

10



A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria

*Evaluación y Desafíos del
Sistema Nacional Integrado de Salud*

Jornadas de Intercambio



**Ministerio
de SALUD**

Apoya



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria

Evaluación y Desafíos del
Sistema Nacional Integrado de Salud

Jornadas de Intercambio

Contenido

Autoridades	4
Prólogo	5
Lanzamiento de las Jornadas de Intercambio.....	6
10 desafíos	9
Listado de instituciones y organizaciones participantes.....	17
Los 4 talleres	19
Conclusiones	25
Principales ideas / Recursos Humanos en Salud	25
Principales ideas / Objetivos Sanitarios Nacionales 2020	25
Principales ideas / Financiamiento de la protección social en salud.....	26
Principales ideas / Conceptualización de la calidad en el SNIS	26
Anexos.....	27
Anexo 1: Presentación realizada por el Ministro de Salud Pública	29
Anexo 2: Documento de trabajo para el taller 1 sobre Recursos Humanos en Salud.....	47
Anexo 3: Documento de trabajo para el taller 2 sobre Objetivos Sanitarios Nacionales.....	79
Anexo 4: Documento de trabajo para el taller 3 sobre financiamiento de la protección en salud ...	95
Anexo 5: Documento de trabajo para el taller 4 sobre Calidad de Atención	123
Anexo 6: Documento presentado por el SMU previo a las Jornadas de Intercambio	139
Anexo 7: Documento presentado por la FUS previo a las Jornadas de Intercambio	143
Anexo 8: Documento presentado por la FUS previo a las Jornadas de Intercambio	147
Anexo 9: Documento entregado por FUS para el taller 1	163
Anexo 10: Documento entregado por FUS para el taller 2.....	169
Anexo 11: Documento entregado por FUS para el taller 3.....	173
Anexo 12: Documento entregado por FUS para el taller 4.....	177
Anexo 13: Documento entregado por las organizaciones sociales y sindicales	181
Anexo 14: Listado de participantes	187
Anexo 15: Fotos de las jornadas	193

Autoridades

Ministro de Salud Pública

Dr. Jorge Basso

Subsecretario de Salud Pública

Dr. Jorge Quian

Directora General de la Salud

Dra. Raquel Rosa

Subdirector de la Dirección General de la Salud

Dr. Gilberto Ríos

Director General de Secretaría

Sr. Humberto Ruocco

Presidente de la Junta Nacional de Salud

Ec. Arturo Echevarría

Directora de la Dirección General de Coordinación

Dra. Adriana Brescia

Prólogo

Es ampliamente reconocido que todas las Reformas en los Sistemas de Salud a lo largo de la historia de la humanidad, requieren de un proceso de acumulación política, social, institucional, gremial y comunicacional que vaya creando las condiciones necesarias para su puesta en práctica, para su superación permanente y también para su sustentabilidad.

Exige robustos sistemas de información que permitan monitorear indicadores de calidad, medir el impacto en la mejora de los indicadores sanitarios, evaluar la pertinencia de los costos, con prioridades definidas con amplia base de sustentación. Exige enormes y múltiples desafíos en la formación de cuadros de conducción, de gestión y de negociación con los múltiples actores que actúan directa e indirectamente en el sector, en la búsqueda de los mayores acuerdos posibles sin perder el rumbo de los cambios.

Las sociedades que han construido sistemas de salud y que no han fracasado en el intento -que no son muchas-, han requerido de varias décadas para consolidarlas.

Uruguay llegó al año 2005 con una situación de deterioro creciente de las instituciones prestadoras de salud públicas y privadas, y con más de 20 de ellas cerradas, luego de dolorosos conflictos e incertidumbres. Diversas inequidades en el financiamiento, alta conflictividad gremial, un elevado porcentaje de la población sin cobertura asistencial integral, un prestador público desbordado, y una fragmentación y segmentación evidentes del sistema de salud, completaban el cuadro. Se trataba de la administración de una crisis permanente y sin rumbo.

El proceso de diseño del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) requirió de la participación activa de los principales actores sociales, gremiales, empresariales y académicos y políticos que aportaron sus visiones diversas y de esa forma se llegó a la aprobación de las leyes fundamentales en el transcurso de año 2007.

Hoy, a 10 años de aquellos acuerdos que permitieron instituir la Reforma, se hace necesario evaluar lo hecho, los aciertos y las debilidades, identificar lo que falta por hacer y los nuevos problemas que se nos presentan. Para ello el MSP organizó entre mayo y agosto de 2017 una primera etapa de las Jornadas de intercambio “A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud”, con la más amplia participación y con una metodología que permitió recibir los aportes de los distintos actores, que ayudan a identificar la agenda desde donde seguir concretando cambios, dando nuevos impulsos al SNIS.

Paralelamente se han promovido nuevas Leyes como las vinculadas a la atención de urgencias y emergencias a todo habitante, independientemente del prestador de origen del usuario, en todo el territorio nacional; la vinculada a la creación de Centros de Referencia para el abordaje de patologías que requieren concentración de casos para asegurar la conformación de equipos estables de profesionales con alta experticia y equipamiento, requisito para alcanzar los mejores estándares de calidad; y la referida a la delimitación de las áreas donde se dirimen los conflictos de intereses en la sociedad y en particular en el sector salud.

Tal cual fuera expresado al finalizar esa primera etapa de la evaluación de los 10 años de la Reforma, a partir del trabajo desarrollado se seguirán abordando los desafíos establecidos, generando diálogo e intercambio sin que ello determine postergar las transformaciones en curso.

Agradecemos a todos y todas los que hasta el momento han dedicado horas de su tiempo, esfuerzos y talentos imprescindibles, en la línea de la acumulación señalada al comienzo de esta introducción.

Dr. Jorge Basso
Ministro de Salud

Lanzamiento de las Jornadas de Intercambio

Las jornadas de intercambio “A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud” tuvieron su actividad inicial el 10 de mayo de 2017 en el Salón de Actos del Ministerio de Salud. Junto al equipo ministerial participaron representantes de trabajadores y usuarios de la salud, jubilados, universidades y facultades, y prestadores de la salud pública y privada. La exposición del Ministro de Salud Pública Dr. Jorge Basso partió de la caracterización del sector salud antes de la Reforma Sanitaria.

La situación del sector antes de la Reforma fue indicada en los siguientes términos:

- Brechas significativas según la capacidad de pago.
- Inequidad en el tipo de prestaciones de las instituciones; subsector público con debilidades asistenciales mayores.
- Cierre sistemático de instituciones privadas con trabajadores médicos y no médicos despedidos.
- Inestabilidad de los usuarios en su relación con las instituciones de salud.
- Atraso en los pagos de retribuciones, beneficios y afectación de proveedores.
- Indefinición del alcance de las prestaciones que componen el derecho de los usuarios a la atención a la salud.
- No se financiaba medicamentos de alto precio que quedaban librados a la decisión de cada prestador y al pago de bolsillo.
- Precarización del trabajo con desocupación, subocupación y multiempleo. Historias clínicas y sistemas de información escasos y débiles.
- No existía participación social en los ámbitos de decisión.

Luego enumeró los principales avances y logros construidos por el SNIS desde su creación.

El Ministro finalizó presentando como síntesis, 10 desafíos que se entiende están pendientes de seguir trabajándolos en la línea de profundizar la Reforma de la Salud y consolidar el Derecho a la Salud de los usuarios.

10 desafíos



DESAFÍO 1



Profundizar el Sistema de Salud, avanzando en convenios de complementación de servicios de modo de racionalizar los recursos en el territorio, administrando la tensión existente entre la competencia de los 43 prestadores por los afiliados FONASA, con la construcción de un sistema que aproveche recursos estructurales, tecnológicos subutilizados, incorporando también a los RRHH en la lógica de complementación.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 1



A esos efectos, se ha detectado la necesidad de establecer **precios de referencia** que garanticen mecanismos sustentables de intercambio de prestaciones entre las diferentes instituciones del sistema.

Propuesta: Proyecto de Ley Urgencia/Emergencia que permita, a cualquier habitante fuera del área de influencia de su prestador, recibir la atención de urgencia que requiera, estableciéndose los mecanismos de reembolso correspondiente.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 2



Presentación del mapa sanitario de los recursos en salud necesarios para satisfacer la atención de la población, mitigando la tendencia a la sobredotación de estructuras y tecnologías que respondan exclusivamente a lógicas comerciales de competencia entre prestadores.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 3



Trabajar con cada uno de los **Objetivos Sanitarios Nacionales**, mejorando los indicadores de salud, con políticas sanitarias y recursos intersectoriales con metas acordadas

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 4



Actualizar el PIAS:

1. En base a la revisión y ordenamiento realizado del PIAS, evaluar aquellas prestaciones que no se utilizan e incorporar progresivamente otras, a efectos de mantener al día la canasta de prestaciones.
2. Deberá contemplar el nuevo marco legal en materia de salud mental.
3. Universalizar las prestaciones de salud sexual y reproductiva (ejemplos: implantes subdérmicos).
4. Incorporación de procedimientos y medicamentos basados en evidencia sin poner en riesgo la sustentabilidad del sistema.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 5



Trabajar en la **calidad asistencial como objetivo central** del SNIS.

Generar indicadores de calidad de la atención de manera de estimular la competencia de los prestadores en las buenas prácticas de salud. Incorporar la dimensión **calidad** en el cálculo del pago de la cápita.

Conformar **centros de referencia nacionales** para patologías de baja prevalencia, con el objeto de establecer una escala necesaria y suficiente para alcanzar estándares de calidad, con equipos estables, experiencia comprobable, docencia y racionalización de costos asistenciales.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 6



Consolidar avances en materia de definición del cálculo de las **cápitales** pensadas en estimular la buena gestión asistencial y administración de los recursos en salud, promoviendo la profesionalización en la administración de los dineros públicos.

Modificar progresivamente las **metas** asistenciales en base a los Objetivos Sanitarios, de modo de que los prestadores tengan una actitud proactiva, de seguimiento y monitoreo de toda su masa de usuarios.

Definir, en el subsector público, la forma de medir y pagar las metas asistenciales, que den cuenta de su complejidad por sus dimensiones y heterogeneidad en el territorio, las características de la población que asiste y sus formas de financiamiento.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 7



Continuar promoviendo y apoyando la **participación e involucramiento** de los usuarios y trabajadores en la **Reforma**, con mejor y mayor información en el proceso de empoderamiento de sus derechos, avanzando en una cultura de promoción y seguridad en la atención a la salud, que supere las visiones orientadas al mayor consumo de recursos y servicios como sinónimo de calidad asistencial.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 8



Continuar con la política instalada de mejorar la accesibilidad al **Sistema de Salud**, reduciendo progresivamente el valor de los tickets o tasas, a efectos que mantener su papel de moderadores de la demanda.

Regular “cuántos estudios o sesiones” se incluyen en cada orden o ticket (ej: cuántos análisis de laboratorio, cuántas sesiones de fisioterapia, etc.)

Regular la validez en el tiempo de la receta y presentaciones de los medicamentos: “cantidad” de cada medicamento que debe entregarse por cada ticket.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 9



Profundizar las políticas de recursos humanos tendientes:

- a la **alta dedicación** y compromiso institucional;
- a una mejor distribución en el territorio, particularmente en **las pequeñas localidades y zonas rurales**;
- a mejorar la dotación y valoración del personal de enfermería en el contexto de la actual realidad asistencial;
- a la **capacitación continua** trabajando con la academia, en tanto instituciones formadoras de recursos humanos en salud, con el colegio médico, en la humanización de las relaciones interpersonales, comunicación y trabajo en equipo para cuidar a los cuidadores, en estimular la motivación y la vocación de servicio, en el manejo de los conflictos de interés y en los temas de ética e investigación en salud.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 10

Afirmar la función reguladora del MSP en cuanto a sus funciones esenciales y de coadministrador del seguro a través de los contratos de gestión con todos los prestadores.

Trabajar desde la JUNASA y el BPS en generar una respuesta estructural a la intermediación lucrativa.

Estimular la capacidad resolutoria del primer nivel de atención evitando la sobre utilización de especialistas disminuyendo los tiempos de espera.

Generar en su estructura una unidad reguladora competente acreditada de medicamentos y productos de salud.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 10

Contar con un potente sistema de información en salud (Historia Clínica Electrónica) que permita auditar calidad de atención y costos asistenciales.

Instalar una fiscalización inteligente cruzando información con el resto de los organismos generadoras de datos.

Potenciar los trabajos con las comisiones de ética en la investigación y de bioética y calidad de atención, en el marco de estimular claramente los trabajos de investigación en salud en el país.

Impulsar un Sistema Nacional de Trauma y un Sistema Nacional de Emergencia Médica.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Listado de instituciones y organizaciones participantes

La metodología de trabajo utilizada en los cuatro talleres requirió conformar grupos que no superaran las 50 personas. En total unas 200 personas representantes de prestadores de salud, organizaciones gremiales, de usuarios y de jubilados, instituciones formadoras de recursos humanos en salud e instituciones de otros organismos del Estado participaron de estas jornadas. El listado correspondiente sigue a continuación.

Prestadores de salud

- Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)
- Banco de Previsión Social (BPS)
- Banco de Seguros del Estado (BSE)
- Intendencia de Montevideo (IM)
- Dirección Nacional de Salud de las Fuerzas Armadas (DNSFFAA)
- Dirección Nacional de Sanidad Policial (DNSP)
- Cámara de Instituciones y Empresas de Salud (CIES)
- Unión de la Mutualidad del Uruguay (UMU)
- Federación de Prestadores Médicos del Interior (FEPREMI)
- Plenario de la Mutualidad del Uruguay (PLEMU)
- Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM)

Organizaciones gremiales

- Sindicato Médico del Uruguay (SMU)
- Federación Médica del Interior (FEMI)
- Federación Uruguaya de la Salud (FUS)
- Instituto de Formación Sindical (FUS-IFS)
- Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP)
- Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada (MNUSPP)
- Espacio Participativo de Usuarios de la Salud (EPUS)
- Organización de usuarios del Cerro
- Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU)
- Colegio de Enfermeras
- Colegio Médico del Uruguay (CMU)

Formadores de recursos humanos en salud

- Facultad Medicina - Udelar
- Facultad Enfermería - Udelar
- Facultad Psicología - Udelar
- Facultad Odontología - Udelar
- Escuela de Nutrición - Udelar
- Universidad Católica
- Universidad de Montevideo

Actores institucionales

- Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)
- Direcciones Generales del MSP
- Direcciones Departamentales de Salud (DDS)
- Comisión de Bioética y Calidad integral de la Salud
- Junta Nacional de Salud (JUNASA)

Los 4 talleres

La metodología de las jornadas de intercambio incluyó la realización de cuatro talleres temáticos:

- Taller 1: Recursos Humanos en Salud (17.05.2017)
- Taller 2: Objetivos Sanitarios Nacionales (02.06.2017)
- Taller 3: Financiamiento de la protección social en salud (22.06.2017)
- Taller 4: Hacia la conceptualización de la calidad en el Sistema Nacional Integrado de Salud (07.07.2017)

Con el objetivo de brindar información oportuna y facilitar el intercambio entre los participantes, el Ministerio de Salud elaboró un documento para cada uno de los talleres sobre la temática referida. Estos documentos, que pueden leerse en los anexos 1 a 4, finalizan con una serie de preguntas disparadoras para el intercambio planteadas con base en subtemas. Los documentos fueron enviados vía correo electrónico a las instituciones y organizaciones invitadas en la semana previa a cada taller. A la vez, los responsables de la elaboración de documentos, hicieron una presentación sintética de los mismos al inicio de cada taller previo a la conformación de los grupos de trabajo por subtema que funcionaron en el Salón de Actos, la Sala de Sesiones y la Sala de Capacitación del MSP. Cada grupo de trabajo contó con personal del MSP en los roles de moderador/a, relator/a y contenidista (integrantes del equipo de elaboración del documento respectivo).

Cada grupo eligió a un representante para la exposición de la síntesis de la discusión del grupo en el plenario general. Las transcripciones de las exposiciones se leen en el apartado siguiente. El Sindicato Médico de Uruguay (SMU) y la Federación de Prestadores Médicos del Interior (FEPREMI) presentaron documentos previamente al inicio de las Jornadas de Intercambio. La Federación Uruguaya de la Salud (FUS) entregó en cada oportunidad un documento de posición de la organización respecto de la temática tratada. También fue entregado un documento elaborado por un conjunto de organizaciones gremiales y sociales que participaron en las Jornadas.

El siguiente cuadro sintetiza la dinámica de los grupos de trabajo por temas y subtemas.

Taller/Grupos de trabajo	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
<p>Taller 1: Recursos Humanos en Salud (RHS)</p>	<p>Organización del trabajo Negociación colectiva como herramienta fundamental para la introducción de cambios en materia laboral. Evaluación de los aprendizajes del período y cómo seguir avanzando.</p> <p>¿Cómo seguir avanzando en el proceso de reforma del trabajo del sector? Necesidad de discutir y diseñar reformas para el trabajo no médico.</p> <p>¿Cómo seguir avanzando en materia de capacitación? Discusiones que se hayan dado en el ámbito de los seminarios de capacitación.</p> <p>¿Cómo se gestiona la gobernanza en los aspectos de organización del trabajo?</p>	<p>Planificación de RHS</p> <p>¿Cómo debe articularse una política nacional que alinee la dotación y la formación a las necesidades sanitarias de la población?</p> <p>¿Cómo medir las necesidades en materia de RHS? ¿Qué aspectos hay que tener en cuenta?</p> <p>¿Qué actores se involucran en el proceso?</p> <p>¿Cómo estimular la distribución de RHS en localidades pequeñas y zonas rurales?</p> <p>¿Cómo promover en el marco de los convenios de complementación, la política de RHS?</p>	<p>Evaluación de las políticas de RHS</p> <p>¿Cómo avanzar en el monitoreo y evaluación de las políticas en materia de RHS?</p> <p>¿Qué organismos deberían participar?</p> <p>¿Qué medidas se deben tomar para mejorar los sistemas de información existentes?</p>

<p>Taller 2: Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN)</p>	<p>Continuidad de los OSN más allá de 2020 ¿Se considera posible lograr efectos perdurables en la situación de salud de la población con acciones hasta el año 2020?</p> <p>¿Qué estrategias podrían implementarse para asegurar la sostenibilidad de esta iniciativa ministerial de cara a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030?</p> <p>¿Qué mecanismos de actualización se sugieren para ajustar periódicamente las prioridades, contenidos y líneas de acción de los OSN?</p>	<p>Efectos de los OSN sobre prestadores del SNIS ¿Cuáles son los principales efectos que la propuesta de OSN 2020 ha tenido en la dinámica interna de los prestadores? ¿Qué frenos o barreras se pueden identificar en la “cultura institucional” de los diferentes estamentos de instituciones prestadoras de servicios, para su asegurar su compromiso con los OSN más allá de las Metas Asistenciales? ¿Cuáles serían las estrategias o acciones concretas para superar estos frenos o barreras? ¿Qué ajustes se podrían impulsar para generar cambios en las condiciones de trabajo y en las prácticas de los equipos profesionales de salud, hacia la adopción de una modalidad de atención basada en la longitudinalidad y en la continuidad asistencial?</p>	<p>Participación de las organizaciones sociales e involucramiento de la población</p> <p>¿Cómo facilitar desde el MSP la generación de planes locales de salud alineados con los OSN?</p> <p>¿Qué componentes críticos debería tener una estrategia de comunicación para estimular el involucramiento de la población con los Resultados Esperados, desde su vida cotidiana y sus diversos espacios de organización social o comunitaria?</p> <p>¿Cómo generar o potenciar herramientas operativas para el control social sobre la marcha de las líneas de acción y los avances en los resultados esperados?</p>
---	--	--	--

<p>Taller 3: Financiamiento de la protección social en salud</p>	<p>Tasas moderadoras ¿Es deseable y posible la eliminación de los tickets y órdenes en las IAMC? ¿Qué dificultades enfrenta ASSE al carecer de tasas moderadoras? ¿Es posible diferenciar precios según el nivel de ingresos o capacidad de pago de los usuarios? ¿Con qué criterios se debería seguir avanzando en la política de reducción gradual de las tasas moderadoras? Por ejemplo: ¿Priorizando estudios, medicamentos, consultas? ¿Priorizando determinadas patologías? ¿En qué casos resulta prioritaria la regulación de las cantidades asociadas al pago de órdenes y tickets?</p>	<p>Mecanismos de pago a prestadores: cápitas, metas, presupuesto, etc. ¿Cuáles son las instancias de discusión e intercambio más adecuadas respecto a los mecanismos de pago y quiénes deben participar? ¿Cómo mejorar los sistemas de información y comunicación de forma de brindar transparencia y rendir cuentas sobre el uso de los recursos? ¿Es necesario y posible innovar respecto a los mecanismos de pago? ¿Es posible incorporar otras variables de ajuste por riesgo en la cápita que paga el FONASA?</p>	<p>¿En qué y cómo gastar? Frente a la disponibilidad de recursos financieros limitados, ¿con qué criterios deben priorizarse las incorporaciones de nuevas prestaciones al PIAS? ¿Quiénes deben participar en esa priorización, en qué instancias y con qué insumos deben contar? Hay en el mundo, muy particularmente en la región, una creciente judicialización de la salud, participando de muy diversas maneras la industria del medicamento, los estudios jurídicos, las organizaciones de pacientes por enfermedad y los medios de comunicación. ¿Es posible actuar sobre esta situación? ¿Qué medidas o herramientas de regulación se consideran necesarias para viabilizar una organización más eficiente y eficaz en la provisión de servicios de salud, teniendo en cuenta estrategias como la complementación, los centros de referencia nacional y la articulación de redes de atención, entre otros?</p>
--	---	--	--

<p>Taller 4: Hacia la conceptualización de la calidad en el SNIS</p>	<p>¿Cómo piensa que los distintos colectivos que participan en el proceso de atención (prestadores, usuarios, equipo de salud) definen desde su lugar el concepto calidad?</p> <p>Elija un indicador trazador de calidad para el SNIS. Sobre la implementación de un SGC: ¿es necesario? ¿Cómo se estructuraría y a cargo de quién estaría la fuerza de trabajo? ¿Qué lugar ocupa la seguridad como dimensión visible a nivel de la práctica diaria?</p>		<p>En este taller se conformaron dos grupos de trabajo que trabajaron sobre las mismas preguntas disparadoras.</p>
--	--	--	--

Conclusiones

El 18 de agosto de 2017 se llevó a cabo en el Salón de Actos del MSP una actividad que reunió, al igual que en el lanzamiento, al equipo ministerial con representantes de trabajadores y usuarios de la salud, jubilados, universidades y facultades, y prestadores de la salud pública y privada. El objetivo de la actividad fue la puesta en común de las principales ideas que surgieron en los talleres, y que se presentan a continuación.

