están optimizados, funcionan, sí.

**E-2:** Sí con el registro de la información, en la organización de la información, en la emisión de información, no satisface la demanda. Sobrecarga no, en todo caso hay déficit de información. No, con la nueva información es lo correcto. Los datos son justos. Como carencia...lo que no son confiables, están obsoletos. Había problemas de información del número de socios, se empezó a mejorar, se llama a los socios y se les pregunta, pero no fue por el problema de gestión si no porque queríamos saber, no sentimos presión de la institución.

**E-3:** Es difícil que esas cosas no pasen ¿no? Lo que pasa es que cuando estás implementando un sistema de información es difícil... todavía no lo conocemos. Te podemos decir que cambiamos que el anterior no era malo, fue muy útil para armar todo el sistema de costos y cápitas, el que teníamos no era expansible pero era de buena calidad, y hoy no te podemos decir las limitaciones que tiene algo nuevo. Te podemos decir que tenemos la promesa de proveedores y de otros usuarios que conocemos de que es bueno, pero estamos conociéndolo. La Administración además fue de los últimos módulos que se implementó si bien el sistema hace dos años que se está utilizando, es en el área administrativa donde es más nuevo. Nosotros hace apenas unos meses que estamos conociéndolo. Hay sobrecarga mucha información pedida permanentemente con poco tiempo. Hay mucha demanda por parte del Ministerio, muchos detalles y plazos cortos.

**E4:** Nosotros tenemos una dificultad en particular en esta institución que es la descentralización, al tener muchas filiales y varios centros de medicina familiar muchas veces tenemos muy desarrollado la información en la sede central, pero todavía no hemos salido en muchos lugares de la etapa manual de recabar información. Nosotros tenemos nuestro Sanatorio en un departamento del Interior que también está tratando de acompasarse con toda la parte de gestión de información esa es una de nuestras debilidades por no tener todo centralizado en una sola sede, porque los sistemas de comunicación son caros, tienen sus dificultades, eso es una debilidad. Se ha trabajado muchísimo con el tema de información, hoy por hoy tenemos esa debilidad, y el otro tema que tenemos es la integración en esas tres partes del triángulo que yo te decía, que bueno, lleva de tiempo, lleva su trabajo, no es completamente aceitado el proceso, ¿no?, por ejemplo, nosotros

*tenemos una premisa que el dato se entre una sola vez, hoy por hoy, tenemos todavía casos que se entran en la contabilidad y se generan el SIGMA “Sistema Integral de Gestión Médico- Asistencial” que es el sistema que yo te decía que estamos desarrollando, entonces, bueno... todavía no hemos logrado que se entienda uno con otro... lo mismo con recursos humanos, se genera información en el SIGMA consultas médicas por ejemplo y esa información no genera la información necesaria para alimentar el sistema de recursos humanos para el pago de paciente visto. En fin, ese tipo de situaciones que la idea es cuando tengamos sobre todo esta área bien desarrollada empecemos a trabajar en todas las intercomunicaciones que tienen que haber entre los tres ¿no? Porque claro a su vez este sistema es la suma de una cantidad enorme de módulos.*

8) Se considera que hay una tendencia de los sistemas de información sanitaria a convertirse en sistemas integrados que tienen en cuenta la totalidad de actividades de la institución y sus relaciones. A su juicio, ¿la institución ha seguido esta tendencia? ¿De qué forma?

**E-1:** *Yo que nosotros no tenemos un sistema integrado totalmente en este momento sí tenemos un sistema de gestión en su tiempo, con un buen potencial, pero también creo que está obsoleto. Además tenemos otra cantidad de otros programitas satélites que nos dan otro tipo de información, que se nos hace necesario y que el sistema central no lo da. Por decirte un ejemplo, la parte de gestión hospitalaria no está ensamblada con la parte contable, son dos sistemas separados. Y como esos hay más sistemas, módulos. De alguna manera se trata de hacer interfases y demás pero no es lo mismo que un sistema único integrado... eso haría falta.*

