

La Construcción

del Sistema Nacional Integrado de Salud

2005-2009





Autoridades

Ministra de Salud Pública

Dra. María Julia Muñoz

Sub-Secretario

Dr. Miguel Fernández Galeano

Director General de Secretaría

Ec. Daniel Olesker

Director General de Salud

Dr. Jorge Basso Garrido

La construcción del

Sistema Nacional Integrado de Salud

2005-2009

Equipo Compilador

Tabaré González Ex Director General de ASSE. Consultor de OPS
Daniel Olesker Director General de Secretaria
e Integrante de la JUNASA

Por Economía de la Salud

Ida Oreggioni Gerenta de Economía de la Salud.
Miembro alterno de la JUNASA
Marcelo Setaro Gerente de Planeamiento Estratégico de MSP
Gabriela Pradere Sub Gerente de Economía de la Salud
Marisa Buglioli Adjunta a la Gerencia de Economía de la Salud
Paula Carrasco Integrante de Economía de la Salud
Responsable de *Análisis sectorial*
Martín Rodríguez Integrante de Economía de la Salud
Responsable de *Análisis social*
Andrés Dean Integrante de Economía de la Salud
Responsable de *Regulaciones económicas*

Índice

Presentación.....	7
1 Introducción.....	11
2 Panorama general del sector salud.....	13
2.1 Una perspectiva histórica.....	13
2.2 Panorama de los servicios de atención médica antes de la reforma.....	19
2.3 Los problemas del sistema de salud.....	28
3 Las propuestas de cambios.....	47
4 La implementación de la reforma: nueva arquitectura del sistema.....	53
4.1 El proceso político de implementación de la reforma.....	54
4.2 Las herramientas para el cambio de Modelo de Atención.....	60
5 La situación actual. Principales resultados de la Reforma.....	67
6 El Futuro de la Reforma.....	91
Agradecimientos especiales.....	95
Bibliografía y fuentes consultadas.....	97
Índice de Gráficos.....	99
Índice de Recuadros.....	100
Índice de Cuadros.....	101
Índice de Diagramas.....	102
Anexo 1. Nueva estructura del Ministerio de Salud Pública.....	103
Anexo 2. Las normas que construyen al nuevo SNIS.....	106

Presentación

En este ejemplar deseamos resumir las acciones realizadas para introducirnos en un camino de mejora continua de la salud del Pueblo uruguayo. La reforma de la salud ha sido encarada en esta etapa histórica de acuerdo a los lineamientos programáticos de nuestro gobierno y cuenta con el aporte de múltiples actores. Se ha nutrido del aporte de universitarios y académicos del área de la salud, la economía, y las ciencias sociales, de la visión de los trabajadores del sector salud, tanto públicos como privados, del colectivo de trabajadores organizados sindicalmente, y de los usuarios o ciudadanos con inquietudes en la temática.

El Programa de Gobierno votado por los ciudadanos del país contó con la conducción de nuestro Presidente el Prof. Dr. Tabaré Vázquez. Sin duda su condición de médico profundamente comprometido con la profesión y con los cambios sociales para beneficio de los ciudadanos más desprotegidos fue una guía muy importante a la hora de ejecutar los cambios necesarios para llevar adelante el programa de Gobierno. Su constante preocupación por los más débiles, hizo que los niños y las embarazadas sean una prioridad de ésta reforma.

Intentamos dar a conocer de manera sucinta de donde partimos y donde estamos y lo que falta por hacer. La búsqueda del bienestar colectivo y de la salud como derecho humano esencial es un proceso de cambios constantes y de equilibrios frágiles para encontrar colectivamente las soluciones con mayor justicia social para todo un pueblo, las que a la vez sean éticamente sustentables para el país.

El aumento de la esperanza de vida logrado por los avances científicos y tecnológicos es un constante desafío a las ciencias de la salud, a los sistemas de seguridad social y a los sistemas de salud que deben asegurar no sólo un aumento de la esperanza de vida sino una mejor calidad de vida en esos años, lo que se ha dado en llamar el aumento de los Años de Vida Saludable (AVISA). Del mismo modo los niños que nacen con bajo peso son también un desafío a la medicina y a los sistemas de salud.

Pero además somos conscientes que la salud está en constante evolución y que depende no sólo de los cambios en el propio sistema de salud sino del contexto en el cual los ciudadanos realizan su vida. Por ello esta reforma puso énfasis en incorporar conocimiento en los más amplios estratos sociales respecto a los cambios de conductas, prácticas y hábitos, necesarios para tener una vida más saludable. La información en salud y enfermedad cada vez más difundida debe saber encausarse y explicarse para aportar al bienestar colectivo. Esta tarea involucra tanto a los trabajadores de la salud como a los trabajadores de la comunicación. Para lograr un país saludable, debemos colaborar todos desde todas las miradas y desde todos los quehaceres.

Por ello esta reforma no se hizo encerrada en las paredes del MSP, sino que fue permanente discutida y mejorada en el propio Consejo de Ministros y en el Gabinete Social integrado por los Ministerios de Economía y Finanzas, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Trabajo y Seguridad Social, Educación y Cultura, Turismo y Deportes, así como organismos como el BPS, la ANEP, el INAU, el INE, todo ello bajo la presidencia del Ministerio de Desarrollo Social.

Y dentro del Ministerio el intercambio fue permanente, generando una unidad de pensamiento y de acción inexistente previamente que permitió consolidar equipos de trabajo, con

un rejuvenecimiento de los trabajadores y la búsqueda de aporte de jóvenes comprometidos con el cambio, destacando en particular la acción coordinada de las divisiones de Economía de la Salud y de Servicios de Salud que han dado permanentemente soporte técnico y compromiso de trabajo al desarrollo de esta Reforma.

Convencidos además de que en salud la participación social es clave hemos propiciado ámbitos de debate colectivo para los cambios de la salud en el Uruguay. Desde los Consejos Consultivos, la Junta Nacional de Salud, la nueva institucionalidad de los Servicios de Salud del Estado con un Directorio con representantes de usuarios y trabajadores se ha pretendido interrelacionar miradas desde lugares diferentes para lograr el mejor producto: un país más saludable que es un mejor país para vivir.

El trabajo interinstitucional en lo que tiene que ver con el combate a la indigencia y la pobreza extrema va de la mano con el control del niño y la embarazada y la alimentación adecuada. El estímulo al desarrollo de comunidades productivas y saludables, se conjugan con los rostros, las voces de los que en cada lugar realizan la promoción de actividades saludables y luchan para que sus comunidades y sus escuelas sean libres de humo de tabaco, tengan saneamiento y agua potable, así como protección en caso de eventos de enfermedad, estimulan la prevención de enfermedades tanto por la adhesión al programa ampliado de inmunizaciones como en hábitos de ejercicio físico y lucha contra el sedentarismo.

La incorporación de los derechos de los usuarios, su participación activa es un gran avance en construcción de ciudadanía, pero además un gran aporte en la organización de servicios apropiados y en el asesoramiento y control de todas las Instituciones que conforman el sistema.

Uruguay ha conformado un Sistema Nacional Integrado de Salud y un Seguro Nacional de Salud desde el año 2008, recogiendo lo mejor de las Instituciones de Asistencia Médica de prepago y los Servicios de salud del Estado, del Hospital Universitario, de la Sanidad de la Fuerzas Armadas y de Sanidad Policial, del Banco de Previsión Social y del Banco de Seguros del Estado.

Se trata de la construcción de un sistema que racionalice servicios, ahorre costos, mejore la justicia social en el acceso a las prestaciones y desarrolle la eficiencia del sistema, estimulando la integración y la complementación, enfrentando la inercia de Instituciones que estimulan aun más la competencia que la complementariedad.

Tanto del lado de los usuarios como de las instituciones hay cambios que deben provocarse. Pero los cambios culturales son lentos y al igual que el cambio en el modelo de atención con énfasis en la atención primaria de calidad es un cambio de cultura de médicos y de ciudadanos. Todo ello también parte de esta Reforma.

La construcción de un Fondo Nacional de Salud con los aportes de todos los uruguayos según sus ingresos es una herramienta de justicia social, y al mismo tiempo permite incorporar metas prestacionales a las Instituciones que brindan servicios como mecanismo de elevar la calidad y de tener presente las necesidades demográficas y epidemiológicas del país. Así es que se han premiado con pagos adicionales desde el inicio del Fondo el control de las embarazadas y del recién nacido, durante 2008 el énfasis en el primer nivel de atención y durante el 2009 se hará lo propio incentivando el control de los hipertensos, de los diabéticos, los cursos para la cesación del tabaquismo y la prevención de la violencia doméstica así como la existencia de médico de referencia para la población.

En síntesis, podemos decir que la reforma está en marcha. Se ha creado un fondo único de financiamiento (FONASA), que ha establecido en su relación con los prestadores, la regulación y el control a través del Contrato de Gestión. También se ha incluido la participación social

en todos los niveles. Todo ello se ha hecho priorizando siempre al primer nivel de atención.

Es con estas herramientas que estamos construyendo una reforma que podemos resumir en: **que cada uno aporte según sus ingresos y reciba de acuerdo a sus necesidades.**

Iniciado este camino deberá perfeccionarse, adecuarse a los cambios y al progreso, pero esperamos haber contribuido a conceptualizar la salud como derecho, la reforma como proceso y la justicia social como herramienta para conseguir la felicidad de los pueblos.

Como toda obra de cambio en un gobierno de izquierda, ésta es también una obra colectiva que incluye a las propias autoridades del MSP, a sus funcionarios, a los trabajadores de la salud, a los usuarios, a los prestadores, en fin al conjunto de personas que fueron aportando a esta construcción colectiva.

Y si bien en la página de autores figuran tan sólo algunos que en la redacción de este libro les tocó la tarea de compilación, el logro fue de un sinnúmero de personas que, desde heterogéneos y convergentes aportes, y con la conducción del programa de gobierno aprobado en 2003, construyó esta reforma que contaremos en el libro.

Finalmente, no podemos dejar de mencionar a los trabajadores del MSP, sin los cuales la reforma no hubiera sido posible. En particular, queremos hacer una mención especial a algunos de ellos, que están detallados por orden alfabético al final de este libro.

1. Introducción

Esta publicación tiene como propósito revisar y mostrar algunos de los avances realizados en materia de organización del sistema de salud uruguayo durante el período 2005-2008. El lector podrá comprobar que el foco no está en la totalidad de las políticas de salud implementadas, que son variadas y muy importantes, sino en aquellas acciones que tuvieron como centro la implantación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

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

Desde esta visión, no hay dudas de que la salud es un componente central dentro de las políticas sociales. Las políticas de salud hacen a la calidad de vida de las personas, no solo por que las protegen de la enfermedad, sino por que las ampara frente a la pesada carga económica que supone la enfermedad. La forma en que se organiza un sistema de salud explica las posibilidades de acceso a una atención de calidad, y es por tanto un rasgo fundamental en la organización de un Estado de Bienestar.

Para el PNUD (2008: 19-20), el desarrollo social del Uruguay “...sería insuficientemente explicado si no se tomaran en cuenta la dimensión política y la trayectoria democrática de este país. La interacción entre políticas de integración social, un sistema de partidos precozmente institucionalizado y organizaciones robustas que representaban los intereses de los trabajadores dio como resultado un país que se conoció a sí mismo como país modelo”. Esto ha sido así por que en nuestro país “...el desarrollo económico ha ido de la mano de políticas de bienestar instauradas tempranamente”.

En tal sentido, la agenda del nuevo gobierno ha estado dominada por esta preocupación de relacionar crecimiento económico con desarrollo social, a través de la más amplia participación democrática. La reforma de salud pretende contribuir a este propósito, el del desarrollo económico y social, a través de la participación democrática y las políticas de bienestar ciudadano. En realidad, no es posible un desarrollo económico sostenible, si los frutos del esfuerzo colectivo no son distribuidos con una noción de equidad y justicia. Para ello es que resulta imprescindible un nuevo pacto social, que garantice la atención en salud a todos los uruguayos.

Si miramos la historia de nuestro sistema de salud, durante décadas esta área de política funcionó de manera razonablemente buena. El sistema se estructuraba sobre tres fuertes pilares. Por un lado el sector mutual, que ofrecía oportunidades de acceso económico a una atención de calidad por medio del pago de una módica cuota, o por medio de la Seguridad Social, que facilitaba el acceso a los mutuales que estaban habilitadas a contratar con el BPS. Por otro lado, los servicios de salud públicos, que garantizaban la atención a quienes carecían de recursos económicos. Finalmente, el sistema se completaba con un pequeño sector de seguros privados, integrales y parciales, con fines de lucro y de muy baja cobertura poblacional.

Muchos de los supuestos sobre los cuales funcionó ese modelo quedaron perimidos en

el pasado. Los indicadores sociales de pobreza y exclusión nos permiten visualizar dónde se concentran los problemas de la sociedad uruguaya. Pero además, fundamentalmente, la transformación demográfica y epidemiológica, que cada vez aleja más a este modelo de atención curativo y tecnológico de las verdaderas necesidades en salud de la gente. Por tanto, esta publicación repasa algunos de los hitos de la política de salud de la Administración Vázquez, que forman parte del necesario del cambio. El recorte es selectivo, marcando sus énfasis en los aspectos que hacen a la reforma y organización del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud.

Estamos en un momento justo para el balance, por que la reforma ya ha logrado cumplir una serie de etapas. En primer lugar la etapa de asunción del ministerio, valoración de la estructura organizacional y conformación de equipos. Luego, el desafío que supuso la Emergencia Social en Salud, trabajando junto al MIDES, mientras que, de forma simultánea, el MSP iba procesando la discusión de la reforma con los actores sectoriales en el Consejo Consultivo. Posteriormente, el ajuste de los proyectos de ley, a través de los equipos técnicos de la cartera, para lograr después la aprobación legal en el Parlamento Nacional. Por último, con el proceso legislativo finalizado en 2008, es que el MSP puede dedicarse plenamente a la conducción del cambio del modelo de atención, haciendo uso de las herramientas legales aprobadas por el Parlamento.

Entonces, el documento se organiza en seis partes, además de esta introducción. El capítulo dos realiza una breve introducción histórica sobre el sector salud en el Uruguay. Presenta también un panorama descriptivo del sector antes de la asunción de la presente administración. Finaliza describiendo los principales problemas acumulados en el sector salud, y cómo estos problemas, de larga duración, marcan la necesidad de cambios profundos en el sector.

Luego, el capítulo tres, presenta las diversas propuestas de cambio generadas a partir de la crisis del sector salud que se desata en los años 90. Además de los acuerdos diagnósticos sobre la crisis del sistema, interesa ver cuál era la visión de los médicos, desde el Sindicato Médico del Uruguay y la propia Convención Médica Nacional. Pero también la visión de la central única de trabajadores, el PIT-CNT, que reúne no sólo a los trabajadores de la salud. Finalmente, es imprescindible rescatar las propuestas programáticas del partido que llegaría por primera vez al poder en el año 2005: el Frente Amplio.

El capítulo cuatro aborda el proceso de construcción jurídico-normativo de la reforma. No solo se enumeran las principales leyes de la reforma, sino también los decretos, ordenanzas y resoluciones del MSP, que fueron dando forma y sustancia al funcionamiento del SNIS. En una sección siguiente se analiza en detalle las nuevas herramientas de política de servicios de salud. Estas nuevas herramientas de política son como palancas que permiten dar una orientación diferente al SNIS, es decir, plasmar en la acción la transformación del modelo de atención en salud.

Posteriormente, el capítulo cinco presenta algunos resultados significativos en la implementación del SNIS. Esto es, los avances en cuanto a la nueva estructura institucional y los avances logrados en términos de ampliación de la protección social en salud. Por último, el capítulo seis presenta las líneas de acción fundamentales para continuar avanzando en el proceso de reforma de la salud iniciado por la presente administración.

2. Panorama general del sector salud

Este capítulo presenta una descripción de los principales rasgos que hacen a la conformación histórica de los servicios de salud en el Uruguay. Interesa observar rasgos de temprana aparición, que han estructurado la fisonomía de nuestro sistema de salud y que han permanecido a lo largo de los años. El capítulo se completa con un pantallazo de la fisonomía del sector salud previo a la reforma de salud, cerrando con un balance de los principales problemas del sector.

2.1. Una perspectiva histórica

Legados de la colonia y la primera república

Para comprender la estructura actual del sistema de salud es preciso remontarse al momento histórico en que comienzan a estructurarse en nuestro país las primeras formas institucionales de respuesta a los fenómenos de salud-enfermedad. Si nos retrotraemos a la primera etapa, entre fines del siglo XVIII e inicios del XIX, cuando el dominio del imperio español comienza a ceder paso a la incipiente república, podemos apreciar algunos rasgos de profunda impronta: la coexistencia de la atención privada, fundada en el pago directo de las familias a quienes practicaban el arte de la atención en salud¹, complementada con la asistencia de caridad sustentada por la beneficencia e impulsada por la Iglesia Católica.

La creación del Hospital de Caridad en 1788, actual Hospital Maciel, es uno de los fieles testimonios de ese período. Además del Hospital de Caridad, la plaza fuerte de Montevideo contaba con 3 pequeños hospitales militares, marcando además el principio de separación de la atención de población civil y militar. Por otra parte, la atención privada todavía estaba muy lejos de la actual institucionalización. La atención privada se efectuaba fundamentalmente en los propios domicilios de las familias pudientes.

La segunda mitad del siglo XIX se caracterizaría por la emergencia de importantes innovaciones, tanto en área de la atención privada como pública. Aparecen las primeras organizaciones mutuales, basadas en el sistema del prepago y sin fines de lucro. Serían administradas de forma cooperativa, los asociados elegían sus propias autoridades, las cuales se encargaban de contratar los servicios médicos para los asociados.

De esta forma, en 1853 se funda la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, primera de su tipo en todo el continente. En los 40 años siguientes se organizarían diversas instituciones, basadas en los principios del mutualismo y con diversos orígenes asociativos. A partir de allí la expansión del fenómeno MUTUAL es notable: en 1853 Asociación Española Primera de Socorros Mutuos; 1854 Sociedad Francesa de Socorros; 1862 La Italiana; 1866 La Fraternidad; 1880 Círculo Napolitano; 1885 Círculo Católico de Obreros. En el interior también se fundan Asociaciones Españolas: en Salto (1867), Colonia (1871), Melo (1876), Nueva Palmira (1882), Mercedes (1885). Simultáneamente en ese período nacen también los primeros

1 El ejercicio de la Medicina, como disciplina profesional autónoma, recién comenzaría a consolidarse a fines del siglo XIX, para adquirir un carácter central durante el primer Batllismo.

hospitales privados, como por ejemplo el Hospital Británico (1857) llamado en su momento Hospital Extranjero y el Hospital Italiano (1890).

Por otra parte, el impulso modernizante lleva a que el joven Estado comience a asumir formalmente su responsabilidad en la atención de la población. En 1889 se crea por Ley la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, que dependía del Ministerio de Gobierno. Esta Comisión tiene por cometido administrar los hospitales de caridad, para lo cual se le asigna un fondo específico, sustentando mediante tributos a los juegos de azar². Simultáneamente, se comienza a ampliar la red de establecimientos públicos: 1878 se crea el Hospital de Salto, en 1880 el Hospital Vilardebó, los de Colonia, Florida y Paysandú en 1896, el Fermín Ferreira en 1891.

Pero además de la atención directa, el Estado asume mayor protagonismo en la regulación y la rectoría sectorial. La Ley 2408 de 1895 crea el Consejo Nacional de Higiene, también dependiente del Ministerio de Gobierno, con funciones fundamentalmente normativas y de contralor. De él dependerían además 18 Consejos Departamentales, que llevaban la presencia de la autoridad sanitaria a todos los rincones del país.

Este Consejo Nacional de Higiene lo integraban 16 miembros honorarios representantes de diversos organismos del Estado. Todos los miembros contaban con voz, pero la capacidad de decisión la ejercían los siete miembros titulares, que debían ser médicos profesionales. Es de notar que los Consejos Departamentales del interior del país, a pesar de contar con un bajo grado de autonomía de gestión, preveían la participación de los vecinos en los mismos.

El primer tercio del siglo XX: el primer impulso Batllista de salud pública

De la mano del importante aluvión migratorio se profundizaría el desarrollo del sistema privado-social a lo largo del país. Esto se daría bajo diversas formas: mutuales, sociedades de socorro, cooperativas, etc. Se menciona por parte de algunos investigadores que alrededor de 1910 se registraban cerca de 300 instituciones de este tipo. Sin embargo, su cobertura era relativamente limitada, debido a la disparidad de la capacidad económica de la población.

El Estado todavía no lograba consolidar su presencia en el sector, pese a los importantes avances institucionales realizados en el marco de políticas de bienestar muy avanzadas para la época. El Consejo Nacional de Higiene asume roles operativos en materia de prevención en salud, tales como en la administración de vacunas, el control de las enfermedades infecto-contagiosas y en los aspectos sanitarios de la prostitución.

La creación de la Asistencia Pública Nacional (1910) marcaría un hito de singular importancia en el desarrollo de la red estatal de servicios de salud. La ley del 7 de noviembre de 1910 marcaría el fin del período de asistencia por caridad, estableciendo que el Estado es responsable de la atención de la salud de la población carente de recursos. La ley se acompañaría además de la apertura de diez nuevos establecimientos asistenciales en Montevideo (entre otros, el Pereira Rossel) y veintiocho en el interior. Según Barrán, J. (1992), de los 50 establecimientos hospitalarios existentes en el país entre 1900-30, 44 habían sido creados durante ese período (el 88%). Los únicos establecimientos públicos importantes, creados con posterioridad a este período, serían el Hospital Universitario de Clínicas en 1953³ y el Hospital Policial (1978-86). Este proceso se acompañó de un marco de laicidad en los mismos,

2 En realidad, la administración directa de los establecimientos continuaría delegada en organizaciones religiosas hasta las primeras décadas del siglo XX.

3 El proyecto del Hospital Universitario tiene como origen a una ley del 24 de octubre de 1926.

con el retiro de símbolos y prácticas religiosas, aunque por muchos decenios se mantuvo personal religioso cumpliendo funciones de enfermería y administración de servicios de apoyo.

En este periodo fueron introducidos al país conocimientos avanzados en materia científica y tecnológica. Sin embargo, las mejoras en materia de indicadores de salud son especialmente atribuibles a las mejoras en las condiciones de vida de la población (acceso al agua potable, saneamiento, vivienda, etc.). El desarrollo de nuevas tecnologías terapéuticas comenzaría a tener un papel destacado a partir de los años treinta.

De cualquier forma, el enfoque predominante era el de la medicina asistencial, con el hospital como eje de la acción médica. La prevalencia del enfoque asistencial sobre el preventivo se ve significativamente cuando comparamos la asignación de recursos de los organismos. Para el año 1926 el presupuesto de la Asistencia Pública Nacional ascendía a 9 millones de pesos de la época, mientras que el del Consejo de Higiene no superaba a los 150 mil pesos. Es decir, el gasto público en asistencia directa era 60 veces superior al gasto en las funciones de regulación, control y promoción en salud.

El segundo tercio del siglo XX: expansión de los seguros sociales

En este período se producen hechos muy significativos en el ámbito de la salud. En el sector público culmina el proceso de discusión en torno a la superposición de funciones entre el Consejo de Higiene Pública y la Asistencia Pública Nacional. El 5 de setiembre de 1933 el Presidente de facto Gabriel Terra crea la figura de Ministro de Salud Pública. La ley 9.202, conocida como la *Ley Orgánica de Salud Pública*, se promulgaría el 12 de enero de 1934 y fusiona las dos instituciones públicas existentes hasta ese momento. Las funciones del Consejo Nacional de Higiene y la Asistencia Pública Nacional pasarían a estar concentradas en el novel ministerio.

Este nuevo Ministerio significó un avance en el desarrollo de un estado moderno, en cuanto a su concepción y estructuración. Sin embargo, no significó un avance en cuanto al logro de un mejor equilibrio entre las acciones de asistencia directa y las de promoción y prevención en salud. Rápidamente se percibiría la enorme dificultad de ejercer de manera simultánea las funciones de rectoría y de asistencia en una institución unificada. De esta forma, las funciones de rectoría, policía sanitaria, planificación y normatización de programas, regulación de servicios y auditoría de prestadores siempre ocuparían un plano secundario frente a las funciones de asistencia directa.

En ese contexto, se registra una importante expansión de los servicios públicos en todo el territorio nacional⁴. Además, en la década del 40 comienzan a implantarse los Centros de Salud, basados en el modelo del Servicio Cooperativo Panamericano de Salud Pública. Estos servicios tendrían una franca orientación a la prevención en salud y servirían como base para el desarrollo del primer nivel de atención del MSP. Pero esto convive con una fuerte impronta de *salud para pobres*, diferenciándose cada vez más en cuanto a los estándares de atención brindados por el sector privado. Esto se veía además reflejado en las retribuciones del personal de salud, francamente inferiores a los se percibían en las instituciones privadas.

Mención especial merece la creación del Hospital de Clínicas Manuel Quintela, en el seno de la Universidad de la República. Este centro, inaugurado en 1953 por el Decano Mario Cassinoni, mostró durante décadas la potencialidad de un centro estatal que concentrara

4 Recordar que la oferta pública era muy reducida en el interior del país, lo cual marcaba que la atención en salud fuera de Montevideo era garantizada casi totalmente por el Estado.

las funciones de formación, investigación y desarrollo tecnológico. Este centro posibilitó la instalación de la Escuela Universitaria de Enfermería (actual Facultad de Enfermería), la Escuela de Graduados de Medicina, la Escuela de Colaboradores del Médico (actual Escuela de Tecnología Médica).

Este modelo permitió, con un proceso de habilitación progresiva, que el sector público ofreciera a la población un servicio de alta calidad y confort. También permitió a su personal un nuevo modo de trabajo y a los estudiantes un espacio natural de aprendizaje. Desde sus inicios, facilitó la incorporación de los conocimientos y las tecnologías de avanzada, de forma racional y planificada, asistiendo pacientes y formando personal. La cirugía cardíaca, diálisis renal, trasplante de riñón, servicios de tratamiento intensivo, son algunos ejemplos de este desarrollo.

En la órbita privada comienza a emerger nuevas formas de organización de la atención médica, que son herederas directas de los principios mutuales. Es el caso del cooperativismo médico, que es impulsado desde el propio Sindicato Médico del Uruguay, con la creación en 1934 del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU). Uno de sus principales inspiradores, Carlos María Fosalba, lo calificaba como una institución de producción sanitaria que aspiraba a brindar servicios de alta calidad a sus afiliados, facilitando mejores condiciones de trabajo a los médicos agremiados.

Los médicos podían ingresar libremente a la plantilla del CASMU según su especialidad, y su paga se ajustaba según producción. En su origen no contaba con servicios centralizados, salvo la urgencia. Esa estructura se transforma hacia mediados de la década del 50, cuando habilita su primer sanatorio en la calle Colonia. El CASMU tendría un crecimiento espectacular en los 60s, liderando la expansión de los convenios con los sindicatos de trabajadores.

Vale recordar que en los 50 y 60s los Sindicatos obreros se movilizaban intensamente por la aprobación de leyes que ampararan sus necesidades de atención en salud. El Sindicato de la Construcción era de los más activos en ese sentido. En 1958 coincidieron las movilizaciones obreras por esas leyes con los universitarios por la Ley Orgánica para la Universidad. En octubre de ese año se aprueban ambas leyes. El primer seguro de enfermedad que se aprobó fue el de la construcción, luego textiles, madera, metalúrgicos, aguja, etc.

Estos seguros tenían una estructura similar, siendo gestionados en forma tripartita, eran dirigidos por comisiones honorarias con representantes de los obreros, patrones y el estado. Los servicios cubrían sólo al trabajador y se financiaban con los aportes de obreros y patrones. Las Comisiones Honorarias eran las responsables de licitar y contratar entre las mutuales los servicios para sus agremiados, y controlaban que los servicios fueran satisfactorios.

El Sindicato Médico del Uruguay (SMU) apoyó decididamente a los gremios en la elaboración de las propuestas a la vez que apoyo a la administración de CASMU a desarrollar la institución para estar en condiciones de ofertar servicios a una masa de decenas de miles de trabajadores. Esa política del SMU le permitió incrementar de manera notable su masa afiliada, de la mano de la expansión en el acceso a los servicios por parte de los trabajadores.

Llegado a este punto, podemos decir que la fisonomía de la estructura del sistema de salud ya estaba consolidada en sus rasgos principales. En el recuadro 2.1 siguiente podemos ver, de manera sintética, algunos de sus principales rasgos. La fortaleza de esta constelación de rasgos constituye, en buena medida, un factor central para explicar por que es tan difícil introducir reformas en este sector.

Recuadro 2.1 - Constantes históricas del sistema de salud

- La presencia de una sociedad civil dinámica, que se expresa en diferentes formas asociativas, como la del movimiento mutual y cooperativo, que ha gozado de un alto reconocimiento y prestigio social en nuestro país.
- Una profesión médica que logra alcanzar de forma temprana, a principio del siglo XX con el Estado Batllista, el monopolio de la práctica y el conocimiento científico sobre la atención en salud.
- Servicios de salud estatales extendidos, pero que han brindado, desde sus orígenes en los establecimientos de la caridad cristiana, una atención para pobres que contrasta fuertemente con la del fenómeno mutual.
- La instauración de los Seguros Sociales, a partir de los años sesenta, que ha contribuido a fortalecer a las IAMC como efectoras de fondos públicos, en desmedro de los servicios estatales que nunca pudieron contratar con la seguridad social.
- La fragmentación en la provisión de servicios y en las fuentes de financiamiento a la atención en salud, que configuran un sector de alta complejidad y de muy difícil regulación.
- La debilidad histórica del MSP, en cuanto a sus capacidades tecno-burocráticas, como en su rol de rector sectorial. Todo esto se traduce en ausencia de liderazgo sectorial, que dificultan la generación de políticas de salud de largo aliento.

Fuente: elaboración propia

Última tercio del siglo XX: ajuste autoritario y recuperación democrática

El intenso proceso de movilización política y social que nuestro país experimentó durante la década del 60 desembocó en una de las dictaduras más duras de las cuales se tenga memoria en nuestro país. La dictadura cívico militar repercutió de forma directa en diversos aspectos de la vida nacional, no sólo en el deterioro institucional, sino también en la vigencia de los derechos humanos y de las garantías individuales más elementales. En el campo de la salud, salvo algunos avances específicos, asistimos a una reducción sistemática de la inversión en salud, pérdida del poder adquisitivo del salario del trabajador de la salud, emigración de profesionales y técnicos calificados, etc. Además de la represión sobre la Universidad, como centro asistencial y principal centro formador de recursos humanos para la salud.

Instalada la dictadura, uno de los focos represivos fueron los sindicatos, desmontando los mecanismos de gestión tripartita de los seguros de salud, que fueron intervenidos. Se verificó un proceso de unificación bajo la égida de la Dirección General de la Seguridad Social (DGSS), controlada directamente por el régimen de facto. Ésta funcionaría como organismo recaudador de los aportes obrero-patronales, pagando una cuota plana a los prestadores privados habilitados, sin ninguna incidencia en la evaluación de la calidad de los servicios brin-

dados al trabajador⁵. El trabajador, por su parte, es responsable de elegir individualmente su afiliación en una institución privada habilitada.

Pero además, durante el período dictatorial se terminan de concretar algunos proyectos de valor para la medicina de alta complejidad. Por ejemplo, el Fondo Nacional de Recursos, permitiría masificar el acceso a las prestaciones de alta complejidad, a través de la creación de los Institutos de Medicina Altamente Especializada. También surge el Banco de Órganos y Tejidos, con la función de promover y organizar la lista de donantes, realizar procedimientos de extracción, conservación y preparación, abastecimiento oportuno y adecuado de órganos, tejidos y células para su implante.

A partir de 1985, con la reapertura democrática, se vive un período de grandes esperanzas respecto a la recuperación de los derechos políticos y sociales de los uruguayos. La Concertación Nacional Programática (CONAPRO), confluencia de fuerzas sociales y políticas por la apertura democrática⁶, es la principal expresión de estas esperanzas. También la Convención Nacional Médica, realizada en 1984, se posicionaría respecto a la necesidad de una transformación fundamental en el sistema de salud. Por distintos carriles, sociales y políticos, la idea de concretar un sistema nacional de salud va tomando fuerza. (En el capítulo 3 se describen algunas de las principales propuestas generadas desde la sociedad)

Lo que debe destacarse de este período es el crecimiento y funcionamiento no armónico del sector, con creciente participación del mercado en la provisión de servicios de salud. En este período se registra una expansión importante de los precios de los tiques y órdenes mutuales, que terminarían por convertirse en un importante freno al acceso a los servicios de salud privados. Esto, sin dudas, estuvo asociado directamente a la transformación de la modalidad de pago por acto en el sector anestésico quirúrgico. Con esta modalidad de retribución por destajo es que las mutuales comienzan a experimentar un progresivo agravamiento de sus condiciones de solvencia.