Principales ideas / Recursos Humanos en Salud

1. Necesidad de diseñar un plan estratégico de RHS a largo plazo con metas concretas y que sea operativo. La formulación de ese plan debe ser liderada por el MSP pero con activa participación de las instituciones formadoras de recursos humanos que tienen autonomía institucional.
2. El monitoreo y la evaluación de su desempeño deben estar contemplados durante todo el proceso de formación, que debe ser continuo, y luego en su inserción laboral, contando a esos efectos con sistemas de información apropiados con fuerte componente técnico.
3. Diseñar mecanismos de evaluación de políticas que contemplen la implementación de las mismas y el impacto sobre la calidad asistencial, evaluando procesos y resultados.
4. Necesidad de disminuir el multiempleo para generar mejores condiciones para abordar el compromiso y la alta dedicación de todo el equipo de salud.
5. Incorporar la perspectiva de cambio de modelo a la hora de planificar los RHS.
6. Ante escasez de licenciadas en enfermería, generar condiciones para seguir avanzando en la profesionalización de auxiliares de enfermería existentes y estimular una mejor distribución funcional y territorial de las mismas.
7. Políticas de complementación de servicios y de centros de referencia: solución clave para resolver problemas de dotación de recursos, ineficiencias y calidad.
8. Analizar necesidades de RHS y planificación con mirada desde el territorio, integrando a los distintos actores, especialmente la voz de los usuarios.

Principales ideas / Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

1. De cara al año 2020, las estrategias se deben definir en conjunto, actualizando los contratos de gestión.
2. Construcción de planes departamentales o municipales.
3. Acuerdo social, atender la interacción de las acciones intersectoriales.
4. Generación de proyectos locales de salud.

5. Empoderamiento de la población de los temas relacionados a la salud.
6. Políticas de comunicación que superen visiones mercantiles y de consumo.
7. Definir ámbitos de decisión institucionales y sociales de los OSN.
8. Consejos asesores para dar seguimiento a la evaluación de la meta 2.
9. Desarrollar acuerdos de complementación en aras a mejorar la distribución y calidad del gasto.
10. Fortalecimiento del trabajo en equipo.

Principales ideas / Financiamiento de la protección social en salud

1. Racionalizar el uso de los recursos teniendo en cuenta la realidad de cada territorio y la participación de la sociedad organizada en los procesos de priorización.
2. Importancia de la protocolización al incorporar prestaciones al PIAS: necesidad de evidencia científica, criterios de calidad y equidad.
3. Priorización de la prevención y la atención en el primer nivel de atención resolutivo.
4. Complementación como herramienta a cuidar y potenciar.
5. Incorporación de una meta por equipos básicos de salud.
6. Evaluar la pertinencia de restablecer la sobre cuota de inversión con fines de mejorar los sistemas de información y los proyectos de infraestructura con mirada sistémica.
7. Avanzar en las formulación de cálculo de las cápitas, teniendo en cuenta los determinantes sociales.
8. Mayores espacios de participación e involucramiento de la población.

Principales ideas / Conceptualización de la calidad en el SNIS

1. Componentes jerarquizados: equidad, satisfacción del usuario y calidad percibida por el mismo, seguridad del paciente, componente bioético y de derechos.
2. Jerarquizar en el Modelo de Calidad para el SNIS el primer nivel de atención, detectando y definiendo áreas de impacto para trabajar en un modelo de garantía de calidad que defina indicadores de estructura, proceso y resultado.
3. Implementar el cambio de modelo de atención generando la continuidad asistencial en los 3 niveles de atención, priorizando el seguimiento y la capacidad de resolución del primer nivel.

Posteriormente, representantes de todas las instituciones y organizaciones participantes expusieron su visión sobre la Reforma de la Salud y sus perspectivas, cerrando el evento el Ministro de Salud.

Anexos

Presentación realizada por el Ministro de Salud Pública



Jornada de intercambio:
«A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



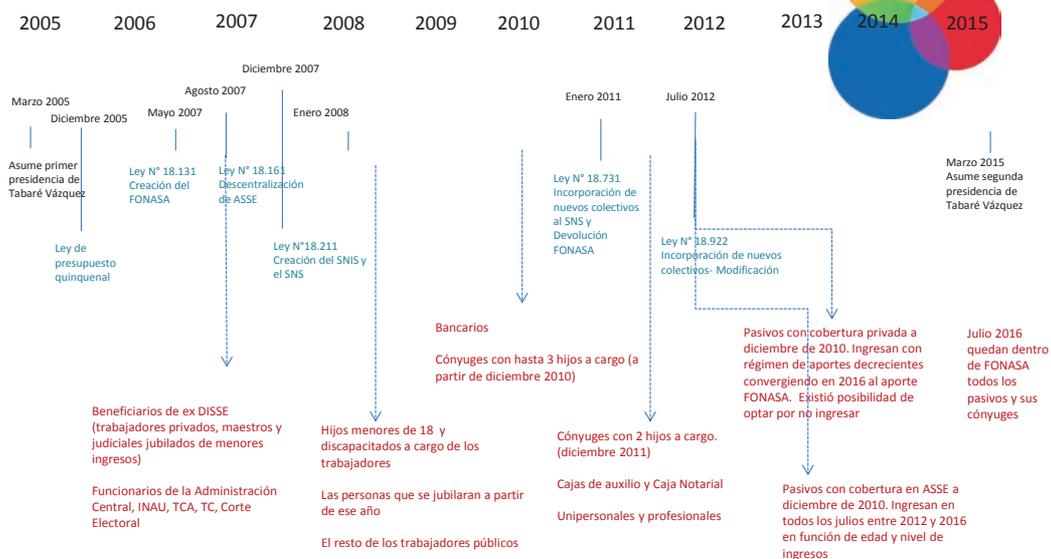
Situación del sector salud antes de la Reforma

- Brechas significativas según la capacidad de pago.
- Inequidad en el tipo prestaciones de las instituciones, con subsector público con debilidades asistenciales mayores.
- Cierre sistemático de instituciones privadas con trabajadores médicos y no médicos despedidos
- Inestabilidad de los usuarios en su relación con las instituciones de salud.
- Atraso en los pagos de retribuciones, beneficios y afectación de proveedores.
- Indefinición del alcance de las prestaciones que componen el derecho de los usuarios a la atención a la salud.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



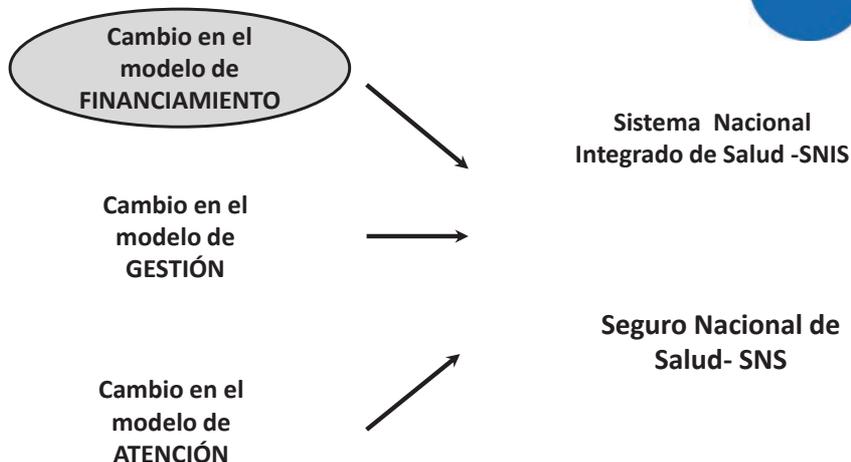
Leyes del SNSIS



Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Diseño de la Reforma Sanitaria: Ideas Fuerza



Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Conformación del Seguro Nacional de Salud



Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



¿Cuánto pagar a los prestadores?



Se definió el pago por riesgo asociado a edad y sexo y se estableció un pago extra por cumplimiento de metas asistenciales para promover el cambio del modelo de atención.

Dadas la carencias de información del sector público, se utilizó la información del Sinadi, estableciendo el valor de las cápitas a partir del dinero gastado por las instituciones para brindar el PIAS.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Estructura de las cápitas



Valores cápitas en \$ (vigentes desde jul/2016)		
EDAD	HOMBRES	MUJERES
< 1	5912,16	5050,35
1 a 4	1730,77	1630,97
5 a 14	1025,67	925,87
15 a 19	994,51	1322,32
20 a 44	916,43	1961,44
45 a 64	1885,28	2305,00
65 a 74	3622,46	3151,14
> 74	4769,93	3935,88

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Pago por Metas Asistenciales



Representa el 6% del gasto total del FONASA

Busca incentivar acciones en los prestadores que mejoren el desempeño en áreas priorizadas:

- Atención del embarazo, recién nacido y niñez.
- Atención de adolescentes.
- Violencia de género y generaciones.
- Referenciación de la población.
- Cargos médicos de alta dedicación.
- Capacitación del personal de la salud.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Pago por Metas Asistenciales



Metas actuales:

Meta 1 – Metas del niño, niña y la mujer (Modificada Abril 2017)

Meta 2 – Meta Médico de Referencia (creada en 2008), hoy modificada en función de los Objetivos Sanitarios Nacionales.

Meta 3 – No vigente.

Meta 4 – Meta de Reforma del modelo de Recursos Humanos (creada en 2012).

Meta 5 – Capacitación del personal de salud (creada en 2016 en el marco de los Consejos de Salarios).

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Logros y derechos en salud



- Disminuir las diferencias de precios entre las IAMC PP , continuando con el proceso de mejora en la equidad en el acceso. En la pág Web “A tu servicio.com” figuran todos los precios.
- Disminuir el precio de las tasas moderadoras en el primer nivel de atención asociadas al médico de referencia, estableciendo un precio máximo del valor de tickets, que progresivamente ha ido disminuyendo para las prestaciones PIAS.
- Asimilar el precio de la consulta de Ginecología a los de Medicina General y Pediatría.
- Regular las prestaciones incluidas en el cobro de la orden de consulta en el Servicio de Emergencia/Urgencia.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Logros y derechos en salud



- El artículo 19 de la Ley 18.211(Creación del SNIS) establece que **“El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población”.**
- Rebaja real de 40% de ticket de medicamentos entre 2005 y 2008.
- Gratuidad de acceso en medicamentos para la población diabética.
- Gratuidad de exámenes para control de embarazo.
- Reducción de ticket de medicamentos para la población hipertensa al precio regulado de la consulta de médico general.
- Set de tickets gratuitos para jubilados que ingresen por el FONASA.
- Atención a personas con consumo problemático de sustancias menores de 18 años y apoyo a familiares para usuarios FONASA.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Salud Sexual y Reproductiva



13 vales para métodos anticonceptivos hormonales

por año. Ticket bajo costo

12 vales anuales con 15 preservativos masculinos cada uno (180 en total).
Ticket bajo costo

3 órdenes anuales para anticoncepción de emergencia.

Ticket bajo costo

Ligadura de trompas y vasectomía (métodos irreversibles),
con el debido consentimiento informado del paciente. Para
esta prestación solo es necesario abonar el correspondiente timbre
profesional.

Incorporación de los implantes en el sector público al sector público.

Aplicación de la Ley de Reproducción Humana Asistida de baja complejidad
y de Alta complejidad (FNR)

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria.
Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Salud Sexual y Reproductiva



Aplicación de la Ley de Interrupción
Voluntaria del Embarazo

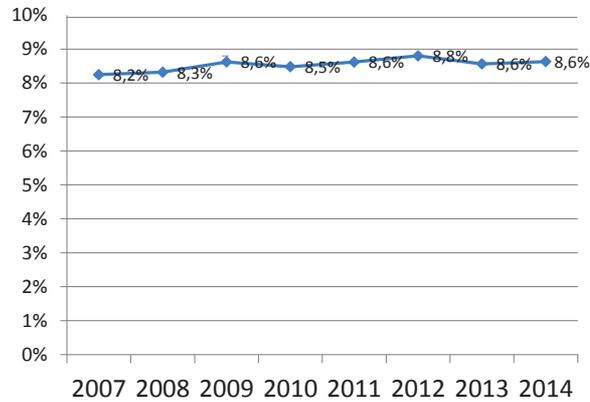
Funcionamiento de la Comisión de asesoramiento de Salud Sexual y
Reproductiva

Aplicación y seguimiento de la Ley de Violencia Doméstica

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria.
Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Gasto en Salud sobre PBI



Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».

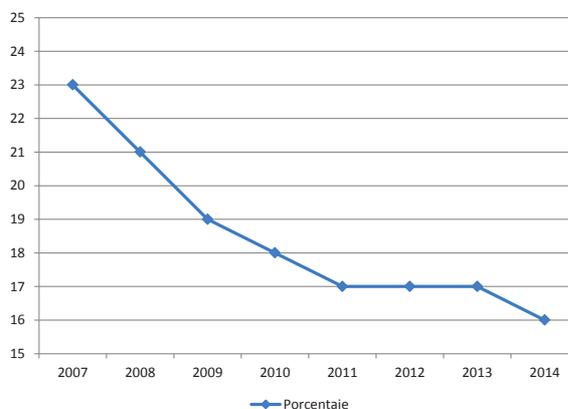


Gasto de bolsillo en el total



Año	Porcentaje
2007	23
2008	21
2009	19
2010	18
2011	17
2012	17
2013	17
2014	16

Gasto de Bolsillo



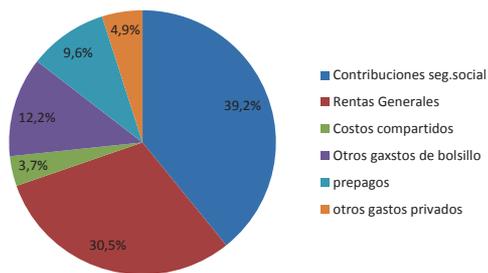
Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Composición gasto en salud 2014

Rubro	Gasto	Participación
Contribuciones seg.social	45.000	39,2%
Rentas Generales	35.000	30,5%
Subtotal Público	80.000	69,7%
Costos compartidos	4.200	3,7%
Otros gaxtos de bolsillo	14.000	12,2%
prepagos	11.000	9,6%
otros gastos privados	5.630	4,9%
Subtotal Privado	34.830	30,3%
Total Gasto en Salud	114.830	100,0%

Composición Gasto Salud 2014



Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



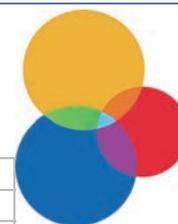
Afiliados Seguro Nacional de Salud

Total General a Diciembre de 2016
2.535.598

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Financiamiento y su impacto en la equidad



PRESUPUESTO ASSE PER CAPITA vs MUTUAL						
A precios 2015						
Año	Presupuesto	Usuarios	Por año	Por mes	Mutual/mes	ASSE/IAMC
2004	10.962.995.620	1.343.412	8.161	680	1.979	34%
2005	11.233.001.403	1.312.564	8.558	713	2.028	35%
2006	13.540.163.269	1.356.321	9.983	832	2.044	41%
2007	14.877.243.988	1.301.347	11.432	953	2.037	47%
2008	17.592.708.115	1.210.592	14.532	1.211	1.825	66%
2009	20.366.651.904	1.245.341	16.354	1.363	1.941	70%
2010	22.190.558.935	1.226.422	18.094	1.508	2.054	73%
2011	23.818.805.534	1.212.588	19.643	1.637	2.084	79%
2012	25.394.461.375	1.220.111	20.813	1.734	2.172	80%
2013	26.536.123.358	1.266.034	20.960	1.747	2.264	77%
2014	27.894.991.702	1.297.086	21.506	1.792	2.369	76%
2015	28.721.089.000	1.264.942	22.705	1.892	2.458	77%
2016	29.177.559.000	1.250.869	23.326	1.944	2.494	78%

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍOS



DESAFÍO 1



Profundizar el Sistema de Salud, avanzando en convenios de complementación de servicios de modo de racionalizar los recursos en el territorio, administrando la tensión existente entre la competencia de los 43 prestadores por los afiliados FONASA, con la construcción de un sistema que aproveche recursos estructurales, tecnológicos subutilizados, incorporando también a los RRHH en la lógica de complementación.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 1



A esos efectos, se ha detectado la necesidad de establecer **precios de referencia** que garanticen mecanismos sustentables de intercambio de prestaciones entre las diferentes instituciones del sistema.

Propuesta: Proyecto de Ley Urgencia/Emergencia que permita, a cualquier habitante fuera del área de influencia de su prestador, recibir la atención de urgencia que requiera, estableciéndose los mecanismos de reembolso correspondiente.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 2



Presentación del mapa sanitario de los recursos en salud necesarios para satisfacer la atención de la población, mitigando la tendencia a la sobredotación de estructuras y tecnologías que respondan exclusivamente a lógicas comerciales de competencia entre prestadores.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 3



Trabajar con cada uno de los **Objetivos Sanitarios Nacionales**, mejorando los indicadores de salud, con políticas sanitarias y recursos intersectoriales con metas acordadas

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 4



Actualizar el PIAS:

1. En base a la revisión y ordenamiento realizado del PIAS, evaluar aquellas prestaciones que no se utilizan e incorporar progresivamente otras, a efectos de mantener al día la canasta de prestaciones.
2. Deberá contemplar el nuevo marco legal en materia de salud mental.
3. Universalizar las prestaciones de salud sexual y reproductiva (ejemplos: implantes subdérmicos).
4. Incorporación de procedimientos y medicamentos basados en evidencia sin poner en riesgo la sustentabilidad del sistema.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 5



Trabajar en la **calidad asistencial como objetivo central** del SNIS.

Generar indicadores de calidad de la atención de manera de estimular la competencia de los prestadores en las buenas prácticas de salud. Incorporar la dimensión **calidad** en el cálculo del pago de la cápita.

Conformar **centros de referencia nacionales** para patologías de baja prevalencia, con el objeto de establecer una escala necesaria y suficiente para alcanzar estándares de calidad, con equipos estables, experiencia comprobable, docencia y racionalización de costos asistenciales.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 6



Consolidar avances en materia de definición del cálculo de las **cápitales** pensadas en estimular la buena gestión asistencial y administración de los recursos en salud, promoviendo la profesionalización en la administración de los dineros públicos.

Modificar progresivamente las **metas** asistenciales en base a los Objetivos Sanitarios, de modo de que los prestadores tengan una actitud proactiva, de seguimiento y monitoreo de toda su masa de usuarios.

Definir, en el subsector público, la forma de medir y pagar las metas asistenciales, que den cuenta de su complejidad por sus dimensiones y heterogeneidad en el territorio, las características de la población que asiste y sus formas de financiamiento.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 7



Continuar promoviendo y apoyando la **participación e involucramiento** de los usuarios y trabajadores en la **Reforma**, con mejor y mayor información en el proceso de empoderamiento de sus derechos, avanzando en una cultura de promoción y seguridad en la atención a la salud, que supere las visiones orientadas al mayor consumo de recursos y servicios como sinónimo de calidad asistencial.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 8



Continuar con la política instalada de mejorar la accesibilidad al **Sistema de Salud**, reduciendo progresivamente el valor de los tickets o tasas, a efectos que mantener su papel de moderadores de la demanda.