**E-2:** *Sí*

**E-3:** *Tenemos bastante automatizados los procesos, todavía se hace algún informe manual. Abarca datos que salen del sistema integrado y otros que necesariamente tienen que salir de otros sectores, se unifican en la administración y nosotros los mandamos.*

**E-4:** *Claro nosotros tenemos tres focos digamos ¿no? Uno que es todo lo que tiene que ver con los sistemas contables que ahí funcionamos con Gestión Contable Integral, que es un sistema de la empresa que está en muchas instituciones de la salud, que ahí está resuelta toda la parte financiera- contable. Después tenemos un sistema de recursos humanos, que es un sistema argentino, que es el sistema MAP que es un sistema muy adaptable, muy flexible, para todo lo que tiene que ver con los recursos humanos en salud y la última parte que se está desarrollando es toda la parte de público y asistencial y toda la parte de gestión de socios, o sea esos tres digamos, ese triángulo es el que se está desarrollando porque es el que tiene que ver con cambios de modelos, tiene que ver con la medicina familiar, con la historia clínica electrónica, con un cambio, en el cual sobre todo se puedan extraer datos de morbilidad, costos por patologías, todo una serie de datos que se está trabajando ésta parte , que es la que te digo bueno que ha llevado mucho tiempo.*



*Básicamente nosotros teníamos muy desarrollada toda la parte financiero-contable, estábamos en vías de desarrollo de recursos humanos que seguía sola porque es otra empresa y bueno, lo que más había que atender era toda la parte asistencial, que nosotros teníamos sistemas viejos y no estaban integrados entre sí, es un sistema que se ha ido generando digamos con la idea que esté todo integrado, el piso, la parte ambulatoria, la parte contra público, bueno como que la idea es que esté todo integrado.*

9) Asimismo se está hablando del Cuadro de Mando Integral como herramienta de gestión que incluye información externa e indicadores no financieros. ¿Se ha planteado la institución la implantación del mismo?

**E-1:** *Yo que nosotros no tenemos un sistema integrado totalmente en este momento sí tenemos un sistema de gestión en su tiempo, con un buen potencial, pero también creo que está obsoleto. Además tenemos otra cantidad de otros programitas satélites que nos dan otro tipo de información, que se nos hace necesario y que el sistema central no lo da. Por decirte un ejemplo, la parte de gestión hospitalaria no está ensamblada con la parte contable, son dos sistemas separados. Y como esos hay más sistemas, módulos. De alguna manera se trata de hacer interfases y demás pero no es lo mismo que un sistema único integrado... eso haría falta.*

**E-2:** *No nada...lejos.*

**E-3:** *Todavía no tenemos un instrumento de gestión armado de acuerdo a nuestras necesidades que cubra esa herramienta, tenemos otra que se adapta más a nuestras necesidades en base a indicadores. Sabemos que hay un modelo hecho y de hecho queremos conseguirlo. Es un sistema que nos permite medir si somos eficientes o no con relación a nosotros mismos y con el mercado y el modelo.*

10) Tanto para diferentes programas que se están aprobando como para el cumplimiento de metas asistenciales, hacen necesario el uso de indicadores, algunos de ellos, informados por la JUNASA. ¿Cómo responde de la institución ante nuevas solicitudes? ¿Algunos de estos indicadores ya se utilizaban en la institución?

**E-1:** *Hay que desarrollar todo el soporte de eso, para poder obtener el indicador. Los indicadores generalmente lo comunica la Dirección Técnica, porque se hacen en la parte técnica; sé que ha habido algún incumplimiento de alguna meta pero no por incumplimiento en sí sino por una dificultad en la interpretación del indicador, una mala comunicación entre Salud Pública y nosotros, un mal entendido y eso a veces trae problemas, hubieron varias desconexiones ahí... desde ellos hacia nosotros y nosotros no interpretamos correctamente lo que nos dijeron. Pero en sí en*

*términos generales los indicadores se cumplen. Los indicadores se utilizan sí, pero como te digo, los utiliza más Gerencia Técnica, por ejemplo, cantidad de consultas por policlínicas, cantidad de medicamento por médico... todos esos tipos de indicadores se usan, son importantes.*