Finalmente, la explosión de la crisis económica en 2002-2003, con altos índices de desempleo e índices de pobreza, generarán una situación de dislocación social sin precedentes. El sector salud apenas logra superar esta coyuntura crítica, pero el resultado es un escenario sumamente complejo. El sector público, con su rezago presupuestal, deterioro de infraestructuras e insuficiencia de recursos humanos, debe hacer frente a una sobrecarga de demandas de la población que carece de cobertura de la seguridad social. El sector privado social, por otro lado, continúa arrastrando un altísimo endeudamiento, el cual supone un severo cuestionamiento a sus posibilidades de continuidad dentro del sistema de salud. Estos aspectos serán tratados con mayor profundidad en la sección 2.3 de este capítulo.

5 Debemos recordar que los Comisiones Honorarias Administradoras, de integración tripartita, jugaban un papel muy relevante en la negociación y defensa de los derechos de sus afiliados frente a los intereses de los prestadores de salud.

6 Villar, H. (2003: 12-14) enfatiza la importancia de este momento de la CONAPRO, especialmente la mesa de trabajo sobre el sector Salud. Además de la representación partidaria, estaba presente el PIT-CNT, los gremios de la Salud, FEUU, el SMU, Asociación Odontológica y la Cámaras de Laboratorios y Medicamentos. Una propuesta de Sistema Nacional de Salud surge de esta mesa, siendo referencia fundamental en desarrollos políticos posteriores.

2.2. Panorama de los servicios de atención médica antes de la reforma

En esta sección se presenta la estructura de servicios de atención médica, previo a la introducción de las reformas impulsadas durante 2005-2008. Debe destacarse que las estructuras y los datos presentados aquí variarán de manera sustantiva con la introducción del paquete de leyes que da sustento a la reforma de salud⁷. En sentido estricto, esta sección puede ser asumida como la línea de base de la política de implementación del SNIS.

Composición del sector de servicios de atención médica

El sistema de salud uruguayo se encuentra fuertemente fragmentando en cuanto a la oferta de servicios de salud. A efectos de una mejor exposición se presentarán los principales agentes que actúan en el sistema, agrupándolos según pertenezcan al sub-sector público o privado.

El cuadro siguiente muestra la cobertura del sistema de salud en el año 2006, antes de que se introdujeran las reformas mayores en materia de acceso a servicios de salud. Estos son datos representativos de todo el país y muestran la cobertura poblacional, según la declaración de dónde se atienden habitualmente.

Cuadro 2.1 - Porcentajes de cobertura poblacional de salud, según utilización de servicios. Año 2006

	Montevideo	Interior	Rural y menos de 5000 hab.	Total
Instituciones Públicas	38,4	59,2	58,9	50,8
MSP-ASSE	26,3	50,5	53,1	40,6
Hospital de Clínicas	0,5	0,1	0,1	0,3
Sanidad Policial	2,5	3,7	1,5	4,1
Sanidad Militar	4,5	3,7	1,5	4,1
Policlínica Municipal	3,8	1,3	1,4	2,3
BPS	0,8	0,8	0,9	0,8
Instituciones Privadas	57,6	37,5	38,3	45,7
IAMC	55,1	35,6	37,1	43,6
Seguro Privado Parcial	0,6	1,6	1	1,2
Seguro Privado Quirúrgico	0,1	0,0	0,0	0,0
Seguro Privado Integral	1,8	0,3	0,2	0,9
Otro	0,8	0,9	1,0	0,8
No se Atiende	3,2	2,4	1,8	2,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: INE 2007

7 La nueva estructura del SNIS será tratada en profundidad en el capítulo cuatro.

El subsector Público

La principal red de servicios a nivel nacional es la de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), prestando asistencia en todos los niveles de atención. En términos generales, toda la población tiene derecho a recibir atención por parte de ASSE, aunque solamente aquella que certifica condición de carencia de recursos puede acceder de forma gratuita⁸. La red de ASSE posee servicios en todo el país, contando en el año 2006 con:

- 48 hospitales generales
- 11 hospitales especializados
- 170 policlínicas
- 27 centros de salud

ASSE atendía en este año a la mitad de la población del país, contando con importantes recursos de infraestructura, por ejemplo medido por el número de camas disponibles. Sin embargo, las carencias en términos de recursos humanos y presupuestales redundan en tiempos de espera prolongados para las consultas y en mayores tiempos de estadía en internación. En el Cuadro 2.2 se muestran algunos indicadores de capacidad instalada y producción.

Cuadro 2.2 - Indicadores de capacidad instalada y producción de ASSE. Año 2006

Beneficiarios	1.440.264
Nº de Camas Cuidados Moderados	4.282
Nº de Camas CTI - CI	170
Consultas ambulatorias totales	6.115.780
Consultas ambulatorias por afiliado por año	4,25
Intervenciones quirúrgicas por año	47.677
Intervenciones quirúrgicas por mil afiliados	33,1
Nº de Médicos	4.533
Médicos cada 1000 usuarios	3,15
Nº de Enfermeras	5.668
Enfermeras cada 1000 usuarios	3,94
Nº de Técnicos No Médicos	9.127
Técnicos No Médicos cada 1000 usuarios	6,34

Fuente: ASSE. Año 2006

Si bien el cometido de administrar los servicios de salud pública le corresponde a ASSE, en los hechos existen otras instituciones públicas que brindan también asistencia a la población,

8 Este principio se deduce del artículo 44 de la constitución que establece que el garantiza la atención de los indigentes, de allí que para poder anteverse en los servicios públicos se deba demostrar insuficiencia de medios para costear la asistencia. No obstante ello, en términos prácticos, los servicios de ASSE no realizan una prueba de medios económicos a quién solicita atención médica.

diferenciándose entre ellos —y en muchos casos de ASSE— por el tipo de prestaciones que ofrecen y su cobertura.

Además de la red de ASSE, otras instituciones públicas brindan asistencia total o parcial a cierto grupo de población identificándose básicamente dos grupos:

1) Aquellos que ofrecen un *paquete de asistencia integral*, entendiéndose por esto aquel que integra la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación:

- 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
- Hospital de Clínicas, propiedad de la Universidad de la República (UDELAR) donde se realizan tareas de enseñanza e investigación.
- Servicios de algunas Empresas Públicas, cuya cobertura está restringida —según el caso— a funcionarios, jubilados y familiares de estos.

2) Aquellos que brindan un *paquete de prestaciones parciales* o que *atienden riesgos específicos*:

- Banco de Seguros del Estado (BSE), que tiene a su cargo principalmente la atención de trabajadores asegurados por accidentes de trabajo.
- Servicios de Salud de las Intendencias Municipales (SSIM), que brindan servicios de Atención Primaria en Salud principalmente a la misma población que se atienden en ASSE.
- Banco de Previsión Social (BPS), que atiende directamente a hijos y cónyuges embarazadas de trabajadores formales que cotizan a la seguridad social
- Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), 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.
- Servicios de algunas Empresas Públicas, cuya cobertura está restringida —según el caso— a funcionarios, ex – funcionarios y familiares de estos.

El subsector Privado

Los prestadores más importantes son las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que actúan como seguros de prepago y cuentan con una red de prestadores propios, funcionando como aseguradores y prestadores de servicios de salud integrados. Mediante esta modalidad de financiamiento permiten el acceso a sus afiliados a un plan de servicios de salud prácticamente integral (no incluye atención odontológica, mental o de alta tecnología) que en algunos casos provee de forma directa y en otros mediante la contratación de servicios. Estas entidades, cualquiera sea la modalidad legal adoptada (*asociaciones asistenciales* o *mutuales, cooperativas de profesionales o servicios de asistencia*) son sin fines de lucro y sus actividades están fuertemente reguladas⁹.

9 El Decreto-Ley 15181 establece esta clasificación de formas jurídicas en las cuales pueden organizarse las IAMC. Un elemento a considerar es que esta norma prohibía cualquier forma de dependencia de la IAMC con instituciones gremiales o políticas. Sin embargo, en los hechos esto nunca se aplicó ya que las Mutualista que mantenían dependencia asociaciones gremiales nunca dejaron de tenerla.

Al igual que en el caso de ASSE para el sector público, las IAMC son las instituciones que concentran la mayor parte de la demanda privada de servicios de salud (ver Cuadro 2.1). En el año 2006 existían 41 IAMC en todo el territorio nacional, ubicadas 12 en Montevideo, y el resto en el Interior del País (con al menos una IAMC en cada departamento).

Este grupo de instituciones que actúan en el sector privado presenta un conjunto de características que las hacen heterogéneas, entre ellas como lo mencionamos anteriormente la forma jurídica que adoptan. Una de las más importantes es la diferencia en su tamaño, según cantidad de afiliados a la institución, que determina diferentes capacidades para la gestión del riesgo asistencial de su población cubierta. En este sentido, y concentrándonos únicamente en los extremos, la IAMC de mayor tamaño para el año 2006 tenía 237.703 afiliados, mientras que la más chica presentaba en su nómina a 1.102 afiliados.

En cuanto a las afiliaciones a una IAMC, existen básicamente tres modalidades:

- a. Afiliados individuales, que contratan voluntariamente con las IAMC y tienen derecho a acceder a una canasta integral de prestaciones, pagando por ello directamente a la institución una cuota mensual. Bajo esta modalidad de afiliación existe la posibilidad de contratar con la IAMC una canasta parcial de prestaciones básicamente restringida a la atención de policlínica, pagando una cuota menor por ello (no pueden superar el 10% del total de sus afiliados).
- b. Afiliados Colectivos, pertenecientes a gremios de distintas ramas, empresas públicas y cajas de auxilio que contratan de forma grupal con las IAMC. Es práctica común que se realice algún tipo de descuento en las cuotas o establezcan otro tipo de beneficios a estos afiliados.
- c. Afiliados a través de la Seguridad Social. Este tipo de contratos los realiza DISSE para los trabajadores formales del sector privado, pasivos de menores ingresos, funcionarios del poder judicial, maestros y a partir de 2007 profesores de secundaria¹⁰. Estos tienen la opción de elegir libremente la IAMC a la cual quieren afiliarse, pero no pueden cambiarse de institución por 2 años¹¹. El BPS transfiere mensualmente cuotas de prepago de acuerdo a la cantidad de afiliados a la IAMC bajo esta modalidad.

El subsector privado, atendiendo en 2006 prácticamente a la mitad de la población del país, presenta los siguientes indicadores de capacidad instalada y producción que muestra el Cuadro 2.3.

10 En el caso de los jubilados, tienen derecho a elegir la opción de recibir la “cuota mutual” aquellos de menores ingresos

11 Este derecho fue suspendido en el año 2000. Recién en febrero de 2008 el MSP habilitó la movilidad gradual de los usuarios.

Cuadro 2.3 - Capacidad instalada y producción de las IAMC. Año 2006

Beneficiarios	1.419.407
Nº de Camas Cuidados Moderados	2.894
Nº de Camas CTI – CI	577
Consultas ambulatorias totales	8.320.332
Consultas ambulatorias por afiliado por año	5,86
Intervenciones quirúrgicas por año	84.764
Intervenciones quirúrgicas por mil afiliados	59,72
Nº de Médicos	664
Médicos cada 1000 usuarios	4,68
Nº de Enfermeras	7.393
Enfermeras cada 1000 usuarios	5,21
Nº de Técnicos No Médicos	14.934
Técnicos No Médicos cada 1000 usuarios	10,52

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI. Año 2006

Una parte menor de la demanda privada de cuidados de salud lo cubren las Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP). 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. Un elemento a considerar es que parte de las IAMPP que ofrecen cobertura parcial, en muchos casos no han sido para la población una alternativa a las IAMC, sino que han actuado como un servicio complementario a la canasta de prestaciones que éstas les ofrecen. Las IAMPP pueden clasificarse según el tipo de cobertura que ofrecen en:

- Seguros de cobertura total (médica y quirúrgica):
- Seguros de cobertura parcial médicos
- Seguros de cobertura parcial quirúrgica
- Seguros de diagnóstico
- Emergencia móvil

a) Seguro de cobertura total

Estas son empresas que brindan una canasta de prestaciones que tiene como piso la ofrecida por las IAMC, a cambio de una cuota que es mayor a las que cobran estas instituciones. En general la población cubierta por estas IAMPP proviene de los estratos socioeconómicos más altos, que buscan una atención más personalizada, y con ciertas comodidades de hotelería sanatorial.

b) Seguros de Cobertura parcial

Estos seguros, sean médicos o quirúrgicos brindan a sus afiliados una canasta menor a la ofrecida por las IAMC, que básicamente se concentra en las prestaciones del primer nivel

de atención. La población accede a este servicio a cambio de un pre-pago menor al necesario para afiliarse a una IAMC. Los afiliados a este tipo de instituciones buscan resolver situaciones de escasa complejidad de forma rápida —con relación a si se atendieran en el Sector Público—, evitando así la necesidad de estar afiliados a una IAMC. En el caso de ser necesario algún tipo de tratamiento de mayor costo en general esta población se dirige al Sector Público.

c) Emergencia móvil

Estas empresas surgen en Montevideo con el objetivo de cubrir servicios especializados de atención de emergencia. Así, la rápida presencia de un equipo médico en ambulancia acondicionada para aplicar eficientes técnicas de reanimación, estabilización y traslado ante la emergencia, logró una importante extensión de esta modalidad de servicio.

A partir de la década del noventa las principales Emergencias móviles de Montevideo y del Interior del país han ampliado sus actividades, cubriendo gran parte de los servicios de policlínica y atención domiciliaria no de emergencia, y técnicas de diagnóstico menos especializadas. Inicialmente utilizaban estos servicios personas de capacidad económica media y como “complementario” al de una IAMC u otra institución privada. Con la ampliación de servicios a policlínica y domicilio que distorsionan el verdadero sentido de la emergencia y asumen funciones que realizan los servicios públicos y las IAMC hay una verdadera superposición de tareas pero con el inconveniente que no se da continuidad de atención y por tanto es de baja resolutivez. Como su cuota mensual es menor que la de una IAMC y no se cobran tiques se ha ampliado su espacio de usuarios a población sin cobertura formal o usuaria de ASSE, en general de bajos recursos.

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 que en el caso del sector privado son muchas veces propiedad de las propias IAMC son contratadas por el Fondo Nacional de Recursos (FNR). El Fondo es una persona pública no estatal, que brinda cobertura financiera a procedimientos de medicina altamente especializada a toda la población del Uruguay.

Regulación del Sistema

La función de regulación es parte de los cometidos que tiene el MSP, aunque en los hechos, la comparte con otros organismos del Estado, principalmente con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Desde la creación de ASSE como organismo desconcentrado (1987), existe la convicción de la necesidad de separar las funciones asistenciales de las propiamente reguladoras. Sin embargo, hasta el año 2007 ASSE funciona como un organismo de línea del MSP, confundiendo muchas veces las funciones de regulación y provisión.

Esta sección se concentrará en describir algunos aspectos del marco regulatorio del sector privado, especialmente de las IAMC. La razón de esto último obedece a que este sector está fuertemente regulado, a diferencia de los seguros privados lucrativos (IAMPP) que tienen gran flexibilidad para actuar en el mercado. En particular se hará referencia a cuatro aspectos de la normativa: la afiliación, la canasta de prestaciones, los precios, y capacidad instalada.

En cuanto la afiliación, como muy bien lo describe Ramos Carbajales (2004) se podría

pensar en que el usuario y la IAMC firman “un contrato vitalicio de atención”. La norma establece que cualquier habitante del país tiene derecho a afiliarse a una IAMC y luego de esto no puede ser excluida en ningún momento a no ser que deje de pagar. Tampoco pueden dejar sin cobertura a usuarios que presenten enfermedades crónicas, de alto costo o de riesgo elevado¹². Como se mencionó en la sección anterior existen básicamente tres tipos de afiliados a una IAMC: individuales, colectivos y de la seguridad social, que tienen derecho a acceder a la misma canasta de prestaciones.

A diferencia de los afiliados colectivos e individuales, aquellos que lo hacen a través de la seguridad social no pueden cambiar de institución por 2 años. Pero desde el año 2000, frente a la creciente crisis de las IAMC, la posibilidad de cambiar de institución luego de la afiliación está interrumpida para los afiliados por la seguridad social (DISSE).

El usuario, luego de estar afiliado a la IAMC, tiene derecho a recibir cobertura integral. Se entiende por cobertura integral un conjunto de prestaciones que incluyen actividades que van desde atención ambulatoria (policlínica y en domicilio), hasta atención hospitalaria (incluye cirugía, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y provisión de medicamentos)¹³. La reglamentación especifica las actividades que están excluidas de la canasta, como las llevadas a cabo por el Banco de Seguros del Estado (BSE), cirugías estéticas, tratamientos odontológicos que no sean de emergencia, de atención psicológica y psiquiátrica, entre otras. Si bien eventos de medicina altamente especializados son parte de la canasta de prestaciones de las IAMC, estas son cubiertas desde el punto de vista financiero por el FNR.

Las IAMC a cambio de la cobertura que ofrecen cobran una cuota mensual, y tienen la posibilidad de cobrar tasas (órdenes de atención médica, técnicas de diagnóstico y tickets de medicamentos), que tienen como objetivo moderar la demanda. Estos precios han tenido períodos de fuerte regulación y otros donde su fijación se ha liberado, obedeciendo su evolución en muchos casos a aspectos funcionales de la política macroeconómica más que a una política sectorial. Las IAMC reciben montos de cuotas distintas, según el tipo de afiliación, sobre las cuales el MEF tiene el control administrativo. Las cuotas individuales se ajustan en función de una paramétrica que responde a la estructura de costos de las IAMC y la evolución de los índices de precios de esa estructura. Los ajustes se realizan por decreto y el MEF tiene la potestad de contralor. En cuanto a las cuotas que reciben por los afiliados a la seguridad social, el monto se fija como un porcentaje, que en 2006 era 88.6%, del promedio ponderado del valor de las cuotas individuales de cada IAMC (por lo cual cada IAMC recibe una cuota distinta). El Banco de Previsión Social, es el organismo responsable de pagar las cuotas a los prestadores.

Por su parte, las tasas moderadoras han sufrido un proceso de liberalización en la década de los noventa, y se han transformado en una fuente de financiamiento importante de las IAMC. Hacia principios de 2000 se verificó un mayor control de los precios estableciéndose topes máximos en algunas tasas, y realizándose ajustes periódicos que deben ser autorizados por el MEF.

Por último, en cuanto a la capacidad instalada la normativa no es muy clara ya que si bien establece que las IAMC deben de contar con recursos suficientes de infraestructura, equipamiento y capacidad de hospitalización, no precisa cual debe ser el nivel adecuado¹⁴. La norma también plantea que las instituciones deben contar con un nivel mínimo de afiliados, el cual

12 Decreto 457/88

13 En el decreto-ley 15181 se establecen las actividades asistenciales fundamentales que las IAMC deben prestar a sus usuarios.

14 Decreto-Ley 15.181.

se estableció por decreto durante breve período (1983-1985) en 20.000 afiliados, pero luego de restablecida la democracia este fue derogado¹⁵.

Gasto y financiamiento en salud

Para el año 2004, el gasto en salud de Uruguay¹⁶ representaba 8.96% del PBI. Históricamente, ha sido de los países de América Latina con mayor gasto en salud. Según el informe de la OMS (2005), en 2002 era el país que tenía un mayor gasto en salud en relación al producto interno (10%), seguido por Costa Rica con 9.3%, frente a un promedio de América Latina y el Caribe de 6.6% y de la OCDE de 8.9%.

En lo que refiere a las fuentes de financiamiento que proveen de fondos al sistema de salud, se puede realizar una primera distinción entre las fuentes públicas y privadas. El financiamiento público, está integrado por tributos y precios. Dentro de los primeros, se ubican los impuestos, que por medio de rentas generales financian la mayor parte del gasto público, y los aportes a la seguridad social. Estos últimos se componen de los aportes del empleador y el empleado, de los pasivos, y transferencias del gobierno. Hasta diciembre de 2007, el empleador y empleado aportan 3% y 5% respectivamente de los salarios nominales, mientras que el empleador complementa el aporte en la medida que el 8% total no alcance a cubrir el valor de la cuota mutual pagada por el BPS a las instituciones prestadoras de servicios de salud. Una excepción a este criterio de financiamiento lo constituyen los trabajadores de las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales que recaudan y administran sus propios fondos y transfieren al Seguro de Enfermedad del BPS el 0,5% de su recaudación¹⁷.

En el caso de los pasivos, los que tienen derecho a la cobertura de salud son los de menores ingresos y su adscripción al régimen es optativa, debiendo para ello aportar el 3% del monto de su jubilación. Los jubilados restantes que no tienen acceso al beneficio aportan 1%. Por último, el gobierno financia el déficit del Seguro de Enfermedad a través de transferencias. En el Cuadro 2.4 se observa el peso relativo que tienen las distintas formas de contribuciones a la seguridad social a través del BPS.

Cuadro 2.4 - Estructura de fondos del Seguro de Enfermedad del BPS. Año 2004

	Millones \$	%
Empleador	2,690	58.48
Empleado	857	18.62
Jubilados	214	4.66
Rentas Generales	839	18.24
Total	4,600	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS

En lo referente al financiamiento privado, se destacan los aportes de los hogares por medio

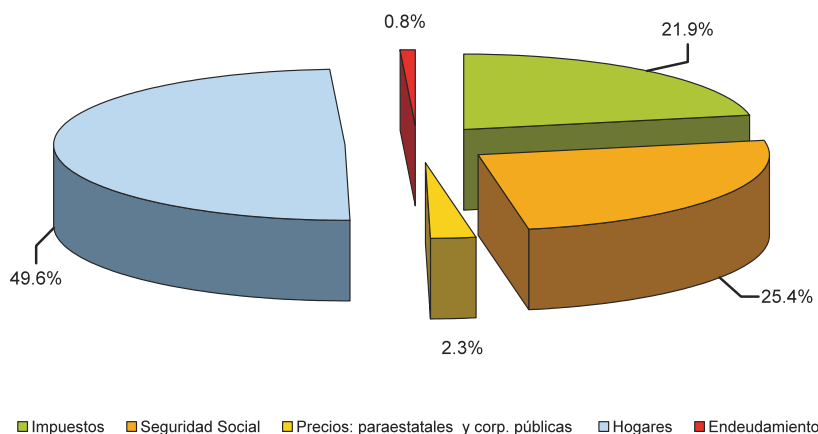
15 El decreto que estableció el nivel mínimo de afiliados por institución fue el N° 87/983, y el que lo derogó el N° 301/87.

16 Esta sección se realiza a partir de la información presentada en MSP (2006) Cuentas de Salud en Uruguay 2004.

17 Las Cajas de Auxilio son personas jurídicas que pueden constituirse por convenio colectivo entre empresas o conjunto de empresas y trabajadores.

de su gasto “de bolsillo” y las cuotas de prepago a organismos de carácter privado. En el Gráfico 2.1, se muestran las participaciones relativas de las distintas fuentes de financiamiento.

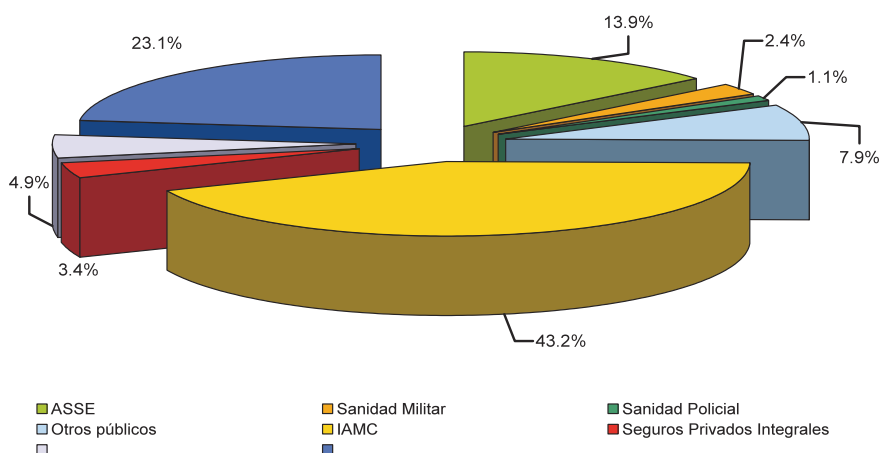
Gráfico 2.1 - Fuentes de Financiamiento público – privado
(\$ corrientes año 2004)



Fuente: elaboración propia en base a Cuentas Nacionales en Salud 2006. División Economía de la Salud - MSP

Por último, es importante analizar cómo se distribuyen estas fuentes de financiamiento entre los prestadores de salud. Nuevamente realizando una primera distinción entre el sub-sector público y privado, se observa que si bien el aporte de ambos en el financiamiento es prácticamente en iguales proporciones, los proveedores privados utilizan 74.64% de dichos recursos y el público 25.36%, mientras que ambos sub-sectores tienen un tamaño similar en términos del número de usuarios a los que brindan cobertura.

Gráfico 2.2 - Participación de los subsectores en el uso de los recursos.
(\$ corrientes 2004)



Fuente: elaboración propia en base a Cuentas Nacionales en Salud 2006. División Economía de la Salud - MSP

De esta forma, y retomando algunas de las ideas iniciales, se observa que si bien nuestro país tiene un elevado gasto en salud en relación al PBI, las personas que tienen su cobertura a través del sistema privado tienen un gasto por usuario 264% más elevado que el de las personas que lo hacen en el subsector público, tal como muestra el Cuadro 2.5.

Cuadro 2.5 - Gasto por beneficiario (\$ corrientes 2004)

Proveedor	Gasto Año Millones \$	Población Miles	Gasto \$/ Pobl. Mensual
Sector público	6,136	1,493	342
Sector privado	17,502	1,463	903
Total	23,638	2,956	666

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud. 2006

2.3. Los problemas del sistema de salud

Si un fenómeno resulta sorprendente en la política nacional de salud es el alto consenso respecto a la definición de los problemas y a la necesidad de cambios. Esta situación ha llevado a decir que el sector salud está *sobrediagnosticado*. El recuadro 2.2 presenta una síntesis de los principales problemas del sector, que determinan y reproducen las graves deficiencias imperantes en el modelo de atención.

Recuadro 2.2 - El consenso diagnóstico sobre los problemas del sistema de salud

- Estancamiento y pérdida de dinamismo en la evolución de los indicadores de salud de la población, junto a una nueva estructura epidemiológica de riesgos
 - Predominio de un modelo de atención centrado en un enfoque curativo y asistencialista
 - Situación de Multiempleo del personal de la salud, que conspira contra la calidad de la atención
 - Crisis sostenida del sistema mutual, en los aspectos asistenciales y de financiamiento
 - Dificultad para acceder y utilizar la cobertura de atención formal, que redundo en una atención episódica y despersonalizada
 - Deficiente organización del sistema de financiamiento y una distribución inequitativa de los recursos de salud disponibles
 - Crisis de confianza de los usuarios en el sistema y en los equipos de salud
 - Débil desarrollo del rol Rector del Ministerio de Salud sobre el sistema de salud
- Fuente: elaboración propia en base a Faral, L. (2005) y Dibarbare, H., (2003).

Cómo se puede deducir del recuadro, lograr un modelo de atención de calidad, eficaz, eficiente y equitativo, requiere de modificaciones profundas en la arquitectura del sistema. Sin

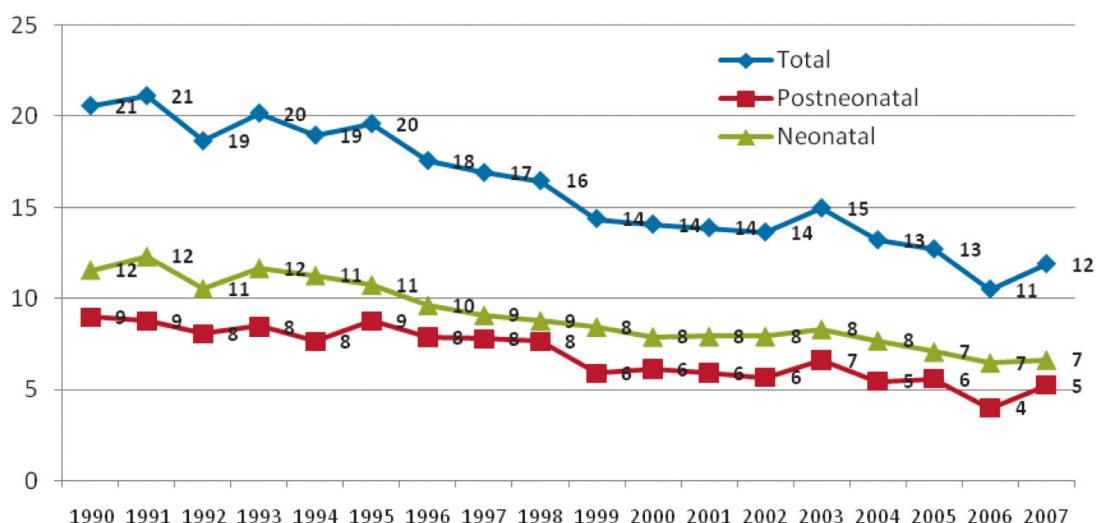
embargo, a pesar del acuerdo sobre los problemas, durante años no se ha logrado concretar una salida a los problemas estructurales del sector. Esta postergación, en el fondo, se debe a la relativa incapacidad para implementar una agenda de reformas profundas en el sector salud. A continuación revisemos aquí algunos de los elementos del consenso sobre los problemas del sistema de salud.

Estancamiento en los indicadores en salud y cambio en la estructura de riesgos

Es clásico que en la descripción de la situación de salud de un país, se analice la tasa de mortalidad infantil por su importancia como indicador de equidad, y por tener relación no sólo con los sistemas de salud sino también con las condiciones y calidad de vida de los distintos grupos de población. En el caso de Uruguay, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) muestra una reducción sistemática en las últimas dos décadas como muestra el gráfico 2.3.

Sin embargo, más allá del desempeño global positivo¹⁸, cuando nos comparamos con otros sistemas de salud se encienden las señales de alerta. Yendo más atrás en nuestra historia, hasta mediados de la década del sesenta, Uruguay presentaba los mejores indicadores de salud de Latinoamérica, medido fundamentalmente en la TMI y la Esperanza de Vida al Nacer (EVN).

Gráfico 2.3 - Evolución de la TMI, menores de 1 año, 1990-2007.



Fuente: elaboración propia en base a datos MSP.

El cuadro 2.6 muestra desempeño en términos de TMI de los países latinoamericanos de alto desarrollo humano. Compara la mortalidad infantil en los períodos 1970-1975 y 2000-2005, y muestra los avances de países de la región. En el cuadro se aprecia que en los setenta el Uruguay tenía uno de los mejores indicadores de mortalidad. Treinta años después, nuestro país cae al cuarto lugar, y se aprecia cómo hemos tenido una de las tasas de reducción de mortalidad más bajas del grupo.

¹⁸ Esto convive con gruesas diferencias territoriales, como la mortalidad infantil del departamento de Cerro Largo que era de 19,7 por mil, o la de algunos barrios de Montevideo que rondaban el 27 por mil durante 2007.

Cuadro 2.6 - Países de Alto Desarrollo Humano de Latinoamérica, 2008.

Tasas de mortalidad infantil menores de 1 años (por mil nacidos vivos)

	1970-1975	2000-2005	Vidas ganadas por cada mil nacidos vivos	Porcentaje de reducción de mortalidad
Argentina	59	15	44	-75%
Chile	78	8	70	-90%
Uruguay	48	14	34	-71%
Costa Rica	62	11	51	-82%
Cuba	34	6	28	-82%
México	79	22	57	-72%
Panamá	46	19	27	-59%
Brasil	95	31	64	-67%

Fuente: PNUD, 2008.

Estos resultados en salud, están asociados a una organización inadecuada del sistema de servicios de salud, esto es, de la orientación y el uso de los recursos de que dispone el país. Esto no sólo se aprecia en la situación de salud de los niños. El sistema no ha dado una respuesta correcta a las necesidades de salud del nuevo perfil demográfico y epidemiológico de los uruguayos, con predominio neto de enfermedades no transmisibles en la morbi-mortalidad de la población¹⁹.

En la actualidad las muertes en menores de 5 años representan menos de 4% del total. Las causas infecciosas son responsables de un 2% de los fallecimientos, las enfermedades cardiovasculares representan el 33.0 % de las causas de defunción, y los tumores malignos un 23.5%. Desde el año 1975 se ha estabilizado esta estructura de mortalidad por causas, que está encabezada por las enfermedades Cardiovasculares y las Neoplasias malignas. (MSP, 2009)

19 En el Uruguay de fines del siglo XIX, el 40% de las defunciones se registraban entre menores de 5 años de edad. Las muertes que obedecían a enfermedades transmisibles representaban el 40%, las cardiovasculares un 10% y los tumores malignos un 5%. Desde 1915 comienza a reducirse veloz y sostenidamente la mortalidad de etiología infecciosa. (MSP, 2009)

Cuadro 2.7 - Principales causas de Muerte, año 2004

Causa	%
Enfermedades del aparato circulatorio	33,0%
Neoplasias	23,5%
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3,7%
Infecciones respiratorias agudas y neumonía	3,5%
Accidentes y efectos adversos	3,4%
Diabetes Mellitas	2,3%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,1%
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidios)	1,6%
Trastornos mentales y del comportamiento	1,5%
Insuficiencia Renal crónica y no especif.	1,1%
Ciertas afecciones originas en el período perinatal	0,9%
Cirrosis, fibrosis y enfermedades del hígado	0,5%
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	8,0%
Total de Muertes 2004	32220

Fuente: MSP, 2006.