Regular “cuántos estudios o sesiones” se incluyen en cada orden o ticket (ej: cuántos análisis de laboratorio, cuántas sesiones de fisioterapia, etc.)

Regular la validez en el tiempo de la receta y presentaciones de los medicamentos: “cantidad” de cada medicamento que debe entregarse por cada ticket.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 9



Profundizar las políticas de recursos humanos tendientes:

- a la **alta dedicación** y compromiso institucional;
- a una mejor distribución en el territorio, particularmente en **las pequeñas localidades y zonas rurales**;
- a mejorar la dotación y valoración del personal de enfermería en el contexto de la actual realidad asistencial;
- a la **capacitación continua** trabajando con la academia, en tanto instituciones formadoras de recursos humanos en salud, con el colegio médico, en la humanización de las relaciones interpersonales, comunicación y trabajo en equipo para cuidar a los cuidadores, en estimular la motivación y la vocación de servicio, en el manejo de los conflictos de interés y en los temas de ética e investigación en salud.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 10

Afirmar la función reguladora del MSP en cuanto a sus funciones esenciales y de coadministrador del seguro a través de los contratos de gestión con todos los prestadores.

Trabajar desde la JUNASA y el BPS en generar una respuesta estructural a la intermediación lucrativa.

Estimular la capacidad resolutoria del primer nivel de atención evitando la sobre utilización de especialistas disminuyendo los tiempos de espera.

Generar en su estructura una unidad reguladora competente acreditada de medicamentos y productos de salud.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



DESAFÍO 10

Contar con un potente sistema de información en salud (Historia Clínica Electrónica) que permita auditar calidad de atención y costos asistenciales.

Instalar una fiscalización inteligente cruzando información con el resto de los organismos generadoras de datos.

Potenciar los trabajos con las comisiones de ética en la investigación y de bioética y calidad de atención, en el marco de estimular claramente los trabajos de investigación en salud en el país.

Impulsar un Sistema Nacional de Trauma y un Sistema Nacional de Emergencia Médica.

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Jornadas de intercambio



RRHH en Salud

Objetivos Sanitarios Nacionales

Inversión en Salud

Calidad de la Atención

Evaluación y Cierre de las Jornadas de Intercambio

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Muchas gracias

Jornada de intercambio: «A diez años de la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud».



Documento de trabajo para el taller 1 sobre Recursos Humanos en Salud

10 años del **+**
sns
Sistema Nacional
Integrado de Salud

Jornadas de Intercambio

"A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud"

Ministerio de SALUD

Recursos humanos en salud
Insumos para el taller

Índice de contenidos

I.	Introducción.....	49
II.	Alcances y desafíos de la gobernanza	50
III.	Descripción general de los RHS	53
IV.	Distribución de los RHS	60
V.	Estructura de las dotaciones	63
VI.	Planificación de los RHS	66
VII.	Políticas salariales	67
VIII.	Principales cambios en las condiciones de trabajo	69
	1. Aspectos no salariales de la negociación colectiva	69
	2. Nuevo Régimen de Trabajo Médico	71
	2.1. Objetivos del NRTM	71
	2.2. Descripción del proceso de implementación	73
	2.3. Monitoreo y evaluación	75
	3. Capacitación	75
IX.	Preguntas guía para los talleres.	78

I. Introducción

Los recursos humanos en salud (RHS) son el recurso esencial de cualquier sistema de salud. Su dotación, distribución, formación y capacitación son determinantes claves a la hora de definir el acceso de la población a servicios de salud de calidad de manera oportuna. El gobierno uruguayo que asume en 2005 comienza un proceso de reforma en la salud, consagrada en la Ley N° 18.211 que establece la creación, funcionamiento y financiación del actual Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y cuyo cometido central es establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal. Entre los objetivos del SNIS se encuentran “el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse”, y “promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica” (art. 4 de la ley 18.211).

El presente documento sistematiza las principales características de los profesionales de salud en un sentido amplio y su inserción en el sector salud. Asimismo, sistematiza los principales avances que se registraron en los últimos diez años, identificando los principales desafíos que el país tiene en este campo en el mediano y corto plazo.

II. Alcances y desafíos de la gobernanza

A partir de la creación de la Reforma de la Salud y con la Ley 18.211 se definen los cometidos estratégicos del MSP, que se relacionan con el desarrollo del SNIS y la garantía del derecho a la salud de todos los habitantes residentes en el país.

En sus principios rectores, se plantean como misión y visión el establecer las políticas y las estrategias para el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, de modo de asegurar la salud colectiva como un derecho humano básico y un bien público responsabilidad del Estado. Se puso énfasis en ejercer la rectoría del sector salud y en el rol de la Autoridad Sanitaria para proteger la salud de la población, a través de políticas y acciones con énfasis en la prevención y promoción, que cumplan los principios de integralidad, universalidad, calidad, equidad, eficacia, eficiencia y participación social.

Dentro de los cambios que en la reforma se plasmaron se puso de manifiesto el papel central de los trabajadores de la salud para cumplir con los objetivos de la misma. El MSP reconoce desde estos inicios que en los temas de los RHS se tendrá una rectoría compartida con otros actores con importante presencia tanto en los temas vinculados a la formación como a las demandas del mercado de trabajo y regulación del mismo. En nuestro país las competencias en materia de rectoría de los RHS están dispersas entre una multiplicidad de instituciones.

En cuanto a la formación de RHS, la Universidad de la República es el principal actor en dicha tarea¹ y posee autonomía académica consagrada en su Ley orgánica². Cumple el doble rol de formador y regulador ya que determina la cantidad y el perfil de los profesionales que forma a través de los cupos tanto para la Escuela de Tecnología Médica, las residencias y posgrados en los casos que corresponde. En cuanto a la formación de RHS el país cuenta también con instituciones privadas

¹ El 63% de los títulos registrados en el MSP provienen de la Universidad de la República.

² “La Universidad se desenvolverá, en todos los aspectos de su actividad, con la más amplia autonomía.” Art. 5 de la Ley Orgánica de la UdelaR.

terciarias y no terciarias, reguladas por el Ministerio de Educación y Cultura. En este tema tampoco el MSP tiene incidencia en cuanto a la cantidad ni en las definiciones de estándares de calidad de los recursos que forma, vinculantes con las necesidades de la reforma sanitaria en marcha.

En los aspectos relativos a retribuciones, partidas complementarias, formas de remuneración y condiciones de trabajo, las definiciones se toman a nivel de la Negociación Colectiva tripartita en el primer caso y bipartita en el segundo caso. En este contexto el rol clave lo juega el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social³.

Se debe sumar a estos actores la multiplicidad de prestadores de servicios de salud públicos (ASSE, Sanidad Policial, Sanidad Militar, etc.) y privados (IAMC, seguros integrales, prestadores parciales), quiénes determinan la demanda de estos recursos. Asimismo es importante destacar el rol de los colectivos de trabajadores en el campo de la salud (FUS, FFSP, SMU), no solo en su participación en los Consejos de Salarios, que se expresa como condiciones de trabajo que repercuten en la organización de los servicios e inciden por ejemplo en la carga horaria y dotación de recursos, sino también por su participación en los distintos espacios de gobernanza del SNIS (JUNASA, JUDESAS, Consultivos, etc.) generando agenda más allá de las demandas en cuanto a condiciones de trabajo.

En resumen, la rectoría en el campo de los RHS se encuentra compartida entre el MTSS, MEC, UDELAR y MSP, y los distintos espacios de participación existentes. El rol del MSP en esta área depende de manera permanente de la voluntad política de las restantes autoridades para coordinar interinstitucionalmente.

A partir de la Ley 18.211 de creación del SNIS se define dentro de las competencias fundamentales del MSP, el de “Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.” (Art. 5 Ley 18.211), lo que crea la necesidad de que el MSP tome un rol activo dentro del campo de los RHS, algo que hasta ese momento se resumía a situaciones críticas como por ejemplo el cierre de Instituciones.

En todos estos aspectos el MSP ha optado desde ese entonces por posicionarse como un actor clave en este tema, generando capacidad técnica y política para gestionar las acciones necesarias que hagan converger los distintos intereses de las instituciones y organizaciones señaladas anteriormente, poniendo el foco en las necesidades asistenciales de la población. Se planteó como objetivos centrales construir e implementar políticas y acciones para el desarrollo de los RHS acorde a la realidad sanitaria de la población, las necesidades y objetivos del SNIS y a las expectativas y derechos de los usuarios del sistema. Esto implica gestionar e incidir institucionalmente en el campo de los RHS con los distintos actores implicados, tomando a estos como sujetos activos y eje esencial para una adecuada atención en Salud.

La meta es avanzar en el ejercicio de la gobernanza⁴ articulando con los distintos actores, para construir organizaciones inteligentes que consoliden estrategias para el logro de sus objetivos y adaptables a los cambios del entorno. La gobernanza de una organización alude a modelos de organizaciones democráticos y participativos, en donde prima una visión estratégica compartida por múltiples actores. Pero también se basa en la transparencia de los procesos y de las decisiones,

³ “Créanse los Consejos de Salarios que tendrán por cometido fijar el monto mínimo de los salarios por categoría laboral y actualizar las remuneraciones de todos los trabajadores de la actividad privada (...). El Consejo de Salarios podrá asimismo establecer condiciones de trabajo para el caso que sean acordadas por los delegados de empleadores y trabajadores del grupo salarial respectivo.” Art. 12 de la Ley de Negociación Colectiva.

⁴ “La esencia de la gobernanza consiste en la importancia primordial que atribuye a los mecanismos de gobierno que no se basan en el recurso exclusivo de las autoridades gubernamentales ni a las disposiciones decididas por éstas...La gobernanza no se caracteriza por la jerarquía, sino por la interacción de actores corporativos autónomos y por redes entre organizaciones.” (Natera Peral, 2005, pág. 759)

en la búsqueda de la eficiencia y el compromiso, favoreciendo el desarrollo de prácticas, relaciones y capacidades para el avance en las políticas que atiendan las necesidades de los usuarios y de la comunidad. Se trata de sentar las bases de nuevas prácticas de gobierno, a través del abordaje longitudinal de proyectos y programas, con la participación de los principales actores sociales que se encuentran presentes para el contralor y el cuidado de los bienes comunes y los servicios sociales, basados en modelos deliberativos y en una burocracia basada en la eficiencia y el trabajo experto.

Mirando el proceso global de estos 10 años, más allá del campo de los RHS, en el período 2005 – 2007 la discusión estuvo centrada en las características de la reforma de la salud y en su implementación. A partir del 2007 se comienzan a crear espacios e insumos para la discusión e implementación de políticas de RHS y específicamente en el año 2010 el tema de RRHH fue definido política y programáticamente como una de las prioridades a trabajar desde el MSP.

En este sentido, se pueden distinguir tres momentos en la construcción de su papel desde la rectoría en el tema RHS: desde 2005 a 2009 se enfocó en la creación de sistemas de información; desde 2010 a 2015 se destaca la generación de institucionalidad para el desarrollo de políticas específicas, y a partir de 2015 en adelante se encuentra enmarcado en consolidar y profundizar los procesos, especialmente generando herramientas para la evaluación de políticas.

Para mirar hacia adelante es necesario tener presente los antecedentes creados para la construcción de esta rectoría basada en una modalidad de gobierno que ha impulsado a través de distintas acciones la gobernanza para la toma de decisiones. Dentro de estas acciones se puede destacar:

Creación en el 2010 de la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud:

Tiene como objetivo estratégico concentrar institucionalmente la temática de RHS para generar capacidades y experticia necesaria y suficiente para incidir en la articulación en la materia por parte del MSP. Sus principales cometidos son: a) generar insumos para el diseño y evaluación de políticas públicas en materia de RHS, b) generar y mantener los sistemas de información y c) habilitar los profesionales de la salud.

Creación de sistemas de información y difusión de los mismos:

Desde el 2006 se han creado y formalizado sistemas de información desde el propio MSP (Sistema de control y análisis de recursos humanos, Relevamiento de trabajadores del sector públicos, Sistema de habilitación y registro de profesionales). También se han realizado relevamientos puntuales como el Censo de profesionales de la salud en el año 2008, y se ha trabajado en coordinación con otras organizaciones en la implementación del Censo de Enfermería y de Psicología. Estos relevamientos se encuentran disponibles en la Web del MSP como forma de aportar a la construcción colectiva del conocimiento en el campo de los RHS.

Participación en distintos ámbitos para la articulación con los restantes actores del sistema:

- Participación en el Consejo de Salarios: desde el año 2005 el MSP se encuentra trabajando para tener un rol activo y propositivo en el tema. Esta participación le ha permitido incorporar objetivos sanitarios a la regulación de las relaciones laborales del sector. El principal ejemplo de esto es la reforma del trabajo médico.
- Observatorio de RHS: el Observatorio ha constituido un espacio referente de intercambio y producción de información, fundamental para la construcción de políticas públicas y planes estratégicos de RHS. Se crea en diciembre de 2012 y tiene como objetivo principal la construcción, análisis y difusión de conocimiento para la elaboración e implementación de los procesos de regulación, formación, desarrollo y formulación de políticas y planes de RHS en el

marco de los principios y valores rectores del SNIS y las necesidades sanitarias de la población del país. Está integrado por el Área Salud de la UdelaR, SMU, FUS, FFSP, ASSE, prestadores privados de la salud y Sanidad Militar.

- **Nodo Campus Virtual:** es una red de personas, instituciones y organizaciones que comparten cursos, recursos, servicios y actividades de educación, información y gestión del conocimiento en acciones de formación; con el propósito común de mejorar las competencias de la fuerza de trabajo y las prácticas de la salud pública. Es a su vez una herramienta de la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el aprendizaje en red en la región de las Américas. El MSP ha sido impulsor de dicho espacio y ha generado conjuntamente con otras organizaciones propuestas de aprendizaje, cursos y capacidades técnicas.
- **Participación en la comisión de RHS de la Red integrada de efectores públicos de salud (RIEPS):** integrada por representantes MSP e integrantes de la RIEPS. Tuvo entre sus principales objetivos contribuir al análisis sobre los RHS del sector salud, conocer las diferentes formas de contratación y vinculación laboral que se tienen en las instituciones del sector público e identificar líneas de trabajo en el sector de RRHH que faciliten las estrategias de complementación entre prestadores públicos.
- **Comisión Asesora Multipartita (CAM):** está integrada por las 4 cámaras empresariales (Plenario, UMU, CIES y FEPREMI), SMU, MEF, MTSS y MSP. Tiene como objetivo diseñar el nuevo régimen de trabajo médico y elevar las propuestas al Consejo de Salarios - Grupo 15 "Servicios de Salud y Anexos". Se constituye en 2012 y tiene un funcionamiento periódico desde ese momento. La periodicidad y estabilidad en los interlocutores permite generar confianza entre los actores que facilitan la construcción colectiva de la política pública. Representa el primer espacio creado en la órbita de la negociación colectiva que reconoce la incidencia directa que tiene la misma en el desarrollo de las políticas, define al MSP como coordinador de la negociación colectiva en lo que refiere a los aspectos asistenciales, formaliza y ordena el vínculo Consejo de Salarios – MTSS – MSP.
- **CAM –ASSE (ASSE – SMU – MTSS – MEF – MSP):** Este espacio tiene como objetivo inicial discutir el Nuevo Régimen de Trabajo Médico para ASSE. Es el primer espacio de discusión que integra formalmente a todos los actores vinculados en la materia favoreciendo la formalización de la negociación colectiva en el ámbito del MTSS.
- **Comisión honoraria asesora de enfermería (CONAE):** integrada por el MSP, ASSE, FUS, CEDU, UDELAR, FEPREMI, UCUDAL y FFSP, es un ámbito en el cual se discute y propone medidas sobre una de las profesiones más importantes en el campo de la salud. En dicha comisión se han creado aportes para la Ley 18.815 así como se han generado insumos para la creación de información sobre la profesión como fue el Censo Nacional de Enfermería.
- **Participación en la Comisión de Residencias Médicas:** el MSP participó activamente en la nueva Ley 19.301 de Residencias Médicas. La nueva normativa redimensiona la participación del MSP como articulador entre las necesidades del SNIS y la formación de especialidades médicas. Incorpora explícitamente el concepto de planificación a la definición de los cupos de las residencias en las distintas especialidades

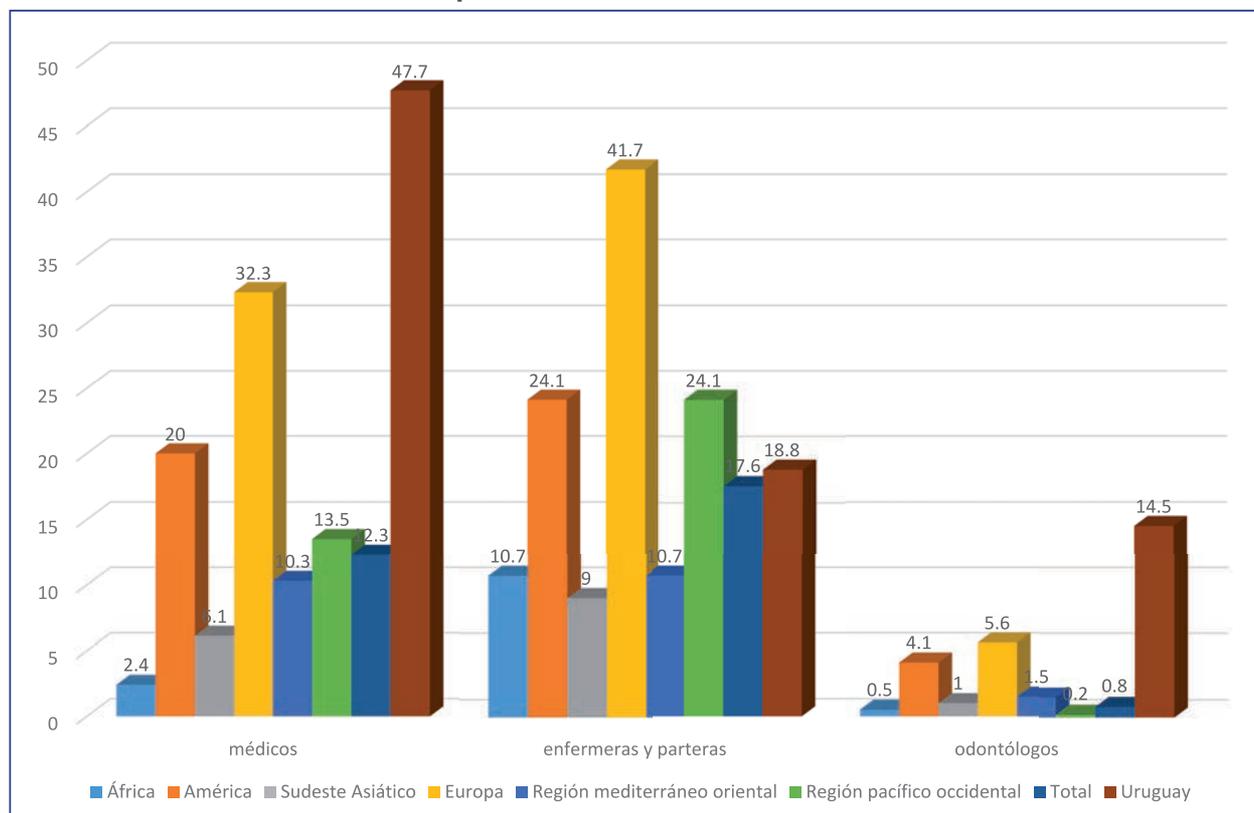
Todos estos ámbitos, con mayores o menores grados de desarrollo, han sido espacios de debate y colaboración entre los distintos actores del campo de la salud constituyéndose en herramientas a partir de las cuales se han generado diagnósticos y políticas en RHS, y a través de los cuales se ha construido y ejercido la rectoría por parte del MSP.

Pasados 10 años de la reforma el objetivo es analizar las prioridades a futuro, discutir sobre los ámbitos de intercambio existentes con los distintos actores en sus distintos formatos (cómo han funcionado, cuáles han sido sus principales dificultades y cómo lograr mayor eficiencia para el logro de los objetivos compartidos). Es necesario indagar en nuevos formatos de trabajo colaborativo o mejorar los ya existentes para lograr dar respuesta a los problemas que hoy se visualizan pero también para los cambios y problemas emergentes, considerando los tiempos organizacionales de cada actor para la toma de decisiones.

III. Descripción general de los RHS

Considerando los ratios de profesionales de la salud cada 10.000 habitantes, nuestro país se encuentra en una posición privilegiada, superando los ratios Europa en el caso de los médicos y odontólogos. Esta situación históricamente fue así, situándose Uruguay dentro de los países con mejor dotación de América Latina.