**E-2:** *Rápido, pero te complica la vida, porque al no tener un programa que te de la información tenes que pedir a la gente de cómputos que te arme un programa para meter dentro de ese programa ,y para la gente de cómputos no le parece fácil, yo creo que en el futuro va a ser más fácil pero cada solicitud es una complicación responder , te la mandan de nuevo y hay que mirar, hacer de vuelta, y de vuelta, te complica, no tenes personal extra, tenes que seguir con la diaria porque el programa no te brinda información. En el caso de nosotros no los indicadores no se usaban.*

11) ¿Hay datos que se elaboren de forma exclusiva para uso externo? O de lo contrario, ¿toda la información que se genera tiene uso interno?

**E-2:** *En general sí. Te hablo del SINADI. La parte asistencial puede que no la vea pero la parte económica la estás usando siempre. La parte asistencial te decía que no porque en realidad no te puedo decir porque lo hace la Dirección Técnica. Yo supongo que lo debe ver pero no sé porque no trabajamos en eso, por nosotros no pasa, lo pasan directo.*

**E-4:** *Eso me parece se lo tenemos que preguntar más a la parte asistencial porque en realidad yo todos los datos asistenciales no los veo, y ahí no se utilizan la misma información o no; en lo que tiene que ver con la parte económica-financiera sí todo lo mismo que usamos nosotros.*

*O sea, la planilla ECAS la armamos para ellos, nosotros no la usamos porque tenemos nuestro sistema de costos que es mucho más amplio del que le damos al Ministerio, o sea que la ECAS la armamos para ellos, no la utilizamos, después otra información...claro hay muchas cosas por ejemplo, la información de tasas moderadoras, nosotros tenemos que armar todo para ellos, nosotros no utilizamos para nada, ya sabemos los precios que cobramos, las tasas moderadoras que tenemos. Se hace para ellos. Y ya te digo, después la parte asistencial no, después la parte de recursos humanos se me ocurre que es para ellos, yo no creo que de ahí saquen ninguna información. No creo que saquen porque el sistema te da toda la información y... atiende consultas particulares, vos le decís quiero saber la liquidación de tal fecha por concepto por día, no tenés problema, se me ocurre que se hace solo para el Ministerio. Si yo te diría que hay un gran porcentaje de cosas que se hace para el Ministerio porque hoy por hoy la consulta que uno puede hacer en la gestión de información nunca es tan abarcadora, siempre es puntual para una toma de decisiones, en un estado de resultado sí pero este... si vos querés saber algo de recursos humanos nunca querés saber algo de...todos los conceptos de tus recursos humanos porque con esa información que hacés, el reporte esté más acotado y más vinculado a la consulta puntual, a lo que necesitas en ese momento.*

12) Los Sistemas de Información, en general, cumplen con la función de automatización de procesos operativos y de apoyo a la toma de decisiones. El caso de su institución, ¿los sistemas de información podrían dar un paso más, y estar en condiciones de lograr ventajas competitivas?

*E-4: Es que para nosotros la información es en sí misma una ventaja competitiva, nosotros, trabajamos en dos grandes rubros: uno que es la parte mutual o sea que somos prestadores de la JUNASA y tenemos socios individuales y segundo tenemos la venta de servicios, por ahí hay una realidad que también nos obliga a comportarnos como empresa en la venta de servicios porque tenemos una muy importante venta de servicios a Instituciones, a médicos, a cirujanos a pacientes particulares que y bueno... eso nos obliga a que la información se convierta en una ventaja competitiva a la hora de fijar precios, a establecer estándares de atención, resulta fundamental, ¿no?*

*Igual el tema de información es como una necesidad permanente, siempre estamos en un continuo... o sea nosotros hacemos planificaciones anuales, empezamos a trabajar en el presupuesto del año siguiente en el mes de noviembre hasta diciembre y conjuntamente se trabaja en la planificación. El presupuesto es básicamente un presupuesto operativo, después se trabaja en la planificación y de la planificación se da una dimensión económica para el quinquenio, con énfasis en el primer año y después esto se ve en función de cómo dé el presupuesto, si incorpora, no se incorpora, cuando, cómo, qué se prioriza.*