Entonces, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son la causa principal de morbi-mortalidad de nuestro país. Están en el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos, incrementando sus necesidades asistenciales, y dan cuenta de más del 70% de las defunciones. Estas características determinan una gran carga económica para la sociedad por concepto de costos directos e indirectos. Dentro de los costos directos se encuentran los costos de atención médica, de los que las enfermedades crónicas se llevan más del 60% del total. Dentro de los costos indirectos debe tenerse en cuenta el ausentismo laboral, y las pensiones por invalidez, viudez y orfandad.

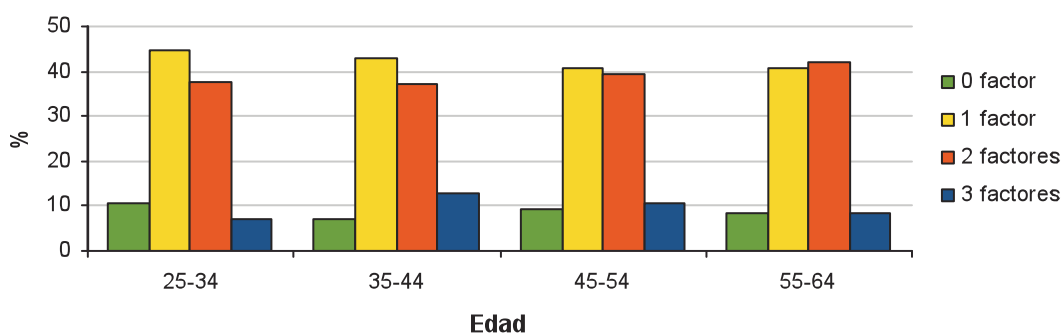
Según un estudio del MSP sobre ECNT, realizado en 2006, el 33% de la población es fumador diario, siendo mayor esta proporción en los hombres que en las mujeres (37,2% y 28,6% respectivamente). El número promedio de cigarrillos fumados en forma diaria es de 15. La edad de inicio del hábito es de 17 años para los hombres y 19 años para las mujeres. La exposición laboral al humo de tabaco disminuyó de 36% antes del decreto a 17% después de la implementación del decreto de prohibición de fumar. La frecuencia de bebedores en el último año es de 73,5%, de los cuales sólo el 71,6% son bebedores actuales (aquellos que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días). Esto significa que el 53% de la población se considera bebedor actual. (MSP, 2009)

Con respecto a la dieta, el consumo promedio de frutas es de 2 porciones diarias y el de verduras de menos de dos porciones diarias. Un 46% de la población no consume pescado o lo hace menos de una vez por semana. El 35% de la población es considerada sedentaria según la metodología que aplica OPS para la evaluación de actividad física. La presión arterial elevada se halló con mayor frecuencia cuanto mayor es la edad de las personas, siendo de 10% en las personas de 25 a 34 y llegando a 70% entre los de 55 a 64 años. Según el índice de

masa corporal 57% de la población tiene sobrepeso u obesidad. En conclusión, si miramos el gráfico 2.4, solamente un 10% de la población no presenta ningún factor de riesgo, es decir más del 90% de la población presenta por lo menos 1 factor de riesgo para ECNT. (MSP, 2009)

Gráfico 2.4 - Factores riesgo de ECNT, según grupo de edad, 2006

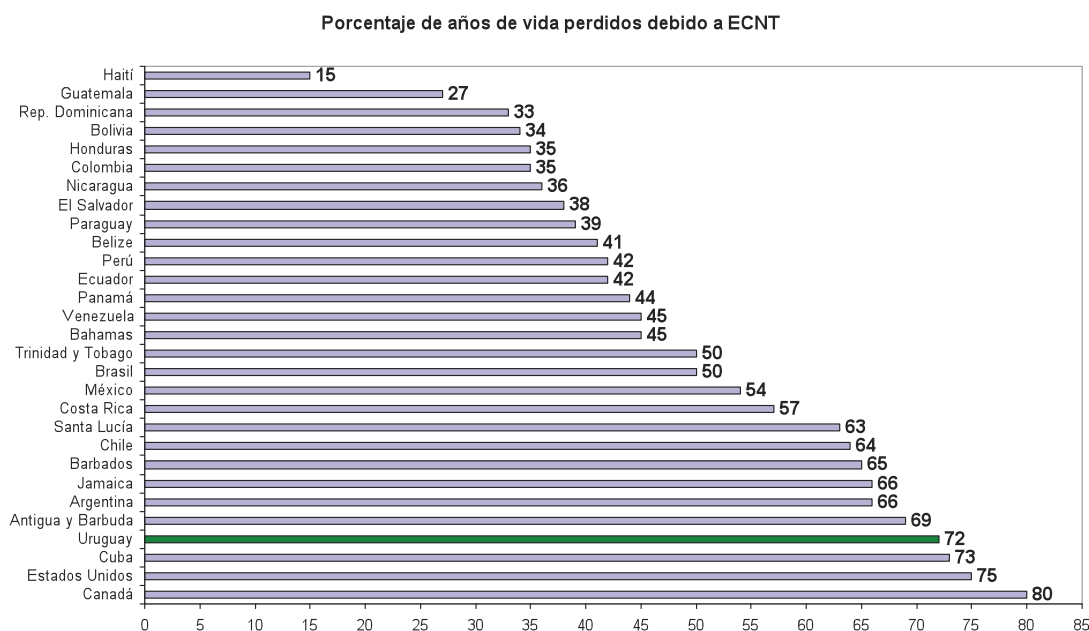
% de personas por edad según nro de factores de riesgo



Fuente: MSP, 2009.

Otra forma de ver este problema es a partir de la estimación de los *años de vida perdidos* por causa de ECNT. Este indicador estima la mortalidad prematura en la población por causa específica, en este caso ECNT. El cálculo de este indicador le otorga un mayor peso a la mortalidad en la población joven, estimando de esta forma la mortalidad prematura. En el gráfico 2.5 podemos ver el porcentaje de mortalidad prematura por causa de patologías crónicas no transmisibles, que la OPS calcula para toda América. Como se puede ver, los países más avanzados en su transición demográfica y epidemiológica presentan un mayor porcentaje de muertes asociadas a patologías crónicas no transmisibles. Según la estimación de OPS, en el Uruguay el 72% del total de la mortalidad prematura se explica por la incidencia de patologías crónicas no transmisibles.

Gráfico 2.5 - Mortalidad prematura debida a ECNT en países de América



Fuente: OPS, 2008

Finalmente, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, como la hipertensión arterial o la diabetes, tienen un peso enorme y creciente en la salud de los uruguayos. Pero además, las ECNT están asociadas fuertemente a los nuevos estilos de vida. El sedentarismo, la alimentación inadecuada, el tabaquismo, el stress, son todos factores determinantes del alto peso de estas patologías. Frente a la creciente incidencia de estas patologías, resulta totalmente inadecuado un modelo de atención que se limite a actuar frente a la demanda espontánea del usuario, con un enfoque curativo, centrado en la intervención del médico en el centro hospitalario. Necesitamos de manera urgente un nuevo enfoque sanitario, un enfoque proactivo para enfrentar los nuevos problemas de la salud.

Desajustes en el Modelo de Atención

Como ha sido señalado anteriormente, nuestro país presentaba un modelo de atención en franco desajuste respecto a sus necesidades de salud. Una forma de analizar esto es desde la perspectiva de los recursos humanos dedicados a la atención de la salud. Como se puede apreciar en el Cuadro 2.8, Uruguay presentaba en 2005 una cantidad superior de trabajadores médicos en relación a su población si se lo compara con cualquier país de las Américas, con excepción de Cuba en donde existen más de 60 médicos cada 10 mil habitantes. Las diferencias con otras regiones comienzan a visualizarse al analizar el personal de enfermería, donde Uruguay presenta una baja dotación.

Cuadro 2.8: Profesionales cada 10 mil habitantes, 2005.

	Uruguay	Cono Sur	Cuba	América del Norte
Médicos	38,7	24,2	62,7	22,2
Enfermeros	10,2	4,2	79,5	78,4
Odontólogos	12,4	6,8	9,4	5,4

Fuente: Indicadores básicos de salud 2008. OPS

Recientemente, la OPS (2007) ha hecho un llamado a la acción para la mejora de la dotación de recursos humanos en Enfermería. A partir del impulso dado por el Llamado a la Acción de Toronto, la OPS establece como meta para las Américas alcanzar en el período 2007-2015 una relación Enfermero-Médico de 1 a 1. En nuestro país, para el año 2005, esa relación apenas alcanzaba al 0.3 por médico. Pero además, si atendemos a la distribución territorial de los recursos, podemos observar graves distorsiones. Mientras que en Montevideo existen 7.3 médicos cada 10 mil habitantes, el promedio de las restantes zonas del país da cuenta de 2 médicos cada 10 mil habitantes²⁰. Esta desigualdad se observa en todas las profesiones de la salud, pero muy especialmente a nivel de Enfermeros.

Estas diferencias también se potencian cuando observamos su distribución según prestador y región. Los dos principales prestadores existentes en el país, ASSE y las IAMC, presentaban dotaciones y características de los recursos humanos muy distintas, que adicionalmente difieren de acuerdo a la región geográfica. Mientras que en ASSE la relación entre enfermeros y médicos asciende a 1.2, cumpliendo los requerimientos mínimos establecidos por la OPS, dentro del conjunto de las IAMC esa relación alcanza el 0.7.²¹

En un estudio del MSP (2007), elaborado por la División de Economía de la Salud, se destacan algunas de las características fundamentales que presenta el mercado de trabajo del sector en el año 2005. Por un lado, el alto nivel de multiempleo que afecta en mayor medida al personal médico, la predominancia del trabajo femenino y la concentración de los trabajadores en los tramos de edad superiores. Adicionalmente se destaca la alta diferenciación salarial existente en función del subsector, la edad, y el sexo, así como en función de la categoría laboral y el tipo de especialidades dentro del grupo médico. Esta situación provoca la existencia de una alta concentración de la masa salarial del sector en subgrupos específicos de trabajadores.

En el análisis salarial se observa que en ambos subsectores, público y privado, existen diferencias salariales entre categorías laborales, pero que son superiores dentro de las IAMC. En el caso de ASSE, su pirámide salarial al 2005 es más achatada que la de las IAMC. Para las IAMC se encuentra que existen diferencias salariales que responden a la edad, siendo favorable para los trabajadores de mayor edad y a su vez que los salarios promedio de las mujeres son inferiores en la mayoría de los casos para igual categoría laboral. Adicionalmente dentro

20 De acuerdo a datos de la Caja de Profesionales (CJPPU) presentados en Perfil de Recursos Humanos del Sector Salud en Uruguay, OPS 2006.

21 Es importante aclarar que mientras que las cargas horarias de los trabajadores no médicos son similares en ambos subsectores, en el caso de los médicos son sustancialmente diferentes. A modo de ejemplo, los médicos de policlínica en el subsector privado tienen cargos de 26 horas mensuales, mientras que en el subsector público trabajan en promedio 72 horas mensuales. En consecuencia, como los cargos no se corrigen en función de la carga horaria, la diferencia entre los sectores podría estar sobrevalorada.

de ASSE se constata la existencia de diferencias salariales vinculadas a las diferentes formas de contratación y de pago existentes²².

Los sistemas de remuneración difieren principalmente para los médicos. En ASSE se corresponde en términos generales con un salario fijo, al tiempo que dentro de las IAMC predomina una combinación entre salario fijo y pago por acto, tal como lo determina el laudo del sector²³. Por otra parte, dentro de las IAMC se plantea una diferenciación salarial en función del tipo de especialidad médica. La base de la pirámide salarial está dada por el médico general, y los salarios aumentan en relación a las especialidades, tanto en su componente fijo como variable. De esta manera, el laudo del sector privado refleja un modelo hospitalocéntrico, que plantea una retribución mayor para las especialidades médicas que se desempeñan en los niveles de mayor complejidad asistencial, del segundo y tercer nivel de atención.

Otro aspecto a destacar son los regímenes de trabajo que existen en un subsector y otro. Dentro del subsector privado existe una alta fragmentación de los cargos. El régimen de trabajo establecido determina una baja dedicación horaria de los cargos, destacándose a nivel de policlínica los cargos de 26 horas mensuales, que impide el establecimiento de una población de referencia y el seguimiento de la misma de manera longitudinal. Asimismo esto influye en el alto multiempleo mencionado, empeorando la calidad del empleo y conspirando contra la calidad del proceso asistencial.

Por su parte el subsector público se ubica en el extremo opuesto, con salarios fijos, contratos de alta dedicación horaria (96 horas mensuales) y escasa diferenciación salarial entre especialidades, combinado todo esto con salarios deprimidos (4.600\$ en marzo de 2005) y escasos controles de parte del estado al cumplimiento de dichos contratos. La principal diferenciación salarial en este subsector la representan algunos estímulos económicos (que funcionan como complemento salarial) que surgieron por problemas de escasez de recursos humanos, reflejo de las diferencias salariales con el sector privado, para los médicos que se desempeñan en los CTI. De esta manera, el régimen salarial del subsector público hasta el año 2006 no plantea estímulos en función de prioridades asistenciales sino en función del mercado, por problemas de oferta de recursos.

Cuadro 2.9 - Concentración de personas e ingresos según prestador, ASSE-IAMC, 2005

	ASSE				IAMC					
	Médicos		No Médicos		Médicos no AQ		Médicos AQ		No Médicos	
Tramos salarial	personas	ingresos	personas	ingresos	personas	ingresos	personas	ingresos	personas	ingresos
0-12000	68%	43%	92%	81%	36%	7%	21%	2%	70%	48%
12000-30000	30%	51%	8%	18%	30%	23%	21%	11%	28%	42%
30000-60000	2%	6%	0%	1%	24%	39%	31%	32%	2%	8%
60000 y mas	0%	0%	0%	0%	10%	31%	27%	55%	0%	3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaborado en base a Informe de RRHH. División Economía de la Salud, MSP (2005).

22 Estos datos están tratados en Carrasco, P., Tenenbaum, V., (2008) con mayor grado de detalle.

23 El pago por acto es por acto médico y quirúrgico o solo por acto quirúrgico según se trate de trabajadores médicos de instituciones de Montevideo o del Interior del país.

En el Cuadro 2.9 se constata que dentro de las IAMC la distribución del ingreso tiende a concentrarse en menos manos que lo que se observa en ASSE. Por ejemplo, un 27% de los médicos anestésicos quirúrgicos de las IAMC ganan más de 60 mil pesos mensuales, concentrando el 55% de la masa salarial total que corresponde a ese grupo de especialistas. Por otra parte, si miramos los otros sectores médicos (los no anestésico-quirúrgicos), podemos ver que quienes ganan más de 30 mil pesos son un 34% en el sector IAMC, y en el sector público apenas un 2%.

Por último, en relación al multiempleo que afecta a los trabajadores del sector, en el año 2005 más del 50% de los trabajadores médicos trabaja en al menos dos instituciones, casi el 20% trabaja en tres o más, y el 7% trabaja en cuatro o más. Dentro de los trabajadores no médicos el multiempleo no es tan importante, encontrándose que solo el 8% se desempeña en más de una institución. En el informe realizado por la División para 2006, se arriba a resultados similares, resaltando que dentro del personal no médico los técnicos no médicos presentan mayores índices de multiempleo (13% están presentes en más de una institución) que el promedio (MSP, 2007). En tanto el SMU estima para el conjunto del sistema de salud que sólo el 18% de los médicos tendría un único cargo, y que un 2% no tendría ninguno, lo que determina una estimación del multiempleo que afectaría al 80% de estos trabajadores en 2005.

Los problemas de sustentabilidad financiera

Tal como fue señalado en la sección 2.2, el esquema de asignación de recursos, financiamiento y gasto presentaba en el país graves distorsiones. Esto no sólo determina que los uruguayos tengan diferentes posibilidades de hacer efectivo su derecho al acceso a la salud sino que también implica un cuestionamiento severo a las bases materiales de sustentación de la política de salud. En esta parte presentamos algunos de los indicadores previos al año 2005, que estaban indicando la impostergable necesidad de jerarquizar la inversión en salud.

El cuadro 2.10 muestra la tendencia decreciente en la ejecución de recursos del sector público (ASSE). Los gastos de inversión y en remuneraciones se reducen de manera pronunciada. En el año 2002 el gasto era un 23% inferior al del año 2000, y para el año 2005, 18% menor. En particular en el año 2002 el gasto en remuneraciones en términos reales disminuyó un 37% respecto al año 2001 y continuaba estando un 11% por debajo de ese valor en el año 2005. Por su parte las inversiones cayeron en un 64% entre el 2002 y el 2005. Esto, además, debe ser balanceado con el importante aumento de la cobertura que experimentó ASSE. La empresa pública debió afrontar en el período de referencia una mayor demanda asistencial, con una dotación decreciente de recursos.

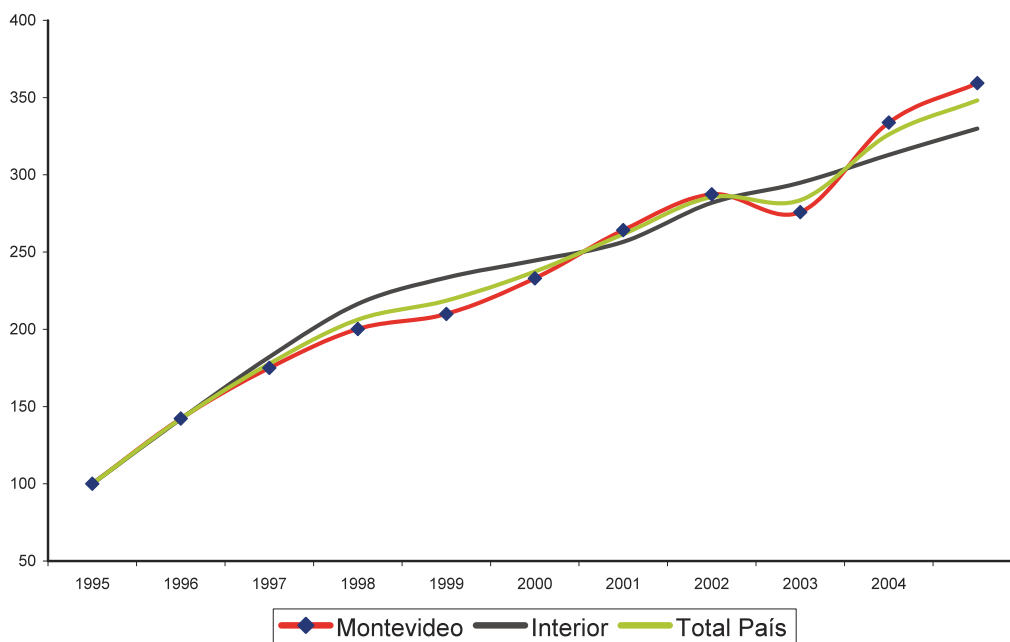
Cuadro 2.10 - Evolución del gasto real de ASSE, 2000-2005
(millones de pesos de 2007)

Año	Inversiones	Remuneraciones	Otros	Total	Índice de crecimiento
2000	151	3.201	3.179	6.531	100
2001	152	3.078	2.839	6.069	93
2002	155	1.931	2.924	5.010	77
2003	57	2.559	2.671	5.287	81
2004	95	2.825	2.670	5.590	86
2005	56	2.738	2.571	5.365	82

Fuente: Elaboración propia en base a datos de ASSE.

En lo que corresponde al sector privado, el principal componente de los ingresos de las IAMC, las cuotas de prepago, evolucionaron según lo muestra el gráfico 2.6.

Gráfico 2.6 - Cuotas abonados/ Afiliados (1995-2004) Índice base 100=1995



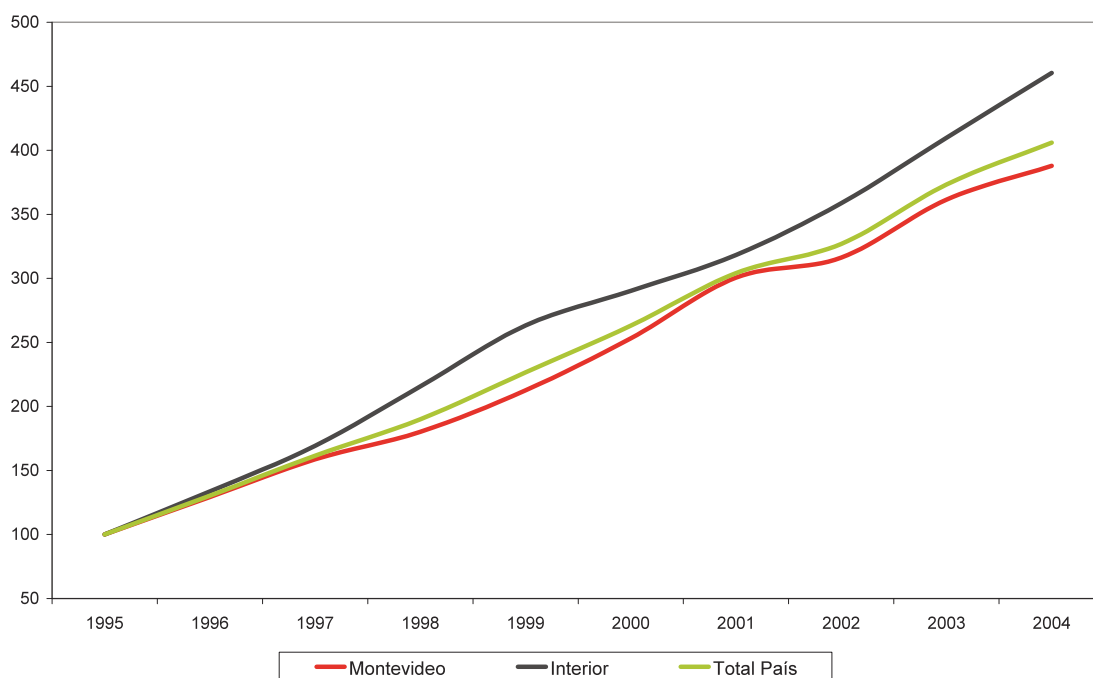
Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI

Pero además de los mayores costos que las familias uruguayas debieron afrontar por concepto de las altas cuotas de salud, cuyo crecimiento superó largamente el crecimiento de sus ingresos, hubo que sumar la desregulación casi absoluta²⁴ de las tasas moderadoras que de-

²⁴ Como fue explicado en la sección 2.2, la política de precios en el sector salud ha estado dominada por la preocupación del control inflacionario, antes que por objetivos sanitarios. Las tasas moderadoras tienen un

bían pagar en el preciso momento de atenderse. En el gráfico siguiente se demuestra cómo los tickets más que cuadruplican su valor en el período de referencia. Esto supuso una pesada carga para las familias, especialmente aquellas que debían hacer uso intensivo de los servicios, es decir: niños, ancianos y usuarios con patologías crónicas.

Gráfico 2.7 - Tasas moderadoras Tickets / Afiliados (1995-2004)
Índice base 100= 1995



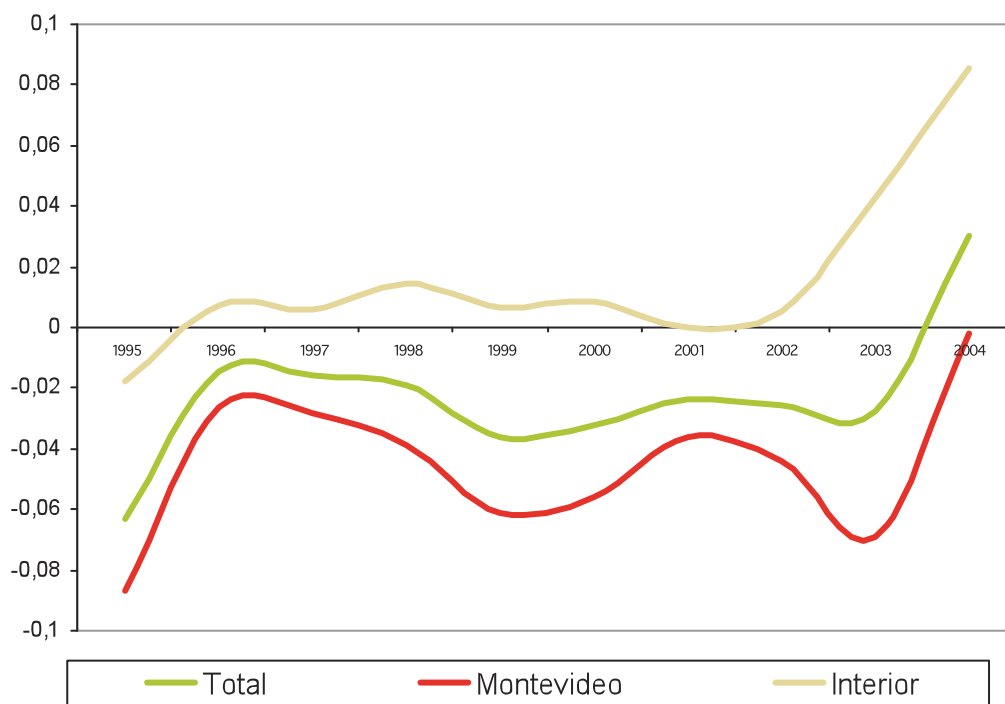
Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI

A pesar del crecimiento de la presión económica sobre las familias y el crecimiento de los ingresos del mutualismo por encima del nivel general de precios, este mayor ingreso de las instituciones no impidió que el sistema mutual presentara una situación netamente deficitaria.

El gráfico siguiente muestra el persistente déficit operativo de las IAMC, concentrado en Montevideo, el cual comenzaría crecientemente a transformarse en un pesado endeudamiento sectorial. Así, todos los indicadores conducían a pensar que el sistema podía estar próximo a un descalabro total, y esto casi se concreta durante la agudización de la crisis económica del año 2003.

peso reducido en la fórmula de cálculo del índice de inflación, de allí que se les prestara escasa atención, dejándolas libradas mayormente a las decisiones del mercado.

Gráfico 2.8 - Resultado operativo/Ingresos operativos 1995/2004

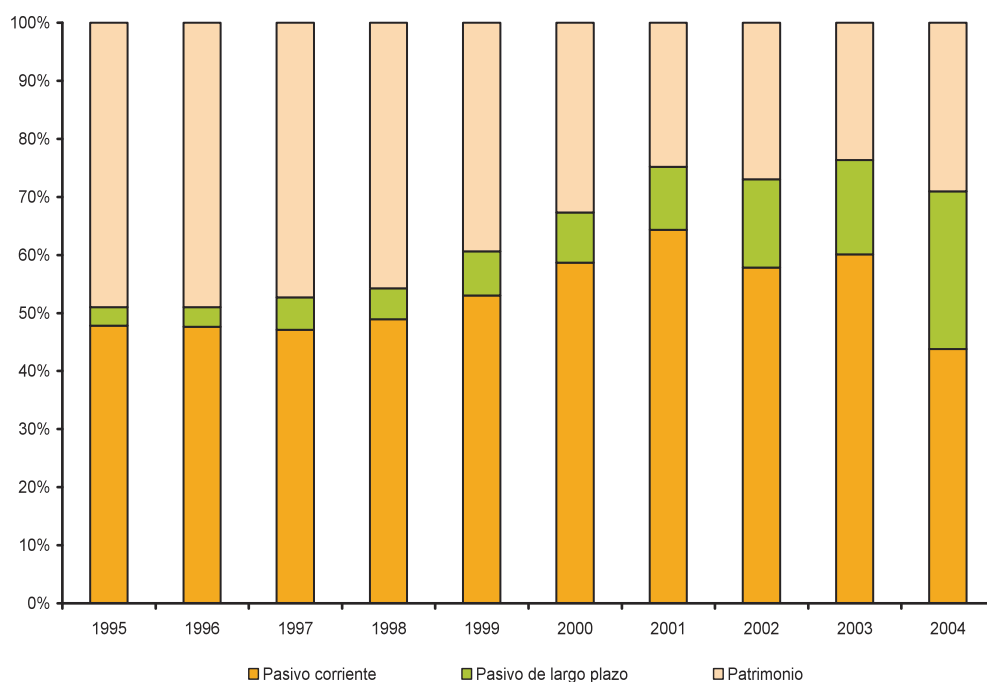


Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI

Para el año 2000 el Ministerio de Salud realizaría una auditoría de gestión sobre las IAMC de Montevideo. Además de las debilidades organizacionales y asistenciales, el estudio confirma el sombrío panorama en la situación económico-financiera de estas instituciones. Entre otros aspectos se destacan: déficit promedio del sector del 7% con tendencia creciente; elevado endeudamiento que compromete un promedio de 7 meses de recaudación habitual de las IAMC; predominio de pasivos de corto plazo, con importantes deudas a los organismos de la previsión social; elevados gastos financieros por pago de sobreprecios en compras de insumos; acceso a fuentes de crédito de alto costo, debido a la carencia de garantías adecuadas repago, etc. (MSP, 2002)

En el siguiente gráfico se presenta la estructura de financiamiento del sector IAMC. El patrimonio representa un valor cercano al 50% de dicha estructura en el año 95. Esta participación tiende a disminuir progresivamente hasta ser sólo un 24% en el año 2003.

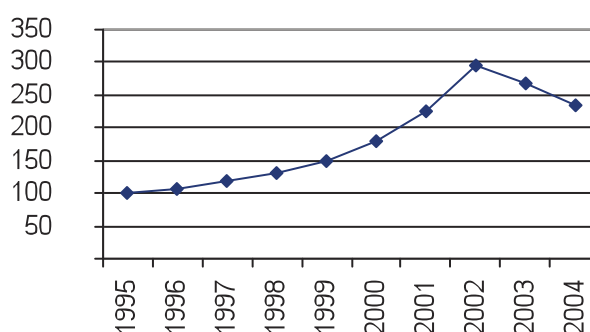
Gráfico 2.9 - Estructura de pasivo y patrimonio - Sector IAMC, 1995-2004



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI

La evolución del endeudamiento del sector puede apreciarse a partir del indicador pasivo por afiliado. Como se observa en el gráfico 2.10 el índice crece persistentemente hasta el año 2002 en que se triplica para luego comenzar a descender, aunque manteniéndose en más del doble de su valor real al inicio del período considerado.

Gráfico 2.10 - Pasivo por afiliado (Índice en base a precios constantes 2007)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI

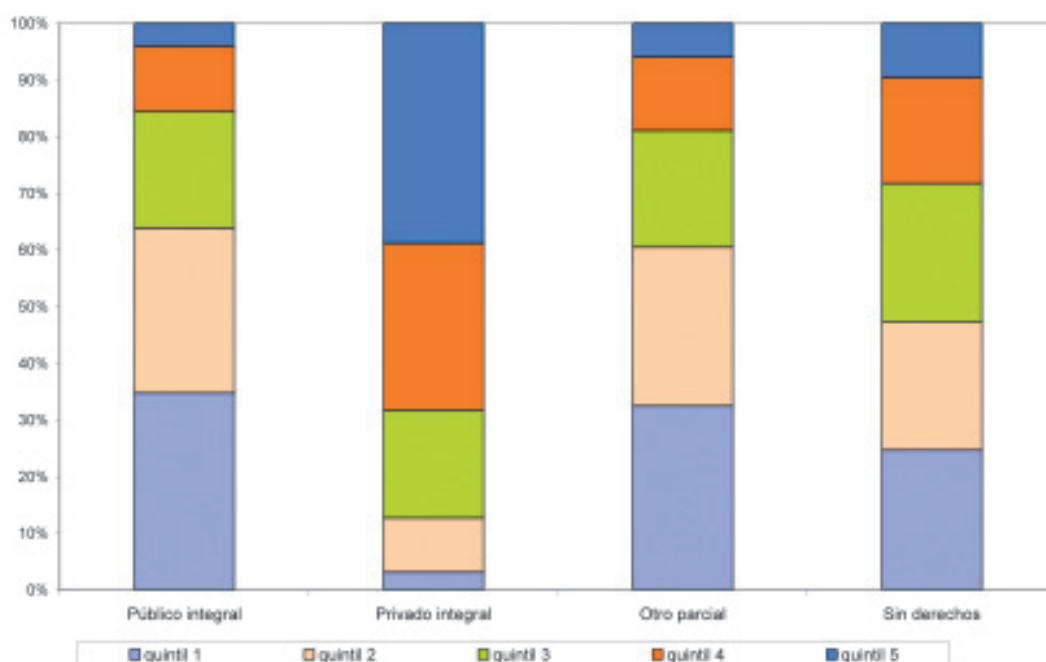
Cobertura y acceso diferencial a los servicios

Como fuera mencionado anteriormente, antes de la reforma de salud la población uruguaya accedía a diferentes formas de cobertura de salud, en función de sus niveles de ingresos. El

gráfico siguiente muestra con claridad como se distribuía la cobertura entre diferentes efectores institucionales, según el quintil de ingreso que ocupan las personas para el año 2006. Para analizar los tipos de cobertura se diferenciaron a los prestadores integrales, según fueran integrales públicos o privados. También se diferenciaron a quienes cuentan solamente con una cobertura de asistencia parcial. Por último se considera a quienes declararon carecer de cobertura formal de asistencia, fuera integral o parcial²⁵.