Gráfico 1. Densidad de profesionales de la salud cada 10.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del World Health Statistics 2016 de la OMS y Anuario Estadístico del INE - 2016.

Según datos del Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales del MSP de marzo de 2017, nuestro país cuenta actualmente con 16.268 médicos, 6.176 licenciadas en enfermería y 23.606 auxiliares de enfermería.

Tabla 1. Profesionales de la salud registrados en el MSP. Marzo 2017.

Médicos	16.268
Lic. Enfermería	6.176
Aux. Enfermería	23.606
Lic. Nutrición	1.913
Lic. Psicología	7.837
Obstetras parteras	619
Odontólogos	4.208
Otros profesionales de la salud ⁵	6.719

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SHARPS, marzo 2017

El sector salud emplea 110.000 trabajadores según datos de la ECH del INE de 2016, lo que representa el 6.7% del empleo total.⁶ Considerando la condición de ocupación de la ECH, se observa que el 45% de los mismos se orientan a la asistencia directa de los cuales la mayoría son médicos y auxiliares de enfermería.⁷

Tabla 2. Empleo en la rama de actividad de la salud por categoría de ocupación. Año 2016.

Médicos	11%
Licenciadas enfermería	5%
Otros profesionales	9%
Técnicos	7%
Auxiliares de enfermería	13%
Otras categorías	55%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

El restante 55% de los trabajadores está integrado principalmente por trabajadores administrativos, cuidadores y auxiliares de servicios.

⁵ Se incluyen todas las categorías de profesionales que forma la Escuela de Tecnología Médica, considerando de esas categorías también los egresados por el sector privado.

⁶ Datos calculados a partir de la ECH del año 2016 del INE. La rama de actividad se identifica en base a la Clasificación Industrial Internacional Uniforme Rev. 4 adaptada a Uruguay con los siguiente códigos: 8610 Actividades de hospitales; 8620 Actividades de médicos y odontólogos, Clínicas médicas, excepto de estética corporal, Servicios odontológicos, Clínicas médicas de estética corporal, Otras actividades médicas; 8690 Otras actividades relacionadas con la salud humana, Servicios de acompañantes de enfermos, Servicios de laboratorios de análisis clínicos y radiológicos, Servicios de ambulancias, Otras actividades relacionadas a la salud humana.

⁷ La ocupación de los trabajadores surge de considerar la ocupación principal en la ECH 2016, por lo que los valores absolutos no necesariamente coinciden con el total de profesionales del país.

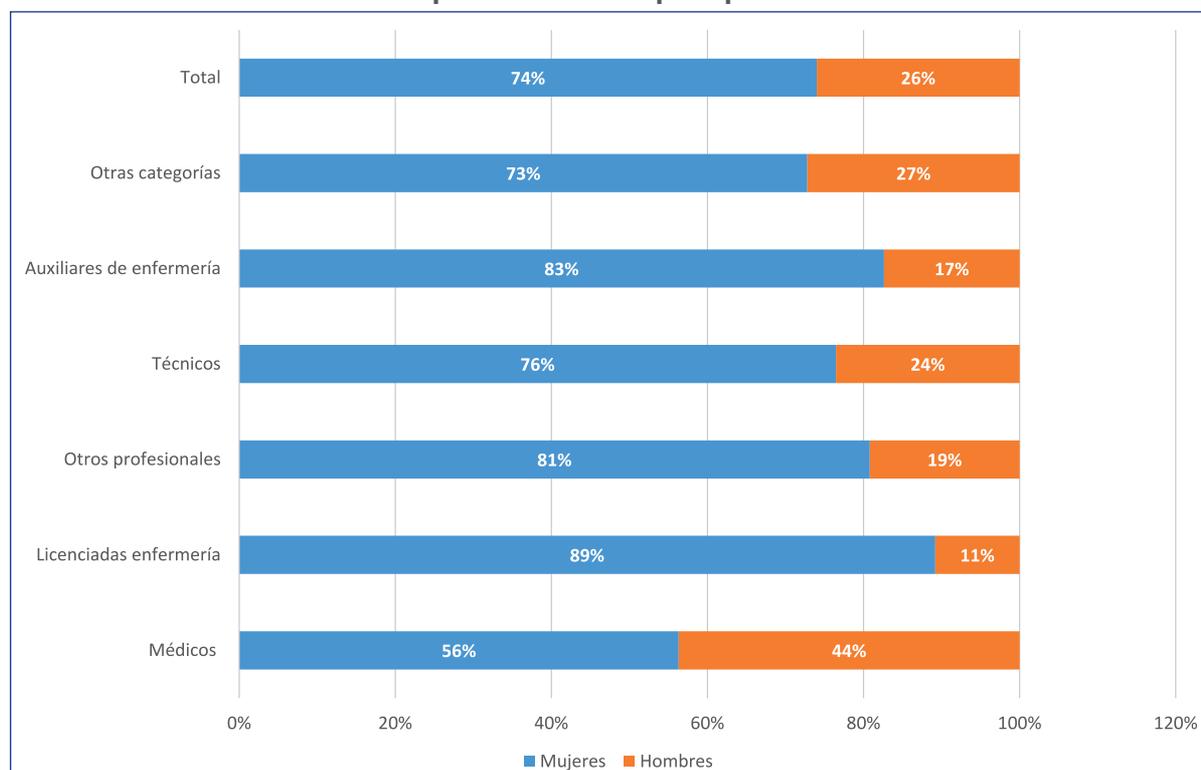
Tabla 3. Composición de “otras categorías”. Año 2016

Listado Nacional de Denominaciones de Ocupaciones CIUO_08	% sobre "otras categorías"
Oficinistas generales	19%
Empleados de contabilidad y cálculo de costos	5%
Trabajadores de los cuidados personales en instituciones	16%
Trabajadores de los cuidados personales a domicilio	5%
Otros trabajadores de cuidados personales	3%
Guardias de protección	3%
Conductores de automóviles, taxis y camionetas	4%
Limpiadores y asistentes de oficinas, hoteles y otros establecimientos	15%
Ayudantes de cocina	2%
Total	72%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

Esta fuerza de trabajo está fuertemente feminizada. En todas las categorías laborales las mujeres representan más del 50% de los trabajadores de la categoría, pero estos guarismos aumentan sustancialmente cuando se trata de trabajadores no médicos.

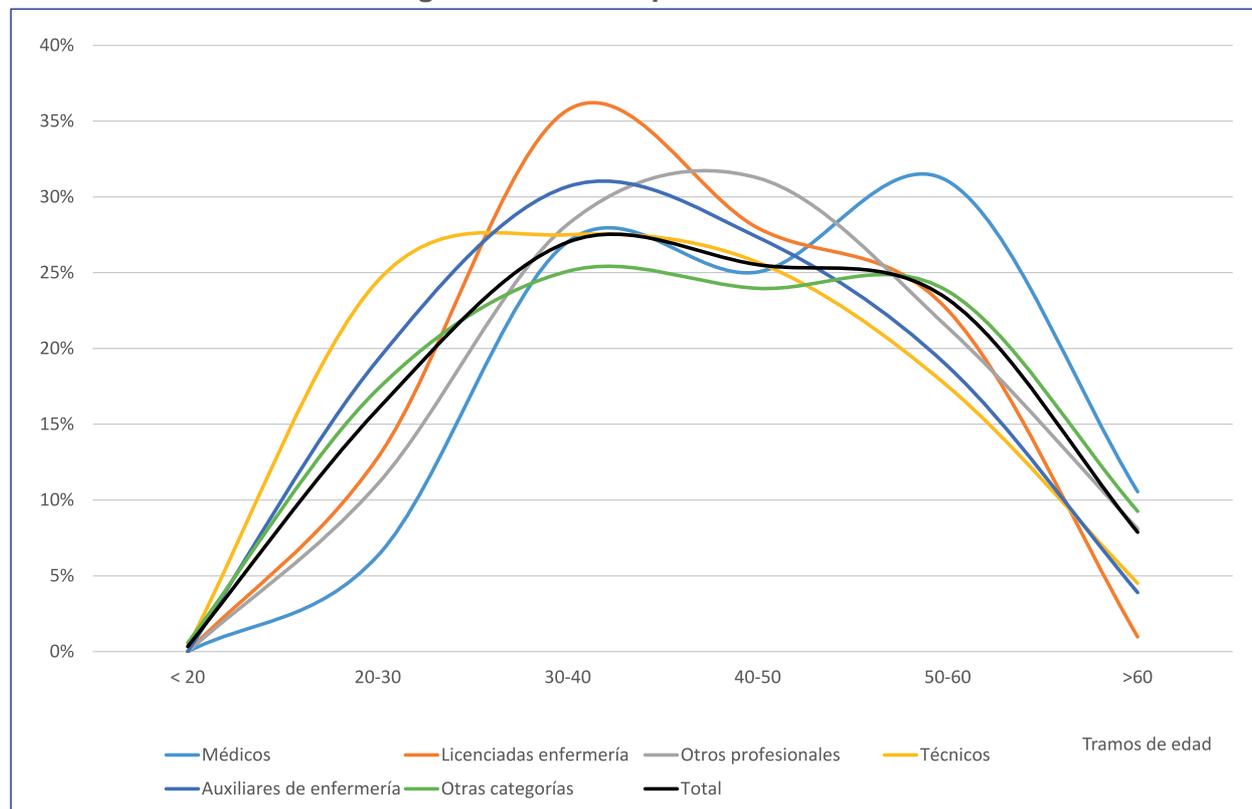
Gráfico 2. Composición del empleo por sexo. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

En términos etarios, cerca del 80% de los trabajadores de la salud tienen entre 30 y 60 años. Los trabajadores médicos son los que ingresan de manera más tardía al mercado de trabajo y se mantienen en edades más prolongadas, lo que refleja también los tiempos diferenciales de educación formal en relación a otras profesiones.

Gráfico 3. Categorías laborales por tramos etarios. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

En lo que refiere al nivel educativo, existe una importante dispersión entre categorías laborales. Asimismo, dentro de “otras categorías” la situación es muy heterogénea, y es donde se ubican los niveles educativos más bajos. El 60% de estos trabajadores tienen menos de 12 años de educación mientras que 12% tienen menos de 7 años.

Tabla 4. Años de educación promedio por categoría laboral. Año 2016.

	Años de educación promedio
Médicos	21.3
Licenciadas enfermería	16.5
Otros profesionales	17.6
Técnicos	14.7
Auxiliares de enfermería	12.1
Otras categorías	10.8
Total	13.3
Otras categorías	
Oficinistas generales	12.3
Empleados de contabilidad y cálculo de costos	12.7
Trabajadores de los cuidados personales en instituciones	10.0
Trabajadores de los cuidados personales a domicilio	8.6
Otros trabajadores de cuidados personales	12.1
Guardias de protección	8.7
Conductores de automóviles, taxis y camionetas	9.4
Limpiadores y asistentes de oficinas, hoteles y otros establecimientos	8.5
Ayudantes de cocina	9.5
Total otras categorías	10.3

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

En términos de calidad del empleo, a diferencia de otros sectores la precariedad laboral medida como la cobertura a través de la seguridad social no es el problema fundamental. El sector salud en términos relativos está fuertemente regulado, lo que incide directamente en la precariedad medida de esta forma (4.1%). Si partimos de una definición más amplia, que incluya otros derechos laborales, se observa que la misma asciende a 14% para el conjunto de los trabajadores, principalmente asociado al reconocimiento de horas extras o licencia por enfermedad.

Tabla 5. Dimensiones de la precariedad laboral por categoría laboral. Año 2016.

	No aporta a caja de jubilaciones	No aporta por el total del salario	No se reconoce horas extras mediante pago, compensación, días adicionales de vacaciones	No tiene vacaciones anuales pagas o pago por licencia no gozada	No tiene licencia por enfermedad o lesión paga	Algún tipo de precariedad ⁸
Médicos	0.5%	1%	10%	2%	4%	13%
Licenciadas enfermería	0.0%	0%	8%	1%	2%	11%
Otros profesionales	6.9%	0%	3%	2%	1%	12%
Técnicos	5.5%	1%	7%	4%	5%	17%
Auxiliares de enfermería	1.3%	0%	6%	2%	6%	13%
Otras categorías	5.2%	1%	5%	3%	4%	14%
Total	4.1%	1%	6%	2%	4%	14%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

Otro aspecto asociado a la calidad del empleo es el multiempleo. Los laudos de las décadas del 60 y 90 definen cargas horarias bajas, principalmente en el caso de los médicos, que permiten e incluso incentivan el trabajo en múltiples instituciones, lo que repercute directamente en la calidad de vida del trabajador y en la calidad asistencial.

Tabla 6. Multiempleo por categoría laboral. Año 2016.

	1 trabajo	2 trabajos	Más de 2 trabajos	Total	Nº empleos promedio
Médicos	25%	40%	35%	100%	2.25
Licenciadas enfermería	65%	34%	1%	100%	1.36
Otros profesionales	62%	31%	7%	100%	1.46
Técnicos	63%	30%	7%	100%	1.47
Auxiliares de enfermería	74%	25%	1%	100%	1.27
Otras categorías	85%	14%	1%	100%	1.16
Total	72%	22%	6%	100%	1.36

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

Por último, dentro de las dimensiones asociadas a la calidad del empleo se analizan las cargas horarias y búsqueda de empleo.

En términos generales, se observa que si bien los laudos establecen cargos de una baja dedicación horaria en relación a otros sectores, los trabajadores considerando todas sus ocupaciones trabajan en promedio más de 40 horas semanales.

⁸ La precariedad en este caso se mide como la ausencia de al menos uno de los derechos establecidos en las restantes columnas.

Tabla 7. Horas de trabajo semanal. Año 2016.

	Ocupación principal	Total
Médicos	33.3	52.3
Licenciadas enfermería	35.4	45.0
Otros profesionales	28.3	35.0
Técnicos	31.5	39.9
Auxiliares de enfermería	35.6	43.3
Otras categorías	37.0	40.2
Total	35.1	41.7

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

Asimismo, cerca del 10% de los trabajadores que trabajan menos de 40 horas semanales desean trabajar más horas, principalmente “otros profesionales” que realizan asistencia directa.

**Tabla 8. Subempleo por categoría laboral.
Año 2016.**

Médicos	4%
Licenciadas enfermería	4%
Otros profesionales	17%
Técnicos	7%
Auxiliares de enfermería	6%
Otras categorías	10%
Total	9%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

Por último, se observa que el 12% de los trabajadores que están ocupados se encuentran buscando otro empleo.

**Tabla 9. Porcentaje de trabajadores que estando ocupados, buscan otro empleo.
Año 2016.**

Médicos	9%
Licenciadas enfermería	5%
Otros profesionales	16%
Técnicos	11%
Auxiliares de enfermería	8%
Otras categorías	13%
Total	12%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

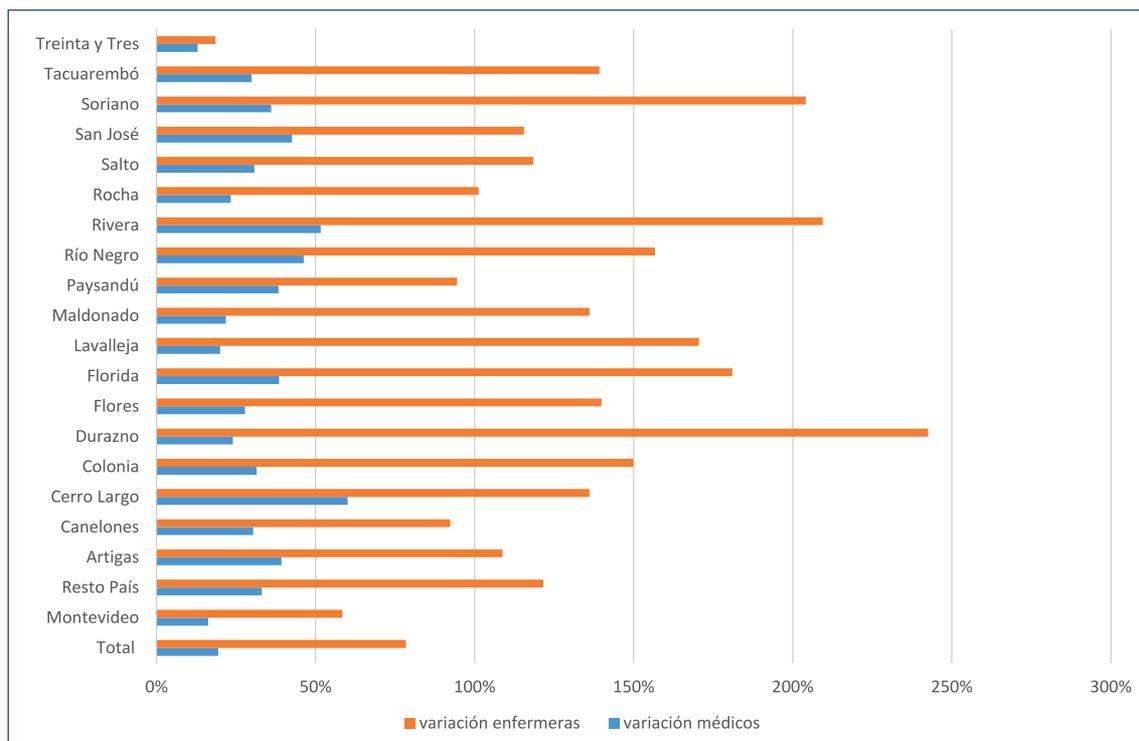
En síntesis, nuestro país cuenta con una importante dotación de RHS, donde la fuerza de trabajo está fuertemente feminizada. En el sector salud la precariedad en todas sus dimensiones es sustancialmente menor en relación de otros sectores, concentrándose los problemas en el multiempleo que es mayor en términos relativos.⁹ Por otro lado, los bajos niveles educativos de algunas categorías laborales, representan un importante desafío de mediano plazo para mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan pero también para brindar mejores condiciones de desarrollo futuro a sus trabajadores.

IV. Distribución de los RHS

Los indicadores generales de dotación a nivel nacional que son extremadamente favorables para nuestro país esconden importantes problemas que inciden en el acceso a la salud de la población y la calidad de los servicios. En este sentido se distinguen dos problemas principales, uno asociado a la distribución de los RHS y otro de composición de los mismos.

En lo que refiere a la **distribución territorial** de los profesionales de la salud, considerando el período 2005 – 2015 se observa una mejora en la distribución territorial de los médicos y enfermeras profesionales. Si bien ambas categorías de profesionales se vieron incrementadas en este período, la variación fue mayor en prácticamente todos los departamentos del interior en relación a Montevideo.

Gráfico 4. Variación de las densidades cada 10.000 habitantes por departamento. 2005 - 2015.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Anuario Estadístico y Proyecciones de Población del INE.

9 La precariedad medida como la falta de aportes a la seguridad social afecta al 25% del total de ocupados y considerando todas las dimensiones este guarismo se eleva a 35%. En el caso del multiempleo, afecta al 11% de los ocupados totales. Datos de la ECH de 2016.

De todas formas, persisten problemas territoriales. Al igual que el conjunto de la población, los trabajadores de la salud tienden a concentrarse en la capital del país y área metropolitana o en los principales centros urbanos del interior. Según datos del INE de 2016, la densidad de médicos cada 10.000 habitantes de Montevideo más que triplica la del interior y en el caso de enfermería la duplica. Lo que se puede observar es que existe una mayor dotación relativa en los departamentos donde existe formación en el lugar o en la zona. Este dato es relevante a la hora de pensar políticas de distribución territorial. Si bien los incentivos salariales pueden ser una opción de política, la descentralización de la formación parece tener un importante impacto ya que evita el desarraigo y mejora las posibilidades de desarrollo profesional y académico fuera de la capital.

Para lograr una mayor apertura por especialidad de los profesionales médicos, la única información disponible es la que surge de los registros administrativos del MSP. Si se discrimina por grupos de especialidades médicas (Especialidades básicas, Especialidades Médicas y Especialidades Anestésico – Quirúrgicas), tanto para ASSE como para las IAMC la zona sur del país es la que presenta una mayor cantidad de profesionales, siendo las especialidades denominadas básicas las que presentan indicadores más similares entre regiones, especialmente en el subsector privado.

Las densidades presentadas en la tabla 10 permiten el análisis dentro de cada subsector pero no la comparación entre subsectores. En la medida que los regímenes de trabajo y cargas horarias son muy distintos entre ambos, las personas como unidad de medida no sirven para comparar la disponibilidad intersectorial.

Asimismo, se observa que la densidad de especialidades cada 10.000 usuarios aumentó de manera importante con respecto al año 2007 para todas las regiones del país, no pudiéndose observar un efecto de redistribución entre zonas durante este período. Es importante aclarar que en el caso de las IAMC donde las densidades aumentan menos en términos relativos o se mantienen, implica un mayor número de recursos dado el incremento registrado en la cantidad de usuarios de ese subsector durante el período considerado.