*Y siempre que trabajamos en la planificación, siempre el tema de información está presente. Y te diría en todas las áreas, porque eso también ha sido un cambio de cultura no solo es una necesidad para las áreas de administración y finanzas, sino también para las áreas técnicas, ellos son consientes, igual siempre tironean, para tratar de tomar las decisiones sin contar con la información.*

*Además una cultura que ha marcado la Gerencia General, si la Dirección Técnica le lleva un informe pidiendo un equipo...dos funcionarios, lo que sea que no esté evaluado económicamente, lo deriva a la Gerencia de Administración. Yo eso así no lo veo. Hay un stop, no esto va a la gerencia de administración para su evaluación. Y al revés lo mismo, si yo le planteo algo suponte que solo se viera el punto de vista económico y no contara con la evaluación técnica, funciona igual. Ya sabemos que tenemos que juntarnos y armar una propuesta que contenga toda la información para decir sí o no.*

13) A nivel de la Gerencia, ¿piensa que hay un convencimiento en cuanto a la necesidad de tomar decisiones en base a información actual y completa que brinde la institución? o de lo contrario todavía falta darle a la información el rol que merece al momento de tomar decisiones importantes.

**E-1:** *Creo que todavía falta, creo que la información que generamos si bien sirve para la gestión no es fundamental o no es tan oportuna sobre todo, no se logra en el tiempo, para tomar decisiones en el momento la información la tenés que tener acá en línea. Generalmente todos los informes que el SINADI nos pide, es por ejemplo a los 45 días, y eso la gestión es tarde; te puede dar una idea pero eso para la gestión es tarde. Yo creo que para hacer un manejo más profesional faltaría...*

**E-3:** *Son muy limitadas las decisiones que se pueden tomar, son muy limitadas por la regulación, pero sí... cuando se toman decisiones sí, se fijan indicadores y se monitorean. Las necesidades del Ministerio y su empuje nos ayudó también en cierta forma... pero igual ya estábamos en esa sintonía. Quizá antes no éramos tan exigentes o teníamos información de mercado tan buena para complementar. Nosotros tenemos una cultura que nos hace más eficientes en cuanto a la gestión, nos acercamos más a lo que son los Seguros Privados. En nosotros no se generó un cambio en estilo, quizá otras organizaciones más antiguas sí se vieron forzadas. Tenemos gente muy bien formado, personal joven, eso nos facilita.*

**E-4:** *Yo te puedo hablar por esta institución, por eso yo te señalaba el cambio de gestión, acá no se toma ninguna decisión si no está toda la información sobre la mesa, ninguna, ni la más...por ejemplo, no se hace un cambio de categoría de un funcionario si no se sabe cuánto cuesta, si está presupuestado o no lo está, si la jefatura la evalúa dentro de las horas que tiene asignados para su sector, si la evaluación no está sobre la mesa. Es un tema clarísimo de estilo de gestión. No se toma ninguna decisión que no esté en la visión económica, pasada, comparada con el ejercicio anterior, presupuestada para este ejercicio, nosotros tenemos los centros de costos, tenemos un presupuesto por centro de costo que se tiene que cumplir a rajatabla, desagregado en todos sus rubros, llevamos la contabilidad por centro de costos, esos centros de costos se alimentan del presupuesto, el presupuesto lo conoce cada responsable, cada responsable sabe si está dentro de su presupuesto o no está. Si no está dentro de su presupuesto tiene que justificarlo, solicitar un extra-cupo. Sí hay algo riguroso, que no quiere decir que después no se tome la decisión ¿no? No hay decisión que se tome sin la información técnica, económica, estadística, eso es un tema casi grabado a fuego. Y no es la información del Ministerio, es un tema de gestión. Estamos en este momento elaborando un cuadro de mando, a partir de que se haya desarrollado muchos módulos de este sistema que yo te decía estamos elaborando un cuadro de mando que va a ser distinto para Gerencia General y para cada uno de los Gerentes de área. Porque hoy por hoy el cuadro de mando sigue siendo un bibliorato que tenemos cada uno con la información que consideramos relevante que nos llega todo los meses. El Gerente General tiene su carpeta donde está el Estado de Resultado, cumplimiento del presupuesto y datos estadísticos que le interesan. Yo tengo mi bibliorato que tengo obviamente toda la información económica-financiera, flujo de caja, situación de los bancos, préstamos actuales, es decir informes que es un poco lo que gestionamos, lo que sería un cuadro de control informatizado. Estamos trabajando en eso, hay un área de asesoría que depende de la Gerencia General que está trabajando en el tema con la gente de informática, para elaborar un cuadro de control que recoja lo que usamos habitualmente, y que va a ser de distinto acceso para la Gerencia General o para los Gerentes de Áreas.*