Como podemos ver, la población de menores ingresos, quintiles 1 y 2, es amparada principalmente por prestadores integrales públicos (ASSE, Sanidad Militar y Policial y Hospital de Clínicas) así como también tienen una importante participación entre aquellos que tienen algún tipo de cobertura parcial (Banco de Previsión Social, Policlínicas municipales, seguros parciales médicos o quirúrgicos y otros prestadores). Por otra parte los prestadores integrales del sector privado, dentro de lo que predominan las IAMC, se concentran en los estratos de ingreso superiores²⁶.

Gráfico 2.11 - Cobertura según tipo de prestador por nivel de ingreso



Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006, INE.

Lo observado en el gráfico 2.11 da cuenta de la gran segmentación que caracterizaba al sistema de salud previo a la puesta en marcha de la reforma. Así, en los prestadores del sector público se concentraban las personas de menores ingresos mientras que los individuos

25 En la Encuesta Continua de Hogares se considera que alguien tiene derecho a atenderse dentro de ASSE si posee carné de asistencia, por lo que las personas que declaran no tener derechos son personas que podrían asistirse dentro del prestado estatal pero no han gestionado el correspondiente carné de asistencia.

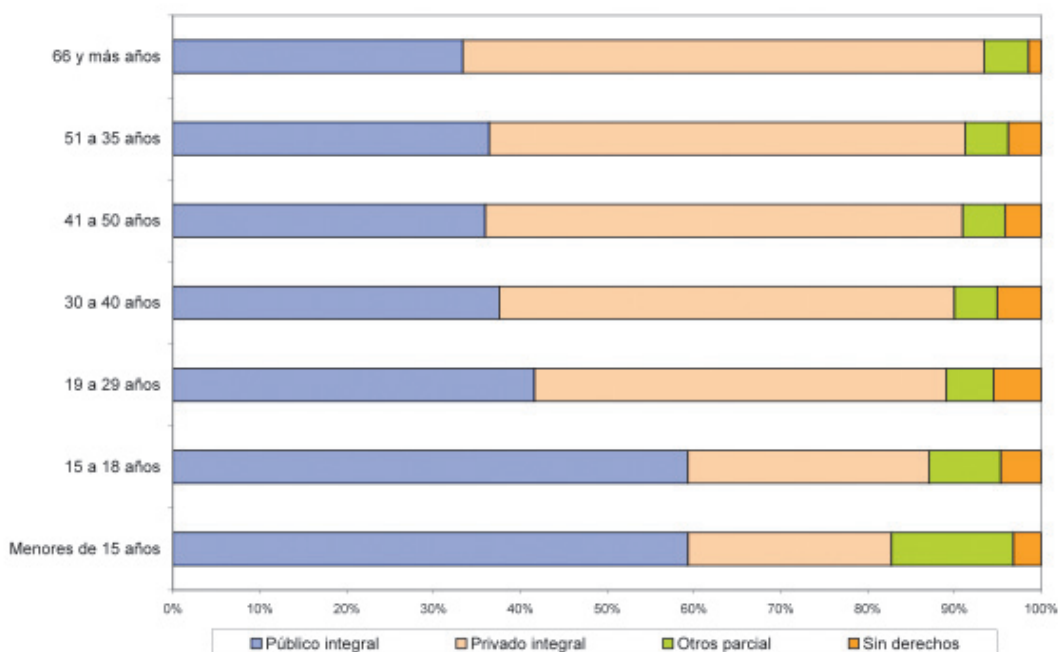
26 Dentro de los prestadores parciales no se incluyen a las Emergencias médicas móviles ya que dentro de los datos que recoge el INE son tratadas de forma aislada.

mejor situados dentro de la distribución del ingreso del país preferían asistir su salud dentro de prestadores del sector privado.

Esta situación se agrava al considerar que ASSE fue víctima de un importante deterioro de su red asistencial, por lo que las personas de menores ingresos fueron recibiendo cada vez una atención de peor calidad, convirtiéndose esto en una de las fuertes inequidades constatadas dentro del sistema.

Se observó también un fuerte contraste en cuanto a la estructura de población amparada por el sector público y el privado. Dentro de los prestadores integrales del sector privado se concentra la población de los tramos de mayor edad, en comparación a la de los prestadores integrales del sector público que es más joven²⁷. Esto conduce a que el sector privado tenga una tasa de utilización de servicios mayor que la del sector público. Si combinamos esto con la presencia de un modelo de atención curativo, especializado y basado en las soluciones de alta tecnología, tenemos entonces la principal causa de la explosión del déficit en el sector mutual.

Gráfico 2.12 - Tipo de Cobertura según tramo de edad, 2006.



Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006, INE.

A lo dicho anteriormente se le debería agregar otros problemas de acceso que presenta el sector privado. Por ejemplo, en un estudio realizado para el MSP por la consultora de estudios de opinión Equipos Mori, se encontró que los usuarios de las IAMC tienen problemas importantes para el acceso a los servicios. El cuadro 2.11 muestra un indicador concreto, como es la facilidad para el acceso a los medicamentos que son recetados por médicos tratantes. Sólo el 30% de los usuarios declara que puede afrontar con facilidad el costo de ticket de

27 Este dato no debería sorprender. Como es sabido, el fenómeno de la pobreza se concentra en los hogares jóvenes, que tienen hijos a cargo. Por otra parte, en el Uruguay la seguridad social en salud, antes del 2008, amparaba solamente a los trabajadores cotizantes, mientras que su núcleo familiar tenía acceso solamente a una cobertura de salud parcial por parte del BPS.

medicamento, mientras que un 20% declara que no puede o lo hace con suma dificultad y el 40% lo hace de forma “ajustada”.

Cuadro 2.11 - Problemas de acceso a los tickets de medicamentos

	Montevideo	Interior	TOTAL
Tiene que pagar las órdenes para atenderse en su mutualista			
Si	79	77	78
No	21	24	22
Situación sobre pago de ticket de medicamentos			
Las puede pagar sin problemas	31	31	31
Las puede pagar ajustadamente	41	46	43
Las paga con mucha dificultad	17	19	18
No puede pagar queda sin servicio/ medicación	4	1	2
No sabe	5	2	3
No paga	2	3	2

Fuente: Equipos Consultores, 2005.

La percepción de la crisis en la opinión pública

Después de todo este repaso de problemas, no debería sorprender que afirmemos que una de las principales preocupaciones de los uruguayos consiste en el funcionamiento de la atención en salud. La percepción de crisis económica, el deterioro de algunos indicadores asistenciales, produce un estado de preocupación en los uruguayos. Por tal razón, en el año 2005 el MSP encarga un estudio de opinión ciudadana sobre el funcionamiento del sistema de salud. El cuadro 2.12 presenta la evaluación de la calidad de la atención de salud en nuestro país. Como podemos ver, los indicadores traslucen una visión de desconfianza respecto al funcionamiento del sistema.

Cuadro 2.12 - Evaluación del sistema de salud, según subsistema y región

	Subsistema Público	IAMC	Montevideo	Interior	TOTAL
Muy buena	7	7	7	6	6
Buena	37	28	28	34	32
Ni buena, ni mala	37	41	38	40	39
Mala	9	16	16	10	13
Muy mala	2	4	4	3	3
No sabe, no contesta	8	5	6	6	6
TOTAL	100	100	100	100	100

Independientemente de como estén cubiertas sus necesidades ¿Cómo considera UD. que es la calidad de la atención de salud en nuestro país?

Fuente: Equipos-Mori, (2005: 20)

Las valoraciones críticas de los ciudadanos impulsan la necesidad de introducir cambios en el sistema de salud. Como podemos ver, en términos globales, un 38% de los uruguayos piensa que la calidad de la atención es buena o muy buena, lo cual podría ser apreciado como un indicador muy positivo. Sin embargo, hay un 16% piensa que la calidad es mala o muy mala, mientras que casi el 40% tiene una postura neutra, que no valora de forma negativa pero tampoco positiva la calidad de la atención.

La debilidad del rol rector del MSP

La Constitución de la República y su propia ley orgánica le otorgan al MSP una serie de competencias muy importantes²⁸. Sin embargo, el MSP se ha dedicado mayormente a la administración de sus propios servicios. En lo que refiere a sus competencias de regulación sectorial de precios, su rol ha sido hasta el año 2005, más bien el de seguir las recomendaciones del Ministerio de Economía y Finanzas. Lo mismo puede decirse respecto a la política de tecnología y medicamentos, en donde lo que ha predominado son las lógicas de mercado.

La creación de ASSE (1987) como servicio desconcentrado hizo suponer a muchos que el MSP comenzaría a asumir su rol como Rector del sistema, pero este extremo nunca llegó a concretarse. En el año 2002 el MSP encarga a la OPS la realización de un estudio sobre la función de Rectoría el Sector Salud, con fines de evaluación y propuesta de mejoras²⁹. En el recuadro se aprecian las áreas deficitarias, sobre las cuales se recomienda trabajar en su fortalecimiento.

Recuadro 2.3 - Rectoría y Funciones Esenciales de Salud Pública

En el año 2002 el Uruguay realiza, con el apoyo de OPS, un taller de evaluación de las FESP. Participan de él expertos nacionales y extranjeros, con el propósito de evaluar, de acuerdo a una rigurosa pauta metodológica, las 11 funciones siguientes,

1. Seguimiento, evaluación y análisis de situación de salud
2. Vigilancia en Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños
3. Promoción de la salud
4. Participación de la comunidad
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión
6. Fortalecimiento capacidad de Regulación
7. Acceso equitativo servicios de salud
8. Desarrollo y capacitación de Recursos Humanos
9. Garantía y mejoramiento calidad de Servicios
10. Investigación
11. Reducción impacto emergencias y desastres

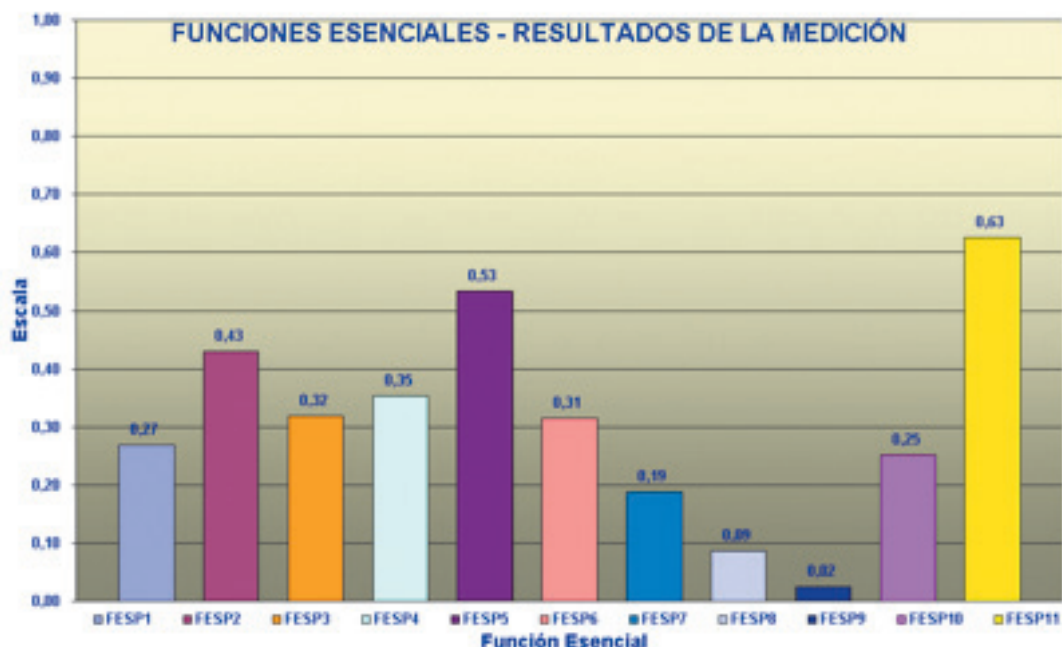
Fuente: OPS, 2002.

28 También importa la ley 15181 y toda una frondosa normativa, que se aplica poco pero que concede potestades regulatorias muy amplias al MSP

29 Los resultados de esta evaluación se pueden ver en Faral, L.(2006) y Dibarbure, H. (2003)

En el gráfico siguiente se marca la percepción de bajo desempeño que se tiene en todas las dimensiones de rectoría. Pero muy especialmente sobre las dimensiones de *Acceso equitativo servicios de salud*, *Desarrollo y capacitación de Recursos Humanos* y *Garantía y mejoramiento calidad de Servicios* (dimensiones de FESP 7, 8 y 9). Evidentemente, una de las tareas fundamentales para la recuperación del sector salud es recuperar el rol de rectoría y mejorar el desempeño en el campo de las FESP.

Gráfico 2.13 - Funciones Esenciales de Salud Pública



Síntesis de los problemas

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

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

Por tanto, tenemos una nueva estructura de riesgos, que está profundamente determinada

por factores sociales. Los estilos de vida no saludables, tales como el sedentarismo o la nutrición inadecuada, pero también los riesgos sanitarios asociados a las situaciones de exclusión social. Estos aspectos requieren de una respuesta diferente por parte del sistema de salud. Requieren de un abordaje de equipos de salud multidisciplinarios, que hagan énfasis en la educación y la promoción en salud. Pero exigen también que el sistema de salud sea capaz de incorporar a enormes sectores de la población que están excluidos de la atención, debido a factores económicos y culturales.

3. Las propuestas de cambios

Las propuestas de cambio y reforma del sistema de salud son de larga data. Según Veronelli et al (1994: 97-113), las iniciativas de creación de un Seguro Nacional de Salud no son extrañas en la historia uruguaya. En esto concuerda Villar, H. (2003:12-15), quien indica que en los archivos parlamentarios del período 1939-1986 se pueden contar unas 16 iniciativas de reforma diferentes. Sin duda que esto denota la persistente preocupación sobre el tema³⁰.

Esta preocupación por el funcionamiento del sistema de salud no solo se aprecia en el número de iniciativas parlamentarias. Las Convenciones Nacionales Médicas, desde el año 1939, han dedicado su atención largamente al problema de la salud colectiva. En especial la VI Convención Médica Nacional, que aprueba un proyecto de Sistema Nacional de Salud, que fuera ratificado por la VII Convención de 1984. A esto deberíamos agregar las resoluciones de otras organizaciones sindicales, gremiales y sociales, de las cuales el PIT-CNT es el caso más notable.

Un momento de particular trascendencia histórica fue la Concertación Nacional Programática (CONAPRO), que se desarrolló en el país en el momento de la salida de la Dictadura. En este espacio, que posibilitó una amplia participación política, sindical, gremial, empresarial y de las organizaciones sociales, se gestaron algunos aportes fundamentales. En particular, la Mesa de trabajo sobre Salud, integrada por los partidos Colorado, Nacional y Frente Amplio, el PIT-CNT y los gremios de la salud, la FEUU, el SMU, la Asociación Odontológica y la Cámara de Laboratorios y Medicamentos. (Villar, H. 2003)

Una vez instalada la democracia, se generaron sendos proyectos de reforma del sistema de salud planteados desde los históricos Partidos Nacional y Colorado, que buscaban responder a las grandes demandas sociales. Sin embargo, estos impulsos no lograron concretarse en una propuesta efectiva de transformación del sistema de salud. El sistema político uruguayo, aún en los peores momentos de crisis del sistema de salud, no logra articular una propuesta integral de reforma, que se adecuara técnicamente a las necesidades nacionales y que fuera sustentable políticamente.

Según un trabajo de Piotti, D. (2002) se pueden identificar cuatro propuestas. Una primera fue la propuesta de creación del Servicio Estatal de Salud, que al ser bloqueado parcialmente, dio paso a la segunda que se concretó en la creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado (1987) como organismo desconcentrado del MSP. La tercera fue el proyecto presentado por el PE en 1995, que fuera totalmente bloqueado (Proyecto Solari). La cuarta parte se encuadraría ya dentro de los procesos de consultaría externa y de reforma del Estado. (Piotti, D.2002: 205-06)

En ese contexto de inacción, la crisis del sistema de salud continuaba avanzando. En el 2002, el Sindicato Médico del Uruguay señala la situación crítica de *“...las instituciones de asistencia médica colectiva y del subsector público, desasistidos de adecuado auxilio estatal y codiciados por las agencias del capital financiero internacional, cuya presa es el importante gasto que la sociedad uruguaya destina al sector: más de 2.000 millones de dólares anuales”*. Para el SMU esta crisis cuestiona severamente *“...los esquemas ideológicos, valores y prototipos del*

30 Tal vez uno de los ejemplos más notables, por su profundidad e integralidad, pero también por su proceso participativo de elaboración con organizaciones académicas y gremiales, fue el elaborado en 1972 por el Ministro de Salud Pública, Dr. Pablo Purriel.

ilusorio libre mercado pregonado en la última década, y que nos ha conducido a una también inédita polarización social...". (SMU, 2002)

El recuadro 3.1 muestra la visión de la Central de los Trabajadores, emanada de su congreso de 2001, en donde proponen lineamientos concretos de política de salud. Es interesante observar cómo los principales ejes propositivos se repiten en otras expresiones gremiales y sindicales, como las del cuerpo médico nacional -que veremos en un instante.

Recuadro 3.1 - La mirada de la Central Obrera: *Hacia la construcción de un Sistema Nacional de Salud*

El 7mo. Congreso del PIT-CNT plantea un diagnóstico de situación y una serie de propuestas de políticas para el sector.

El diagnóstico de la crisis

El sector cuenta con recursos humanos y materiales suficientes, pero que se distribuyen de forma inequitativa e ineficiente debido a las intromisiones del Mercado. A esto se suma la crisis estructural del sector privado de la salud, que es acompañada por el deterioro del rol regulador, normatizador y de contralor que le corresponde al MSP.

La crisis del sector mutual esta determinada por: sobre dimensionamiento por capacidad ociosa, altos niveles de endeudamiento, envejecimiento del padrón social, carencias en el gerenciamiento institucional, heterogeneidad en los servicios y en los derechos y obligaciones de prestaciones similares, descapitalización creciente, superposición de servicios, irracionalidad en la utilización de tecnología, pérdida de los principios de solidaridad, equidad, integralidad y universalidad.

Las propuestas de salida

El Estado como regulador del desarrollo y funcionamiento del sistema, a través de un nuevo organismo especializado

Transformación gradual y progresiva, en que se establezcan los consensos necesarios para crear un Sistema Nacional de Salud, que coordine todos los servicios existentes públicos y privados.

Regionalización y descentralización, organización del sistema por niveles de complejidad y la más amplia participación social.

Creación de un Fondo Nacional de Salud que centralice los aportes

Ampliación de la cobertura de salud a través del sistema de Seguridad Social

Fuente: Elaboración propia en base al Documento Final del 7mo. Congreso del PIT-CNT del año 2001. Documento disponible en www.pitcnt.org.uy

La VIII Convención Médica, realizada en Agosto de 2004, declararía que la crisis de la asistencia médica y su repercusión sobre el estado de salud de la población, requiere de profundos cambios en la estructura, organización y financiamiento de los servicios, así como en el modelo de atención. Para ello resulta indispensable definir una política de salud explicitada claramente, que mantenga la necesaria coherencia con las acciones que se adopten en torno a los demás componentes del nivel de vida del individuo (trabajo, educación, vivienda,

alimentación, salario). Esa política debe ser determinada por el Estado, con la participación de los médicos y trabajadores de la salud, de los partidos políticos y de las demás estructuras representativas de la comunidad, de forma tal de asegurar su vigencia en el mediano y largo plazo, con características de política de Estado. (Ver recuadro 3.2)

Recuadro 3.2 - Convención Médica Nacional: objetivos y definiciones, planes y programas para una política nacional de salud

- La reafirmación del concepto de salud, como derecho constitucional de los habitantes, expresada como posibilidad de acceso igualitario, a los niveles de atención requeridos, con independencia de la situación socio-económica.
- La organización de los recursos humanos y la infraestructura a través de un sistema nacional único de salud, que coordine, complemente e integre los servicios públicos y privados sin fines de lucro, encargados de asegurar y facilitar el acceso oportuno, equitativo, solidario y continuo a prestaciones de calidad adecuada en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.
- El mantenimiento dentro de ese sistema de las competencias indelegables del MSP, que incluyen las funciones de normatización, control, vigilancia epidemiológica y policía sanitaria.
- El funcionamiento de las estructuras sanitarias dependientes del Estado, actualmente agrupadas en ASSE bajo forma de persona jurídica pública independiente del Ministerio de Salud.
- La puesta en vigencia de un modelo de atención bio-psico-social, que abarque las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, con atención longitudinal familiar y comunitaria, priorizando la puerta de entrada al sistema a través de un primer nivel de atención jerarquizado, dotado de equipos interdisciplinarios, que dispongan de los recursos necesarios para ser efectivamente resolutivos.
- La vigencia de fórmulas y estructuras que aseguren el financiamiento del sistema con la participación del Estado y de todos los habitantes en forma proporcionada a su capacidad contributiva

Fuente: Declaración final de la VIII Convención Médica Nacional. 2004

El Plan del Gobierno Progresista para el sector salud

La propuesta del gobierno progresista emerge como tributaria de todos estos legados de los movimientos sociales. El IV Congreso Extraordinario Héctor Rodríguez, realizado en 2003, aprueba las bases programáticas de lo que sería la propuesta electoral que el Frente Amplio presente para la consulta ciudadana. Con esa propuesta global, que contiene los lineamientos generales para la política de salud, es que el progresismo obtiene una votación excepcional en 2004.

Para esta fuerza política, la salud es un derecho, como lo dice el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Constituye además un inestimable bien social y como tal hay que garantizar su vigencia y su efectividad, y ésta es una responsabilidad colectiva del conjunto de la sociedad y del Estado a quien corresponde la responsabilidad de garantizarla mediante el desarrollo de un sistema nacional de salud de cobertura universal e

igualitaria que convoque a la más amplia participación, respaldo y compromiso de la comunidad y sus integrantes y que sea financiado por un seguro nacional de salud construido sobre bases de solidaridad y justicia social.

En suma, se concibe a la salud como:

- Una categoría biológica y social en unidad dialéctica con la enfermedad;
- Resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, por tanto de carácter multicausal;
- Que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social;
- Que permite al individuo el cumplimiento de su rol social y está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad.

Dentro de los principales lineamientos, se proponen cambios del modelo asistencial, orientado a la aplicación de una estrategia de APS, en el modelo de financiación, asegurando equidad y solidaridad a través de un Seguro Nacional, y en el modelo de gestión, democratizándola, haciéndola mas eficiente y garantizando su transparencia. El gobierno progresista buscará además asegurar la cobertura de salud a toda la población, articulándola en forma de Sistema Nacional de Salud, con una organización territorial local, superando las actuales superposiciones, dilapidación de recursos y al mismo tiempo las carencias graves que sufre la población mas vulnerable.

En el recuadro siguiente se presenta la filosofía de la reforma de salud del gobierno del Frente Amplio. La transformación se generaría en base a estos principios orientadores, tomando como ejes operativos la reorganización de la atención, la gestión y el financiamiento sectorial. Debe recordarse que estos documentos son producto de la discusión democrática y de los aportes de militantes, académicos e intelectuales, que contribuyeron a conformar el programa. Estos principios son un punto central para la evaluación ciudadana sobre la gestión política de la cartera de salud y su éxito en la implementación del SNIS.

Recuadro 3.3 - Principios filosóficos de la política de salud progresista

- La salud como un bien social, derecho humano esencial, responsabilidad del Estado. Encarada con un enfoque integral, que incorpora los determinantes, ambientales, sociales, económicos, culturales y políticos que hacen a la calidad de vida de la población.
- Atención a la salud orientada por los principios de: universalidad, continuidad, integralidad, equidad, oportunidad, calidad aceptable, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria, participación social, gestión democrática, derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación, centralización normativa y descentralización en la ejecución, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, sustentabilidad.
- El cambio en el modelo de atención a la salud hacia una orientación que privilegie la prevención y promoción a la salud con una estrategia de APS con énfasis especial en el primer nivel de atención.
- El cambio en el sistema de financiamiento del sector asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad, a través de un Seguro Nacional de Salud.
- El cambio en el modelo de gestión, asegurando coordinación y complementariedad de servicios en todos los niveles, la profesionalidad, transparencia y honestidad en su conducción y la participación de los involucrados.
- La afirmación del rol rector del Ministerio de Salud Pública en las políticas de salud, tanto en lo referente a su importante responsabilidad como efector como en los aspectos de regulación y de contralor.
- La jerarquización de los trabajadores de la salud, definiendo una política de recursos humanos y el estatuto único para sus trabajadores, buscando estimular y reconocer los equipos de salud del Primer Nivel de Atención
- La definición de una política del Medicamento y de las Tecnologías, que logre las máximas garantías de calidad y accesibilidad a las mismas, abatiendo sus costos e incentivando la investigación y el desarrollo nacional en la materia.

Fuente: Unidad Programática del FA: Plan de Gobierno en Salud. Publicado en El Diario Médico, 2004.

Toda esta base normativa se expresaría en las nuevas leyes y normas que darán forma al Sistema Nacional Integrado de Salud. En la sección siguiente se presenta una síntesis de la estrategia de implementación de la reforma de salud, expresada en los hitos legislativos que irán dando forma al futuro SNIS.

4. La implementación de la reforma: nueva arquitectura del sistema

Este capítulo trata sobre la implementación política del SNIS, marcando los principales hitos normativos en el desarrollo del sistema. En la segunda sección de este capítulo se presentan de manera sintética las principales herramientas que crea el SNIS para el cambio de modelo de atención. Las nuevas herramientas de política de salud son las que permiten posicionar, ahora sí, al MSP como Rector y conductor del sistema de salud.

Pero antes de analizar el proceso de implementación del SNIS es importante recordar los vínculos entre la reforma de Salud y la Política social general. La reforma de la salud debe ser analizada en el marco de una política social integral, diseñada en conjunto desde el Gabinete Social e instrumentada por el Consejo Coordinador de Políticas Sociales y las mesas interinstitucionales en cada Departamento³¹.

La visión de la política social del gobierno se puede tomar del Plan de Equidad, el cual dice que: *“La principal orientación del Plan de Equidad refiere a uno de nuestros mayores compromisos: que nadie quede librado sólo a su suerte. Es decir, a su condición social y/o económica particular. Asegurar que las y los habitantes de esta nación tengan posibilidades efectivas de desarrollar una vida digna es uno de los derechos fundamentales que propician la condición de ciudadano/a y por ende es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto y del Estado en particular. Brindar protección a quienes la necesitan, amparar a la población garantizando sus derechos fundamentales y hacerlo durante toda su vida, construyendo equidad, contribuyendo al ejercicio de la ciudadanía, generando iguales condiciones y oportunidades para todas y todos frente a diversas circunstancias vitales, sociales y económicas”*. Plan de Equidad (2008: 9).

Dicha visión se construye a partir de una serie de criterios comunes a toda la REFORMA SOCIAL:

1. Conducción del Estado, de la mano de un Nuevo Estado de Bienestar

No hay política social dejada al libre juego del mercado como se quiso hacer en los 90. El Estado es el garante del acceso a la política social y representando el interés general es el que introduce la racionalidad social en el diseño de las políticas y permite equilibrar los intereses diversos y de poder desigual que existen en el mercado.

2. Carácter universalista del acceso

En contraposición a la visión focalizadora de los 90 y asumiendo el reto de la universalidad como criterio global y la focalización como fijación de prioridades, la política social se ha diseñado sobre la base de igualdad de oportunidades para todos y teniendo en cuentas las enormes desigualdades propias del sistema, que el neoliberalismo de los 90 agudizaron y que la crisis terminó de ampliar.

31 El Gabinete Social y el Consejo Nacional de Políticas Sociales fue creado por el decreto 236/005 del PE. Es presidido por el MIDES y lo integra, entre otros ministerios, el MSP.

3. Aportes de los beneficiarios según su ingreso y recepción del beneficio según sus necesidades

Está claro que una política social en que cada uno deba pagar el costo de su servicio social en función de su necesidad es excluyente e injusta. Por ende hay que quebrar el vínculo entre el pago del servicio y su recepción, es decir, refundar el siguiente principio: de cada quien según su ingreso a cada quien según su necesidad.

4. Incremento presupuestal para complementar los recursos del desarrollo de la política social

Obvio que no hay política social sostenible sin recursos. En los 90 los recursos cayeron y en el 2002 el ajuste se hizo sobre la base del gasto social. Solo recordar que entre salud y educación públicas no se llegaba en 2004 a 700 millones de dólares y hoy con el 4,5% del PBI para la educación, el gasto ASSE y el subsidio FONASA se dispone de un monto superior a los 2.100 millones de dólares, es decir el triple.

5. Prioridad en los hogares con mayor presencia de menores de 18 años

Universalizar no es contrario a dar prioridad. Las reformas sociales tendieron a privilegiar los hogares con mayor presencia de niños y adolescentes donde estaban los mayores niveles de pobreza y donde el gasto social estaba más deprimido. En esta dirección fueron:

- La reforma Educativa
- La reforma de la red de protección social
- La reforma tributaria
- La reforma laboral
- La reforma de la Salud

4.1. El proceso político de implementación de la reforma

Las reformas de la salud no son procesos automáticos, en los cuales con la aprobación de una ley se transforma mágicamente la realidad. Transformar un sistema de salud es un proceso complejo, que implica estudios, acuerdos y negociaciones. Esta fue la filosofía de la reforma de salud desde el primero de marzo de 2005. Así lo dio a entender el propio Presidente Vázquez, cuando en su discurso en la escalinata del Poder Legislativo, anunció que se crearía “...un Consejo Consultivo para el Cambio; tenemos que cambiar este sistema (...) por un sistema integrado de salud con un seguro nacional de salud...”. (Presidencia, 2005)

Esto venía a confirmar las propuestas contenidas en El Uruguay Social, que fueron anunciadas durante la campaña electoral que condujo al Frente Amplio al gobierno nacional. Para lograr esto era preciso conformar un equipo de gobierno que fuera capaz de liderar la reforma, en sus aspectos técnicos y políticos. Además del Consejo Consultivo, como espacio de negociación y búsqueda de consensos, el Presidente de la República en su discurso del primero de marzo de 2005 anuncia la creación de una División de Economía de la Salud, que asistiría a la Dirección de la Reforma de la Salud para generar las opciones técnicas necesarias a la reforma.

En función del diagnóstico previo del sistema, que mostraba una situación muy delicada, el gobierno define una estrategia secuencial para la implementación de la reforma. Cada paso estaría marcado por diferentes hitos, definidos por el proceso de consulta y negociación

de la implementación de la reforma, sobre la base de los principios programáticos propuestos a la ciudadanía. El recuadro 4.1 muestra cómo se fue construyendo el SNIS: paso por paso, a través de diferentes hitos normativos³².

Recuadro 4.1 - Principales normas en la construcción del SNIS

Decreto 133/005, Creación del Consejo Consultivo para la Implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud

Ley 17930 de Presupuesto Nacional, artículos 264 y 265.

Ley 18161. Creación del Descentralizado ASSE

Ley 18121. Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Ley 18172, Art. 235. Creación del cuerpo de Inspectores del SNIS Salud Pública

Ley 18211. Ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud

Ley 18335. Ley de Derechos de Usuarios y Pacientes de servicios de salud

Decreto 433/008. Reestructura de la Dirección General de Secretaría

Decreto 464/008. Contratos de Gestión MSP-JUNASA.

Fuente: Página web de Presidencia de la República

Como mencionamos más arriba, el Consejo Consultivo para la Implementación del SNIS es un primer hito. En este ámbito el Ministerio de Salud discutiría los principales rasgos del futuro sistema. Durante 2005 y 2006 el Consejo daría lugar a la conformación de diferentes comisiones de trabajo: Seguro de Salud, Estatuto del Trabajador, Modelo de Atención, Medicamentos, Complementación Asistencial, etc. En ese espacio se consensuaron aspectos básicos de la propuesta de gobierno, además de recabar importantes insumos técnicos, provenientes de las organizaciones del sector (ver recuadro 4.2).