Las densidades por zona geográfica permiten tener un diagnóstico general sobre aspectos vinculados a la distribución territorial pero es importante que la discusión sobre políticas en esta materia incorpore la escala de nuestro país y sus características geográficas, para lograr mayor eficiencia en la distribución de los recursos. Asimismo, es importante tener en cuenta que la escala repercute en la calidad de los servicios ya que incide en la capacidad o no de mantener y mejorar las destrezas de los profesionales de la salud.

En este sentido, es clave organizar los servicios teniendo en cuenta todos estos aspectos. Las políticas territoriales deben priorizar la radicación en territorio de los profesionales del primer nivel de atención y desarrollar una red de servicios que garantice el acceso oportuno a los restantes niveles asistenciales. En este sentido debe priorizarse también la definición de los centros de referencia nacionales que permitirían optimizar recursos y mejorar la calidad y acceso de los servicios de atención a patologías de baja prevalencia.

Tabla 10. Densidad de personas cada 10.000 usuarios por zona geográfica.¹⁰

	Cantidad de personas ASSE	Variación 2007/2016 ASSE	Cantidad de personas IAMC	Variación 2007/2016 IAMC
Especialidades Básicas				
Sur	29.8	1,6	24.3	1,2
Este	25.2	1,5	24.7	1,2
Oeste	26.0	1,5	27.7	1,4
Norte	15.9	1,3	25.1	0,9
Direcciones ³ especializadas	1.5	1,5		
Total EB	26.6	1,4	23.9	1,2
Especialidades Médicas				
Sur	21.5	2,0	22.4	0,9
Este	9.1	1,5	13.3	1,0
Oeste	10.6	1,6	19.0	1,0
Norte	8.1	1,4	14.4	0,8
Direcciones especializadas	1.8	1,6		
Total EM	15.8	1,7	18.8	0,9
Especialidades Anestésico Quirúrgicas				
Sur	12.4	1,7	13.6	1,1
Este	8.5	1,4	12.4	1,2
Oeste	9.6	1,2	12.6	0,9
Norte	6.7	1,1	11.3	0,8
Direcciones especializadas	0.7	1,4		
Total AQ	10.0	1,4	11.7	1,0

Fuente: SCARH, Lotus notes ASSE y Censo de usuarios de la salud 2007 - 2016.

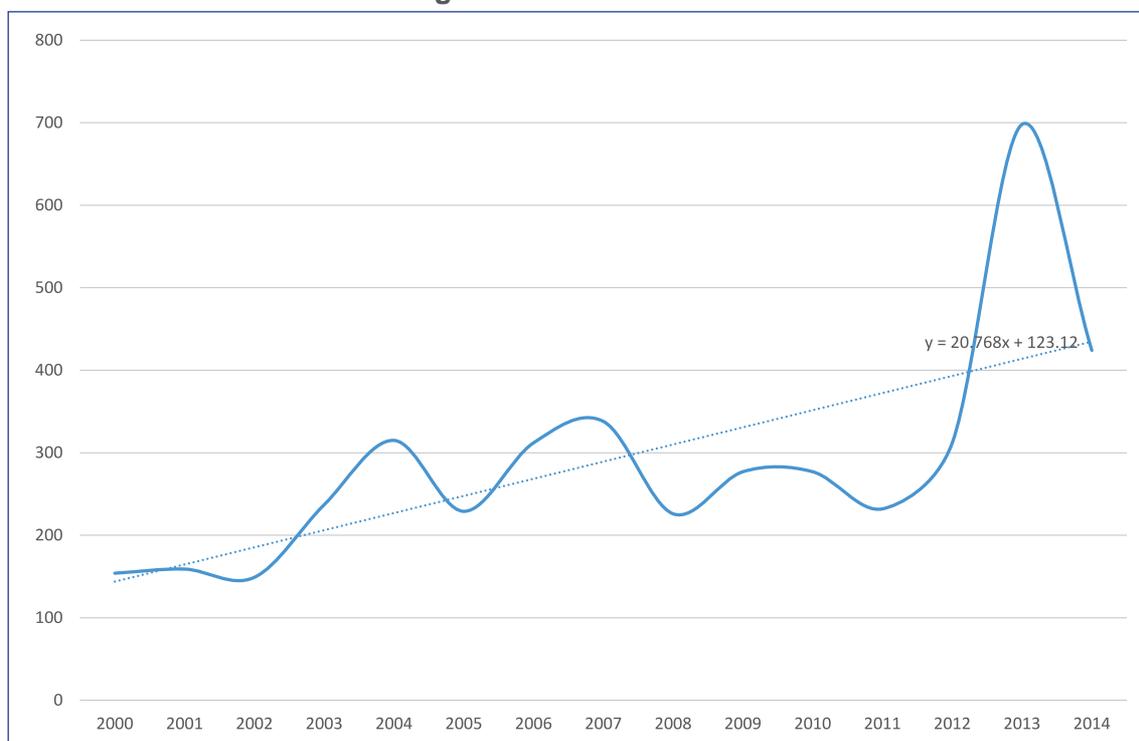
10 Departamentos incluidos en cada zona: Sur: Montevideo y Canelones. Este: Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado, Rocha y Treinta y Tres. Norte: Artigas, Durazno, Rivera, Salto y Tacuarembó. Oeste: Colonia, Flores, Florida, Paysandú, Río Negro, San José y Soriano

11 Dentro de las direcciones especializadas se incluyen: Instituto de oncología, Instituto de Ortopedia y Traumatología, Instituto de Reumatología, Laboratorio Dorrego, Servicio Nacional de Sangre, Hospital Vilardebó, Hospital Piñeyro del Campo, Centro de información y referencia nacional de drogas, Dirección del Sistema de Atención integral de personas, UE 103 – CEREMOS.

V. Estructura de las dotaciones

Otro de los problemas que esconden los indicadores generales de dotación tiene que ver con la composición interna de la misma. Un rasgo distintivo de nuestro sistema de salud es la alta dotación relativa de médicos y auxiliares de enfermería frente a la insuficiencia de enfermeras profesionales. En términos generales existe una relación de 1,5 auxiliares de enfermería por cada médico y 2.6 médicos por cada licenciada en enfermería. En este sentido, desde la Facultad de Enfermería de la UdelaR se han realizado importantes esfuerzos para mejorar la disponibilidad de licenciadas con planes de profesionalización, lo que ha permitido que la densidad de licenciadas cada 10.000 habitantes se duplicara entre 2005 y 2015. De todas formas persisten aún problemas de dotación para cubrir las necesidades del segundo y tercer nivel de atención y en lo que refiere al primer nivel condicionan el avance de los cambios en el modelo de atención, ya que de acuerdo a su perfil de formación, podrían ser claves en el desarrollo de la estrategia de APS.

Gráfico 5. Evolución de los egresos de la Facultad de Enfermería de la UdelaR



Elaboración propia en base a datos de Estadísticas Básicas de la UdelaR.

Por otro lado, en lo que refiere a los profesionales médicos, si bien no existen problemas en términos globales, la disponibilidad de algunas especialidades generan dificultades en la cobertura de los servicios de salud.

Tabla 11. Cantidad de títulos de la escuela de graduados registrados por los médicos en el MSP.

Cantidad de títulos	Frecuencia	%
0	7,831	48%
1	6,904	42%
2	1,324	8%
3	173	1%
4	28	0%
5	7	0%
6	1	0%
Total	16,268	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SHARPS marzo de 2017.

Si bien la gran mayoría de los médicos tiene una especialización (52% de los médicos registraron algún título de la Escuela de Graduados), la cantidad de especialistas no siempre responde a las necesidades sanitarias de la población. Del total de médicos que cuentan con una especialidad, 19.4% está dentro de las especialidades básicas (pediatría, medicina familiar y comunitaria y medicina rural), 58.8% tienen una especialidad médica y 21.8% corresponden a especialidades anestésico – quirúrgicas. La escasez relativa de algunas especialidades médicas se genera por múltiples vías. Por un lado puede estar determinada por el número de egresos de las residencias o postgrados. Sobre este aspecto influyen el número de cupos que se abren en las residencias cada año, pero también influyen las señales que da el mercado de trabajo en términos de incentivos salariales o no salariales (como puede ser el “prestigio”) sobre el ejercicio profesional posterior.

Por otro lado, la escasez relativa está dada por la organización de los servicios y del trabajo propiamente dicho. En lo que refiere a los servicios, la superposición innecesaria de establecimientos e infraestructura implica una asignación ineficiente de la carga de trabajo determinando una escasez relativa y subutilización de las capacidades. En lo que refiere a la organización del trabajo, la fragmentación de los cargos y baja disponibilidad horaria definida en los laudos de las décadas del 60 y 90 representan una gran complejidad para del mercado de trabajo que se traduce muchas veces en problemas de cobertura.

Asimismo los ámbitos de ejercicio profesional de las distintas especialidades en la mayoría de los casos no están resueltos, y se terminan resolviendo en la práctica de acuerdo al poder de cada grupo profesional y su relación con el statu quo.

Por último, la escasez relativa en algunos casos se da entre subsectores. Esta situación se manifiesta en la medida que las regulaciones en términos del mercado de trabajo divergen entre prestadores habilitando una competencia desigual por la apropiación de los recursos relativamente más escasos.

En síntesis, los problemas denominados generalmente de “especialidades críticas” son multicausales, y por ende requieren distintos abordajes de la política pública que debe superar el reduccionismo de la mirada desde la formación.

En lo que refiere a la demanda de trabajadores de la salud se debe analizar también lo que hace a la distribución interna de las instituciones (áreas y niveles asistenciales), para proyectar políticas que busquen equilibrar un modelo de atención basado en un primer nivel asistencial con capacidad resolutive y un segundo y tercer nivel solvente en cuanto a las capacidades tecnológicas y humanas.

Tabla 12. Distribución de las horas de trabajo por nivel asistencial. IAMC – 2016.¹²

	Médicos	Aux. Enfermería	Lic. Enfermería	Otros profesionales de la salud
Policlínica	28.8%	19.0%	7.8%	63.3%
Radio	5.5%	0.0%	0.0%	0.0%
Urgencia desc.	7.2%	1.5%	0.1%	0.2%
Puerta	12.3%	7.0%	7.1%	3.1%
Total Ambulatorio	53.7%	27.5%	14.9%	66.5%
Cuidados Moderados	24.1%	60.6%	71.3%	29.9%
CTI	7.2%	11.6%	13.7%	0.3%
Retén	14.9%	0.3%	0.1%	3.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH. 2016

El cuadro presentado destaca el porcentaje de horas destinadas al área ambulatoria, donde se destinan la mayor parte de las horas médicas, mientras que para el personal de enfermería las horas son destinadas en gran medida al sector de cuidados moderados. El área de policlínica se asocia directamente al primer nivel de atención, específicamente a los controles pautados para grupo de edad y a la promoción de la salud. Del total de horas de policlínica del sector privado 38% son horas contratadas para profesiones relacionadas a la APS y que están habilitados para ser los médicos de referencia que den seguimiento longitudinal a sus usuarios. Este porcentaje lo conforma 27% de horas de médicos generales, 11% de horas de pediatría y 0.5% de médicos de familia.

Tabla 13. Densidad de cargos en policlínica cada 10.000 usuarios. IAMC – ASSE. 2016¹³

Subsectores	ASSE	IAMC
Aux. enfermería	10.1	9.1
Lic. Enfermería	1.4	0.9
Medicina general	23.0	17.0
Medicina familiar	6.8	0.3
Pediatría	33.7	26.3
Ginecotocología	11.7	10.3

Fuente: SCARH - Lotus notes 2016 y Censo de usuarios 2016

12 No se cuenta con la discriminación de horas por áreas asistenciales para el subsector público.

13 Se considera la cantidad de horas contratadas para policlínica. Para los trabajadores médicos se realiza la conversión de horas a cargos de 26 horas mensuales y para los trabajadores de enfermería se consideran cargos de 144 mensuales. No están incluidos los seguros integrales por su déficit de información en cuanto a los datos de horas de sus trabajadores. Para los médicos generales se consideran los usuarios mayores de 14 años, para pediatría los menos de 15 años, para ginecología las usuarias mayores de 14 años y para medicina familiar, auxiliares y licenciados en enfermería el total de usuarios de cada subsistema.

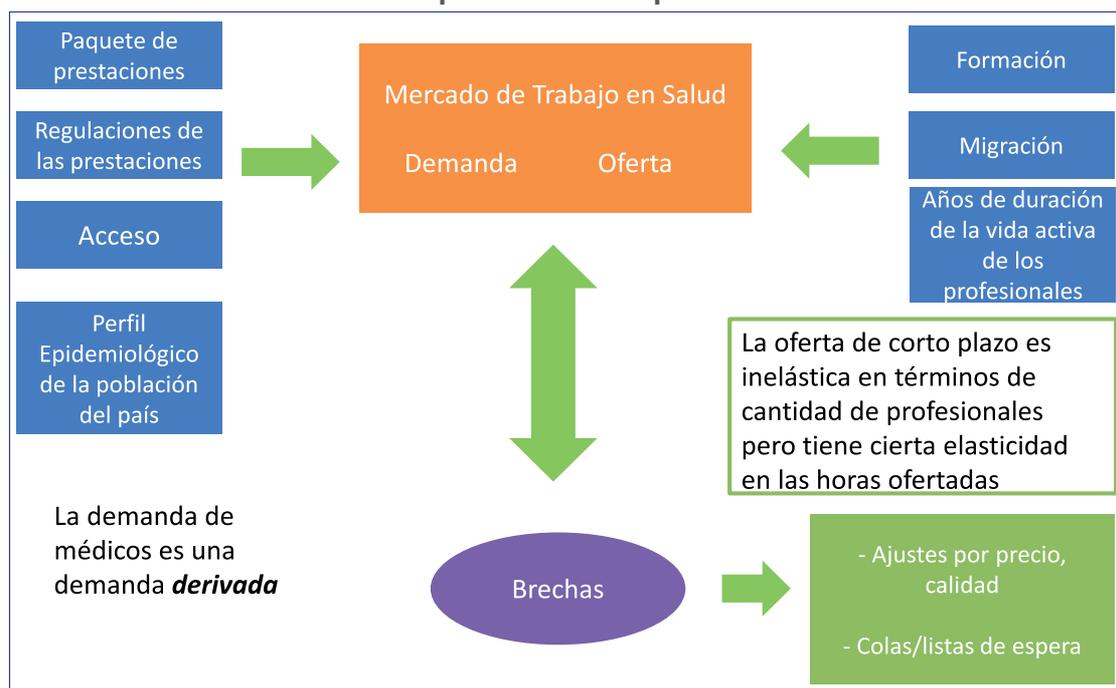
Los datos presentados en la tabla 13 que sigue permiten acercarse a una comparación entre subsectores en cuanto a la disponibilidad de profesionales para el área de policlínica, dado que contempla la cantidad de horas contratadas cada 10.000 usuarios.

VI. Planificación de los RHS

Uno de los principales temas pendientes a abordar desde la política pública es la planificación en materia de RHS. Las complejidades del mercado de trabajo descritas anteriormente junto con los problemas de disponibilidad que se presentaron, hacen imperioso avanzar en esta temática.

La planificación en materia de RHS implica por un lado identificar cuáles son las necesidades de recursos de acuerdo a la población y sus características socio - culturales y epidemiológicas y en qué medida existen recursos disponibles para satisfacer esas necesidades. Asimismo, el grado de especialización necesaria de los trabajadores de este sector determina la necesidad de incorporar una visión prospectiva que permita anticipar las demandas futuras de acuerdo a los procesos de formación necesarios.

Ilustración 1. Componentes de la planificación en RHS.



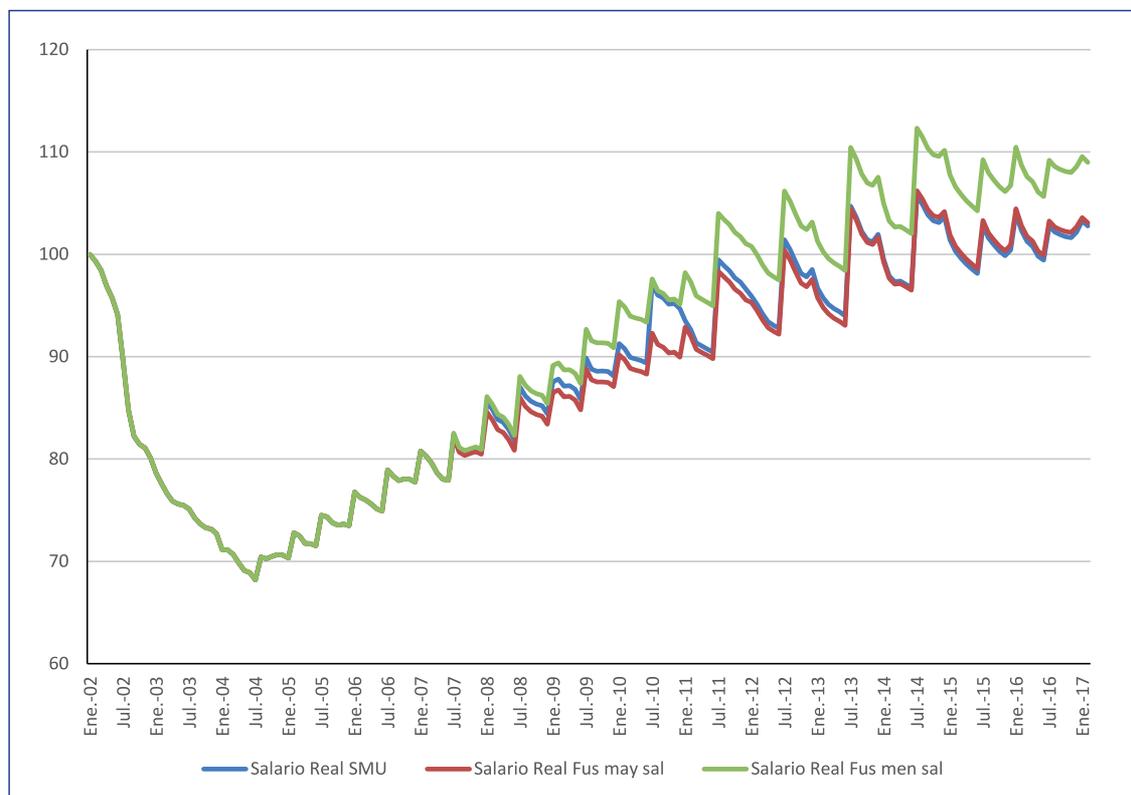
En los últimos años han existido distintas experiencias de “estimación de brechas” que han tenido la virtud de ser elaboradas de manera colaborativa con otras instituciones y actores del sector, pero que no tuvieron periodicidad necesaria y se limitaron a realizar un análisis estático de la problemática.

En términos de los componentes de la planificación, en los últimos años se ha avanzado en la generación de insumos principalmente del lado de los sistemas de información, tanto desde el MSP como desde otros organismos que inciden en el proceso. Para poder avanzar en el trabajo de planificación de RHS y estimación de brechas, el principal aspecto sobre el que resta avanzar es en las definiciones de estándares nacionales que consideren las características propias de nuestro país en cuanto a aspectos demográficos, epidemiológicos y socio culturas, así como la definición de áreas de competencia de cada profesional.

VII. Políticas salariales

Desde los comienzos de la Reforma la política salarial ha ocupado un lugar central, circunscripta a su vez en una política salarial de gobierno más general, cuyo resultado ha sido el de una constante recuperación de los salarios. La marcada pérdida de poder adquisitivo observada luego de la crisis de 2002 motivó que durante los primeros cinco años de la reforma el eje central estuviera en alcanzar una serie de incrementos reales que permitieran la recuperación del salario real perdido, lo que se observa en la evolución de los laudos del sector privado. Por otro lado, la recuperación salarial ha continuado una vez alcanzado los niveles pre crisis, y es posible afirmar que en los últimos diez años (marzo 2007 a marzo 2017) los salarios reales del sector han tenido un incremento real mínimo de 32%.

Gráfico 6. Evolución de laudos salariales del subsector privado. 2002 – 2016.
Salario real – Base enero 2002.



Fuente: elaboración propia en base a datos MTSS

Las características de la evolución salarial antes mencionadas se mantienen al considerar cómo ha sido la trayectoria de los salarios efectivamente pagados en este sector. Como se muestra en el siguiente cuadro, los salarios reales del sector privado en todos los casos presentan una variación entre 2008 y 2016 por encima de lo establecido en los acuerdos de Consejo de Salarios.