*Ir tomando de todos esos módulos y crear distintos usuarios con accesos distintos. Por ahora se está pensando en Gerente General y Gerentes de Área., después veremos si lo bajamos un poco.*

*Se está trabajando. Ya se hizo el relevamiento de qué se necesita, están trabajando a ver cuáles de esos datos están hoy por hoy, son únicos, son confiables... ya están en el área de informática. Nosotros ya lo hemos informado.*

14) ¿Qué desafíos tiene la Institución en materia de sistemas de información?

**E-1:** *Yo diría un sistema integrado, totalmente integrado de gestión, que hoy no lo tenemos de modo de eliminar todos los subsistemas satélites que hay. Pero como te decía, eso trae aparejado no solamente sistemas sino también una inversión en equipamiento, en capacitación, en software. Creo que eso es un desafío importante ¿no? No sé si estamos en condiciones que enfrentarlo a corto plazo y en forma integral. Sí a corto plazo estamos haciendo algunos cambios, en la medida de la fuerza que tengamos y de la capacidad económica. La Salud no es un sector superhavitario para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva; pienso que es en general porque ves los consolidados y ves que dan un 0,00... por arriba de la línea o por debajo en los porcentuales que dan de resultado del ejercicio. No hay capacidad para invertir.*

*Como atributos de la información, como desafíos serían la oportunidad y asegurarse que todo hecho real tenga un correspondiente en el sistema ¿verdad? Eso creo que es importante. Los mismos sistemas integrados controlan y piden determinadas usuarios para realizar determinadas operaciones que eso de alguna manera dispara automáticamente la generación de información contable, administrativa y de gestión que corresponde. La idea no es ganar plata sino administrarse bien para poder dar un mejor servicio y a más cantidad de gente con los mismos recursos. Los recursos son muy limitados y de hecho Salud Pública lo acota mucho... te controla las tasas moderadoras, las cuotas... y por otro lado tus costos no están topeados, tenes costos salariales crecientes, tecnología con costos crecientes, entonces los costos te van subiendo.*

*Yo creo que un cambio debería contemplar todas esas cosas, no sólo los nuevos requerimientos de las instituciones que nos reglamentan y nos controlan, sino también una mejor información para una mejor gestión, ¿verdad? Hay que tratar de integrar o conjugar esas dos cosas en el cambio. Yo no sabría si una de las dos predomina sobre la otra, pero la necesidad se siente y creo que hay que hacerlo.*

*Nosotros pretendemos actualizar toda la parte de soporte, actualizar la parte de software nos implica actualizar la parte de Hardware entonces tenemos que hacer una inversión... eso todo un proyecto que no hemos podido hacer como quisiéramos.*

**E-2:** *básicamente desafíos de integración y actualización de la información.*

**E-3:** *Tenemos mucho por hacer, si bien hemos empezado estamos lejos de haber terminado, estamos en la mitad. Debemos generar información que refleje la realidad... que no es suficiente el sistema de cápitras para cubrir los costos de los servicios y eso en un corto o mediano plazo va a seguir porque ya empezó a generar problemas en los servicios, de información.*

Saber... ¿Qué información tengo que tener? ¿Cómo me tengo que preparar? para que llegado el momento poder estar lo mejor parados.