32 En el anexo final hay un compendio de las principales normas (leyes, decretos y resoluciones), que refieren a la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Recuadro 4.2 - El Consejo Consultivo para la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud

El Consejo Consultivo es un espacio de participación social amplia, convocado por el Presidente de la República, para la consulta y discusión de las estrategias de implementación del SNIS. El Consejo es presidido por la Ministra de Salud y está integrado por los delegados de las siguientes organizaciones

- El Ministerio de Salud
- Instituciones de Asistencia Médico Colectiva
- Asociaciones de Médicos
- Asociaciones de Odontólogos
- Asociaciones de Psicólogos
- Trabajadores de la salud pública y privada
- Universidad de la República a través de su Área Salud
- Congreso de Intendentes
- Asociaciones de Usuarios de servicios de salud

Fuente: Decreto del PE 133/2005

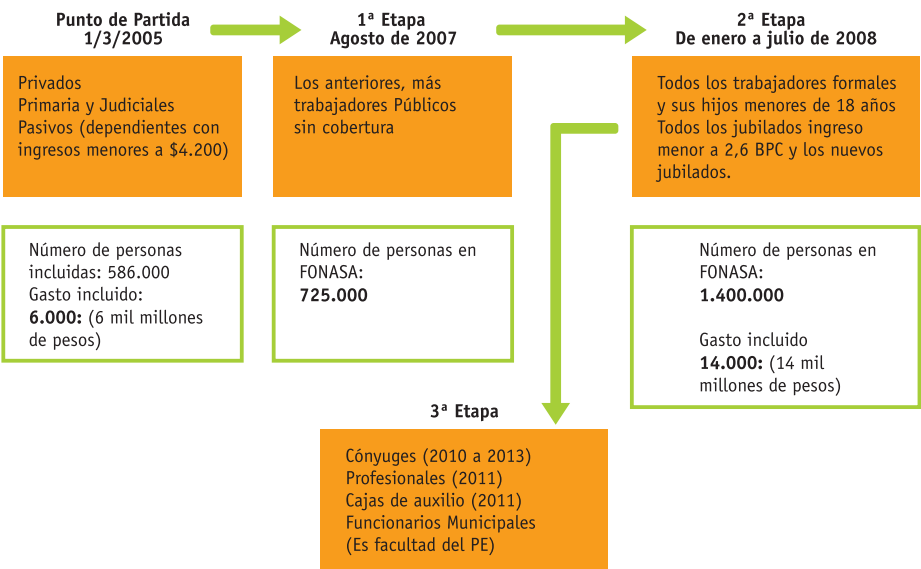
Superadas las primeras sesiones de discusión del Consultivo, el gobierno envía y logra la aprobación de la Ley de Presupuesto Quinquenal, en diciembre de 2005. La ley 17930, en sus artículos 264 y 265, establece los ejes cardinales de la futura reforma. Establece que el sistema funcionará sobre la base de la complementación de los servicios públicos y privados para garantizar la atención integral y de calidad, teniendo como estrategia global la Atención Primaria en Salud. Además, establece que el Sistema Nacional Integrado de Salud será financiado por un Seguro Nacional de Salud, que contará con un Fondo Público Único y Obligatorio constituido por los aportes del Estado, empresas públicas y privadas y de los hogares beneficiarios del SNIS.

El segundo paso es la ley 18131, aprobada en Mayo de 2007, que crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este Fondo reúne todos los diferentes aportes a la seguridad social, iniciando el proceso de incorporación de todos los trabajadores a los mecanismos centrales de la seguridad social. Se incorporan además más de 25 mil funcionarios del Estado, que carecían del derecho que tienen los trabajadores de la atención en salud por vía de la seguridad social. Las cuotas salud que pagará el Fondo serán ajustadas por riesgo, según sexo y edad. Además, los beneficiarios ahora pueden elegir ASSE como una opción asistencial, facilitando el acceso a la atención a los trabajadores de bajos ingresos. Se eliminan las dobles coberturas integrales, lo cual supone un avance en términos de la utilización racional de los recursos de salud.

Posteriormente, en Julio de 2007, se crea la Administración de Servicios de Salud del Estado como un organismo descentralizado. Esta empresa pública de servicios de salud integra el SNIS, tiene por propósito garantizar el derecho a la atención a la salud de los uruguayos, coordinando con los otros servicios estatales (ley 18161, artículo 4). Estará dirigida por un Directorio de 5 miembros, tres de los cuales son designados por el Poder Ejecutivo, previa venia del Senado, y otros dos directores representan a los trabajadores y usuarios. También se creará un Consejo Honorario Nacional y departamentales, para ampliar la participación de usuarios y trabajadores y para asesorar al Directorio.

Todas esas acciones fueron siguiendo una lógica de expansión progresiva de derechos sociales y de construcción del nuevo sistema. El diagrama 1 siguiente muestra el plan seguido por el gobierno para implementar su reforma.

Diagrama 1. Fases de incorporación a la protección social en salud



Finalmente, con la ley 18211 se termina de delinear la arquitectura general del sistema. Podríamos decir que esta ley, por su amplitud y profundidad, es la Constitución del nuevo sistema de salud. La ley crea importantísimos dispositivos para la conducción del sistema. Transforma de manera sustantiva los mecanismos de financiamiento de la atención en salud, con la creación de un Seguro Nacional de Salud. En el recuadro 4.3 se establecen los objetivos que persigue este nuevo sistema.

Recuadro 4.3 - Los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud

- A. Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- B. Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.
- C. Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- D. Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- E. Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- F. Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- G. Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- H. Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud

Fuente: Ley 18211, artículo 4to. Disponible en: www.parlamento.gub.uy

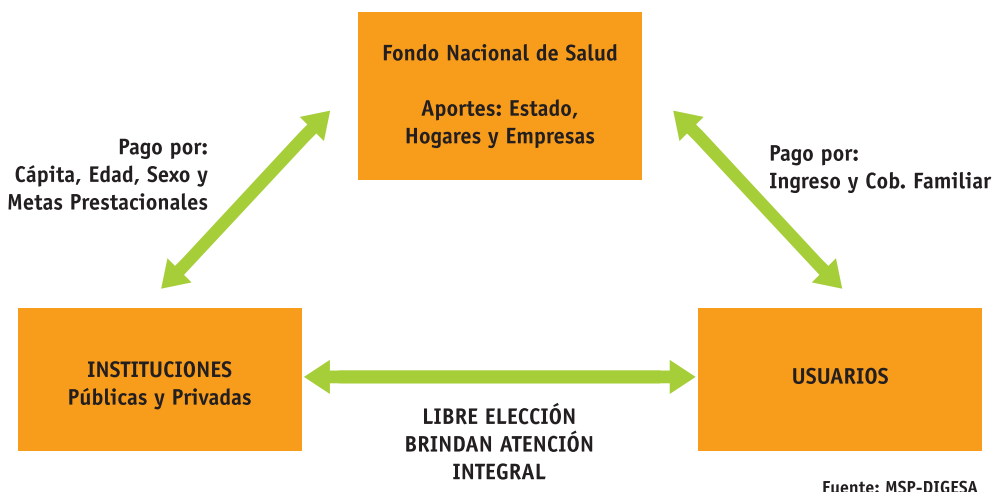
Para cumplir con estos objetivos, el artículo 5to de la ley 18211 establece que el MSP debe elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el SNIS. Además, el capítulo tercero de la ley crea a la Junta Nacional de Salud, organismo creado en el ámbito del Ministerio de Salud, responsable de administrar el Seguro Nacional de Salud. Con éste nuevo organismo el MSP fortalece notablemente sus competencias de conducción del sistema³³.

El Seguro Nacional de Salud será administrado por la JUNASA. El Seguro expresa los esquemas que el gobierno había propuesto en sus documentos programáticos (ver diagrama 2). El Fondo Nacional de Salud (FONASA) financia el seguro y se nutre por los aportes de los usuarios, en tasas porcentuales progresivas de 3%, 4,5% y 6%, según los niveles de ingreso y composición del núcleo familiar. Las empresas y organismos continúan aportando un 5% por sus trabajadores. Con estos recursos se financia la atención del trabajador y de su núcleo familiar³⁴.

33 La JUNASA es un organismo desconcentrado del MSP y está integrado por dos representantes del MSP, uno del Ministerio de Economía y Finanzas, uno del Banco de Previsión Social, uno de los Prestadores Integrales de salud, uno de los Trabajadores y uno de los Usuarios. La JUNASA es presidida por el MSP.

34 Además de las contribuciones de empleadores y trabajadores, el Estado aporta importantes recursos para solventar las nuevas incorporaciones, que se financian con cargo a los recursos generados por la reforma impositiva.

Digrama 2. Diseño del Seguro y tasas de aportación



Aportantes al Seguro	Aporte sobre ingresos	Derechos de Atención en Salud
1) Trabajadores con ingresos inferiores a 2.5 BPC	3%	Atención del trabajador y sus hijos en el prestador que seleccionen. El trabajador cuando se jubila conserva la cobertura por el Seguro.
2) Trabajadores con ingresos superiores a 2.5 BPC	3% + 1.5%	
3) Trabajadores con hijos a cargo que tienen ingresos superiores a 2.5 BPC	3% + 3%	

Fuente: elaboración propia

El Seguro Nacional de Salud opera bajo un esquema de seguro social, que apunta a combinar justicia contributiva, eficacia sanitaria y eficiencia económica. Los individuos aportan según capacidad contributiva y reciben atención según sus necesidades de salud. Además, el Fondo redistribuye los recursos financieros, desde los grupos de población con utilización baja de servicios de salud (menor riesgo), hacia otros grupos que deben hacer un uso más intensivo de los servicios (mayor riesgo). Este diseño también permite introducir un esquema de incentivos económicos para alentar la calidad y la eficiencia asistencial.

En Agosto de 2008 se aprueba la última gran ley de reforma del sistema. La ley 18335 establece el marco general de los Derechos y Obligaciones de los Usuarios de servicios de salud. Aprobada en agosto de 2008, esta norma establece los derechos de las personas a una atención integral, de calidad, plenamente informada. La ley también norma la libertad de elección del sistema asistencia, y el derecho a la confidencialidad de su información, entre otros derechos que deben ser amparados por el Ministerio de Salud.

Finalmente, establecidos los fundamentos estructurales del nuevo sistema, se inaugura una nueva etapa de la reforma. La nueva etapa de la reforma consiste en la aplicación

efectiva de las herramientas del SNIS. Estas nuevas herramientas son las que permitirán al MSP ir orientando los cambios al modelo de atención, cambiando el enfoque y mejorando la calidad de atención. En la sección siguiente se aborda la descripción de las nuevas herramientas del MSP y la JUNASA.

4.2. Las herramientas para el cambio de Modelo de Atención

Las reformas en la gestión y el financiamiento son instrumentos para el logro de un nuevo modelo de atención. El nuevo modelo debe lograr la eficacia, calidad y equidad asistencial, haciendo jugar las herramientas del nuevo sistema. Estas nuevas herramientas nos permiten transitar ese camino de cambio de modelo de atención: el Plan Integral de Prestaciones de Salud, las Cuotas de Salud y Metas Asistenciales, y los Contratos de Gestión.

Los Programas Integrales de Prestaciones

La ley 18211, en su artículo 45, establece que las entidades públicas y privadas que integran el SNIS están obligadas a brindar a sus usuarios los programas integrales de prestaciones que apruebe el MSP. La reglamentación debe definir taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descritas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados. La Junta Nacional de Salud se encargará de controlar que la atención brindada cumpla con las exigencias de los programas integrales, a los efectos de autorizar el pago de la cuota salud a los prestadores. (Ver recuadro 4.4)

Estos planes integrales son de cumplimiento obligatorio por parte de los prestadores integrales del SNIS. Esto quiere decir que si se vulnera el derecho de atención de un usuario del SNIS, el MSP debe intervenir inmediatamente para amparar al usuario en su derecho a la atención. La norma establece que el MSP actualizará periódicamente estos Planes Integrales, de acuerdo a la evidencia científica, demográfica y epidemiológica de la población uruguaya. Esta previsto además que con la expansión del Seguro de Salud se vayan incorporando nuevas prestaciones al SNIS.

Recuadro 4.4 - Contenidos del Plan Integral de Prestaciones de Salud

El listado explícito de prestaciones es una obligación para todos los **prestadores integrales**, y un **derecho de acceso universal** para la población de todo el país. El acceso a estas prestaciones se basa en el principio de equidad, por que cada habitante tendrá derecho a recibir la atención adecuada según las necesidades y problemas de salud que padezca. Contiene los programas prioritarios de salud, que describen los procesos necesarios para una atención de calidad y el catálogo de prestaciones obligatorias

Programas Integrales de Salud (*)

Contiene 11 Programas Prioritarios de: 1) Niñez, 2) Mujer y Género, 3) Adolescente, 4) Adulto Mayor, 5) Salud Bucal, 6) Salud Mental, 7) Discapacidad, 8) ITS-Sida, 9) Nutrición, 10) Usuarios Problemáticos de Drogas, 11) Control de Tabaco.

Catálogo de prestaciones

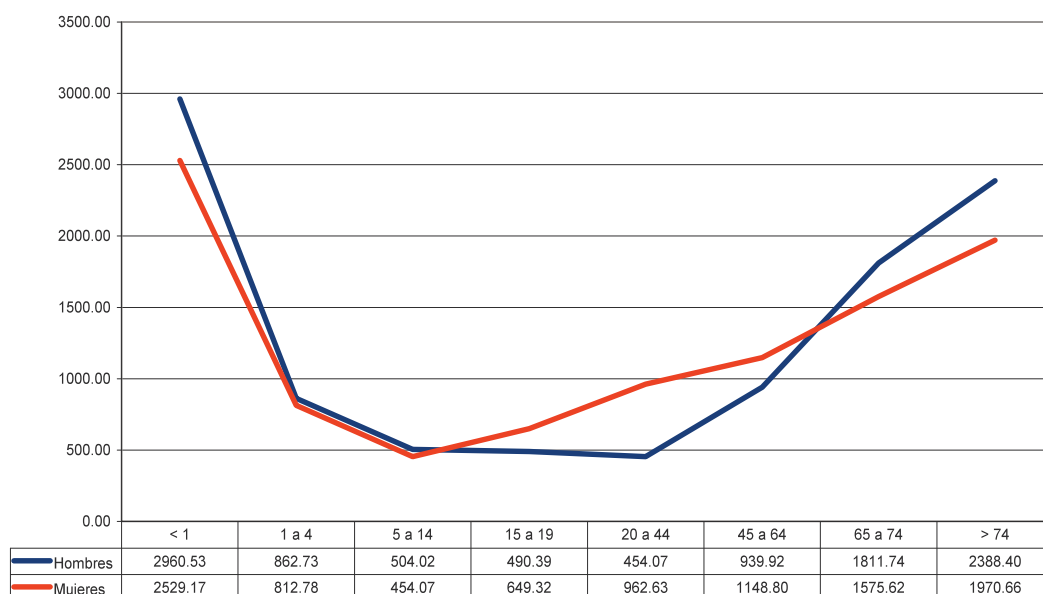
- Modalidades de Atención, según complejidad
- Especialidades Médicas y técnicas para el control y recuperación de salud
- Procedimientos diagnósticos
- Procedimientos terapéuticos y de recuperación
- Salud Bucal
- Formulario Terapéutico de Medicamentos y Vacunas
- Transporte Sanitario

Fuente: Decreto 464/2008. (*) Los contenidos de los programas están disponibles en: http://www.msp.gub.uy/subcategorias_2_1.html

La Cuota Salud: Cápitales y Metas Asistenciales

La seguridad social, históricamente, pagaba una cuota uniforme a los prestadores de salud. Esta forma de pago desconocía las necesidades de salud de la población, así como tampoco reconocía los costos diferenciales que tiene su atención. Las cuotas salud del SNIS constan de un componente de cápitales que se ajustan por riesgo, asignando diferentes pagos por grupo de población. En el gráfico 4.1 siguiente se puede ver cómo funciona ese pago para diferentes grupos de población, según edad y sexo.

Gráfico 4.1 - Estructura de cápitas según edad y sexo
(\$ corrientes- valores vigentes a enero 2008)



La estructura de la Cuota Salud transparenta los costos de atención de diferentes grupos de población, diferenciados por su edad y sexo³⁵. Se puede apreciar que los costos mayores de atención se concentran en los tramos de niños menores de 1 año y en los mayores de 65 años. Un prestador de salud recibe por un recién nacido entre 2500-3000 pesos mensuales, que es casi el triple de lo que recibiría por un adulto varón de 47 años (\$940). Esto incentiva a los prestadores para tener una política activa de promoción y prevención en salud, desarrollando la estrategia de Atención Primaria en Salud. Los administradores de salud tienen ahora estímulos muy fuertes para mantener a la gente sana, por que eso evita los costos de la atención de la enfermedad.

Por otra parte, el componente de Meta Asistencial establece incentivos para el desempeño asistencial de los prestadores en áreas programáticas concretas. La meta consiste en un pago por desempeño asistencial, por el logro de resultados en salud que han sido definidos por la autoridad sanitaria. En la primera etapa de la reforma el MSP ha definido que las metas refieren al cumplimiento de actividades de Salud Materno Infantil, que se deducen de los Programas Prioritarios de Salud aprobados por la DIGESA. En el recuadro 4.5 se indican las Metas que deben cumplir los prestadores.

35 El sexo y la edad es un principio básico para definir necesidades en salud. El MSP está habilitado para incorporar en la definición de las cuotas otros criterios riesgo, asociadas por ejemplo a condiciones socioeconómicas o riesgos ambientales.

Recuadro 4.5 - La primera generación de Metas Asistenciales: programa de salud Materno-Infantil

Salud Infantil

- Controles obligatorios en el primer año de vida del niño (11 controles)
- Certificado de vacunas vigente
- Promoción de la Lactancia Materna
- Ecografía de Cadera del Lactante

Salud Materna

- Captación de la Embarazada en el primer trimestre
- Al menos 6 controles de Salud previo al Parto
- Embarazada derivada al Odontólogo
- Control Odontológico de la Puérpera
- Historias del Sistema Informático Perinatal completas
- Control de HIV y VDRL (Sida y Sífilis)

Fuente: Decreto 464/2008. Contrato de Gestión JUNASA

Si un prestador, público o privado, no logra cumplir con alguna de las Metas Asistenciales propuestas, la JUNASA le retendrá los pagos correspondientes. Los prestadores de salud son castigados al no recibir los ingresos económicos asociados al cumplimiento de la Meta. Este mecanismo tiene por finalidad alentar el correcto desempeño de los prestadores en las áreas de salud seleccionadas. El Ministerio ya ha definido las próximas metas, que estarán referidas a la capacitación de los equipos de salud, y a la asignación de un médico de referencia para toda la población beneficiaria, ya que la formación del personal y la conformación de los equipos básicos de salud, son indicadores fundamentales de la calidad asistencial.

Los contratos de gestión

Como vimos anteriormente, los Programas Integrales ponen por escrito las prestaciones que son derecho de los usuarios del SNIS. Además, los mecanismos de pago por Cápitas y Meta Asistencial, conducen a focalizar los recursos según la estructura de riesgos de la población, y logro de resultados asistenciales. Toda esta lógica queda plasmada, de forma explícita, en los Contratos de Gestión que los prestadores del sistema firman con la JUNASA. Los Contratos, como se puede ver en el recuadro 4.6, establecen además muchas otras exigencias que hacen a la calidad de atención.

Recuadro 4.6 - El Contrato de Gestión: herramienta central para el Cambio de Modelo de Atención

Los contratos de gestión tienen como objetivo el cambio del modelo de atención y la mejora de la calidad asistencial. El contrato contiene 62 disposiciones, entre las cuales se destacan las siguientes:

- Artículo 7. Los prestadores están obligados a brindar los programas integrales obligatorios descritos por ley 18211 (el PIAS)
- Artículo 10. Se amplía la cobertura en salud mental (internación psiquiátrica)
- Artículo 23. Establece el pago por Cuota Salud y Meta Asistencial.
- Artículo 24. Beneficios especiales a jubilados de bajos ingresos amparados por el SNS.
- Artículo 27. Establece el principio de constitución de Equipos de Salud de primer nivel de atención, que asegure la atención de lo a lo largo del tiempo
- Artículo 28. Control de la aplicación de los programas de promoción y prevención en salud Materno Infantil
- Artículo 29. Control de la aplicación de programas de promoción y prevención en problemas de salud prevalentes: HTA, Diabetes y Patologías oncológicas
- Artículo 30. Control y tratamiento del Tabaquismo, Drogodependencia y patologías psiquiátricas crónicas
- Artículo 31.1. Regula el acceso al Carné de Salud gratuito
- Artículo 31.2. Controles de salud obligatorios y gratuitos a niños y adolescentes de hasta 18 años
- Artículo 32. Determina la obligación de aplicar Guías de Práctica Clínica
- Artículo 33. De la Capacitación permanente de los Recursos Humanos en salud
- Artículo 34. Fomento de la complementación asistencial
- Artículo 35. Respeto a los tiempos de espera máximos para la consulta
- Artículo 50. Conformación de Consejos Consultivos en todos los prestadores
- Artículo 54. Del acceso de los usuarios a la Cartilla de Derechos y Obligaciones
- Artículo 58. Obligatoriedad de aplicar Encuestas de Satisfacción de los Usuarios

Fuente: Decreto 464/2008. Contrato de Gestión JUNASA

Entonces, el Contrato de Gestión es una herramienta estratégica, que centraliza las principales exigencias del nuevo SNIS. La JUNASA es el organismo encargado de vigilar el fiel cumplimiento de los compromisos contenidos en el Contrato. Debe recordarse que este organismo cuenta con la participación activa de los representantes de los Prestadores Integrales, los Trabajadores y los Usuarios del SNIS. Sin dudas que este formato es un formato participativo, que brinda amplias garantías a los actores sectoriales. Por supuesto, la conducción de la Junta es responsabilidad de los representantes del Poder Ejecutivo.

Los incumplimientos de los Contratos de Gestión, dependiendo de su gravedad, pueden ameritar una sanción por parte de la JUNASA. El cuadro 4.1 siguiente muestra la escala de sanciones que aplica la Junta. Estas pueden ir desde la generación de una observación en la historia del prestador, hasta la suspensión definitiva del pago de las cuotas salud a los prestadores.

Cuadro 4.1- Marco de sanciones que aplica la JUNASA a los prestadores, según frecuencia de los incumplimientos del contrato

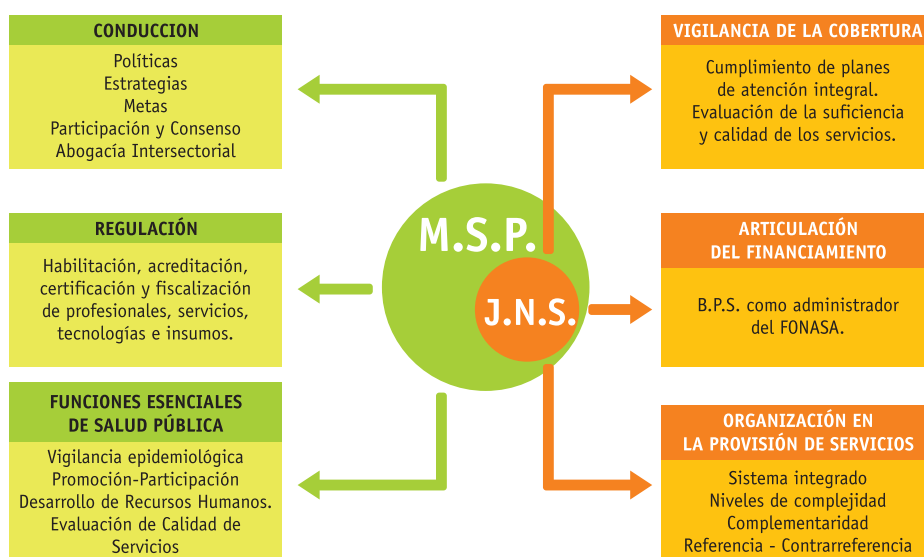
	Menor	Mayor	Grave
Primera vez	Observación en expediente del prestador	Suspensión temporal de hasta 20%	Suspensión temporal de hasta 50%
Segunda vez	Suspensión temporal de hasta 35%	Suspensión temporal total	Suspensión definitiva de hasta 12%
Tercera vez	Suspensión definitiva de hasta 4%	Suspensión definitiva de hasta 8%	Suspensión definitiva de hasta 100%

Fuente: artículo 10 del Decreto 464/008

Para la aplicación de estas sanciones el MSP cuenta con una nueva estructura que le permite monitorear el cumplimiento de estas obligaciones³⁶. La Dirección General de la Salud, pero también la División de Economía de la Salud, analizan diversos aspectos del desempeño de los prestadores, sobre los cuales la JUNASA puede aplicar sanciones de diverso tipo. En el capítulo 5 se tratará sobre este tema, de la construcción a los avances en materia de construcción de capacidad de regulación y de Rectoría sectorial.

El Diagrama 3, sintetiza los vínculos que existen entre las nuevas herramientas institucionales y sus funciones respectivas.

Diagrama 3 - Funciones de rectoría y nuevas herramientas institucionales



36 En el anexo se muestra la nueva estructura orgánica del MSP, diseñada para conducir el proceso de implementación de SNIS.

5. La situación actual.

Principales resultados de la Reforma

Como indicamos anteriormente, en agosto de 2008 se termina de aprobar la última de las grandes leyes que estructuran el sistema. Como fuera indicado a lo largo de este libro, la reforma supuso profundas reformas estructurales en el sistema al mismo tiempo que se definió como un proceso de cambio. Por lo tanto en esta sección tratamos de presentar algunos de los avances en cuanto a la nueva estructura institucional y los avances logrados en términos de protección social en salud.

5.1. Avances en la implementación del SNIS

El recuadro 5.1 presenta una síntesis de las principales innovaciones que trajo aparejadas la reforma de salud. Estos 10 puntos resumen lo esencial del nuevo sistema, que contrasta con el viejo sistema de salud.

Recuadro 5.1. Principales diferencias entre el SNIS y el viejo sistema de salud

1. Crea un sistema nacional integrado de salud donde no existía. Antes existían dos subsistemas fragmentados y sin conexión entre ellos, inequitativos en su acceso y sin vínculos de complementariedad.
2. Crea un seguro nacional de salud en el que se aporta por ingresos incluyendo en él a toda la población y no sólo a los trabajadores privados que estaban incluidos en el viejo DISSE. Universaliza el aseguramiento social por ingresos en etapas.
3. Incluye a los familiares en la cobertura de aseguramiento social, de manera inmediata a los hijos y desde 2010 a los cónyuges.
4. Desde el punto de vista de los prestadores es un sistema mixto que incluye a prestadores privados sociales y prestadores públicos en régimen de complementación-competencia dando opción a los asegurados de elegir entre lo público y lo privado a diferencia de la modalidad DISSE que sólo permitía elegir privado.
5. Desde el punto de vista del pago a los prestadores, el SNS paga por riesgo y no por cuota única, como el viejo DISSE, permitiendo hacer realidad la premisa: *de cada quien según su ingreso a cada quien según su necesidad*.
6. Transforma el seguro de salud en un seguro de por vida, ya que no se pierde la cobertura del aseguramiento en salud cuando el beneficiario se jubila.

7. Transforma el modelo de atención avanzando en la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en base a la normativa que estimula dichas estrategias, en base a pagos adicionales por performance ligado a metas de atención que deben ser cumplidas por el primer nivel de atención.
8. Le da al sistema una verdadera política de Rectoría y Contralor que tiene una de sus expresiones mayores en la firma de contratos de gestión y su marco sancionatorio que define compromisos de las instituciones prestadoras con el cumplimiento de los programas sanitarios prioritarios.
9. Niveló la calidad y cantidad de las prestaciones a través de la definición taxativa del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), que se convierte en una garantía explícita y exigible ante la autoridad sanitaria.
10. Incorpora la participación social como eje clave de la conducción de la reforma, con la participación de usuarios y trabajadores del SNIS en el nivel macro de la JUNAESA y en el nivel micro de los Prestadores Privados y Públicos (Consejos Consultivos Asesores en los prestadores privados y participación en el Directorio de ASSE).

Fuente: Fernández Galeano, M., y Olesker, D., (2009)

5.2 Fomento del acceso universal y con justicia social a la salud integral

5.2.1. Acceso a cobertura integral

En Uruguay por normativa constitucional el Estado tiene la obligación de dar cobertura de salud a todos aquellos que no pueden acceder a ella. Por ende, desde un punto de vista formal, se podría decir que existe cobertura universal. Sin embargo, y por eso esta sección habla de acceso a la cobertura integral, lo que no existía en el país era un acceso universal a la cobertura integral, regulada y programada, sostenida en el tiempo y con igual calidad para todos. Ese tipo de cobertura la brindan los prestadores integrales de salud, que son quienes pueden garantizar todo el continuo asistencial: la promoción y prevención, protección específica, recuperación, rehabilitación y los cuidados paliativos.

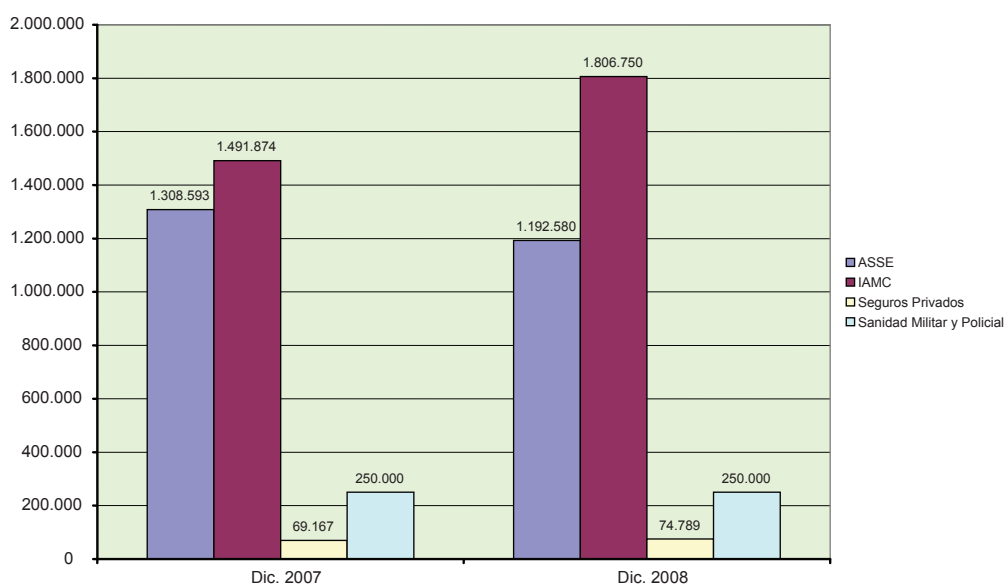
En nuestro país, la cobertura integral de salud se hace efectiva con la adscripción de las personas a un prestador integral público (ASSE, Sanidad Militar, Sanidad Policial) o privado (IAMC o Seguro Privado Integral). El cuadro siguiente nos muestra la situación posterior a las dos leyes de la reforma que dieron lugar al ingreso de nuevos colectivos al SNS (como se describió en el capítulo anterior) y ello posibilitó no sólo, como hemos visto a lo largo de este libro, consolidar un sistema diferente, sino al mismo tiempo brindar acceso a la cobertura integral a 205 mil personas en un año.

Cuadro 5.1 - Expansión de la atención integral en el SNIS

Prestador	Dic. 2007	Dic. 2008
ASSE	1.308.593	1.192.580
IAMC	1.491.874	1.806.750
Seguros Privados	69.167	74.789
Sanidad Militar y Policial	250.000	250.000
Total Usuarios SNIS	3.119.634	3.324.119
% Población país	93%	100%
Aumento de Cobertura Integral 2007 a 2008		204.485

Fuente: elaboración propia en base datos SINADI.

Gráfico 5.1 - Expansión de la atención integral en el SNIS



Fuente: elaboración propia en base datos SINADI

5.2.2. Menores de 18 años

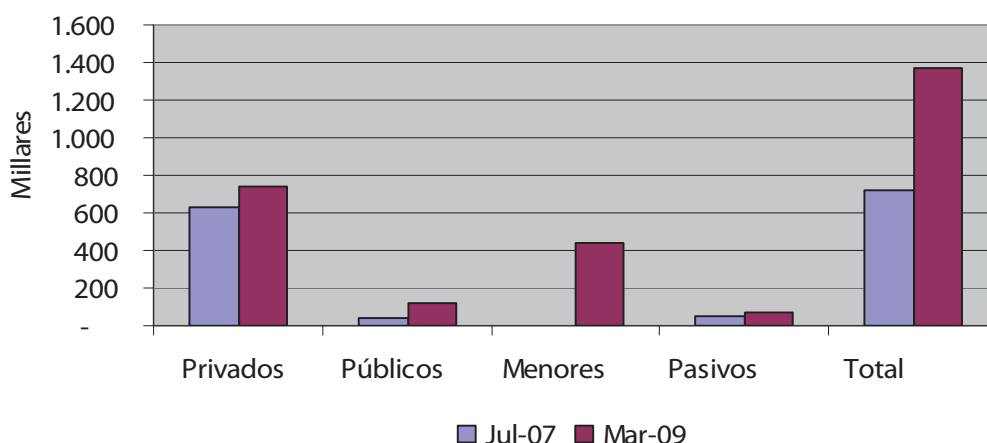
Dentro de este proceso de accesibilidad y universalidad es claro que el mojón fundamental fue el ingreso de los hijos de los trabajadores menores de 18 años y los discapacitados sin límite de edad. Esto fue una decisión de política del gobierno, basada en que al asumir la administración uno de cada 3 uruguayos era pobre (recordemos que hoy ya es uno de cada 5). Pero entre los niños y adolescentes era pobre uno de cada 2. Por lo tanto, para todo el gobierno, como vimos en la presentación de los lineamientos de la reforma, niños y adolescentes debían

ser la prioridad. Por ello el primer colectivo que ingresó al SNS fue el de niños y adolescentes.