Tabla 14. Evolución del salario real - Personal Asistencial - Sector Privado

	Variación 2008 - 2016 (en %)
Laudos	
Médicos	21
FUS salarios menores	23
Fus salarios mayores	27
Remuneraciones efectivas	
Vañpr hora EB	42
Valor hora EM	49
Valor acto AQ	39
Valor hora Lic. Enf.	28
Valor hora Aux. Enf.	26
Valor hora otros prof de la salud	23
Índice de Salaria Real	32
Producto Bruto Interno*	30

Fuente elaboración propia en base a datos de SCARH, MTSS, BCU

*Último dato disponible, Año 2015.

De esta manera, es posible constatar que en el sector privado las pautas salariales se han respetado e incluso en ciertos casos la evolución real fue superior, a la vez que ubica al sector en su conjunto en una realidad en materia de salarios marcadamente diferente a la de los años inmediatos a la crisis.

Tabla 15. Evolución del salario real - ASSE

	Salario nominal 2008*	Salario Nominal 2016*	Variación 2008-2016 (en %)
Pol. Medicina General	22.470	40.788	82
Guardia Medicina General	21.089	33.284	58
Pol. Especialidades Médicas	26.965	48.945	82
Guardia Especialidad Médicas	23.198	39.941	82
Lic. en Enfermería	12.605	30.128	138
Aux. en Enfermería	13.530	16.445	22
Otros prof. de la salud	12.605	28.587	127

Fuente ASSE

* A precios constantes de 2016. Todos salarios equivalentes a 24 horas semanales.

El sub sector público también se caracteriza por una marcada recuperación salarial, con la condicionante adicional que los niveles de partida eran extremadamente bajos, como puede verse en la tabla anterior. Dada la aplanada estructura salarial existente en ASSE a comienzos de la reforma, los diferentes ajustes salariales parecen haber ido en dirección a corregir este fenómeno, reconociendo así las diferentes especificidades de las profesiones que componen los equipos asistenciales.

Corresponde mencionar también que a estos incrementos salariales generales se le deben adicionar otros acuerdos específicos, tanto a nivel del sub sector médico como no médico. A modo de ejemplo, a nivel de funcionarios no médicos se acordaron regímenes salariales diferenciales para el personal de Block, Farmacia, Citostáticos, CTI, Hemoterapia e Imagenología, entre otros. En el caso de los médicos, el pago de un variable para la guardia de especialidades médicas y los pagos variables Variable Anestésico – Quirúrgico (VAQ), Variable del Primer Nivel (VPN) y Variable de Segundo Nivel (VSN), son ejemplos de acuerdos específicos por encima de los aumentos generales.

VIII. Principales cambios en las condiciones de trabajo

1. Aspectos no salariales de la negociación colectiva

En el presente apartado se presentan los principales aspectos no salariales que se incorporaron a los laudos a partir de la reinstalación de los Consejos de Salarios (CS) en el año 2005.

A partir de la reinstalación de los CS en el año 2005, el Estado pasa a tener una participación más activa con la incorporación del MSP directamente en la negociación colectiva. En este contexto, los nuevos convenios colectivos incorporan contenidos vinculados a las condiciones de trabajo en general.

En el caso de los trabajadores médicos, se destaca el acuerdo firmado en 2010 donde se establecen los lineamientos conceptuales para reformar el trabajo médico. Para ello, se crea una Comisión Asesora Multipartita (CAM) conformada por el MTSS, MEF, MSP, empleadores y trabajadores médicos, con el objetivo de analizar y redefinir el laudo médico, siguiendo los lineamientos acordados. El trabajo de la CAM derivó en varios acuerdos a nivel de CS sobre el Nuevo Régimen de Trabajo Médico, los cuales incluyen modificaciones en las cargas horarias, contenidos de la actividad, forma de pago y niveles salariales.

A su vez, a lo largo del período 2005 – 2017 se acordaron otra serie de acciones que tienden a fortalecer y mejorar las condiciones de trabajo en el sector. En el caso de los trabajadores médicos, se destacan: la creación de un Fondo de Retiro Médico; reglamentación de la licencia gremial de los trabajadores médicos; creación de un fondo para el desarrollo profesional médico continuo; creación de un cronograma para la reducción de las consultas por hora para todas las especialidades con independencia de la reforma del laudo y el doble turno para la primera consulta en policlínica; comisión tripartita de Laudo Único integrada por MEF, MTSS, MSP, organizaciones representativas de los empleadores del sector y el SMU; creación de una comisión de trabajo con el cometido de definir formas de aplicación de beneficios relacionados con la maternidad, paternidad, licencias especiales y cuestiones de género.

Para los trabajadores no médicos, se acordaron aspectos vinculados a beneficios extra salariales, a saber: incremento de la partida de guardería y fondo de formación; financiamiento del hogar estudiantil de la FUS; ampliación de la licencia por internación hospitalaria de hijos menores a cargo y cónyuges, y por estudio para actividades relacionadas con el cargo o función. En cuanto a las

condiciones de trabajo, diversos acuerdos se han alcanzado: cambio en el régimen de libres rotativos; comisiones tripartitas vinculadas a los temas de género, equidad e igualdad de oportunidades así como la creación de una comisión sectorial en materia de salud, seguridad y medio ambiente laboral; lugar apropiado para la extracción de leche materna durante el período de lactancia; la creación del "Observatorio de condiciones de trabajo, salud laboral y género y equidad"; titularizaciones de trabajadores que cumplen ciertos requisitos y que se encontraban en condiciones laborales precarias y otro conjunto de mejoras vinculadas al acceso, sustentabilidad y calidad laboral.

En 2015 se acuerda el pago de una partida variable anual contra el cumplimiento de metas vinculadas a la capacitación de todos los trabajadores del sector.

En el caso de ASSE, a partir del período que comienza en 2005, la separación de las funciones de prestador y regulador del MSP que se da mediante la Ley de Descentralización de ASSE y la aprobación de la Ley de Negociación Colectiva de los trabajadores públicos, permiten desarrollar una serie de cambios importantes en la forma de fijación de los salarios y las condiciones de trabajo en ASSE.

En este período se introducen dos cambios fundamentales. Por un lado se incorporan mecanismos de pago variable a los trabajadores médicos y se crean las funciones de alta dedicación médica. Por otra parte, se instala una política de formalización de los trabajadores de ASSE a través de la Ley de Presupuesto Nacional de 2005 que define la "presupuestación" de los trabajadores contratados por Comisión de Apoyo. Esto implica la generación de cargos públicos para los trabajadores médicos y no médicos que hasta el momento se encontraban trabajando para ASSE por contratos de derecho privado y en el caso de los profesionales sin relación de dependencia. También durante este período se regularizan todos los contratos de los trabajadores no médicos que se encontraban contratados por las comisiones de apoyo locales.

Para el caso de los trabajadores médicos, se destaca la creación de los compromisos funcionales, los cuales permitieron conocer las disponibilidades reales de los profesionales y establecer el compromiso efectivo de cumplimiento horario, definir en forma homogénea las actividades asistenciales y no asistenciales, la definición del cargo, su función, régimen de trabajo, actividades y cargas horarias a realizar y las responsabilidades inherentes. Asimismo, se acordaron regímenes de licencia por estudio y congreso y licencias gremiales.

Es importante destacar que en un sector ampliamente desregulado desde el punto de vista de la negociación colectiva ASSE comenzó a transitar un camino hacia la convergencia de los laudos del subsector público no sólo en materia de salarios sino también respecto a condiciones de trabajo.

En el caso de los trabajadores no médicos, se acordaron mejoras en el subsidio de Licencia por Enfermedad, la corrección del Renglón "Mayor Horario" (en etapas) y el régimen de descanso de 3 y 1 para los funcionarios de sala (Licenciados, Auxiliares de Enfermería y Auxiliares de Servicio) para el Hospital Villardebó. Con un antecedente de amplia dispersión salarial en el sector no médico, se acordó la adecuación de pago por función en las distintas categorías, así como la fijación de un salario base adecuado a la función que cada uno cumple (licenciados, técnicos). También se generalizaron algunas partidas salariales para el personal no médico, asignado a tareas específicas, por ejemplo CTI y block quirúrgico, tendiendo a que todo el personal que cumple la misma tarea cobre en forma equivalente.

2 Nuevo Régimen de Trabajo Médico

A partir de 2010 en el marco de la segunda etapa de la reforma se plantea como uno de los aspectos prioritarios el tema de los recursos humanos. Las políticas en materia de recursos humanos pueden estar definidas para incidir en los aspectos vinculados a la formación o a la demanda o inserción laboral de los profesionales de la salud. De distintos estudios realizados desde 2005 a la fecha se desprende que en el caso de la profesión médica y sus especialidades, los principales problemas de dotación en los servicios y prestadores, radican en la inserción laboral y organización del mercado de trabajo, más que en la cantidad de recursos formados. En base a este diagnóstico es que se impulsa en 2010 la reforma del régimen de trabajo médico.

En la etapa de discusión de la reforma del laudo médico se pueden distinguir dos hitos fundamentales. En primer lugar, el convenio salarial médico del subsector privado firmado en 2010 que sienta las bases teóricas de la reforma del trabajo médico e instala los espacios de discusión necesarios para llevarlo adelante. En segundo lugar, el acuerdo firmado en diciembre de 2012 del que participaron Presidencia de la República, ASSE, MSP, MEF, MTSS y SMU, donde se reafirma la necesidad de generar espacios multipartitos que diseñen la estrategia para alcanzar en el mediano plazo un laudo único médico sectorial, que integre verdaderamente el mercado de trabajo público y privado.

El acuerdo de 2010 establece los lineamientos y criterios generales a tener en cuenta para la reforma del trabajo médico: aumento o adecuación de la carga horaria en una misma institución; polifuncionalidad del cargo y modificación de los mecanismos de pago variable en consonancia con objetivos priorizados.

En este marco la Junta Nacional de Salud crea en mayo de 2012 la Meta 4, cuyo objetivo fundamental es apoyar la transición hacia el NRTM acordado a nivel de consejo de salarios.

2.1. Objetivos del NRTM

El NRTM tiene como objetivo generar condiciones para mejorar la calidad asistencial, brindar mejores herramientas de gestión a nivel de los prestadores y mejorar las condiciones laborales de los médicos. En todos los casos, el NRTM genera mejores condiciones que el laudo anterior para alcanzar los objetivos, pero siempre se requiere modificar también otros aspectos que no atañen directamente al régimen de trabajo.

La ampliación de la carga horaria dentro de una misma institución junto con la definición de un mecanismo para limitar el número máximo de usuarios referenciados con cada médico, tienen un impacto importante en el acceso de los usuarios a su médico de referencia. Esto permite que el médico de cabecera cubra no solo las consultas de control de su población referenciada sino también sus consultas espontáneas frente a episodios de enfermedad.

Asimismo el nuevo régimen de trabajo incorpora la polifuncionalidad en los cargos, lo que genera condiciones para brindar una atención longitudinal de los pacientes y mejora los mecanismos de referencia y contra referencia o de interconsulta.

Estos aspectos vinculados a la longitudinalidad se refuerzan en las áreas de cuidados moderados y cuidados intensivos, donde el nuevo cargo permite una mayor dedicación al cuidado de cada paciente y el seguimiento diario de los mismos.

Por otra parte, el nuevo laudo médico es único a nivel nacional y elimina las diferencias en términos de niveles salariales, mecanismos de pago y regímenes de trabajo existentes en el laudo anterior. La

idea con esto es favorecer la radicación de recursos en todo el país y reducir las brechas de dotación que actualmente existen entre la capital y el resto del país.

Otro aspecto relevante es que el aumento de la disponibilidad del médico para la consulta de su población referenciada como la posibilidad de brindar una atención longitudinal mejoran la confianza y el vínculo entre el médico y el usuario – familia, lo que redundará también en una mejora de la calidad de atención y un aumento de la eficiencia.

En lo que respecta a la gestión, la mayor dedicación horaria de los médicos en una misma institución logra el compromiso del médico con la institución y por ende con los objetivos que la misma se trace. Asimismo, permite ejercer un mayor control de la institución sobre la actividad médica. La baja dedicación horaria y el multiempleo es una aproximación al ejercicio libre de la profesión, por lo que combatirlo implica mejorar los mecanismos de dependencia de los médicos con las instituciones y por ende los mecanismos de control.

Por otra parte, los nuevos cargos permiten incorporar horas que no son de atención directa a los usuarios que pueden destinarse a involucrar a los médicos en algunas tareas de gestión. Los nuevos mecanismos de pago variable contribuyen en el mismo sentido y genera condiciones para mejorar la calidad de la gestión a nivel micro y sectorial.

La polifuncionalidad y flexibilidad del nuevo laudo, permite una mejor organización de los servicios por parte de las instituciones y brinda herramientas para mejorar la cobertura de algunas áreas.

En el caso de cuidados moderados y cuidados intensivos, el trabajo longitudinal y la mayor dedicación horaria a los servicios no solo mejora la atención a los pacientes sino que también permite hacer un uso más eficiente de las camas.

A su vez, la ampliación de la carga horaria y obligatoriedad en ciertos casos de realizar guardias nocturnas y semanales, permite mejorar la cobertura de las puertas de emergencia y de las guardias de CTI para lo que el laudo anterior generaba importantes dificultades.

En cuanto a las condiciones de trabajo, los nuevos cargos tienden a la concentración de la carga horaria laboral en una institución, permitiendo a los médicos organizar la carga de trabajo semanal, beneficiando la calidad de vida y la calidad laboral. Por otra parte, mejora la posibilidad de inserción de los médicos jóvenes en el mercado de trabajo no solo en términos salariales, sino en las posibilidades de ejercicio de la profesión. Asimismo, reduce la incidencia del pago variable en el salario total, principalmente en Montevideo, garantizando un mínimo salarial mensual.

Por último, el nuevo esquema salarial permite evitar en el mediano plazo, los problemas de concentración de ingresos que tuvo como saldo el laudo anterior.

Para analizar el desarrollo que han tenido los CAD y en qué medida contribuyeron o no a los objetivos inicialmente delineados, es necesario distinguir entre los problemas de diseño y los de implementación. El MSP como organismo rector participa del diseño pero no de la implementación. Son los prestadores quienes resuelven a qué médicos contratan (considerando por ejemplo el perfil etario, compromiso con la institución, posibilidad de adaptarse a la nueva forma de trabajo, etc.) la estructura horaria de los cargos, el tipo de contrato de los médicos, etc. Todas estas variables, junto con el propio diseño conceptual, inciden en la capacidad de alcanzar o no los objetivos de la reforma del mercado de trabajo médico y por ende, en la percepción que se tenga del proceso. Es importante destacar que el nuevo régimen de trabajo médico es una condición necesaria pero no suficiente para mejorar la calidad de atención.

2.2. Descripción del proceso de implementación

En el marco de la CAM del subsector privado, se alcanza en noviembre 2012 un acuerdo que abarca medicina general, familiar, pediatría y ginecología. En el año 2013, además de avanzar en la instalación efectiva del NRTM de las especialidades acordadas en 2012, se alcanzaron dos acuerdos que hacen al trabajo de medicina interna, medicina intensiva de adultos y pediátrica y neonatología. En el proceso de implementación del NRTM de dichas especialidades surgieron nuevos aspectos que fueron considerados en acuerdos complementarios que se firmaron en el año 2014. En el año 2015 se alcanzaron los acuerdos para psiquiatría de adultos y pediátrica, para otras especialidades médicas¹⁴ y para cirugía general. A su vez, se alcanzó un acuerdo para CAD que cumplen funciones en servicios de emergencia.

El cambio en el régimen de trabajo incluye un período de transición para respetar los derechos adquiridos de los trabajadores médicos. Esto implica que el pasaje al nuevo laudo sea voluntario para los médicos que se encuentran trabajando y obligatorio para los cargos nuevos que se llenen o creen, con excepción de las especialidades médicas comprendidas en el acuerdo de diciembre de 2015¹⁵.

En lo que respecta al sector público, ASSE comenzó con la implementación de funciones de alta dedicación en el año 2011, incluyendo en la ley de presupuesto una partida anual específica para contratos de alta dedicación horaria con el objetivo de mejorar la cobertura de algunas especialidades médicas. Se crea la CAM - ASSE integrada por ASSE, SMU, MTSS, MEF y MSP, con el objetivo de discutir y diseñar el NRTM en base a las particularidades de este prestador, nutriéndose de los acuerdos alcanzados para el sector privado con el objetivo de ir hacia un NRTM sectorial. En este sentido, el MSP tiene un rol fundamental como articulador de los espacios de discusión.

En el marco de la CAM-ASSE, en diciembre de 2014 se alcanza el acuerdo sobre funciones de alta dedicación de Medicina General, Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria. En diciembre de 2015 se llega a un acuerdo sobre el NRTM para Medicina Intensiva de Adultos, Medicina Intensiva Pediátrica y Neonatología; y en octubre de 2016 se acuerda el NRTM para Medicina Interna.

Las especialidades comprendidas NRTM son aquellas que cuentan con acuerdos marco firmados en Consejo de Salarios.

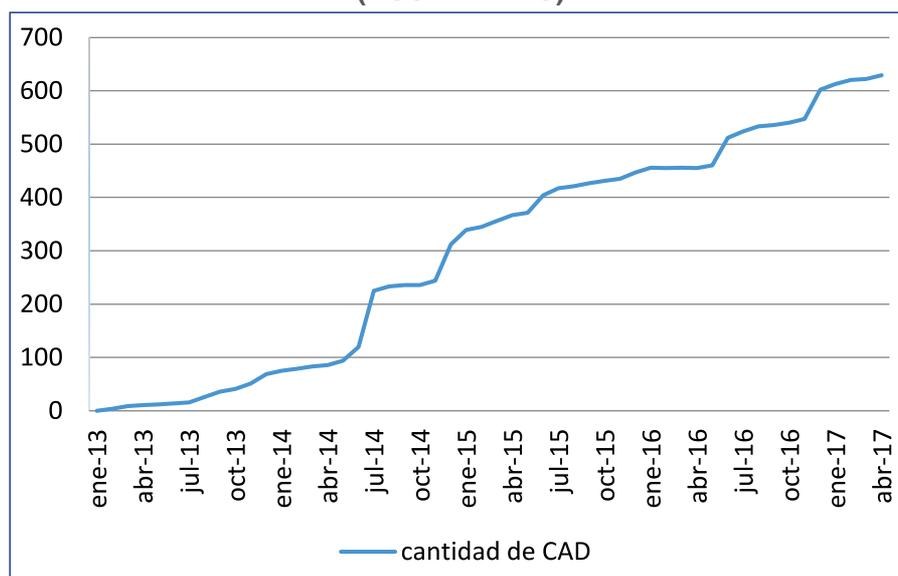
El gráfico 7 muestra la evolución en las contrataciones de médicos bajo el NRTM, el proceso comienza en febrero de 2013 y presenta una marcada evolución ascendente, contando en la actualidad con 629 médicos trabajando en el NRTM.

La tabla 16 muestra la distribución de los CAD por especialidad y regiones. Es de destacar que los CAD están presentes en las distintas regiones del país y comprenden a la totalidad de las especialidades acordadas.

14 Se incluyen en este grupo: Alergología, Laboratorio de Patología Clínica, Microbiología y parasitología y micología médica, Anatomía Patológica, Medicina del Deporte, Cardiología, Nefrología, Dermatología, Neumología, Endocrinología y Metabolismo, Neurología, Enfermedades Infecciosas, Neuropediatría, Gastroenterología, Oncología Médica, Genetista, Oncología radioterápica, Geriátrica, Rehabilitación y Medicina Física, Hematología, Reumatología, Hemoterapia y Medicina Transfusional.

15 Para las especialidades médicas comprendidas en el acuerdo de diciembre de 2015, a partir del 1º de julio de 2018 el nuevo régimen de trabajo se hará obligatorio para todas las instituciones y todas las especialidades definidas en la cláusula 2 de dicho acuerdo, para los cargos creados o que se transformen y los médicos que ingresen a las instituciones. Sin perjuicio de ello, en caso de que una institución contrate un CAD de estas especialidades previo a dicha fecha, todos los nuevos cargos de esa especialidad en la institución deberán ser bajo el nuevo régimen de trabajo.

Gráfico 7. Evolución en la cantidad de médicos contratados bajo el NRTM (ASSE + IAMC)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Metas Asistenciales.