Primero, sería crear una conciencia en el Ministerio de los problemas graves por la reforma de la viabilidad de la gestión de las instituciones, tendríamos que generar información y actuar antes que antes que el sistema colapse, no quiero ser dramática. Entonces esa quizá será la prioridad para nosotros. La información entonces desde nuestro punto de vista tiene que estar enfocada... ¿a qué? A que eso no pase, para eso tienen que ser exactos. Otra visión que tenemos es poder tener un mejor sistema de costeo adaptado a las PIAS... también el costeo por patologías...por historia clínica... por grupo terapéutico, llegar a una gestión por centros de costos por grupo terapéuticos... Los desafíos en los sistemas de información son básicamente construir una base exacta y oportuna para a estar preparados para la situación.

**E-4:** *Y bueno... la visión sobre ese tema es que realmente exista una gestión a partir de una información sistematizada y con un dato único. O sea que toda la gestión de la institución se base en un sistema de información muy fuerte y muy consolidado, que eso tiende como dos grandes rutas que corren juntas, lo que tiene que ver con la cultura y lo que tiene que ver con las herramientas propiamente dichas. Y bueno...estamos trabajando en las dos, es un desafío que es de mediano plazo, además no hemos...antes de tomar la decisión de este esquema de trabajo que yo te comentaba, bueno recorrimos todo el país, hablamos con todo el mundo a ver si existía un sistema de información exitoso en Salud y la verdad que no, lo que encontramos fue sumatoria de muchos parches... soluciones muchas veces a demanda y no integradas y eso que encontramos instituciones que han gastado fortunas en sistemas de información. Y evidentemente es un problema, el tema salud es complejo, es difícil de estandarizar, maneja muchos recursos humanos, tenés mucha resistencia, es decir tiene muchos elementos que hacen que sea difícil, pero bueno se está trabajando.*

*Tenes que encarar las dos cosas, hay médicos de muchos años, referentes, muy importantes en su gestión pero que no hay que trabajar mucho con el cuerpo médico, hacerlos participes, hay que hacer que vean que es una herramienta que la utilizan para su gestión como médicos por eso está muy enfocada a eso también... que ellos puedan evaluar por ejemplo tengo veinte pacientes con esta droga, tengo estos otros veinte con otra droga y que ellos puedan ver a quién le va mejor extraer sus propias conclusiones... pero todo eso requiere de esfuerzos, ya te digo, no sólo en lo que tiene que ver con la herramienta sino de cambiarle la cabeza... ¿no?... porque en la parte de administración es mucho más fácil... toda la gente que trabaja ahí está habituado, actualizado, la parte asistencial es más difícil, es más complicada. Pero bueno, está instalado como un desafío.*

*La Historia Clínica Electrónica no es una realidad porque no está implementado, sí es un desafío tangible , que no va a sustituir la historia clínica escrita, verdad, lo que se intenta es que a partir de la historia clínica electrónica que está muy parametrizada y que básicamente lo que hace es que en la consulta el médico trabaje con su PC y tiene sus datos, tenga la historia del paciente, lo que se intenta sobre todo es poder extraer información, decir bueno, patologías por edad, por tipo de socio, por sexo. Pero la idea es que cada médico cuente con su Terminal y empiece a trabajar sobre el tema, es todo un tema cultural. Nosotros tenemos una premisa que el dato se entre una sola vez, hoy por hoy, tenemos todavía casos que se entran en la contabilidad y se generan el SIGMA "Sistema Integral de Gestión Médico- Asistencial" que es el sistema que yo te decía que estamos desarrollando, entonces todavía no hemos logrado que se entienda uno con otro... En fin, ese tipo de situaciones hay que trabajar en todas las intercomunicaciones que tienen que haber entre los tres ¿no? Porque claro a su vez este sistema es la suma de una cantidad enorme de módulos.*