Y como se ve en el cuadro siguiente en el marco de un FONASA que pasó de poco menos de 600 mil personas en 2005 del viejo DISSE a 1.410.000 en la actualidad, casi 450 mil son hijos o hijas de trabajadores. Muchos de ellos no tenían cobertura integral, tal como la definimos en el punto anterior (uno 130 mil), otros la tenían en el sistema mutual pagando sus padres su cuota (unos 170 mil).

Gráfico 5.2 - Afiliados FONASA

Afiliados FONASA por grupo
2007 -- 2009 (en miles)



Entonces, muchas familias dejaron de pagar cuotas mutuales y pasaron a tener atención integral, aportando un 3% adicional sobre sus ingresos. Por ejemplo, en un matrimonio en el que entre ambos ganaban 15 mil pesos y tenía un hijo pasó de pagar una cuota de 1.000 pesos a aportar 450 pesos. Un matrimonio que entre ambos ganaban 25 mil pesos y tenía dos hijos dejó de pagar dos cuotas por 2 mil pesos y pasó a aportar 750 pesos.

5.2.3. Jubilados

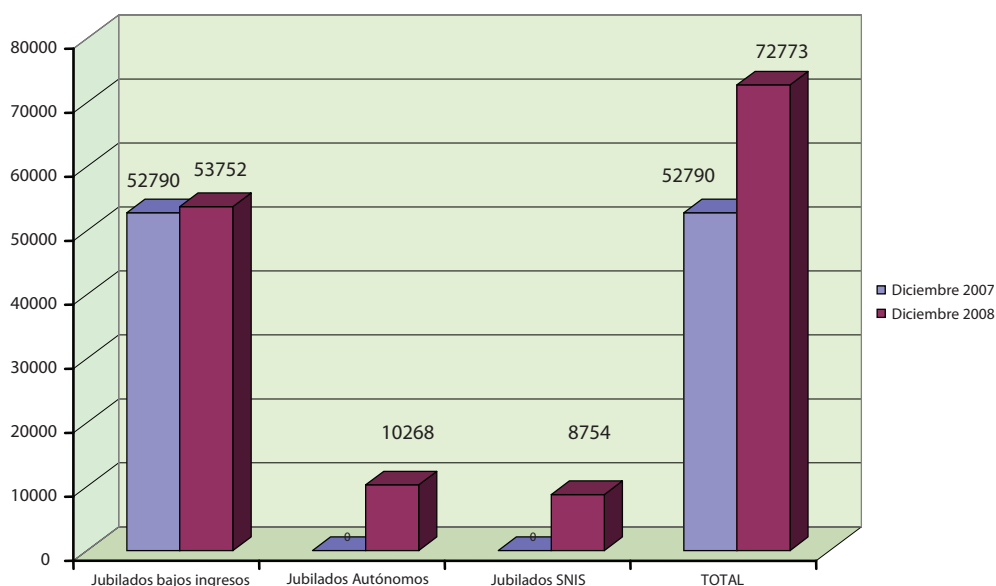
Los jubilados tenían derecho a ingresar al viejo DISSE de manera opcional, cuando cobraban jubilaciones inferiores a 2,6 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC) (aproximadamente 4.600 pesos en ese momento) siempre y cuando fueran jubilados como dependientes. Sólo 50 mil jubilados (de los 135 mil que tenían el derecho) habían hecho uso de la opción en 11 años desde 1996. Esto era así por que cuando hacían la opción por una mutual no podían hacer frente a los altos copagos, es decir los tickets y las órdenes del mutualismo.

Se tomaron tres medidas en este proceso de reforma, en la dirección de aliviar la situación de este sector social:

- En primer lugar se definió al SNS como un seguro de vida y por ende todos los activos que se jubilan quedan en el FONASA, a diferencia del viejo DISSE en que lo perdían
- Se extendió el derecho a los jubilados autónomos y no sólo a los dependientes

- Por último, en función de la valoración sobre su dificultad de acceso, se definió en los contratos de gestión un conjunto de copagos gratuitos ligados a órdenes, estudios, medicamentos, que en su conjunto representan un costo estimado de 400 a 500 pesos que no pagarán los jubilados FONASA.

Gráfico 5.3 - Expansión de cobertura jubilados por el SNS, 2007-2008



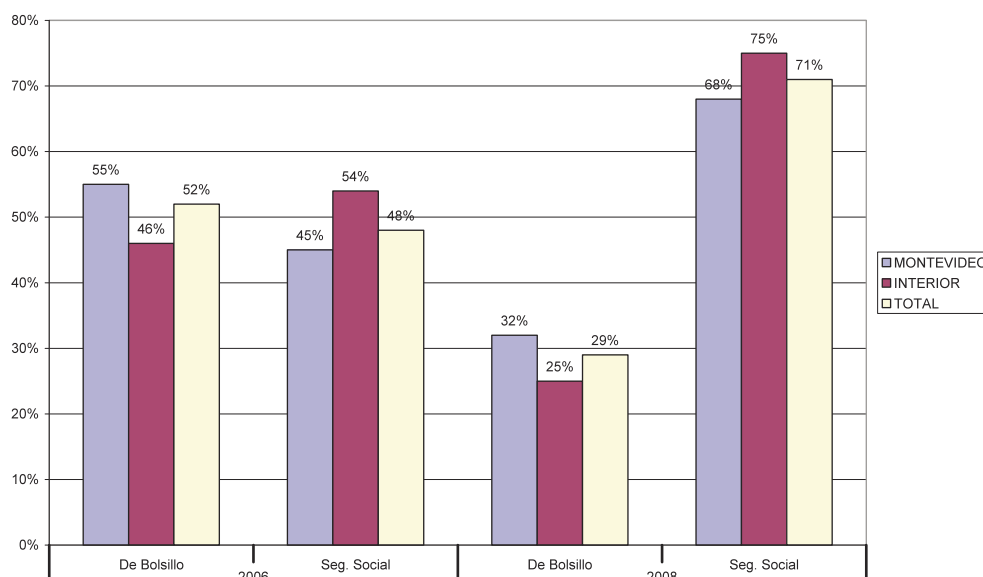
Fuente: estimación de la DES.

En síntesis, en tan solo 12 meses de vigencia del SNIS se incorporan 20 mil nuevos jubilados. El mayor impacto, en estos 12 meses, se da por la incorporación de jubilados autónomos y por las primeras incorporaciones de jubilados SNIS. En el mediano plazo (2014) es de esperar que el sistema llegue a cubrir a 160.000 jubilados. Esto es, basado en la tendencia histórica de las jubilaciones, sin considerar por ejemplo las recientes leyes de flexibilidad en el acceso a la jubilación aprobadas por el gobierno.

5.2.4. - Contribuir a que personas accedan a la cobertura programada e integral de salud a través de la seguridad social

Resulta claro, como hemos intentado demostrar a lo largo de este libro, que un objetivo de esta reforma ha sido el de expandir los derechos sociales de las personas. Una de las medidas claves para lograr esto consiste en reducir el número de personas que pagan de su bolsillo la cuota mutual, para incorporarlos mediante el mecanismo de la Seguridad Social. Esto tiene una consecuencia muy directa en términos de Justicia Social, ya que las personas aportan en función de su capacidad y reciben atención según su necesidad. El gráfico siguiente muestra el impacto de la reforma en esta dimensión.

Gráfico 5.4 - Expansión de la cobertura por vía del Seguro Nacional de Salud



Fuente: elaboración propia en base a datos del SINADI.

En conclusión, antes de la reforma el peso de los pagos de bolsillo por concepto de cuota mutual alcanzaba a más la mitad de los afiliados. Con la reforma de salud, ahora más del 70% no paga cuota mutual, es decir, está amparado por la vía del Seguro Nacional de Salud. En esto tuvo un efecto determinante la reforma de salud, con el ingreso de trabajadores públicos, menores y jubilados. Pero también tuvo un efecto mayúsculo la política económica y social, que fue la que contribuyó en forma decisiva a los altos índices de formalización del mercado de trabajo que hoy existen.

5.3 - Regulación adecuada que garantice a los usuarios del SNIS calidad en su atención

Dentro del desarrollo de las capacidades de rectoría sanitaria, la función de regulación es fundamental. En esta sección describimos cuatro hitos fundamentales en la construcción de la capacidad regulatoria: creación de la JUNASA y del cuerpo de Fiscales del MSP, una Política de Precios activa, y regulaciones más estrictas en materia de Tiempos de Espera.

5.3.1 La JUNASA

Un sistema de salud que le da a la sociedad un bien público de alto valor social, como lo es la atención en salud, requiere de niveles de regulación adecuados. Esto es así en todas partes del mundo, muy especialmente en los sistemas sociales que tienen una orientación similar a la reforma uruguaya (en Francia, Israel, Alemania, Inglaterra, España, Canadá, Costa Rica u Holanda, entre otros). Pero esto también se verifica en sistemas liberales, privados que no garantizan la universalidad, como es el de los EEUU.

El Uruguay no era una excepción a ello. La vieja ley orgánica de salud pública, del año 1934, pero también el decreto-ley que regulaba al mutualismo, dictado durante la dictadura, preveían controles muy estrictos sobre la atención en salud. Sin embargo, como vimos en el capítulo 2, desde que se tiene memoria el MSP ha mostrado una actitud prescindente respecto a la regulación sectorial. Esta actitud tuvo consecuencias graves, sobre todo desde los años 90, cuando se creyó que el mercado resolvía todo, hasta la provisión de los servicios sociales más esenciales.

Las leyes de la reforma reinstalan el tema de la regulación, sobre la base de darle forma a los controles ya previstos en la normativa previa e incluyendo dos grandes cambios trascendentes en el aspecto regulatorio. Esto es, la JUNASA y los Contratos de Gestión.

Tenemos por un lado la creación de la Junta Nacional de Salud como el organismo de administración del SNS, que se integra por los ministerios de Salud y el de Economía y Finanzas, también el BPS y la participación social de usuarios, trabajadores y empresas. Este formato participativo le da una base amplia de apoyo social, además de transparencia y de solvencia técnica en la gestión regulatoria de la JUNASA.

En segundo lugar la Junta firma con los prestadores contratos de gestión cuyas características desarrollamos en el capítulo 4, que describió las herramientas para el cambio del modelo. Este contrato es la principal herramienta de contralor de la política pública de salud. Es una herramienta al servicio de todos los usuarios del SNIS, que en definitiva somos todos los uruguayos.

5.3.2 Regulación de precios del sector salud para fomentar el acceso

El recuadro 5.2 muestra la acción del MSP, actuando en colaboración con el Ministerio de Economía y Finanzas, para definir una política que facilite el acceso a la atención, en grupos de población que han sido priorizados. La filosofía que ha impulsado esta política es la fomentar una atención racional y programada, que el proceso de atención no se vea obstaculizado a causa del alto costo de las tasas moderadoras.

Recuadro 5.2. Política de mejora de acceso mediante regulación de los precios en el sector salud

El gobierno ha tenido una política activa de regulación de precios (Tiques y Órdenes), para mejorar el acceso de las personas a la atención médica. Se ha priorizado a los niños, adolescentes, mujeres y a las patologías de alta incidencia en la población uruguaya. Dentro de las principales normas se destacan,

Decreto 562/2005 del PE, Diciembre 2005

Pacientes Diabéticos. Exoneración de tickets medicamentos, tales como la Insulina y los reguladores orales de la glucemia. Los medicamentos comprendidos son: 1) Insulina NPH Humana; 2) Clorpropamida; 3) Glibenclamida; 4) Gliclazida; 5) Metformina; 6) Glimepirida; 7) Glucagon. Además se pone tope al costo de cada frasco de 25 tirillas para control de glucemia, pasando a ser el del valor de un ticket de medicamento.

Decreto 15/2008 del Poder Ejecutivo, Enero de 2008.

Pacientes Hipertensos. Se topea, en 50 pesos, el valor de tickets de los principales medicamentos antihipertensivos: Valsartán, Amlodipina, Hidroclorotiazida y Enalapril. Salud Mental. Exoneración del pago de tickets a los principales medicamentos de uso en el área de Salud Mental: 1) Haloperidol Decanoato, 2) Pipotiazina. (sólo se debe pagar el valor del timbre profesional)

Ordenanza número 402/006 del MSP, Julio de 2006

Salud de la Mujer. Exoneración de costos del estudio de Colpocitología Oncológica (PAP), según la pauta establecida por protocolos médicos internacionales (establece obligatoriedad del estudio cada tres años en Mujeres de entre 21 y 65 años).

Exoneración del costo de estudio de Mamografía, según la pauta establecida por protocolos médicos internacionales (el estudio es obligatorio cada dos años en mujeres de entre 40 y 59 años).

Decreto 562/2005 del PE, Diciembre 2005

Mujer embarazada. Se exonera del pago de tasas moderadoras a todos los estudios paraclínicos de acuerdo al protocolo de control de embarazo de bajo riesgo: 1) Hemograma completo en consulta inicial y tercer trimestre; 2) Orina completa en primer control y luego en todas las consultas; 3) Glicemia en primer control; 4) VDRL en primer control y tercer trimestre; 5) Grupo sanguíneo y RH; 6) Serología para Toxoplasmosis; 7) Antígeno para Hepatitis B; 8) Serología para enfermedad de Chagas; 9) Serología HIV; 10) Tres Ecografías obstétricas (1 por trimestre); 11) Detección de Diabetes Mellitus gestacional; 12) Urocultivo en el 2do. y/o 3er trimestre

Decreto 464/2008 (Compromisos de Gestión)

Salud de Niños y Adolescentes. Se exonera del pago de tasas a los controles de salud obligatorios, según protocolos establecidos por los Programas Prioritarios de salud, en las especialidades de Pediatría, Odontología, Oftalmología y Ginecología. Los controles obligatorios varían según edad, por ejemplo, los niños de hasta un año deben realizarse 11 controles obligatorios con Pediatra y 2 con Odontólogo.

Jubilados FONASA. Beneficios en materia de tasas moderadoras: dos ordenes a consultorio y una a domicilio mensuales (canjeable por una a consultorio), dos medios tickets de medicamentos o análisis clínicos, una rutina semestral y un ECG anual. Todos ellos acumulables por 12 meses.

Trabajadores FONASA. Carnet de Salud Laboral gratuito cada dos años. Para ello el usuario deberá haber tenido en los últimos 12 meses consulta con médico general y haberse realizado las rutinas de control.

Fuente: Informática Jurídica del MSP.

5.3.3. Fortalecimiento de las funciones inspectivas y de fiscalización sanitaria

Una de las responsabilidades principales de la autoridad sanitaria es el de verificar el cumplimiento de las condiciones sanitarias y estándares de calidad asistencial en el sistema de salud. Hasta el año 2005 el MSP contaba apenas con 20 inspectores distribuidos en diferentes

reparticiones. Su escaso número repercutía en que las responsabilidades de rectoría (tales como normatizar, habilitar y fiscalizar) se superpusieran en una misma dependencia e inclusive, en un mismo fiscalizador. Además, no existía un marco de referencia claro para la actuación de los funcionarios, que permitiera deslindar posibles vínculos laborales con las entidades reguladas (laboratorios, instituciones médicas, etc.). Como consecuencia de todas estas distorsiones, el número de habilitaciones de servicios y productos de salud era muy bajo. Al momento del cambio de administración, solo el 10% de los servicios de salud privados contaban con la habilitación de la autoridad sanitaria correspondiente. Se imponía entonces darle un decidido impulso al proceso de inspección, fiscalización y habilitación de servicios y productos.

Situación actual

Junto a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Dirección General de Salud elaboró un plan de reestructura que corrige la superposición de tareas de rectoría y se orienta por los valores esenciales de la imparcialidad, la legalidad e integridad, la transparencia, la eficiencia y la calidad de los resultados. Para tal fin, se crean en la órbita de la DIGESA tres nuevas divisiones: Fiscalización, Normas e Investigación y Habilitación Sanitaria. Cada una posee responsabilidades y equipos separados, bajo coordinación de la DIGESA.

Diagrama 4. Nuevas divisiones para el ejercicio de la Rectoría



Fuente: decreto 433/008 y DIGESA

1) División Fiscalización:

a) Departamento de Programación, Control y Logística.

Está compuesta por un grupo pequeño de personas, que tienen la responsabilidad de organizar, gestionar y evaluar la tarea del cuerpo de inspectores.

b) Departamento de Inspección.

- Organizados en equipos, cada uno con su coordinador respectivo.
- Bajo un régimen de capacitación continua.
- Con incompatibilidades claramente detalladas. El Decreto 590/008 establece un régimen de incompatibilidades con la tarea de inspección. Entre ellas, figura la dependencia, asesoría, auditoría, consultoría, sociedad o dirección de personas físicas o jurídicas, públicas o privadas que se encuentren bajo inspección de las oficinas de las que ellos dependen. Alta dedicación horaria a la función (8 horas diarias).

- Adecuación de los montos salariales adjudicados.
- Trabajo de los inspectores regulados por **Compromisos de Gestión**. El 10% del salario está asociado al cumplimiento de metas. Se fijan indicadores y metas de gestión trimestrales, cuyo cumplimiento será evaluado e informado por el Departamento de Programación, Control y Logística. El primer compromiso de gestión es para los meses de marzo, abril y mayo de 2009 y comprende las siguientes responsabilidades: a) curso de capacitación obligatorio para los funcionarios de la División de Fiscalización (con una asistencia exigida de 100%); b) concurrencia a las reuniones para análisis de casos y c) para aquellas de planificación de inspecciones y solución de inconvenientes en su desarrollo (90% de asistencia mínima); d) asiduidad (presentación de planillas con el control de horas dedicadas a cada empresa, institución, etc.).

2) División Normalización:

Dividida a su vez en: a) Departamento de Investigación y Programas de Salud y; b) Departamento de Desarrollo Normativo.

3) División Habilitación Sanitaria:

Dividida en: a) Departamento de Comunicación con el Usuario; b) Departamento de Evaluación; c) Departamento de Viabilidad Tecnológica en Salud y; d) Departamento de Planificación y Habilitación de los RRHH del Sector Salud.

En conclusión, la autoridad sanitaria cuenta ahora con un brazo renovado para ejercer sus responsabilidades de contralor y vigilancia. Además, ya podemos visualizar algunos resultados: un 35% de los servicios privados de salud ya tienen el trámite de habilitación completo. Además, hay otro 40% de instituciones que ya están en camino de lograrlo, con un cronograma claramente establecido para completar su proceso.

5.3.4 El efecto de la regulación sobre los tiempos de espera

Dentro de este marco regulatorio potenciado, el MSP monitorea los tiempos de espera para las consultas médicas a través del SINADI. En 2007 el MSP establece el decreto 359/007 que regula los tiempos de espera razonables en el sistema de salud. Como se puede ver en el cuadro 5.2, el crecimiento de usuarios que se produce a partir de 2007 y 2008, con la implementación de las leyes del SNIS no supone un aumento importante de los tiempos de espera. En realidad, si nos concentramos en las IAMC, podemos ver que la espera en las especialidades médicas y quirúrgicas está muy por debajo de los máximos admitidos. Donde si se observa un retraso relativo es en la espera para la consulta de pediatría (0,5 día) y ginecología (2,2 días).

Cuadro 5.2. Tiempos de espera en el sistema de salud, medido en días

	Norma	IAMC (*)		Seguros Privados (*)	
	2007	2006-2007	2007-2008	2006-2007	2007-2008
Consulta Externa					
Medicina General	1	1,2	0,9	0,8	0,6
Pediatría	1	1,4	1,5	0,8	0,5
Cirugía General	2	2	1,6	0,9	0,6

Ginecología	1	3,2	3,2	1,2	0,9
Especialidades Médicas	30	5,5	5,7	1	1
Especialidades Quirúrgicas	30	7,9	8,3	1,1	1

Fuente: MSP-SINADI. Nota: (*) Los datos se relevan a fines del primer semestre de cada año.

5.4. Fortalecimiento del primer nivel de atención y complementación público-privado

Como hemos planteado a lo largo de la publicación el objetivo central de esta reforma es mejorar la calidad de la atención y ello está ligado al fortalecimiento del primer nivel de atención y esto muy en línea con la mejora de los procesos de complementación asistencial, público – privado, privado – privado y público – público.

La aplicación efectiva de una estrategia de Atención Primaria en Salud implicó poner en el centro de todo el sistema las necesidades y los derechos de los ciudadanos a través de la prevención de la enfermedad, la educación y promoción de la salud poniendo énfasis en el desarrollo activo de conductas de cuidado y participación social.

Para ello fue fundamental la integración a través de programas de las acciones de salud colectiva que actuaran sobre los hábitos de la gente y al contexto en que desarrolla su actividad. En esa línea van el programa antitabaco, los programas de hábitos y alimentación saludables.

Y junto a ellos se cuenta con un conjunto de programas prioritarios cuyo desarrollo se extiende tanto al sector público como privado y hoy son obligatorios en todas las instituciones a través de la firma de los contratos de gestión entre la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y los prestadores. El recuadro siguiente contiene los principales programas.

Recuadro 5.3. Programas prioritarios de atención en salud

Programa Nacional de Nutrición
Programa Nacional Mujer y Género
Programa Nacional de Salud Bucal
Programa ITS/SIDA
Programa Nacional de Discapacidad
Programa Nacional de Salud Mental
Programa Nacional Niñez
Programa de Control de Tabaco
Programa de Usuarios problemáticos de drogas.
Programa Nacional de Adolescencia
Programa Nacional de Adulto Mayor

Fuente: Compromisos de Gestión de la JUNASA. Decreto 464/008

Respecto a la complementación, el otro eje fue el de establecer una política de coordinación y complementación asistencial entre prestadores. Para tal fin, el MSP ha impulsado de manera activa esta política desde el año 2005. Con la creación de la JUNASA esta política

recibe un decido impulso, siendo la Junta la responsable de controlar los contratos y convenios entre prestadores de salud.

Para fines de 2008, el registro de convenios de la JUNASA muestra la existencia de 80 convenios diferentes de complementación asistencial en 12 departamentos del país. Los departamentos de Canelones y Maldonado lideran la estadística (21 y 12 convenios de complementación). Participan de estos convenios por lo menos 45 organizaciones diferentes. Entre ellos tenemos 13 instituciones públicas y 32 instituciones privadas. La ASSE participa casi en la totalidad de los convenios realizados, como la contraparte pública de la complementación asistencial. En el sector privado participan prestadores privados, integrales y parciales, pero también organizaciones sociales, como por ejemplo Sindicatos y Asociaciones de Fomento Rural.

Cuadro 5.3. Actividades de complementación: la experiencia de Canelones		
Instituciones Públicas	Instituciones Privadas	Zona y objeto del acuerdo
	SMI,CCOU,CASA DE GALICIA, HOSP.EVANG, UNIVERSAL	TOLEDO: sedes secundarias con atención y registros únicos compartidos
	SMI,CCOU,CASA DE GALICIA, HOSP.EVANG, UNIVERSAL	BARROS BLANCOS: sedes secundarias con atención y registros únicos compartidos
	SMI,CCOU,CASA DE GALICIA, HOSP.EVANG, UNIVERSAL	SALINAS: sedes secundarias con atención y registros únicos compartidos
	SMI, UNIVERSAL	LAS PIEDRAS: sedes secundarias con atención y registros únicos compartidos
	SMI, UNIVERSAL	CIUDAD DE LA COSTA: sedes secundarias con atención y registros únicos compartidos
ASSE	CUDAM	TOLEDO: especialidades básicas, urgencia, registros únicos, vademecum, paraclínicareferencia y contrareferencia
ASSE	CRAMI, MUCAM	SAUCE: puerta única, urgencia y emergencia, vademecum, registros únicos
ASSE	COMECA	STA. LUCÍA: promoción, prevención y atención (embarazadas, niños, plan aduana,adultños mayores, registros únicos
ASSE	COMECA, CCOU	STA.ROSA: atención urgencia y emergencia. Especialidades básicas , registros únicos
ASSE	CAAMEPA, CASMU,MUCAM	SUAREZ: atención urgencia y emergencia. Especialidades básicas , registros únicos,vademecum común para urgencia y emergencia
ASSE	CAAMEPA, CASMU,MUCAM	MIGUES-MONTES: urgencia y emergencia, odontología, referenica crto. Aux. Tala, complementación de especialidades

Cuadro 5.3. Actividades de complementación: la experiencia de Canelones

Instituciones Públicas	Instituciones Privadas	Zona y objeto del acuerdo
ASSE	CCOU	ATLÁNTIDA: urgencia y emergencia, especialidades básicas, registros únicos
ASSE	CCOU	COL. NICOLICH: urgencia y emergencia, especialidades básicas
ASSE	CCOU, CRAMI, COMECA	TALA: puerta única en ASSE, especialidades básicas, laboratorio y radiología de primer nivel, otras especialidades, servicios de apoyo.
ASSE, MIN. DE DEFENSA	CCOU, CRAMI, MUCAM	SAN RAMON: puerta única en ASSE, especialidades básicas
ASSE: CTRO. AUX. TALA, HOSP. MINAS		TALA: internación quirúrgica, atención de primer nivel, atención de 2º nivel en Minas, paraclínica 1er. Nivel en Tala
ASSE, FAC. MEDICINA,		TALA: atención de urgencia, referencia y contrareferencia especialidades, atención cubierta por FNR, 1er. Nivel ambulatorio, georeferenciación Canelones Este
MSP, MIN. INTERIOR		Educación, promoción y prevención de salud, seguridad ciudadana
MSP, COMUNA CANARIA		COMUNA CANARIA: apoyo a políticas dep. de salud, programa salud buca, aporte RRHH. MSP-DDS: articulación de programas de promoción
MSP-DIGESA	COMECA	Programa de Salud Bucal
MSP-DIGESA	CRAMI	Programa de Salud Bucal

Fuente: los datos son de JUNASA, noviembre de 2008.

El cuadro 5.3 presenta una muestra de los convenios que se registran en el departamento de Canelones³⁷. Todos estos convenios tienen como propósito garantizar la atención integral de los usuarios del SNIS, y comprenden una heterogénea variedad de actividades. Los convenios abarcan desde la complementación para garantizar atención básica y especialidades médicas, hasta la conformación de puertas de emergencia comunes, laboratorios, utilización de blocs quirúrgicos y actividades de promoción en salud.

5.5. Mayor accesibilidad a la población: política de rebajas de tiques y órdenes

Uno de los problemas de la atención en salud en el Uruguay era que muchos usuarios a pesar de tener el acceso por ejemplo a través de la seguridad social a la salud, no la utilizaban por el costo de los tickets y las ordenes. El MSP aplicó desde el primer día una política selectiva de rebajas de precios de copagos, buscando reducir las barreras al acceso de grupos

37 En el sitio web de la JUNASA están disponibles los convenios registrados en todo el país. Ver en: http://www.msp.gub.uy/ucjunasa_2554_1.html.

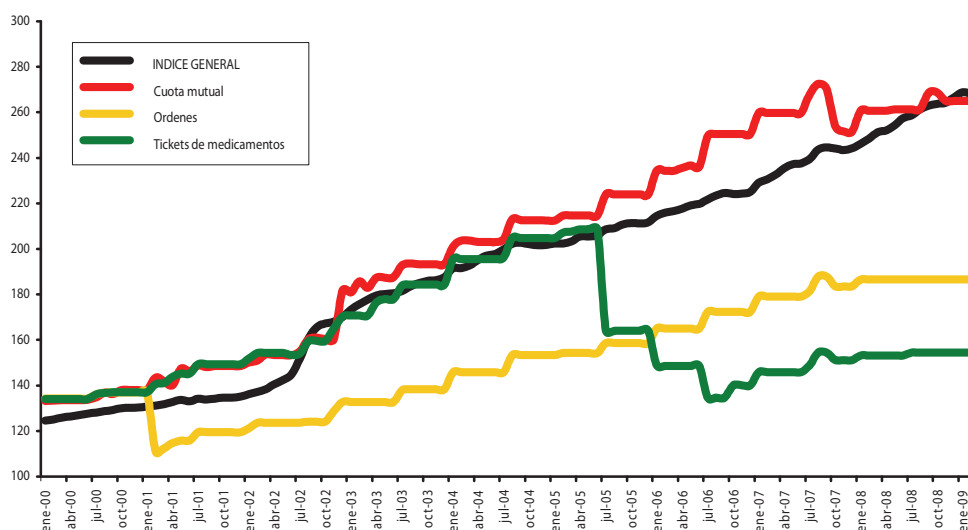
de población vulnerables. El recuadro siguiente muestra una selección de las principales políticas implementadas en los primeros tres años.

Recuadro 5.4. Principales acciones de rebajas de tiques y órdenes

- Rebaja de 40% de Tickets de medicamentos
- Gratuidad de acceso para la población diabética
- Gratuidad de exámenes para control de embarazo
- Gratuidad de exámenes preventivos para mujeres: mamografía y papanicolau (PAP).
- Reducción de ticket de medicamentos para la población hipertensa a un máximo de 50 pesos.
- Set de tickets gratuitos para jubilados que ingresen por el FONASA que significa para ellos un ahorro de 500 pesos mensuales promedio.
- Gratuidad total para los 9 controles preventivos de los menores hasta 14 meses.

El gráfico 5.5 que se presenta a continuación, muestra la información relativa a la evolución de los precios de cuotas y tasas moderadoras entre el año 2000 y enero de 2009. En particular se observa una importante caída del índice correspondiente a tickets de medicamentos a partir de Julio/2005 y hasta Julio/2006, manteniéndose luego en su nivel inferior. Por otra parte, se puede ver cómo el precio de las órdenes, creció a tasas menores que la cuota mutua.

Gráfico 5.5 - Evolución de los principales índices de precios del sector salud



5.6- Descentralización y fortalecimiento del Presupuesto de ASSE y mayor justicia en la distribución del gasto en salud

Uno de los pilares de esta reforma es el cambio en la distribución del gasto entre salud pública y privada. En 2004 mientras el gasto por usuario en ASSE era en precios corrientes del orden de los 280 pesos, DISSE pagaba a las mutuales un promedio de 900 pesos. Es decir 3 a 1 era la relación de gasto.

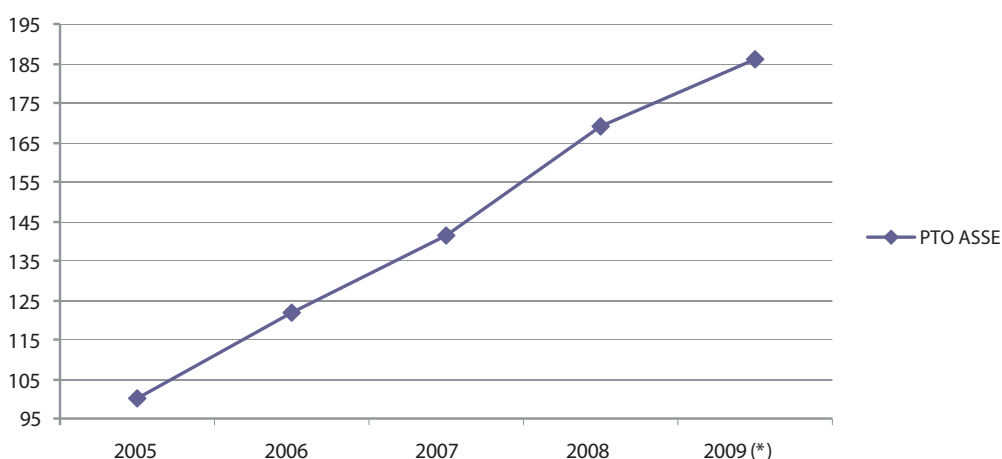
Uno de los ejes de la política presupuestal del gobierno fue la redistribución del gasto hacia lo social. Para ello contó con tres fuentes de ingresos:

- La mejora de la recaudación proveniente del crecimiento económico y de la reducción de la evasión fiscal.
- La reducción de 25 a 13% del peso del pago del servicio de la deuda pública fruto de la renegociación de ésta, del pago de parte de la deuda y de la superación de los condicionamientos del FMI a partir de su alejamiento como acreedor.
- Una reducción de gastos improductivos, innecesarios y de nulo impacto social.

Todo ello permitió el aumento del gasto social en educación, en protección social, en las nuevas Asignaciones Familiares (AFAM) y en Salud, tanto para contribuir al financiamiento del FONASA para el ingreso de menores y jubilados como para ASSE directamente. En este proceso, ASSE se transformó en un servicio descentralizado, y aumentó su presupuesto de un orden de 4.600 millones de pesos en 2005 a más de 12.000 millones en 2009 a precios corrientes. La gráfica muestra el crecimiento en precios constantes que significa que tomando como base 100 en el año 2005 llegamos, a precios constantes, a casi el doble de presupuesto (185) en 2009.