Tabla 16. Cantidad de CAD por Especialidad (ASSE + IAMC). Abril 2017

Especialidad	Regiones				Mdeo	Interior	Total
	Norte	Este	Oeste	Sur			
Medicina General	17	25	19	102	89	74	163
Medicina Familiar	4	0	1	16	16	5	21
Pediatría	20	16	18	109	96	67	163
Ginecología	6	3	0	0	0	9	9
Medicina Interna	4	13	14	40	36	35	71
Medicina Intensiva Adultos	3	10	13	33	31	28	59
Medicina Intensiva Pediátrica	0	2	1	17	16	4	20
Neonatología	0	1	4	24	22	7	29
Psiquiatría Adultos	4	4	1	7	6	10	16
Cirugía General	2	1	0	0	0	3	3
Medicina de Emergencia Adultos	0	0	2	14	13	3	16
Medicina de Emergencia Pediátrica	0	0	1	1	1	1	2
Otras Especialidades Médicas	9	6	10	32	30	27	57
Total	69	81	84	395	356	273	629

Norte: Artigas, Salto, Paysandú, Rivera, Tacuarembó

Sur: Montevideo, Canelones

Este: Maldonado, Rocha, Lavalleja, Treinta y Tres, Cerro Largo

Oeste: Río Negro, Soriano, Colonia, Durazno, Florida, Flores, San José

2.3 Monitoreo y evaluación

Desde el inicio y a medida que se fue avanzando en la reforma del trabajo médico, la CAM se planteó la necesidad de ir monitoreando y evaluando el proceso.

En este contexto, se realizaron talleres de intercambio con los médicos que asumieron los CAD y con los directivos de las instituciones que los contrataron. Los primeros talleres se llevaron a cabo en 2014. Tras una evaluación positiva de esas instancias y el avance en el proceso con mayor cantidad de CAD y nuevas especialidades se repite la experiencia en 2015 y 2016.

El objetivo de los talleres fue el contacto directo con los protagonistas del proceso de reforma del mercado de trabajo para relevar las experiencias que genera esta política en desarrollo. A través de estos encuentros se buscó identificar las buenas prácticas y las debilidades de la implementación del NRTM desde la visión de los profesionales que están trabajando bajo esta modalidad y las instituciones de salud que los contratan. El eje central fue analizar la incidencia que estos nuevos cargos tienen en la calidad asistencial, las condiciones de trabajo de estos profesionales y la capacidad de gestión de las instituciones.

A grandes rasgos, los actores involucrados (médicos e instituciones) destacan que el NRTM brinda mejores condiciones para mejorar la calidad asistencial (mayor disponibilidad para los usuarios referenciados, seguimiento longitudinal, mejoras en el trabajo en equipo, mejoras en la organización de los servicios, creación de nuevos servicios, mejoras en la planificación de la atención, mejoras en el vínculo con las familias, radicación en el departamento de trabajo). Los problemas identificados en los distintos talleres, en su mayoría, exceden al diseño de los cargos del NRTM y están vinculados a la implementación y/o a problemáticas generales a abordar en todo el SNIS.

Otra de las iniciativas de la CAM en materia de monitoreo y evaluación fue la creación de una subcomisión para trabajar el tema. El trabajo se centró en la creación de una batería de indicadores necesarios para monitorear el estado de situación de los recursos humanos médicos y el logro de los objetivos propuestos en materia de atención y eficiencia en la gestión. A su vez, se contrató una consultoría con el objetivo de diseñar una metodología para el monitoreo de los cambios en el mercado de trabajo, elaborando un insumo técnico que permita relevar en forma continua un conjunto de indicadores que deberán aportar información valiosa para la toma de decisiones y abarcar tanto los avances en la implementación de los cambios previstos como de sus resultados. La consultoría está en la etapa final, se contará con sus resultados a la brevedad.

El desafío es seguir avanzando en el diseño del NRTM, acompañado de una sistemática evaluación de impacto de los CAD en los servicios asistenciales, particularmente a los efectos de alinearlos a los objetivos de distribución y composición de los RHS, así como en la mejora de cobertura y procesos asistenciales. La continuidad y amplitud de esta política, debe acompañarse de mejora de algunos indicadores de los objetivos previamente expresados, de manera que sumen a las políticas impulsadas desde la rectoría.

3. Capacitación

En los convenios colectivos alcanzados en 2015 para todos los trabajadores del sub-sector privado y en 2016 para los trabajadores de ASSE, se acuerda el pago de una partida variable anual a abonarse conjuntamente con el salario del mes de enero de 2017 y enero de 2018, contra el cumplimiento de metas en el marco de "Compromisos de gestión". Es en este contexto que el MSP promueve la incorporación de la capacitación en dichos compromisos.

En el caso de los trabajadores médicos, los mecanismos de pago variable están incorporados desde hace varias décadas en el sector, pero se han implementado básicamente lo que se denomina “pago por producto”, que está asociado a la “producción” de una “unidad asistencial” definida en el laudo respectivo, como ser, el pago por intervención quirúrgica o por consulta en policlínica. En el caso de los trabajadores no médicos el salario es básicamente fijo, se remunera el salario mensual contra el cumplimiento de una determinada carga horaria predefinida.

En este sentido, los Convenios Colectivos de 2015 y 2016 significaron una importante innovación para el sector incorporando una lógica diferente en los mecanismos de pago.

En el marco de la implementación de los mencionados Acuerdos, se desarrolló un Seminario durante el año 2016, al que accedieron de 60.000 trabajadores de la salud. El objetivo del Seminario fue fomentar las actividades de capacitación continua a los Recursos Humanos en Salud (RHS) asegurando el acceso a través del uso de las herramientas tecnológicas. El Seminario fue el mismo para el conjunto de los trabajadores, los contenidos del seminario tuvieron un doble objetivo. Por un lado lograr un cierto nivel de alfabetización digital que sentase las bases para desarrollos de capacitación futuros. Por otro lado nivelar la información que los trabajadores tienen sobre el sistema de salud en el que desarrollan sus tareas de manera cotidiana y del que son los principales constructores.

El Seminario tuvo una modalidad virtual auto-gestionado, con un tiempo de duración total de 10 horas, de las cuales 6 se realizaban en horario de trabajo y se consideraban obligatorias para el acceso a la partida salarial anual variable, y las restantes 4 horas eran opcionales, con contenidos complementarios. Las principales características del curso fueron las siguientes:

- Curso virtual auto-administrado basado en una plataforma *Moodle*.
- La elección del momento de realización del seminario se realizaba en acuerdo entre el trabajador y la institución en la que se realizó en horario de trabajo.
- Los trabajadores tuvieron un plazo de 10 días con una prórroga de 5 días más para realizar el Seminario.

La propuesta de capacitación se desarrolló tomando como insumo el documento de Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) del Ministerio de Salud Pública. Específicamente el Seminario comprendió un módulo de Introducción, Familiarización del uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) y Plataforma Virtual y otro módulo que se estructura en 5 unidades temáticas: (1) Fundamentos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS); (2) Bioética; (3) Uso racional de recursos, preventivos, diagnósticos y terapéuticos; (4) Seguridad del Paciente y (5) Cultura de Trabajo. Es importante señalar que para la regulación del Seminario se contó con un Reglamento aprobado por todas las partes involucradas en el proceso.

La población objetivo fueron todos los trabajadores del sector salud alcanzados por los Acuerdos de Consejo de Salarios del Grupo 15 “Servicios de salud y anexos”, Subgrupo “Salud general”, y los trabajadores comprendidos en los acuerdos de ASSE. De estos trabajadores, un total de 59.731 terminaron el Seminario, la tabla que sigue muestra un detalle por sub-sector.

De acuerdo a los datos recabados en el proceso de inscripción, en el sector privado 8.354 trabajadores se inscribieron por fuera de los prestadores integrales, de estos una gran cantidad eran de emergencias móviles.

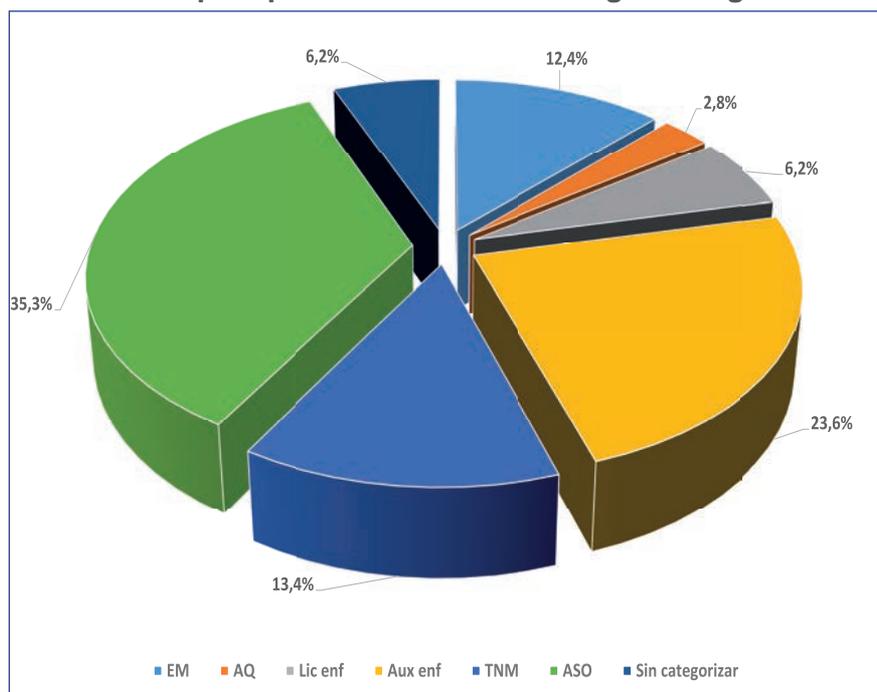
En cuanto a la composición por categoría laboral de los inscriptos a realizar el seminario en el sector privado, tres de cada diez trabajadores se identificó como personal de servicios y oficios. A su vez, entre el personal de servicios y oficios y auxiliares de enfermería concentraron más de la mitad de los inscriptos al seminario.

Tabla 17. Cantidad de trabajadores que realizaron el seminario en 2016

Trabajadores Sector Privado				
	Cupos disponibles	Inscriptos	No finalizaron	Finalizaron
Cantidad	55.250	54.115	6.595	47.520
Porcentaje		100,0%	12,2%	87,8%
Trabajadores ASSE				
	Habilitados a realizar el curso	Finalizaron el seminario		
		por ASSE	por Sector Privado ¹⁶	Total
Médicos	2.273	631	943	1.574
No Médicos	19.653	11.580	4.397	15.977
Total	21.926	12.211	5.340	17.551
Porcentaje	100,0%	55,7%	24,4%	80,0%
Total de trabajadores que realizaron el curso por ASSE o Sector Privado				59.731

Fuente: Elaboración propia en base a datos del sistema de inscripciones (sector privado) e información brindada por ASSE.

Gráfico 8. Inscriptos por el Sector Privado según categoría laboral¹⁷



Fuente: Elaboración propia en base a datos del sistema de inscripciones.

¹⁶ Trabajadores de ASSE que realizaron el seminario en el sector privado. En estos casos se revalida el seminario para ASSE.

¹⁷ EM: especialidades médicas – AQ: anestésicos quirúrgicos – Lic enf: licenciadas/os en enfermería – Aux enf: Auxiliares de enfermería – TNM: técnicos no médicos – ASO: administrativos servicios y oficios

IX. Preguntas guía para los talleres.

Grupo 1: Organización del trabajo

- Negociación colectiva como herramienta fundamental para la introducción de cambios en materia laboral. Evaluación de los aprendizajes del período y cómo seguir avanzando.
- ¿Cómo seguir avanzando en el proceso de reforma del trabajo del sector? Necesidad de discutir y diseñar reformas para el trabajo no médico.
- ¿Cómo seguir avanzando en materia de capacitación? Discusiones que se hayan dado en el ámbito de los seminarios de capacitación.
- ¿Cómo se gestiona la gobernanza en los aspectos de organización del trabajo?

Grupo 2: Planificación de RHS

- ¿Cómo debe articularse una política nacional que alinee la formación a las necesidades sanitarias de la población?
- ¿Cómo medir las necesidades en materia de RHS? ¿qué aspectos tener en cuenta?
- ¿Qué actores se involucran en el proceso?

Grupo 3: Evaluación de políticas en RHS.

- ¿Cómo avanzar en el monitoreo y evaluación de las políticas en materia de RHS?
- ¿Qué medidas se deben tomar para mejorar los sistemas de información existentes?

Documento de trabajo para el taller 2 sobre Objetivos Sanitarios Nacionales

10 años del SNS
Sistema Nacional Integrado de Salud

Jornadas de Intercambio

"A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud"

Objetivos Sanitarios Nacionales
Insumos para el taller

Ministerio de SALUD

Documento elaborado por Adjuntos de DIGESA. MAYO, 2017

Contenido

1. Los objetivos sanitarios en el proceso de la Reforma	81
2. La metodología basada en información sistematizada, participación y centralidad de la población	81
3. Los OSN 2020 y los caminos para lograrlos	84
4. Avances hacia los Resultados Esperados.....	85
4.1. Avances en la movilización de las herramientas de Rectoría.....	85
4.2. Los Prestadores y la centralidad de la Población.....	87
4.3. La intersectorialidad en movimiento	90
Embarazo en Adolescentes.....	90
Alimentación Saludable y Actividad Física	91
5. Conclusiones y desafíos de los OSN hacia el 2020.....	92
En relación a la función de Rectoría	92
En relación a los Prestadores del SNIS	93
En el campo intersectorial	93
Preguntas guía para los talleres.....	94

1. Los objetivos sanitarios en el proceso de la Reforma

Los avances que ha significado la Reforma en términos de aseguramiento del financiamiento y cobertura universal en salud son indiscutibles. Sin embargo han persistido elementos de fragmentación en la dinámica de la rectoría para la definición de los grandes lineamientos para el sector salud. El país presenta algunos indicadores sanitarios que no conciben con los avances que se ha registrado en otras áreas de la realidad nacional, ni con los esfuerzos presupuestales y de reorganización del sistema de salud.

Los aspectos de avance positivo registrados y los desafíos que aún perduran, instalan una tensión beneficiosa entre la necesidad de continuidad que asegure los logros, y cambios relevantes para generar un impulso sanitario que mejore la salud de las personas y las comunidades, de modo objetivable y traducible en indicadores. Las sucesivas administraciones han estado trabajando a los efectos de responder a una serie de interrogantes. ¿Para cuales objetivos sanitarios se ha implementado el proceso de reforma? ¿Es sólo una reforma de soporte financiero del sistema sanitario, o busca impactar en la situación de salud de las personas? ¿Es posible identificar resultados concretos en ese sentido?

El proceso de definición y puesta en marcha de las acciones vinculadas a los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (OSN) contribuye a dar cuenta de estas interrogantes.

Se ha instalado el desafío de definir e implementar un Plan Nacional de Salud que supere la lógica de fragmentación de servicios y programas que se ha observado en las últimas décadas, y brinde respuestas a la realidad demográfica y epidemiológica del país. Se han delineado objetivos sanitarios para abatir la incidencia y mortalidad por ENT, particularmente cáncer, cardiovasculares y diabetes, atendiendo el enorme componente social (hábitos de consumo, sedentarismo, modalidades de recreación y uso del tiempo libre, estrés, etc.) que determinan el entramado causal de estas patologías, que ha llevado a definir las como enfermedades socialmente transmisibles.

Asimismo deberán ser atendidas enfermedades infecciosas como sífilis y VIH, la incidencia de suicidios, la mortalidad por violencia basada en género o la siniestralidad vial, que desafían los dispositivos sanitarios y generan un fuerte impacto negativo en la calidad de vida de importantes sectores de la población.

2. La metodología basada en información sistematizada, participación y centralidad del población

Los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 focalizan la atención en la salud de la población del país. Se busca impactar en los problemas críticos desde una perspectiva de derechos, contemplando los diferenciales vinculados al género y las generaciones, mejorando la prevención y la cobertura del tratamiento de las patologías de mayor prevalencia. Asimismo se busca reducir el grado de exposición de las personas y las poblaciones a los factores de riesgo comunes modificables, fortaleciendo al mismo tiempo su capacidad para tomar decisiones más saludables y adoptar comportamientos que propicien la buena salud, velando por asegurar ambientes de trabajo y condiciones alimentarias y medioambientales razonables para el correcto desarrollo de las personas.

Para ello se desarrolló un proceso (Cuadro 1) que incluyó hasta la fecha las siguientes etapas:

1. **Revisión de los diagnósticos de situación sanitaria nacional** provenientes de diferentes fuentes: organismos del Estado, organismos internacionales, observatorios, etc.
2. **Definición de un núcleo central de coordinación del proceso**, coordinado por la DIGESA e integrado por referentes de diferentes Direcciones del MSP: Dirección General Unidad de Coordinación, Dirección General de Secretaría, Dirección General de la Salud, Junta Nacional de Salud, Adjuntos del Ministro y la Subsecretaría.
3. **Conformación de los Equipos Técnicos con representantes del MSP**, complementados con actores calificados de los ámbitos académicos y de otros referentes según la temática, para elaborar un resumen preliminar de profundización de situación de salud del país y problemas críticos identificados; caracterización de su entramado causal; primer esbozo de objetivos estratégicos; primera aproximación a estrategias operativas para el abordaje.
4. **Priorización al más alto nivel de 15 problemas sanitarios** en base a los criterios de magnitud del problema, severidad y vulnerabilidad a intervenciones correctivas. Se identificación 15 problemas críticos:
 1. Embarazo no deseado en adolescentes.
 2. Prematurez y bajo peso al nacer.
 3. Elevado índice de cesáreas.
 4. Transmisión vertical de sífilis y VIH.
 5. Alteraciones del desarrollo en la primera infancia.
 6. Problemas nutricionales críticos en la primera infancia.
 7. Morbimortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT), cardiovasculares, diabetes y patología respiratoria crónica.
 8. Morbimortalidad por cáncer.
 9. Morbimortalidad por VIH/Sida.
 10. Incidencia de suicidio y problemas vinculados a la salud mental.
 11. Lesiones y muertes por siniestralidad vial y en el ámbito laboral.
 12. Violencia de género y generaciones.
 13. Dificultades de acceso a servicios para personas con discapacidad y atención a adultos mayores vulnerables.
 14. Consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas.
 15. Persistencia de brechas en la calidad de la atención sanitaria.

Cuadro 1. Proceso de definición de OSN 2020. Uruguay. 2015



Fuente: Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020.

- 1. Primera consulta pública sobre Objetivos Sanitarios. 27 al 29 de mayo de 2015.** Se presentó y discutió una primera formulación de Objetivos Sanitarios, Objetivos Estratégicos y Metas de Impacto. Se propusieron líneas de acción para alcanzar las metas y los Resultados Esperados con Indicadores definidos, tanto para el monitoreo de cumplimiento de objetivos y líneas de acción.
- 2. Jornada de trabajo sobre Principales Herramientas Institucionales para la Rectoría disponibles en el MSP para la concreción de Objetivos Sanitarios Nacionales. Julio de 2015.** Permitió generar un espacio de intercambio y profundización para favorecer el conocimiento y la utilización de las diferentes herramientas de Rectoría que se dispone en las diferentes Direcciones Generales del MSP, para hacer viables las estrategias operativas que permitirán alcanzar los OSN.
- 3. Jornada de trabajo con Direcciones Departamentales de Salud convocada para analizar “Objetivos Sanitarios Nacionales: Problemas críticos, Resultados esperados y Líneas de acción”. setiembre de 2015.** Se generó una nueva instancia de colectivización de la discusión hasta ese momento, para integrar la mirada desde lo territorial y trabajar en las líneas de acción para alcanzar los OSN. Se destacó particularmente el ajuste territorial de las acciones, la complementación entre prestadores y la capacidad de fiscalización.
- 4. Presentación pública de los OSN 2020. Diciembre de 2015.** Se presentó a referentes políticos e institucionales la lógica de los OSN, con énfasis los Resultados Esperados concretos y medibles que benefician a la población, objetivados por un conjunto de indicadores.

3. Los OSN 2020 y los caminos para lograrlos

El proceso detallado anteriormente permitió definir cuatro Objetivos Sanitarios Nacionales hacia el año 2020:

- 1** Alcanzar mejoras en la situación de salud de la población.
- 2** Disminuir las desigualdades en el derecho a la salud.
- 3** Mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud.
- 4** Generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud.

Se establecieron asimismo cinco Objetivos Estratégicos (OE) para avanzar en su concreción, que se presentan el Cuadro 2.

Cuadro 2. Objetivos Estratégicos para alcanzar los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020



Fuente: Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020.

Los OE incluyen diferentes Resultados Esperados, para el logro de los cuales se prevé impulsar iniciativas en diferentes Áreas de Intervención que incluyen un conjunto amplio de Líneas de Acción (LA). Se ilustra en la Figura 1.

Las Líneas de Acción remiten a actividades en tres grandes campos:

- 1. Rectoría**, vinculado a la utilización de diferentes herramientas que dispone el MSP como elaboración de guías clínicas, protocolos y recomendaciones, fiscalización, ordenanzas, acreditación de servicios, ajustes al PIAS, etc.

2. **Prestadores**, refiere a distintas acciones orientadas a incidir en los procesos asistenciales y la dinámica de los equipos de salud en los prestadores del SNIS. Aquí ha cobrado particular importancia la armonización de la Metas Asistencias con los OSN 2020.
3. **Intersectorialidad**, que implica las múltiples coordinaciones intersectoriales para incidir en los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad para lograr las mejoras que se pretenden en la situación sanitaria del país. Implica organismos del Estado, ámbitos académicos y la sociedad civil organizada, así como estrategias específicas de comunicación.