Gráfico 5.6 - Índice de crecimiento del presupuesto de ASSE

Precios constantes Base 100 = 2005



Fuente: Gerencia Financiera de ASSE

Este aumento presupuestal se volcó en primer lugar a aumentar los salarios de los trabajadores no médicos que en términos reales al final del período de gobierno crecerá un 40%, es decir el doble de lo perdido durante los 5 años anteriores. Para el caso de los salarios médicos

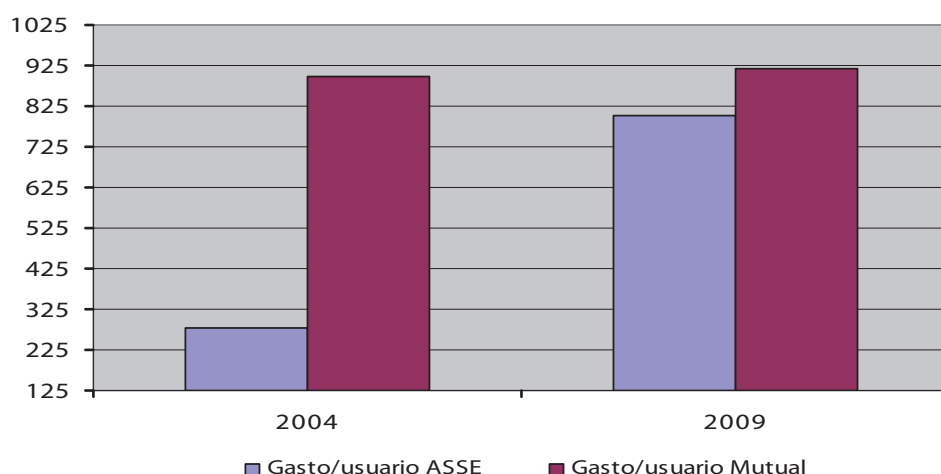
el salario mínimo ya se ha multiplicado por 3 y terminará multiplicado por 6 al final del periodo de gobierno, desde 4.500 pesos a 25 mil pesos en enero de 2010.

En lo que se refiere al gasto en inversión y funcionamiento se ha priorizado el primer nivel de atención tanto en Montevideo (la llamada RAP, Red de Atención de Primer nivel) como en el interior del país aumentando mucho más que proporcionalmente los centros de salud de las zonas más alejadas de las capitales departamentales.

El resultado final de este proceso es la reducción sustantiva de la brecha entre gasto ASSE y gasto mutual que de 3 a 1 pasó a 1,12 a 1, es decir casi similar. La gráfica siguiente compara las dos fotos: los niveles de gasto por usuario en 2004 y el que se llegará en 2009.

Gráfico 5.7. Cáputa promedio por usuario de las IAMC y ASSE, 2004-2009

GASTO POR USUARIO POR MES EN ASSE



Fuente: MSP y ASSE

5.7 Democratización del sistema. Participación social.

Uno de los principios rectores de la acción del MSP ha sido el de alentar la participación social en los procesos de formación de las políticas de salud. Esto se aprecia en varias acciones, que han sido señaladas anteriormente. El decreto 133/005 creó el Consejo Consultivo, que agrupa a todos los actores del sector salud. La ley 18131 creó el FONASA e incluye una Comisión de Seguimiento del Fondo, con participación de trabajadores y empresarios. Luego, la ley 18161 crea ASSE como servicio descentralizado e incorpora en su directorio un representante de los trabajadores y un representante de los usuarios. Finalmente, la ley 18211 crea la Junta Nacional de Salud como órgano de administración del Seguro Nacional de Salud con la participación de un representante de los usuarios, uno de los trabajadores y otro de las empresas del sector salud.

La ley 18211 plantea además como un objetivo del SNIS el fomento de la participación de trabajadores y usuarios (Art. 4, literal G). La ley dice también, en su artículo 12, que para integrar el SNIS es obligatorio que "...las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios." En tal dirección, el Decreto 269/008 reglamenta las características de estos Consejos Consultivos y Asesores de los

prestadores privados. La ASSE ya tiene integrados a usuarios y trabajadores en su directorio, según indica su propia ley constitutiva. En el sector privado, todas las IAMC ya tienen integrados sus CCA. En Montevideo, la última conformación se dio el 25 de setiembre de 2008 y, en el interior del país, el 26 del mismo mes. En el recuadro 5.5 se muestran las características principales de estos nuevos espacios para la participación social.

Recuadro 5.5 - Consejos Consultivos y Asesores de los prestadores privados (CCA)

Integración

Están compuestos por 6 integrantes honorarios: 2 por el prestador, 2 por los usuarios y 2 por los trabajadores. Al menos uno de los representantes del prestador deberá ser integrante de su órgano de gobierno o ejercer una posición de alta jerarquía. Ocupan sus cargos por 2 años y pueden ser reelegidos una sola vez. Cada miembro tiene un alterno.

Responsabilidades

El prestador debe proveer a los CCA de informaciones tales como: estados de resultado; ingresos y egresos de caja; estado patrimonial y composición de pasivos; número y estructura de afiliados; y la estructura de los recursos humanos.

Se reúnen mensualmente o de forma extraordinariamente en caso de necesidad. Pueden además, crear grupos de trabajo que incluyan a los alternos y asesores. En términos formales, las propuestas de los CCA son no vinculantes para el prestador. Pero las Instituciones están obligadas a atender estas recomendaciones y darles una respuesta. Los CCA pueden presentar sus informes o notas de disconformidad a la JUNASA.

Competencias

Apoyar campañas de promoción y prevención de la salud.

Emitir opinión y formular propuestas sobre estrategias, políticas, planes, programas y acciones que hagan a la gestión del prestador.

Expedirse sobre los asuntos que someta a su consideración el prestador.

Evaluar el desarrollo en su Institución de los Programas de Atención Integral a la Salud aprobados por el MSP.

Velar por la calidad de los Servicios de Salud que brinde el prestador.

Participar en el análisis y evaluación de las reclamaciones de los usuarios del prestador, pudiéndose contactar y coordinar acciones con las Oficinas de Atención al Usuario y otros órganos con funciones similares.

Promover acciones encaminadas a fortalecer el compromiso de los usuarios y trabajadores con al gestión del prestador.

Tomar conocimiento de los balances y memorias de la entidad a la que pertenece.

Fuente: Decreto del PE 269/2008

5.8. Efectos del SNIS sobre la distribución del ingreso

La reforma de la salud persigue un objetivo de justicia social, esto es, que cada cual aporte según su capacidad contributiva, mientras reciba atención según su necesidad. En este apartado presentamos los resultados de un estudio prospectivo de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) y las primeras mediciones de pobreza del INE.

En el 2007 la OPP realizó un estudio de evaluación prospectiva sobre el impacto esperado sobre la pobreza y la indigencia de tres políticas centrales del gobierno: Plan de Justicia social, Sistema Nacional Integrado de Salud y Reforma Tributaria. El estudio procuraba anticipar el efecto combinado de las tres principales políticas públicas del gobierno sobre la distribución del ingreso.

En el estudio, se estima que la pobreza se reduce 5 puntos porcentuales con la introducción de las tres reformas, lo que implica una caída del orden del 18%. El efecto global se explica en mayor medida por el efecto del Plan de Equidad, seguido de la Reforma de la Salud y en última instancia por la Reforma Tributaria. No obstante, se estimó adicionalmente, una reducción de casi un punto porcentual asociada a la reducción del IVA y la eliminación del COFIS en la Reforma Tributaria. Por otro lado, la indigencia se reduce aproximadamente un 61%, lo que está casi exclusivamente explicado por el impacto del Plan de Equidad.

Cuadro 5.4 - Impacto sobre la Pobreza e Indigencia de las tres reformas

	Indigencia			Pobreza		
	Antes	Después	Variación	Antes	Después	Variación
TODAS LAS REFORMAS						
Mejora	3.5%	1.3%	-61%	26.5%	21.8%	-18%
REFORMA TRIBUTARIA						
Escenario 1 - IRPF	3.5%	3.5%	0%	26.5%	26.3%	-1%
REFORMA DE LA SALUD						
Mejora	3.5%	3.3%	-4%	26.5%	24.4%	-8%
PLAN DE EQUIDAD						
Mejora	3.5%	1.4%	-60%	26.5%	24.2%	-9%

Fuente: OPP(2007)

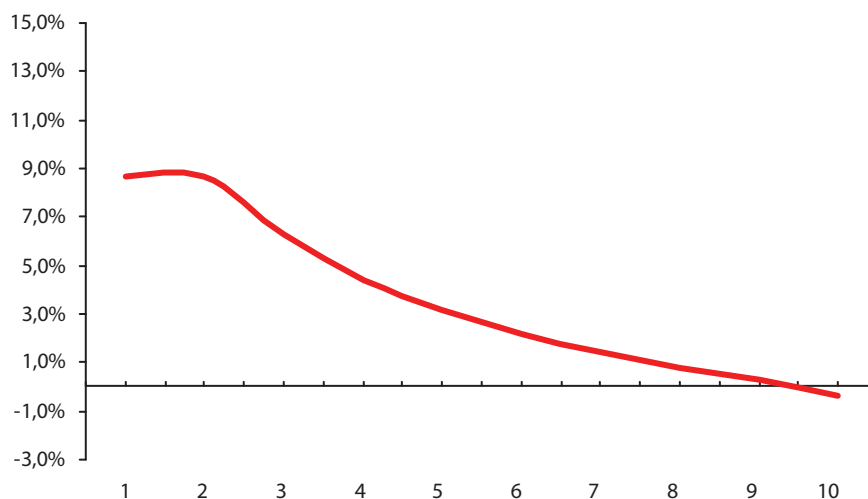
Las reformas generan una reducción de la pobreza significativamente mayor en el Interior del país. Asimismo, tienen un impacto mayor sobre la pobreza de los menores de edad. La pobreza entre los menores de 18 años pasa del 45% al 37%, considerando la situación sin y con reformas respectivamente, lo que supone una reducción superior al promedio. Es importante tener en cuenta que los efectos mencionados son consistentes con el hecho de que buena parte de los objetivos de las reformas, en especial del Plan de Equidad y la Reforma de la Salud, están vinculados a mejorar la calidad y ampliar la cobertura en la protección social dirigida a los niños.

Por otro lado, las reformas tienen un efecto desconcentrador del ingreso. La desigualdad se reduce, lo que se expresa en una caída del índice de Gini y en una mejora relativa de la participación en el ingreso total de los estratos más pobres de la población. Se observa que

en el primer decil el ingreso per cápita aumenta en promedio un 37% por efecto de las reformas; los incrementos son relativamente menores a medida que se consideran deciles de ingreso per cápita mayores. Mientras tanto en el último decil, donde se localiza la población de mayores ingresos relativos, se registra una reducción promedio del ingreso del orden del 6%.

Las mejoras de ingresos en los deciles bajos y medios y la reducción en los deciles más alto exclusivamente para salud se ven en la gráfica siguiente.

Gráfico 5.8 - Impacto esperado de la Reforma de la Salud sobre la distribución del ingreso de las familias uruguayas



Fuente: OPP (2007)

Por último, el estudio cuantifica la magnitud de las personas beneficiadas y ofrece una caracterización del perfil de las mismas. Los beneficiados netos de las reformas son quienes ven incrementado su ingreso siendo este grupo una mayoría que alcanza al 61% de la población. Mientras tanto, el grupo en el que disminuye su ingreso alcanza el 21% y en quienes se mantiene representan un 18%. Si se agrega el efecto de la reducción del IVA y la eliminación del COFIS el grupo beneficiado por las Reformas supera el 80% de la población.

Los beneficiados se extienden entre los estratos medios y se concentran significativamente en los estratos bajos. Por otro lado, la proporción de estos es relativamente mayor en el Interior, lo que resulta consistente con el hecho, ya comentado, de que la reducción de la pobreza por efecto de las reformas es relativamente superior en el Interior. A su vez, debe señalarse que ocho de cada diez menores de 18 años se ven beneficiados por las reformas. Nuevamente, desde esta otra perspectiva, las reformas tienen efectos positivos diferenciales sobre los menores de edad.

Finalmente, con las primeras etapas de la reforma de salud culminadas, según un informe del INE (2008), durante el primer semestre de 2008, la pobreza se redujo a 21,7%. Esto significa una reducción respecto al mismo semestre del año 2007 de 4,7 puntos porcentuales, lo cual implica que alrededor de 150 mil personas captaron ingresos que les permitieron superar la línea de pobreza. Según el estudio, una parte importante de este descenso se explica por la incorporación de los menores de 18 años al FONASA. De no considerar la incorporación

de menores de 18 años al Seguro Nacional de Salud, la pobreza se hubiese ubicado en 24,1%. Esto es, 2,3 puntos porcentuales, casi la mitad del total de reducción neta de la pobreza, se deben a la reforma de salud.

En síntesis, la reforma de la salud supuso una transferencia directa de recursos hacia los hogares con menores de 18 años. Los estudios de distribución del ingreso confirman esta idea. Pero además, no debemos olvidar el impacto económico que las rebajas de tickets y órdenes en la economía de las familias, así como las mejoras por vía de las transferencias no monetarias (aumento del presupuesto de ASSE donde van los sectores de menores ingresos) y en ese caso la distribución de ingresos generada por la Reforma de la Salud es aún mucho más relevante.

5.9. El derecho a la movilidad entre prestadores de salud

En el año 2000 se suspende la posibilidad de que los usuarios amparados por DISSE puedan cambiarse de mutualista. Esto se dio en el marco de la crítica situación de las IAMC, tal cual fuera mostrado en el capítulo dos. Desde ese momento, cuando un trabajador ingresaba al seguro de salud del BPS, elegía una mutualista y entraba en lo que se denominaba “corralito mutual”.

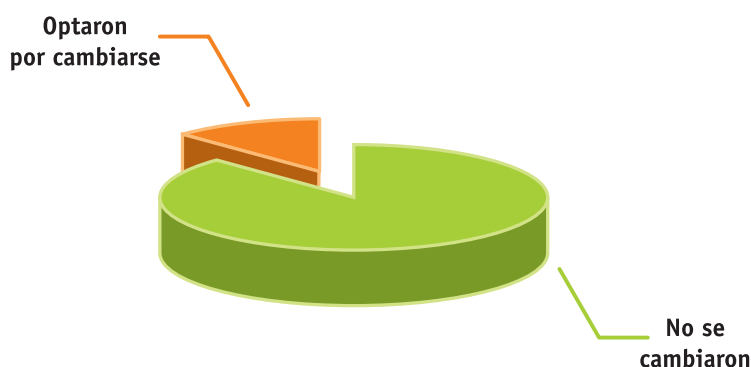
Esta situación termina con el decreto 683/2009, que genera la posibilidad de que los usuarios del SNIS amparados por el Seguro Nacional de Salud, pudieran cambiarse de prestador. La elección que realice el usuario tendrá una vigencia mínima de tres años, para garantizar una planificación asistencial adecuada por parte de los prestadores de salud. En esta oportunidad se habilitó esa opción durante el mes de febrero de 2009, para aquellos usuarios que cumplieran con alguna de las siguientes condiciones:

Diez años de afiliación continua a la misma Institución de Asistencia Médica Colectiva (por la vía de ex DISSE y actualmente FONASA). Durante esos diez años, pueden haber existido interrupciones en la suspensión de aportes a la seguridad social, siempre y cuando, ninguna de las mismas haya superado los 120 días.

Haber sido afiliados de oficio a la ASSE, por no haber cumplido con los plazos para optar por una nueva institución prestadora.

Una vez cerrado el período en el cual se podía efectuar el trámite, se pudo evaluar la intensidad de esa movilidad entre prestadores.

Gráfico 5.9 -Cambio de mutualista, en porcentaje del total



De los 163.788 usuarios que estaban habilitados a cambiarse, sólo lo hicieron 20.213, que representan el 12,3% del total. Si observamos el comportamiento de los pasivos y los activos por separado, se evidencian algunas diferencias. En el caso de los pasivos, estaban habilitados 19.777 y optaron por cambiarse 497 (2,5%). Para los trabajadores activos la movilidad fue mayor y de los 144.011 habilitados, hicieron uso de esa posibilidad 19.716 (13,7%).

Cuadro 5.5 - Movilidad de los usuarios, según condición de actividad

	Total Cambios	Relación Totales	Relación Pasivos	Relación Activos
Usuarios MVD	9.107	11,8%	3,9%	13,0%
Usuarios Interior	11.106	12,8%	1,1%	14,3%
Totales:	20.213	12,3%	2,5%	13,7%

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco de Previsión Social.

Por último, al discriminar entre las IAMC cuya sede principal está en Montevideo y aquellas que la tienen en el interior del país, encontraremos comportamientos similares a nivel agregado. Optaron por salir de su anterior mutualista 11,8% de los usuarios de Montevideo y 12,8% de los del interior. Sin embargo, se puede observar que los pasivos afiliados a una IAMC de Montevideo que optaron por cambiarse, casi cuadruplican a los afiliados a una del interior, siendo las relaciones de 3,9% y 1,1% respectivamente.

5.10 La Reforma de Salud en opinión de los usuarios

La creación del SNIS supone un cambio de enorme magnitud para el sector salud. Contar con el apoyo y el conocimiento ciudadanos es una variable crítica, por que aporta legitimidad a los procesos de cambio y garantiza sustentabilidad al proceso. El apoyo ciudadano es clave, no solo en un proceso complejo y de largo aliento, como supone la creación del SNIS, sino también para proteger a las políticas públicas frente a los vaivenes de la vida política nacional.

Según estudios técnicos de opinión, realizados por la consultora Equipos-Mori, dos de cada 3 ciudadanos (65%) evalúan favorablemente los efectos que la Reforma de la Salud tiene para el país³⁸. Este grupo se divide entre un 55% del total opina que es “Buena” y otro 10% que es “Muy Buena”. En contrapartida, uno de cada diez (10%) la evalúa negativamente. Ese grupo está compuesto por un 9% que la califica como “Mala” y un 1% que la califica como “Muy Mala”.

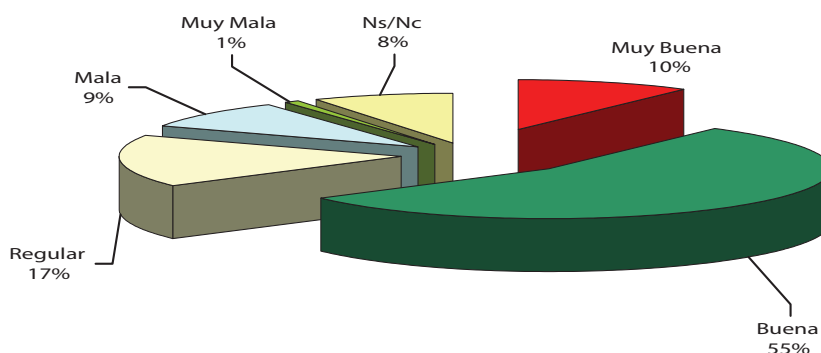
Estas altas cifras de apoyo son consistentes con otros estudios de opinión pública. En un estudio realizado en diciembre de 2008 por la empresa Cifra³⁹, ésta encuentra que un 70% de

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

39 “La atención a la salud en Uruguay”. Informe elaborado para el Ministerio de Salud Pública por Cifra - González Raga & Asociados. Diciembre de 2008.

los encuestados manifiesta que la Reforma de la Salud es “Positiva” o “Muy Positiva” para el conjunto de la sociedad, mientras que un 13% la evalúa como “Negativa”⁴⁰. Por otra parte, el 54% entiende que la atención a la salud ha mejorado durante este gobierno.

Grafico 5.10 - Opinión ciudadana sobre la Reforma de Salud



Fuente: Elaboración propia en base a Monitor de Opinión Pública.
Informe de Equipos Mori para la Presidencia de la República.

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

En lo que respecta al nivel educativo, el 78% de los ciudadanos que no completaron el ciclo de enseñanza primaria piensa que la reforma es buena o muy buena. La proporción de los ciudadanos con secundaria completa o incompleta que evalúa como buena o muy buena la reforma, se ubica en el entorno del 65%. Por último, según nivel socioeconómico, aquellos que se identifican dentro del nivel socioeconómico “bajo” tienen una opinión favorable en una proporción del 75%. En el otro extremo, quienes tienen un nivel socioeconómico “alto” o “medio-alto” evalúan positivamente a la reforma en una proporción del 60%⁴¹.

La evolución de las opiniones

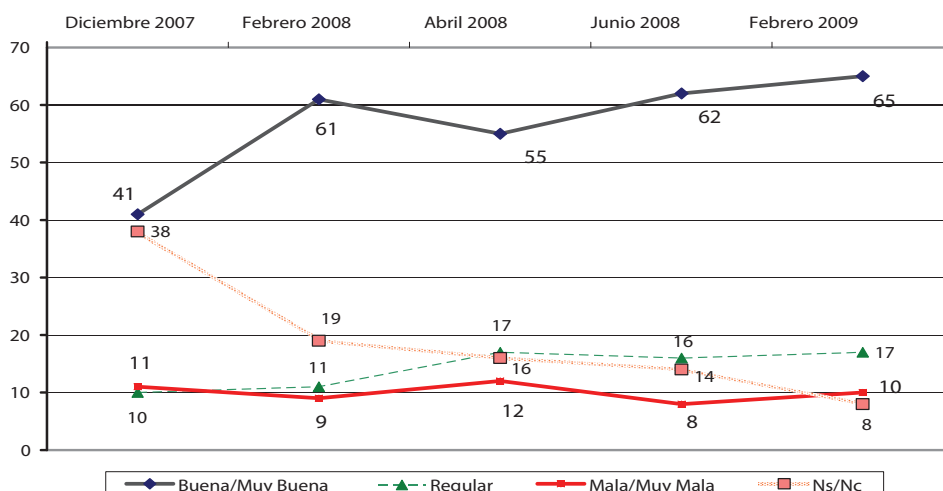
Como fuera mencionado anteriormente, los principales cambios del SNIS se terminan de introducir en 2008. El Gráfico 5.10, muestra una tendencia creciente en la evaluación positiva de reforma de salud, pasando de 41% a 65% de juicios positivos. Por otro lado, un elemento importante y muy notorio es cómo con el transcurrir del tiempo, más usuarios van formando opinión respecto al tema. Aquellos que dijeron no saber o prefirieron no contestar la pregunta,

40 La pregunta en esta oportunidad fue: “La reforma de la salud: ¿será positiva o negativa para el conjunto de la sociedad?”.

41 El estudio de Cifra también concuerda con las tendencias que muestra Equipos-Mori. Esto es, los niveles socioeconómicos medios y bajos son quienes muestran mayores índices de aceptación respecto a la reforma,

descendieron desde un 38% en diciembre de 2007, a un 8% en febrero de 2009. Finalmente, cabe decir que las valoraciones negativas o regulares, se mantienen relativamente estables. Las mismas se ubican en el entorno del 10% para las primeras y del 15% para las últimas.

Gráfico 5.11 - Opinión sobre la reforma de la salud. Dic.07 - Feb.09



Fuente: Elaboración propia en base a Monitor de Opinión Pública.
Informe de Equipos Mori para la Presidencia de la República.

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

6. El Futuro de la Reforma

Para una Democracia consolidada como es la uruguaya, las instancias partidarias de discusión y elaboración programática constituyen la savia vital de la política. Por tal motivo, los lineamientos partidarios, que son presentados a la ciudadanía para su aprobación, constituyen un punto de partida fundamental para discutir el futuro del SNIS. En tal sentido, el Programa de Gobierno aprobado por el V Congreso Extraordinario Zelmar Michelini, realizado en Diciembre de 2008, establece que:

“El objetivo central para el próximo período de gobierno será completar y profundizar la implementación del SNIS avanzando en los cambios en el modelo de financiación, de gestión y de atención a la salud, garantizando el acceso universal a la cobertura de salud, alcanzando metas sanitarias prioritarias en un contexto social y cultural de mayor calidad de vida”.

Este objetivo general se expresa a su vez en seis puntos, los cuales son:

6.1. FORTALECER LA RECTORIA DEL ESTADO

El proceso iniciado de recuperación de la Rectoría desde el MSP y la creación de la JUNA-SA debe continuar para seguir garantizando los derechos exigibles de los usuarios del sistema, asegurando el acceso al conjunto de prestaciones integrales a todas las personas.

Este fortalecimiento debe incluir las dimensiones de conducción de la política sectorial, la regulación y control de bienes, servicios y recursos humanos, la modulación del financiamiento y la garantía del aseguramiento con justicia social, tanto en los aportes como en la calidad e integralidad de las prestaciones de los diferentes efectores a los usuarios del sistema.

La Rectoría debe incorporar también la promoción de mecanismos de complementación e integración de los prestadores públicos y privados para asegurar el acceso equitativo de todos los ciudadanos a servicios de calidad con una utilización eficaz y eficiente de los recursos de los que dispone el sector salud en su conjunto.

Está claro, como lo desarrollamos al comienzo del libro que la proyección estratégica de la Rectoría debe inscribirse en el marco de un objetivo programático más general y nacional del fortalecimiento del Estado orientado al aseguramiento universal y al reconocimiento de los derechos ciudadanos.

En este período próximo debe adquirir más fuerza la definición de un Estatuto del Trabajador de la Salud que incluya aspectos de protección al trabajo, definición de roles, criterios respecto a remuneraciones en la perspectiva de adecuar el sistema de pago al fortalecimiento del primer nivel de atención, multiempleo, entre otros temas.

6.2 AFIRMAR ASSE Y EL SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN

En el desarrollo integral del SNIS el gobierno del Frente Amplio asignó un rol fundamental al fortalecimiento del sistema público de atención a la salud y en particular de ASSE. El

liderazgo estatal es un componente básico para el funcionamiento del conjunto del sistema integrado. Al completar el proceso de conformación del Seguro Nacional se equiparán los montos (capitas) asignados para todos los usuarios del área pública y privada, que como hemos visto ya están muy cercano.

Hoy el financiamiento necesario para dicho objetivo es de 65 millones de dólares, la tercera parte del aumento presupuestal recibido por ASSE en este quinquenio.. La inversión en policlínicas, centros de salud y hospitales que ha sido sustancialmente superior a los períodos anteriores, deberá completar la recuperación de la infraestructura asistencial.

En el marco de su fortalecimiento es necesario conformar en ASSE unidades ejecutoras del primer nivel de base regional en el interior del país, a efectos de dotar al primer nivel de recursos propios (RRHH, financiación del funcionamiento, inversiones, etc.) que sean administrados desde una lógica genuina de priorización del primer nivel. E

El sistema público cuya columna vertebral es ASSE incluirá a los servicios universitarios, municipales, de la Seguridad Social, Policial y Militar y coordinará con los servicios de salud comunitarios. Se deberán implementar mecanismos formales de coordinación y complementación de los servicios de salud del estado a modo de una comisión articuladora de los efectores del estado, con capacidad de decisión sobre los servicios que prestan los diversos efectores estatales.

6.3. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE USUARIOS Y TRABAJADORES

La participación social ha sido una estrategia prioritaria que involucra al modelo de atención a la salud y al modelo de gestión de las instituciones sanitarias.

La incorporación de dicha participación a la Junta Nacional de Salud y el Directorio de ASSE, es un paso relevante en esa dirección. En el próximo período se promoverán vínculos estables y permanentes de dichas representaciones con ámbitos locales promoviendo la mayor participación ciudadana en la defensa de la salud.

Articulada en esa línea de trabajo ampliaremos la construcción de una gama diversa de ámbitos de participación social que desde los espacios territoriales y los espacios institucionales hasta las representaciones en la Junasa y el directorio de ASSE configure una verdadera red de salud. Junto a los mecanismos de representación importa fortalecer la participación directa de la población recogiendo ricas experiencias locales e innovando para gestar procesos mas amplios.

El SNIS promoverá la realización de Conferencias Nacionales sobre temas priorizados de salud cada dos años, como instrumentos para promover la participación social y su interacción con los actores técnicos e institucionales.

6.4. EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD

La transformación del modelo de atención ha comenzado y continuarla requiere nuevos y mayores pasos, hacia un cambio cultural que va desde las instituciones y los técnicos a los estilos de vida de la población. La participación comunitaria es un protagonista decisivo de esos procesos.

La educación para la salud desde la perspectiva de una estrategia de Promoción de salud que es clave y deberá abordar diferentes líneas de acción como Espacios de Educación Popular al mismo tiempo que aspectos legislativos que apoyan y estimulen los hábitos de vida

saludables, de modo tal que las conductas más saludables sean las más fáciles para la población.

Debe profundizarse la “canasta de prestaciones” que forman parte del PIAS (Plan Integral de Atención a la Salud), incluyendo aspectos trascendentes para asegurar calidad, integralidad y perspectiva de derechos. Ejemplos claves y estratégicos: detección precoz, seguimiento y atención a alteraciones del desarrollo infantil; atención integral a la salud bucal, atención a las alteraciones de la agudeza visual en niños, salud mental, programa de nefroprevención; vasectomía gratuita para varones, entre otros.

6.5. TODA LA POBLACIÓN DENTRO DEL SEGURO DE SALUD

El proceso debe completar el vínculo entre el seguro nacional de salud tal como fue diseñado en lo conceptual y el SNIS de manera que, al final del segundo gobierno del Frente Amplio todos los miembros del SNIS estén financiados a través del SNS.

Por ende el FONASA debe completarse con la integración progresiva de toda la población. La ley 18.211 ya prevé el ingreso de los cónyuges de los contribuyentes, los profesionales, las cajas de auxilio y también de los trabajadores municipales. Pero interesa estimar los costos de incorporar a la población que todavía está por fuera del Seguro de Salud, esto es, la población que hoy está amparada por ASSE.

El costo fiscal de concluir el proceso de ingreso al SNS en 2012, más allá de lo ya previsto en la ley, sería de 69 millones de dólares. Nuestra estimación supone que habría una reducción de la cápita de 14,7% (debido a la incorporación de población adicional a las IAMC); se mantendría el presupuesto de ASSE del 2009; no habría una caída del empleo formal; y ya se cuenta con los recursos necesarios para cumplir con la ley 18.211. En otras palabras los 69 millones son el costo adicional que se estima, por encima del gasto ocasionado por aplicar la ley 18.211.

Entonces, se trata por lo tanto de consolidar el Seguro de Salud universal, estableciendo claramente y ampliando sus fuentes de financiación, con criterios de justicia tributaria. Al mismo tiempo el financiamiento deberá seguir su alineamiento con el cambio en el modelo de atención a través de incrementar y diversificar los pagos por metas asistenciales ligadas en particular al fortalecimiento del primer nivel de atención, a la complementación público – privado y a la formación de los recursos humanos en salud.

6.6. FIJACIÓN DE METAS SANITARIAS CLARAS

Los pasos dados para constituir el SNIS han permitido iniciar un rumbo de transformaciones estructurales.

Hoy es posible la fijación de metas a alcanzar en el plano de la situación de salud de la población, continuando las metas ya descriptas a lo largo de este libro. Aspectos como la salud bucal y la salud mental, deben ser explícitamente contemplados, así como la atención a la salud en los extremos de la vida. La atención integral de la niñez y la adolescencia serán prioridades nacionales con un enfoque intersectorial y de derechos humanos.

Se avanzará en el diseño e implementación de políticas poblacionales que incluyan los derechos sexuales y reproductivos, la cultura activa de los adultos mayores, el sistema de cuidados para la atención de niñas y niños, ancianas y ancianos, los cambios culturales vinculados a los procesos de emigración e inmigración, entre otros aspectos relevantes.

Agradecimientos especiales

Baltasar Aguilar
Ana Alaniz
Victoria Arbulo
Fernando Barbe
Jorge Basso
Alvaro Baz
Cristina Becoña
Ingrid Bercovich
Marisa Buglioli
Virginia Cabrera
Paula Carrasco
Carmen Ciganda
Elena Clavell
Myriam Contera
Andrés Dean
Martín Dersarkisián
Mariana Drago
Fernando Esponda
Jorge Fernández
Giselle Firpo
Daniel Gestido
Eduardo González
Félix González
Tabaré González
Rosario Grove
Giselle Jorcín
Fabián Leyes
Valdéz Lizardo

Wilfredo López
Julio Martínez
Silvia Molins
Ida Oreggioni
Cecilia Parada
Angel Peñaloza
Gabriela Pradere
Andrés Prieto
Elizabeth Raffaele
Gustavo Rak
Raquel Ramilo
Inés Reyes
Gilberto Ríos
Laura Rivas
Martín Rodríguez
Norma Rodríguez
Raquel Rosa
Marcelo Setaro
Alfredo Silva
Aníbal Suárez
Alejandra Toledo
Gimena Touriño
José Luis Varela
Isabel Villar

Directores departamentales de salud
Directores de hospitales y centros auxiliares
Coordinadores de ASSE
Directores de programas de DIGESA



Dra. María Julia Muñoz
Ministra de Salud Pública

Bibliografía y fuentes consultadas

- Barrán J. (1992). Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar. EBO.
- Carrasco, P., Tenembaum, V., (2008). Mercado de Trabajo del Sector Salud. Diferencias salariales entre el subsector público y el privado". Monografía para la obtención del grado. Udelar-CCEEyA.
- Cifra - González Raga & Asociados - "La atención a la salud en Uruguay". Informe elaborado para el Ministerio de Salud Pública. Diciembre de 2008
- CMN (2004). Declaración final de la Convención Médica Nacional. 6 y 7 de Agosto de 2004. Disponible en: <http://www.convencionmedica.org.uy/8cmn/plenarios/decfinal.html>
- Dibarbure Icasuriaga, H. (2003). La salud en estado de mal: análisis crítico - propositivo del sistema de atención de la salud en el Uruguay. Revista de la UBA. Argentina. Disponible en: http://www.convencionmedica.org.uy/8cmn/comisiones/revista_msp1.pdf
- Equipos-Mori. Investigación de opinión pública sobre la reforma del sistema de salud. Diciembre de 2005. Estudio financiado por el Banco Mundial para el MSP.
- Equipos-Mori. Monitor de Opinión Pública. Informe elaborado para Presidencia de la República.
- Fernandez, J., Mitjávil, M., Moreira, C. (2003). Reforma del sector salud y equidad en Uruguay. Policy Brief. CIESU-CIID. Uruguay-Canadá.
- Fernández Galeano, M., Olesker, D., (2009). Reforma Sanitaria: Rectoría del Estado con Justicia Social. de Próxima publicación.
- Frente Amplio (2008). V Congreso Extraordinario Zelmar Michelini. Lineamientos programáticos. 13-14 de Diciembre de 2008. Disponible en: <http://www.frenteamplio.org.uy/files/Programa%20VC.pdf>
- FUS (2003). 11º Congreso de la Federación Uruguaya de la Salud. Propuesta de Sistema Nacional de Salud. Abril 2003
- Gabinete Social. (2008) Plan de Equidad. Disponible en: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/innovaportal.GetHTTPFile/plan_equidad_def.pdf?contentid=913&version=1&filename=plan_equidad_def.pdf
- Lema, A., Rosselli, P. (2006) Evolución del sistema de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y de los principales impulsores de costos del sector. Biomedicina. Revista de la Universidad de Montevideo. Uruguay.
- Mesa-Lago, C., Bertranou, F. (1998). Manual de economía de la Seguridad Social en América Latina. CLAEH.
- MSP (2002). Estrategia de fortalecimiento de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Programa de Modernización del Sector Salud, PROMOSS. Banco Interamericano de Desarrollo.
- MSP (2006a) Memoria de gestión MSP y ASSE 2005. Disponible en www.presidencia.gub.uy
- MSP (2006b). Inequidades en el sistema de salud uruguayo. División Economía de la Salud.
- MSP (2007). Recursos Humanos del Sector Salud. División de Economía de la Salud.
- MSP (2007a) Memoria de gestión 2006. Disponible en www.presidencia.gub.uy
- MSP (2008a) Memoria de gestión 2007. Disponible en www.presidencia.gub.uy
- MSP-PPENT (2008b). Factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Uruguay: una revisión de antecedentes y últimos datos disponibles, en el contexto de las

- Américas. Documento de trabajo de la UCAP.
- MSP (2009). Primera encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. DIGESA-División Epidemiología. (En prensa).
- Olesker, D., Bérigolo, M., Leites, M., (2001). Los uruguayos pagamos más pero el sistema mutual está en emergencia. Informe científico sobre una década perdida, 1990-2000. PIT-CNT-FUS.
- OMS (2000). Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra.
- OPS (2002). Perfil del sistema de servicios de salud de Uruguay. Primera edición 1999, segunda edición actualizada en 2002.
- OPS (2002). La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica número 589.
- OPS (2007). Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. 27a Conferencia sanitaria panamericana, 59.a sesión del Comité Regional. Octubre del 2007.
- Pérez, M. (2009). La reforma del sistema de salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay. Los desafíos del cambio. Documento de defensa de Tesis de Licenciatura. UdelaR-FCS-ICP.
- Presidencia de la República (2005). Discurso del Presidente Tabaré Vázquez ante la Ciudadanía en la escalinata del Poder Legislativo. 1ero de Marzo de 2005. Disponible en: http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2005/03/2005030111.htm
- PIT-CNT (2001). 7mo Congreso del PIT-CNT. Hacia la construcción de un Sistema Nacional de Salud. Disponible: www.pitcnt.org.uy
- PNUD (2008). Desarrollo Humano en el Uruguay 2008. Política, Políticas y Desarrollo Humano. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. Uruguay.
- Presidencia (2005). Discurso del Presidente Tabaré Vázquez en la IV Asamblea de antiguos alumnos de la IEMM, Escuela de Negocios de la Universidad de Montevideo. 20 de Abril de 2005. Disponible en: www.presidencia.gub.uy
- PROMOSS (2002). Estrategia de fortalecimiento de las IAMC, Uruguay. Programa de Modernización del Sector Salud. MSP-FISS-BID.
- Ramos Carbajales, A. (2004) Análisis del mercado de seguros de salud en el Uruguay.
- SMU (2002). Declaración de Solís II. Sindicato Médico del Uruguay. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/solis2/solisii.htm>
- SMU (1999). Bases para una propuesta de reforma del sistema de salud. Encuentro Balneario Solís. Sindicato Médico del Uruguay. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/solis.html>
- Unidad Programática del FA: Plan de Gobierno en Salud. Publicado en El Diario Médico, 2004.

Índice de Gráficos

Gráfico 2.1 - Fuentes de Financiamiento público – privado	27
Gráfico 2.2 - Participación de los subsectores en el uso de los recursos.....	27
Gráfico 2.3 - Evolución de la TMI, menores de 1 año, 1990-2007.....	29
Gráfico 2.4 - Factores riesgo de ECNT, según grupo de edad, 2006.....	32
Gráfico 2.5 - Mortalidad prematura debida a ECNT en países de América.....	33
Gráfico 2.6 - Cuotas abonados/ Afiliados (1995-2004).....	37
Gráfico 2.7 - Tasas moderadoras Tickets / Afiliados (1995-2004)	
Índice base 100= 995	38
Gráfico 2.8 - Resultado operativo/Ingresos operativos 1995 - 2004.....	39
Gráfico 2.9 - Estructura de pasivo y patrimonio, sector IAMC, 1995-2004.....	40
Gráfico 2.10 - Pasivo por afiliado.....	40
Gráfico 2.11- Cobertura según tipo de prestador por nivel de ingreso.....	41
Gráfico 2.12 - Tipo de Cobertura según tramo de edad, 2006	42
Gráfico 2.13 - Funciones Esenciales de Salud Pública	45
Gráfico 4.1 - Estructura de cápitas según edad y sexo.....	62
Gráfico 5.1 - Expansión de la atención integral en el SNIS	69
Gráfico 5.2 - Afiliados FONASA	70
Gráfico 5.3 - Expansión de cobertura jubilados por el SNS, 2007-2008.....	71
Gráfico 5.4 - Expansión de la cobertura por vía del Seguro Nacional de Salud.....	72
Gráfico 5.5 - Evolución de los principales índices de precios del sector salud.....	80
Gráfico 5.6 - Índice de crecimiento del presupuesto de ASSE	81
Gráfico 5.7 - Cápita promedio por usuario de las IAMC y ASSE, 2004-2009.....	82
Gráfico 5.8 - Impacto esperado de la Reforma de la Salud sobre la distribución del ingreso de las familias uruguayas	85
Gráfico 5.9 - Cambio de mutualista, en porcentaje del total	86
Grafico 5.10 - Opinión ciudadana sobre la Reforma de Salud.....	88
Gráfico 5.11 - Opinión sobre la reforma de la salud. Dic.07 - Feb.09.....	89

Índice de Recuadros

Recuadro 2.1 - Constantes históricas del sistema de salud.....	17
Recuadro 2.2 - El consenso diagnóstico sobre los problemas del sistema de salud.....	28
Recuadro 2.3 - Rectoría y Funciones Esenciales de Salud Pública	44
Recuadro 3.1 - La mirada de la Central Obrera	48
Recuadro 3.2 - Convención Médica Nacional.....	49
Recuadro 3.3 - Principios filosóficos de la política de salud progresista	51
Recuadro 4.1 - Principales normas en la construcción del SNIS.....	55
Recuadro 4.2 - El Consejo Consultivo para la implementación del SNIS.....	56
Recuadro 4.3 - Los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.....	58
Recuadro 4.4 - Contenidos del Plan Integral de Prestaciones de Salud	61
Recuadro 4.5 - La primera generación de Metas Asistenciales.....	63
Recuadro 4.6 - El Contrato de Gestión	64
Recuadro 5.1 - Principales diferencias entre el SNIS y el viejo sistema de salud	67
Recuadro 5.2 - Política de mejora de acceso mediante regulación de los precios en el sector salud	73
Recuadro 5.3 - Programas prioritarios de atención en salud.....	77
Recuadro 5.4 - Principales acciones de rebajas de tiques y órdenes.....	80
Recuadro 5.5 - Consejos Consultivos y Asesores de los prestadores privados (CCA)	83

Índice de Cuadros

Cuadro 2.1 - Cobertura poblacional de salud, según utilización de servicios. Año 2006	19
Cuadro 2.2 - Indicadores de capacidad instalada y producción de ASSE. Año 2006	20
Cuadro 2.3 - Capacidad instalada y producción de las IAMC. Año 2006	23
Cuadro 2.4 - Estructura de fondos de la seguridad social. Año 2004	26
Cuadro 2.5 - Gasto por beneficiario	28
Cuadro 2.6 - Países de Alto Desarrollo Humano de Latinoamérica, 2008	30
Cuadro 2.7 - Principales causas de Muerte, año 2004	31
Cuadro 2.8 - Profesionales cada 10 mil habitantes -2005-	34
Cuadro 2.9 - Concentración de personas e ingresos según prestador, ASSE-IAMC, 2005	35
Cuadro 2.10 - Evolución del gasto real de ASSE, 2000-2005 (millones de pesos de 2007)	37
Cuadro 2.11 - Problemas de acceso a los tickets de medicamentos	43
Cuadro 2.12 - Evaluación del sistema de salud, según subsistema y región	43
Cuadro 4.1 - Marco de sanciones que aplica la JUNASA	65
Cuadro 5.1 - Expansión de la atención integral en el SNIS	69
Cuadro 5.2 - Tiempos de espera en el sistema de salud, medido en días	76
Cuadro 5.3 - Actividades de complementación: la experiencia de Canelones	78
Cuadro 5.4 - Impacto sobre la Pobreza e Indigencia de las tres reformas	84
Cuadro 5.5 - Movilidad de los usuarios, según condición de actividad	87

Índice de Diagramas

1 - Fases de incorporación a la protección social en salud.....	57
2 - Diseño del seguro y tasas de aportación.....	59
3 - Funciones de rectoría y nuevas herramientas institucionales.....	65
4 - Nuevas divisiones para el ejercicio de la Rectoría	75

ANEXO 1

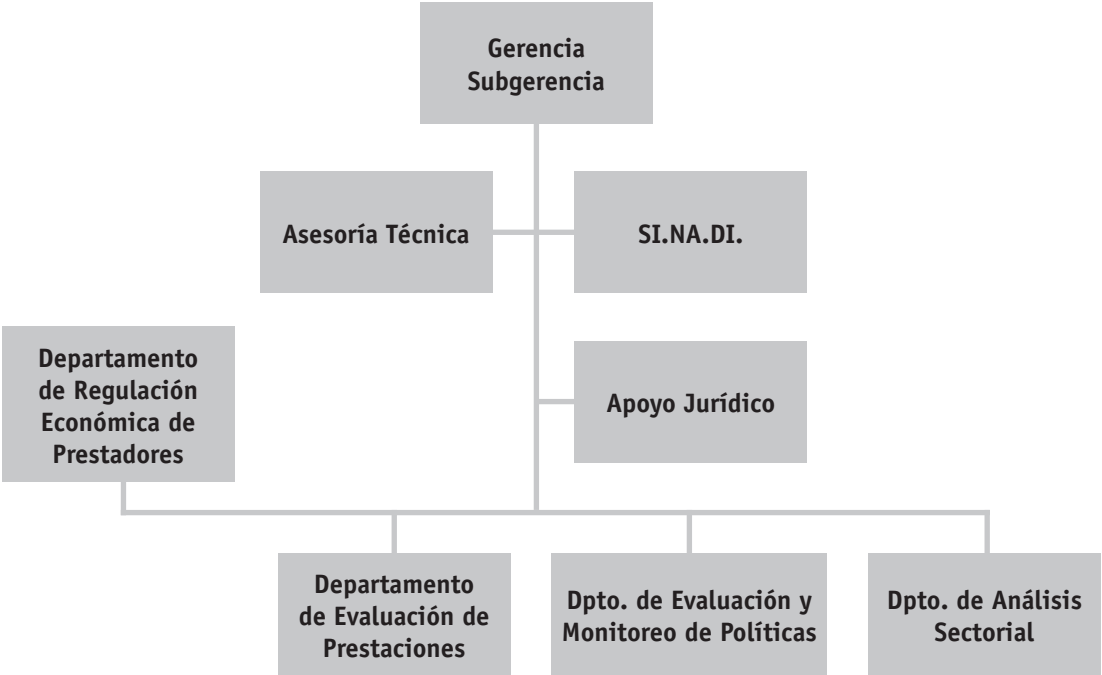
Nueva estructura del Ministerio de Salud Pública

Organigrama del Ministerio de Salud Pública



Fuente: Ley 18.362. Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal. Ejercicio 2007. 6 de Octubre de 2008.

La nueva estructura de la División Economía de la Salud
(proyecto de modificación)



Fuente: Dirección General de Secretaría - Ministerio de Salud Pública.

ANEXO 2

Las normas que construyen al nuevo SNIS

Selección de las principales normas relativas a la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud

Febrero 2005 - Febrero 2009

Leyes:

Norma	Título	Fecha de aprobación	Propósito
Ley 17.930	Presupuesto Nacional	23/02/2005	Los arts. 264 y 265 establecen las bases del Sistema Nacional Integrado de Salud y de su forma de financiamiento.
Ley 18.131	Creación del FONASA	10/02/2007	Crea el Fondo Nacional de Salud e incluye en su financiamiento de prestaciones integrales de salud a los primeros colectivos (ex DISSE y algunos grupos de funcionarios públicos).
Ley 18.161	Descentralización de ASSE	8/08/2007	Crea a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado, relacionado con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública.
Ley 18172. Artículo 235	Régimen de funciones inspectivas del MSP	31/08/2007	Se crea régimen de funciones inspectivas en el área de la salud, de alta dedicación y especialización con incompatibilidades y sujeto a la aceptación de un compromiso de gestión.
Ley 18.211	Creación del SNIS	5/12/2007	Determina el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, crea el Seguro Nacional de Salud y la Junta Nacional de Salud. Incorpora a dicho seguro a los menores de 18 años, jubilados a partir de su vigencia, rurales, unipersonales y empleados públicos, entre otros colectivos.
Ley 18.335	Derechos y obligaciones de los usuarios	26/08/2008	Se declaran los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud.
Ley 18.439	Creación del Fondo de Garantía para las IAMC	7/02/2009	Crea el Fondo de Garantía para la reestructuración de pasivos de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva que lo requieran.
Ley 18.464	Faculta al PE a apoyar financieramente a las IAMC	11/02/2009	Se faculta al Poder Ejecutivo a otorgar créditos fiscales a Instituciones de Asistencia Médica Colectiva que lo requieran.

Decretos y Resoluciones del Poder Ejecutivo:

Norma	Título	Fecha de aprobación	Propósito
Decreto 36/005	Rótulo de cajillas de cigarrillos	25/02/2005	Establece la obligación para las empresas tabacaleras de aumentar el tamaño de las advertencias en las cajillas de cigarrillos.
Decreto 144/005	Organización IAMC	28/02/2005	Modifica el Decreto 127/001 relativo a la organización de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
Decreto 129/005	Laboratorios de Análisis Clínicos	4/04/2005	Establece los requisitos para la organización y funcionamiento de los laboratorios de análisis clínicos.
Decreto 133/005	Consejo Consultivo SNIS	11/04/2005	Crea el Consejo Consultivo para la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, con participación de múltiples actores.
Decreto 610/005	Comisión de Bioética y Calidad Integral de Atención	11/04/2005	Crea y dispone la integración de la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención en Salud.
Decreto 169/005	Publicidad televisiva cigarrillos	31/05/2005	Limita la publicidad televisiva de productos o marcas de cigarrillos, tabacos y afines durante el horario de protección al menor.
Decreto 170/005	Prohibición sponsorización de productos derivados del tabaco	31/05/2005	Se prohíbe la sponsorización de productos derivados del tabaco en escenarios deportivos y en general, en todas las actividades relacionadas con la práctica del deporte.
Decreto 171/005	Leyendas cajillas cigarrillos	31/05/2005	Se amplía lo dispuesto en el decreto 36/2005 del 25/01/2005 sobre el rotulado de cajillas de cigarrillos.
Decreto 202/005	PRONACAN	27/06/2005	Creación del Programa Nacional de Control del Cáncer – PRONACAN.
Decreto 222/005	Junta Nacional de Drogas	11/07/2005	Modificación de la integración de la Junta Nacional de Drogas.
Decreto 236/005	Gabinete Social	25/07/2005	Creación del Gabinete Social, integrado por los titulares del MEF, MEC, MTSS, MSP, MVOTMA y MDS.
Decreto 243/005	Consejo Asesor Red Drogas	5/08/2005	Crea el Consejo Asesor Interinstitucional del Centro de Información y Referencia Nacional de la Red-Drogas.
Decreto 247/005	Unidad de Atención Ambulatoria Extrahospitalaria	8/08/2005	Modifica la denominación Unidad de Atención Ambulatoria Extrahospitalaria por Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.
Decreto 248/005	Banco Nacional de Órganos – cambio de nombre	8/08/2005	Modificación de la denominación “Banco Nacional de Órganos y Tejidos” a “Instituto Nacional de Donación y Transplante de Células, Tejidos y Órganos”.
Decreto 316/005	Aumento de salario para los médicos	19/09/2005	Aumento de salario a los funcionarios médicos del MSP que ganan entre \$ 3.500 y \$ 6.800.

Norma	Título	Fecha de aprobación	Propósito
Decreto 317/005	Vacunación Hepatitis B	19/09/2005	Se establece la obligación de la vacunación contra la Hepatitis B.
Decreto 319/005	Integración Gabinete Social	19/09/2005	Integración al Gabinete Social creado por el artículo 1º del Decreto 236/005 de 25 de julio de 2005.
Decreto 385/005	RUCAF	5/10/2005	Se encomienda a la Dirección General de Secretaría del MSP la administración del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).
Decreto 406/005	ASSE-PANES	7/10/2005	Establece la gratuidad de la atención en ASSE para los beneficiarios del PANES.
Decreto 415/005	Pictogramas en cajillas de cigarrillos	20/10/2005	Se establece que los pictogramas a utilizar en las cajillas de cigarrillos, paquetes, envases de productos de tabaco y en todo empaquetado de similar característica, deberán ser aprobados por el MSP.
Decreto 562/005	Exoneración tasas moderadoras diabetes y estudios embarazadas	26/12/2005	Exonera del pago de tasas moderadoras a medicamentos reguladores de glicemia y estudios paraclínicos de embarazadas. Suspende creación de nuevas tasas moderadoras.
Decreto 15/006	Reclamos de los Usuarios	16/01/2006	Establece normas y procedimientos para la tramitación de peticiones, reclamaciones o consultas de los usuarios de servicios de salud.
Decreto 40/006	Multas por violaciones a 100% libre de humo de tabaco	13/02/06	Aplicación de multa a todo establecimiento público o privado que viole lo dispuesto por la normativa vigente, en cuanto a que las áreas de uso público deben ser 100% ambiente libre de humo de tabaco.
Decreto 67/006	Acompañamiento en el parto	6/03/2006	Garantía del MSP a las mujeres en su derecho a ser acompañadas en el trabajo de parto, el parto y el nacimiento.
Decreto 137/006	Multas	15/05/2006	Actualiza el monto de las multas que aplica el MSP.
Decreto 159/006	Carné del adulto mayor	2/06/2006	Autorización para la implementación e instructivo de uso del Carné del Adulto Mayor.
Decreto 160/006	Transplante de células y tejidos	2/06/2006	Se establecen normas de Control de Calidad y Seguridad para el transplante de las células y tejidos humanos.
Decreto 265/006	Medicamentos	7/08/2006	Se aprueba el Formulario Terapéutico de Medicamentos.
Decreto 340/006	Monitorización de muertes de niños	18/09/2006	Se crea en la órbita de la Dirección General de la Salud del MSP, el Comité Nacional para la Monitorización de Muertes de Niños.
Decreto 494/006	Violencia Doméstica	27/11/2006	Las instituciones o servicios de salud de cualquier naturaleza, tanto públicos como privados, deberán prestar atención y asistencia a las usuarias afiliadas o pacientes de sexo femenino que se encuentren en situación de violencia doméstica.
Decreto 571/006	PAP y mamografía en Carné de Salud Básico	19/12/2006	Incluye el PAP y la mamografía en el Carné de Salud Básico.
Decreto 660/006	Anteojos y/o lentes	27/12/06	Autorización a la libre comercialización en comercios legalmente establecidos, de anteojos y/o lentes protectores de sol que no requieran receta médica.

Norma	Título	Fecha de aprobación	Propósito
Decreto 13/007	Habilitación Primer Nivel	12/01/2007	Establece los requisitos para la habilitación de servicios del primer nivel de atención.
Decreto 35/007	Consumo problemático de drogas	29/01/07	Se aprueba el Marco Regulatorio para los establecimientos especializados en el tratamiento de “usuario con consumo problemático de drogas”.
Decreto 248/007	Reducción de cuotas IAMC	6/07/2007	Se dispone que las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva reduzcan: todas las cuotas de afiliaciones individuales no vitallias, sin el aporte al Fondo Nacional de Recursos; las cuotas de convenios colectivos; las tasas moderadoras; la sobre cuota de gestión; y la sobre cuota de inversión.
Decreto 250/007	Identidad desde el nacimiento	9/07/2007	Derecho a la identidad del niño y su identificación desde el nacimiento.
Decreto 276/007	FONASA - BPS	2/08/2007	Reglamenta la administración por parte del Banco de Previsión Social, del Fondo Nacional de Salud y; define el componente de cuota salud.
Decreto 359/007	Tiempos de Espera en prestadores integrales	28/09/2007	Establece los tiempos de espera para consultas médicas externas (Medicina General, Pediatría y Ginecología).
Decreto 445/007	Parteras	19/11/2007	Autorización al ejercicio libre de Partera dentro del territorio nacional a toda persona que posea el título correspondiente expedido o revalidado por la Universidad de la República.
Decreto 542/007	Carné de Salud del Niño y la Niña	27/12/07	Modificación de la reglamentación relativa al uso y expedición del Carné de Salud del Niño y de la Niña.
Decreto 2/008	Ingreso colectivos al SNS	11/01/2008	Reglamenta el ingreso de los diversos colectivos al Seguro Nacional de Salud.
Decreto 15/008	Ajuste de cuotas salud	16/01/2008	Fija los ajustes de las cuotas salud
Decreto 27/008	Integración JUNASA	18/01/2008	Integra los representantes titulares del Poder Ejecutivo en la Junta Nacional de Salud.
Decreto 32/008	Ingreso colectivos al SNS	18/01/2008	Autoriza la incorporación al Seguro Nacional de Salud de funcionarios del Poder Judicial y de los Entes de la enseñanza que se acojan al beneficio de la jubilación.
Resolución N° 27/008	JUNASA	18/01/2008	Integración de la Junta Nacional de Salud.
Decreto 136/008	Sedes secundarias	29/02/2008	Establece los requisitos para sedes secundarias.
Decreto 176/008	Suspensión pago a funcionarios Art. 221	31/03/2008	Suspende el pago por concepto de atención de salud a funcionarios de organismos públicos nacionales del Artículo 221 de la Constitución.
Decreto 192/008	Unipersonales al FONASA	31/03/2008	Determina el cálculo de aportes al FONASA de propietarios de empresas unipersonales.
Decreto 193/008	Prórroga ingreso SNS entidades financieras	3/04/2008	Prorroga el ingreso al Seguro Nacional de Salud de colectivos dependientes de entidades financieras.

Norma	Título	Fecha de aprobación	Propósito
Decreto 264/008	Limita tasas moderadoras	2/06/2008	Limita el incremento de las tasas moderadoras.
Decreto 268/008	Carné de asistencia	2/06/2008	Se expedirá Carné de Asistencia gratuito a todas aquellas personas beneficiarias de la ley N° 18.033 de 13 de octubre de 2006.
Decreto 269/008	Integración y funcionamiento CCA	2/06/2008	Define la integración y funcionamiento de los Consejos Consultivos y Asesores de los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud.
Decreto 282/008	Incorporación SNS trabajadores afiliados a Caja Bancaria	9/06/2008	Incorpora al Seguro Nacional de Salud a trabajadores de entidades afiliadas a la Caja de Jubilaciones y Pensiones Bancarias.
Decreto 283/008	Integración usuarios a JUNASA	9/06/2008	Reglamenta la integración de los representantes de los usuarios a la primera Junta Nacional de Salud.
Decreto 300/008	Prórroga plazos Decreto 282/008	17/06/2008	Prorroga el plazo al que refiere el Decreto 282/008.
Decreto 309/008	Requisitos Emergencias Médicas	24/06/2008	Establece los requisitos para la operación de servicios de emergencia médica con unidades móviles.
Decreto 323/008	Extensión plazo modificación registro de oficio en ASSE para ANCAP y BHU	26/06/2008	Extiende el plazo para modificar su registro de oficio en ASSE de los trabajadores dependientes de ANCAP y el Banco Hipotecario del Uruguay.
Decreto 320/2008	Administración Central y Organismos Art. 220 – Aportes patronales al FONASA	30/06/2008	Destina Créditos presupuestales de la Administración Central y de organismos del Artículo 220 de la Constitución, a aportes patronales al Fondo Nacional de Salud.
Decreto 328/008	Integración JUNASA	8/07/2008	Integra representantes titulares y suplentes de prestadores, trabajadores y usuarios y suplentes de los representantes del Poder Ejecutivo a la primera Junta Nacional de Salud.
Decreto 341/008	Directorio de ASSE	14/07/2008	Reglamenta la integración de representantes de usuarios y trabajadores al primer Directorio de ASSE.
Decreto 378/008	Prórroga plazos para Seguros Integrales	4/08/2008	Prorroga el plazo para que los seguros integrales incluidos en el Seguro Nacional de Salud cumplimenten requisitos.
Decreto 379/008	Los seres humanos sujetos a investigación.	4/08/2008	Protección integral de los seres humanos sujetos a investigación.
Decreto 381/008	Competencias BPS y JUNASA	4/08/2008	Deslinda competencias entre el Banco de Previsión Social y la Junta Nacional de Salud.
389/008	Programa Nacional de Pesquisa Neonatal	11/08/2008	Se incorpora al Programa Nacional de Pesquisa Neonatal el estudio de hipoacusia neonatal.

Norma	Título	Fecha de aprobación	Propósito
Decreto 380/008	Nueva prórroga para ingreso de algunos colectivos al SNS	12/08/2008	Concede nueva prórroga para el ingreso al Seguro Nacional de Salud de algunos de los colectivos a que refiere el Decreto 193/008.
Decreto 399/008	Requisitos para UCI	18/08/2008	Establece requisitos para la habilitación de Unidades de Cuidados Intensivos.
Decreto 413/008	Ajuste de cuotas salud	27/08/2008	Ajuste de cuotas salud.
Decreto 433/008	Estructura organizativa DIGESA	9/09/2008	Se aprueba el proyecto de reformulación de la estructura organizativa y la estructura de puestos de trabajo correspondiente a la Unidad Ejecutora "Dirección General de la Salud" del MSP.
Resolución N° 727/008	Designación usuarios en el Directorio de ASSE	17/09/2008	Se designa al miembro en representación de los usuarios, en el Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.
Decreto 464/008	Contenido de los Contratos de Gestión	2/10/2008	Reglamenta el contenido de los contratos de gestión a celebrar entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud y determina las sanciones por incumplimiento de las obligaciones asumidas en los mismos.
Decreto 465/008	Programas integrales y catálogo de prestaciones	3/10/2008	Aprueba programas integrales y catálogo de prestaciones definidos por el Ministerio de Salud Pública.
Decreto 529/008	Extensión plazo trabajadores BHU y ANV	30/10/2008	Extiende el plazo concedido por Decreto 323/008 a trabajadores del Banco Hipotecario del Uruguay y la Agencia Nacional de Vivienda.
Resolución N° 929/008	Designación MEF a la JUNASA	3/11/2008	Se designa al representante del Ministerio de Economía y Finanzas para integrar la Junta Nacional de Salud.
Decreto 590/008	Funciones inspectivas	1/12/2008	Se aprueba el "Reglamento para régimen de funciones inspectivas en el área de la salud".
Decreto 803/008	Emergencias móviles en localidades de menos de 5.000 habitantes	29/12/2008	Establece los requisitos para la operación de servicios de emergencia médica con unidades móviles en localidades de menos de 5.000 habitantes.
Decreto 830/008	Ingreso Cajas de Auxilio o seguros convencionales	31/12/2008	Determina fecha de ingreso de colectivos amparados por Cajas de Auxilio o seguros convencionales, y prorroga el ingreso de algunos colectivos incluidos en el Decreto 193/008.
Decreto 61/009	Compromisos de Gestión	19/01/2009	Se crea la Comisión Reguladora de Compromisos de Gestión (CRCG).
Decreto 57/009	Ajuste cuotas salud	26/01/2009	Establece el ajuste de las cuotas salud.
Decreto 65/009	Cambios entre prestadores	29/01/2009	Reglamenta los cambios entre prestadores.
Decreto 113/009	Reglamento interno JUNASA	2/03/2009	Aprueba el Reglamento Interno de funcionamiento de la Junta Nacional de Salud.

Ordenanzas y Resoluciones del MSP:

Norma	Título	Fecha de aprobación	Propósito
Ordenanza N° 408	Centro de Información y Referencia Nacional de la Red-Drogas	27/05/2005	Crea el Centro de Información y Referencia Nacional de la Red-Drogas.
Ordenanza N° 402	Gratuidad PAP y mamografía	11/07/2006	Determina la gratuidad de PAP y mamografía.
Ordenanza N° 528	Instituciones deben brindar información	24/08/2006	Establece que las Instituciones prestadoras de salud estatales y privadas, cualquiera fuese su naturaleza, deberán brindar toda la información que le sea solicitada por la División Economía de la Salud del MSP.
Ordenanza N° 751	Comisión Nacional monitoreo muertes mujeres	29/11/2006	Crea la Comisión Nacional para el monitoreo y reducción de las muertes de mujeres a causa de embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto.
Ordenanza N° 1	Seguros Integrales del SNS	2/01/2008	Determina los Seguros Integrales incluidos en el Seguro Nacional de Salud.
Resolución N° 358/008	Suspensión movilidad IPAM	13/06/2008	Suspende la movilidad de los usuarios del seguro integral IPAM.
Ordenanza N° 481	Comisiones Institucionales de Seguridad de los Pacientes	1/08/2008	Se aprueba la Reglamentación que define el programa, estructura, funcionamiento y competencias de las Comisiones Institucionales de Seguridad de los Pacientes y Prevención del error en Medicina, así como su relación con las respectivas Direcciones Técnicas de las Instituciones de Salud.
Ordenanza N° 481	Requisitos para UCI	1/08/2008	Establece requisitos para la habilitación de Unidades de Cuidados Intensivos.
	PRONACAN	27/06/2005	Creación del Programa Nacional de Control del Cáncer – PRONACAN.
Ordenanza N° 589	Sistema de información Integrado de Salud (SIIS)	19/09/2008	Se dispone el inicio del proceso para implantar un Sistema de Información Integrado de Salud (SIIS) basado en la Historia Digital de Salud (HDS).
Resolución 26/009	Hospital de Ojos	16/01/2009	Se crea la Comisión Honoraria de Administración y Ejecución de Obras del Hospital de Ojos, dependiente del Centro Hospitalario del Norte “Dr. Gustavo Saint Bois”.
---	Acuerdo combate a la intermediación lucrativa	Enero 2009	Acuerdo entre prestadores, trabajadores y usuarios del Sistema Nacional de Salud, para combatir la intermediación lucrativa. Se realizó con el auspicio del MSP y contó con la firma de representantes de todas las partes involucradas (salvo una parte de los prestadores privados del interior del país, dado que la FEMI no lo suscribió).

Fuente: Elaboración propia en base a documentos del Área de Informática Jurídica – Departamento Jurídico (División Jurídico Notarial del MSP), Archivo Jurídico de la Junta Nacional de Salud y la Secretaría General y Acuerdos del MSP.