Figura 1. La ruta operativa hacia los OSN 2020



4. Avances hacia los resultados esperados

Los avances a dos años del comienzo de esta iniciativa pueden comunicarse sobre todo a nivel de procesos más que en indicadores de impacto, cuyos efectos es esperable que se empiecen a constatar hacia el 2020.

Resulta ordenador presentarlos alineados con los diferentes objetivos estratégicos y en relación a los grandes campos que antes mencionamos: Rectoría, Prestadores e Intersectorialidad.

4.1. Avances en la movilización de las herramientas de Rectoría.

Vinculados al OE1. Estilos de vida y entornos saludables.

- Guía alimentaria para la población uruguaya. Para la alimentación saludable, compartida y placentera.
- Guía de actividad física. En elaboración.
- Revisión de la Guía de prevención de la deficiencia de hierro. En proceso.
- Profundización del Convenio Marco del Consumo de Tabaco (CMCT-OMS) Estrategia Nacional de Vigilancia y Fiscalización. Sistema informático de fiscalización del cumplimiento de la normativa de consumo de tabaco.

Vinculados al OE2. Morbimortalidad evitable

- Protocolo de tratamiento de reperfusión del Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST.
- Diseño de curso de capacitación para la reperfusión del IMAST
- Guía de Auditoria de Historia Clínica de IAM.
- Guía de atención a la Diabetes.
- Guía de atención a la Hipertensión arterial. En elaboración.
- Guía de Auditoria de Historia Clínica de Hipertensión arterial. En elaboración
- Pautas de atención a personas con VIH en el primer nivel de atención.
- Ordenanza Ministerial N° 384. Aplicación del Protocolo de Atención y Seguimiento a las Personas con Intento de Autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Vinculados al OE3. Atención en el curso de vida

- Guía de cursos de preparación para el nacimiento.
- Guía de auditoria de HC de cesáreas.
- Modificación del decreto 9/011 respecto a flexibilizar y facilitar el acceso a las cuponeras de métodos anticonceptivos en los prestadores del SNIS.
- Incorporación de los Implantes Hormonales Subdérmicos a la canasta de métodos anticonceptivos ofrecidos por prestadores privados integrales en el marco del PIAS (proceso en curso).

Los componentes de los OE4 (Calidad) y OE5 (Sistema) serán material de otros encuentros en el marco de las presentes Jornadas de Intercambio.

Una línea de trabajo transversal a los anteriores OE, fue su articulación con los compromisos de gestión de la División de Fiscalización. En ese marco durante 2016 fiscalizaron la aplicación en los prestadores de normas y ordenanzas ya existentes vinculadas a las líneas de acción de los OSN.

Se observaron resultados que muestran dificultades para trabajar con esta estrategia desde la autoridad sanitaria con los equipos de conducción de las instituciones y los equipos de salud, en la medida que supone un abordaje mucho más exigente en el seguimiento asistencial, en la calidad de los sistemas de información y en la posterior toma de decisiones. Trabajar con el seguimiento de los pacientes, no desentenderse, ser reactivo ante los problemas, es un componente sustantivo del proceso asistencial, del cambio del modelo de atención.

Hay múltiples ejemplos que dan cuenta de la necesidad de trabajar más ligados con las áreas de conducción técnica de los prestadores, públicos y privados. El nivel de exigencia para con el sistema, supone estimular las buenas prácticas de gestión técnica profesional, y generar un mayor compromiso, caso a caso, dadas las múltiples particularidades que tienen los prestadores.

No supone intervenir en la micro gestión, salvo cuando esta afecta la calidad de la atención. Es más, hay que estimular la sana competencia en términos de demostrar calidad de atención en base al cumplimiento de las metas y objetivos.

En 2017, en preparación de los cambios generados por la nueva meta asistencial 2, SE está fiscalizando las prácticas institucionales en la atención de la hipertensión arterial y del infarto. Asimismo SE audita la aplicación de los protocolos de atención a adolescentes elaborados por incentivo de la anterior meta 2, referidos a Prevención del Suicidio, Sobrepeso y obesidad, Consumo de sustancias psicoactivas, Prevención del embarazo en adolescentes y Siniestralidad vial. Cada institución desarrolló e implantó protocolos en dos de estas temáticas según el perfil epidemiológico de su padrón de afiliados adolescentes.

4.2. Los Prestadores y la centralidad de la Población

Los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 focalizan la atención en la salud de la población del país. El involucramiento de los prestadores del SNIS en el proceso hacia el logro de las metas sanitarias nacionales ha requerido AVANZAR EN el conocimiento del perfil demo epidemiológico de su población de afiliados, DE TODOS SUS AFILIADOS y la identificación de sus problemas sanitarios prevalentes.

A partir de mediados de 2016 se generó un proceso sostenido para colocar en el centro de la atención, los problemas sanitarios de los diferentes colectivos poblacionales bajo la responsabilidad de cobertura de cada prestador del SNIS. Se transitaron las siguientes etapas.

- 1. Sistematización de la información disponible en el MSP, sobre la situación epidemiológica y asistencial de la población bajo cobertura de cada prestador.** Entre junio y noviembre de 2016, se generó información sobre 32 variables a partir de datos disponibles en el Ministerio de Salud referida a los 43 prestadores del SNIS, provenientes de las fuentes disponibles en el MSP (SIP, DEVISA, DECASEPA, EV, etc.) y otros (FNR, CHLCC, etc.)
- 2. Ronda de encuentros particulares con cada uno de los 43 prestadores para presentación de la información referida a su institución y su población de afiliados.** Los Directores Técnicos de los prestadores (con sus equipos) mantuvieron durante noviembre y diciembre 2016 jornadas de trabajo con integrantes de un equipo interdireccional del Ministerio de Salud. Se les presentó la información de las 32 variables estudiadas respecto *OE1- Estilos de vida y entornos saludables* (6 variables), a *OE2- Carga prematura y evitable de morbimortalidad y discapacidad* (19 v.) y *OE3- Acceso y atención en el curso de vida* (7 v.) Se les solicitó que corroboraran los datos e identificaran oportunidades de mejora.
- 3. Autoevaluación de los prestadores respecto a su estado de situación respecto a las líneas de acción propuestas para los Resultados Esperados en OSN 2020.** En la misma instancia de entrega de información, se solicitó a los equipos de conducción de los prestadores, que se autoevaluaran respecto a 108 líneas de acción vinculadas a los OE y Resultados Esperados en el marco de los OSN 2020.
- 4. Segunda Ronda de encuentros con los prestadores, para recibir su autoevaluación y sus propuestas de involucramiento con los Resultados Esperados de OSN.** Se realizó con cada prestador individualmente a los 20 días de la primera reunión antes mencionada. Se constató que la propuesta generó una importante revisión y reflexión a la interna de las instituciones respecto a procesos asistenciales, registros, manejo de la información, etc. Se verificó un muy bajo uso de indicadores para evaluación del estado de situación de salud de la población afiliada y de monitoreo de resultados de los procesos asistenciales. Todos los prestadores evaluaron positivamente la propuesta y la metodología, y eligieron algunas áreas temáticas con las que involucrarse en el marco de los OSN 2020. En acuerdo entre Prestador y MSP, se priorizaron las áreas en las

instituciones evidenciaron una brecha importante con los promedios nacionales o los valores de referencia, o con las metas de los resultados esperados para 2020. El fundamento para elegir los que presentan la mayor brecha, fue que cuanto mayor sea esta, mayor será el aporte si se logra reducirla.

Entre noviembre de 2016 y marzo de 2017 se desarrolló en la Comisión Asesora de Metas Asistenciales (con representación de todos los prestadores) una profunda reformulación de Meta 2 a efectos de articularla con los OSN 2020.

Se elaboró la propuesta de que la Meta 2 se estructurará en base a dos componentes:

- **Componente 1.** Cuatro resultados esperados (RE) con ocho líneas de acción.
 - **Dos de los RE han sido definidos por el Ministerio de Salud como comunes a todos los prestadores** y
 - **dos de ellos han sido específicos para cada institución** de salud definidos conjuntamente entre el Ministerio de Salud y cada prestador.

Por todo el componente 1, las instituciones percibirán el 80% del monto previsto para Meta 2.

- **Componente 2. Reporte de indicadores.** Envío de indicadores de monitoreo, considerados como trazadores del cumplimiento de las líneas de acción de OSN 2020, priorizadas por el MSP. Por todo el componente 2, las instituciones percibirán el 20% del monto previsto para Meta 2.

Cuadro 3. Estructura de Meta Asistencial 2 en base a OSN 2020

Componente	Resultado esperado	Línea de acción	Indicador
RESULTADOS POR PRESTADOR (80%)	ENT Común a todos los prestadores (40%)	HTA (10%)	% de HTA C/creatina
			Tasa de HTA tratados
		IAM (10%)	IAM con fibrinolíticos/1000 usuarios
			% de egresos IAM con bibrinolíticos
	RE elegido 1 (20%)	LA 1.1 (10%)	Indicador 1.1
		LA 1.2 (10%)	Indicador 1.2
	RE elegido 2 (20%)	LA 2.1 (10%)	Indicador 2.1
		LA 2.1 (10%)	Indicador 2.1
REPORTE (80%)	Tabaco, Anemia, Cáncer, Diabetes, VIH, Emb. Adolesc.	• INDICADORES	

La propuesta y el conjunto de indicadores que la integran fue aprobada por la JUNASA en su sesión del 22 de marzo de 2017.

La distribución de los prestadores en torno a cada uno de los Resultados Esperados se observa en el Cuadro 4.

Sistema de Monitoreo de OSN a través de Indicadores

Cuadro 4. Distribución de prestadores según Resultados Esperados seleccionados.

RESULTADO ESPERADO SELECCIONADO	Nº de prestadores involucrados
2.1.1. Reducción de la mortalidad por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras	24. GREMEDA, CAAMEPA, COMECA, CAMOC, CAMEC, CAMEDUR, COMEF, COMEFLO, CAMDEL, AMDM, CAMY, CAMS, COMTA, COMETT, Casa de Galicia, CASMU, CCOU, CUDAM, GREMCA, MUCAM, SMI, MP, S Americano, SMQS
2.1.4. Disminuir las complicaciones crónicas de la diabetes.	15. CAAMEPA, CRAMI, CAMEC, COMEF, CRAME, COMEPA, CAMY, COMERO, CAMS, AMSJ, COMETT, Casa de Galicia, CCOU, MUCAM, S Americano.
2.3. Reducción de la morbimortalidad por VIH/Sida.	08. GREMEDA, COMECA, CAMDEL, COMEPA, COMERI, AMSJ, COSEM, CASMU
1.4. Disminución del sobrepeso y la obesidad en la población	07. AESP, H Evangélico, Blue Cross, COPHAMI, MP, H Británico, SUMMUM
3.1. Disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes y acompañamiento adecuado de la maternidad paternidad en adolescentes	06. ASSE, CAMEDUR, CRAMI, COMEFLO, CRAME, IAC
2.1.5. Disminución de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	05. SMQS, Blue Cross, COPHAMI, H Británico, SUMMUM
2.4. Disminución de la incidencia de Suicidios	05. CAMCEL, AESP, UNIVERSAL, CASMER, COSEM
1.1. Reducción del porcentaje de fumadores actuales y la exposición al humo de tabaco ambiental.	04. AMDM, AMEDRIN, CASMER, H Evangélico
3.3. Eliminación de la transmisión vertical de Sífilis y VIH	03. ASSE, CUDAM, SMI
3.2. Humanización del parto institucional y disminución de la tasa de cesáreas	03. COMERO, COMTA, UNIVERSAL
2.4. Disminución de la morbimortalidad vinculada a la Violencia basada en Género y Generaciones	02. CAMCEL, GREMCA.
Extensión de las prácticas de alimentación saludable y actividad física	02. AMEDRIN, COMERI.
3.4. Reducción de la Prematurez a expensas del componente prevenible	01. CAMOC
1.3 Reducción de la prevalencia de la anemia y del retraso del crecimiento en la primera infancia.	01. IAC

Para dar seguimiento a los avances hacia los RE han sido definidos por el Ministerio de Salud (MS) indicadores de proceso, los que permitirán monitorear el desempeño de los prestadores integrales del SNIS en la implementación de las Líneas de Acción.

Se diseñó un software con un **visualizador** que facilite la valoración de los avances en los diferentes objetivos estratégicos, resultados esperados y líneas de acción, así como el desempeño de cada prestador en los compromisos asumidos.

4.3. La intersectorialidad en movimiento

Se plantearon dos áreas de trabajo de los OSN 2020 que han logrado articular esfuerzos intersectoriales, con un claro liderazgo del MSP, en base a las líneas de acción propuestas en 2015 y enriquecidas en el proceso de interacción con diversos actores gubernamentales, de la academia y la sociedad civil organizada.

Embarazo en Adolescentes

Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes.

En setiembre de 2016 el gobierno uruguayo anunció públicamente el compromiso y voluntad política de diseñar e implementar una “Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes”. Es impulsada por los Ministerios de Salud Pública, Desarrollo Social, Educación y Cultura, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Administración Nacional de Educación Pública, el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay y la Administración de los Servicios de Salud del Estado, con el apoyo del Núcleo Interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Universidad de la República y del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Esta Estrategia forma parte del Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020 y de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Su diseño e implementación se basan en el reconocimiento de que el embarazo no intencional en adolescentes en Uruguay es una expresión y consecuencia de desigualdad y segmentación social. Es parte de una cadena de determinantes asociados a la exclusión y la vulnerabilidad social y de género. La desvinculación educativa, el desigual acceso al mercado de trabajo, la emancipación de los hogares a edades tempranas, el entorno social en general, entre otras condicionantes, afectan particularmente las capacidades de elección de las mujeres adolescentes y jóvenes sobre sus proyectos de vida.

La maternidad se impone como una situación a atender desde la política pública cuando la escasez de espacios de desarrollo personal, social y el ejercicio de derechos se ve tan restringido que ésta se presenta como el único proyecto personal posible. Asimismo seguir adelante con un proyecto de maternidad temprana no debería redundar en nuevas situaciones de exclusión o vulnerabilidad que restrinjan aún más las posibilidades de desarrollo de las adolescentes.

La Estrategia se estructura en cuatro componentes con un respectivo objetivo específico, líneas de acción y actividades. Esta estructuración se basa en la necesidad de realizar actividades generales dirigidas a todos los adolescentes para prevenir embarazos no intencionales, fortaleciendo el ejercicio de derechos y toma de decisiones reproductivas con autonomía (componente 1), a la vez que acciones focalizadas en quienes ya se encuentran en situación de embarazo (componente 2) o maternidad/paternidad (componente 3). Dada la complejidad del embarazo en la adolescencia así como su multiplicidad de determinantes, es sustancial abordarlo desde los diferentes sectores de

forma integral e integrada. El valor agregado de esta Estrategia es el trabajo intersectorial coordinado para la implementación de las políticas públicas (componente 4). Este último componente nuclea acciones de coordinación intersectorial incluyendo la participación de adolescentes, formación de profesionales y equipos de trabajo en territorio así como producción de conocimiento para la política pública.

Alimentación Saludable y Actividad Física

Modificación del entorno en centros educativos para favorecer la adopción de hábitos alimentarios saludables y el desarrollo de la actividad física, en respuesta a las Políticas Públicas- Ley 19.140.

La Ley 19.140 “Alimentación saludable en los Centros de Enseñanza” del 2013, representa el marco legal para la promoción de intervenciones en los centros educativos, tendientes a mejorar el comportamiento de niños y adolescentes en relación a la alimentación y la actividad física. La Ley tiene por finalidad *“proteger la salud de la población que asiste a establecimientos escolares y liceales, públicos y privados, a través de la promoción de hábitos alimenticios saludables como forma de contribuir, a la prevención del sobrepeso y la obesidad y las enfermedades no transmisibles”*. Le confiere responsabilidades al MSP referidas a establecer *“un listado de grupos de alimentos y bebidas nutritivamente adecuados”*, impartir *“recomendaciones para una alimentación saludable en las diferentes etapas de la vida”* y llevar adelante campañas de información dirigidas a *“educar a la población”*; a *“Promocionar los hábitos de vida saludable”* y a *“Orientar y asesorar adecuadamente a las empresas industriales elaboradoras de alimentos en el desarrollo de productos hacia un perfil nutricional adecuado”*. Señala además que el MEC *“incluirá en el sistema educativo el tema de los hábitos alimenticios saludables y estimulará el consumo de agua potable y la realización de actividades físicas”*. Prohíbe *“la publicidad en los establecimientos educativos de aquellos grupos de alimentos y bebidas que no estén incluidos en el listado elaborado por el MSP”*

Desde la sanción de la Ley, funciona una Comisión Interinstitucional para su aplicación, supervisión y fiscalización. La misma está conformada por el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación y Cultura, la Administración Nacional de Educación Pública con representantes de los cuatro Consejos Desconcentrados y recientemente, ha sido incorporada la Secretaria Nacional del Deporte.

Desde el año 2015 dicha comisión está desarrollando un proyecto que cuenta con tres componentes:

- i. Las cantinas y comedores de centros educativos públicos y privados ofrecen alimentos agradables, seguros y saludables.
- ii. Los docentes, adscriptos y coordinadores como actores claves cuentan con herramientas para el fomento de una dieta saludable y aumento de la actividad física.
- iii. Centros educativos han sido acreditados por el desarrollo de prácticas que favorecen el incremento de la actividad física y la alimentación saludable.

Advertencia sobre el exceso de sal, azúcar y grasa que facilitan la selección informada de los productos alimenticios.

El avance en el consumo de productos con excesiva cantidad de azúcar, sal y grasas está impulsando la escalada del exceso de peso en la población. Entre 1999 y 2013 la venta de bebidas

azucaradas se triplicó y la de otros productos con excesiva cantidad de azúcar, sal y grasas se duplicó. En igual periodo el exceso de peso escaló 12 puntos ascendiendo desde 52,5% a 64,9% y la obesidad 10 puntos desde 18,0% a 27,6%. En niños y adolescentes, las últimas cifras resultan alarmantes ya que el 39% presenta exceso de peso, observándose una estrecha asociación con el aumento de la hipertensión a edades muy tempranas.

El avance del consumo de estos productos y el incremento del sobrepeso ponen en evidencia la urgente necesidad de implementar medidas, no sólo de educación, sino también regulatorias que puedan de forma progresiva y efectiva reducir la demanda por estos productos. En este sentido, se está preparando una legislación de etiquetado frontal que advierta sobre el exceso de sal, azúcar y grasa que facilite la selección informada de los productos alimenticios. Con esta finalidad el Ministerio de Salud Pública convocó a un Grupo de Trabajo interministerial conformado por delegados de los Ministerios de: Salud Pública; Industria, Energía y Minería; Ganadería, Agricultura y Pesca; Economía y Finanzas; Desarrollo Social; Educación y Cultura, a la Intendencia de Montevideo, la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular así como también a los organismos internacionales vinculados con la temática, como OPS/OMS, UNICEF y FAO.

5. Conclusiones y desafío de los OSN hacia el 2020 Avances hacia los resultados esperados

En relación a la función de Rectoría

Cuando la defensa de la salud afecta intereses corporativos dentro de las empresas prestadoras de servicios de salud o de fuera del sector como en el campo de la alimentación, la seguridad vial, etc. deben generarse espacios de análisis técnicos y políticos para sostener las líneas de acción que cuidan la salud de las personas y las comunidades, y fortalecer un sistema de alianzas y acuerdos que impida retrocesos.

Se han concretado avances en la articulación las agendas de las diferentes comisiones honorarias con las prioridades definidas por el MSP en los OSN, tanto en lo que respecta a metas como en lo referido a líneas de acción para alcanzarlas. Es posible profundizarla.

Es posible convertir los Objetivos Sanitarios Nacionales una referencia para un Plan Nacional de Salud y Planes departamentales y locales elaborados e implementados con la mayor participación social. Este esfuerzo ya se ha iniciado con los Planes departamentales. Si la población no asume como propias las acciones sobre los problemas prioritarios de salud, si no se construye una participación activa de la sociedad en estos procesos, es difícil modificar los componentes estructurales tanto en lo social como en lo cultural.

Es un desafío diseñar normas de diferente jerarquía e incentivos que eviten la dispersión de esfuerzos de los prestadores, racionalicen la implantación de servicios y efectores, jerarquicen el trabajo en red entre actores institucionales y sociales de la salud. Se ve necesario estimular la complementación, explorar metas asistenciales con base territorial que permitan esfuerzos compartidos hacia el logro de los resultados esperados en los OSN y planes de salud con base territorial articulados y acordes a esos objetivos. Los OSN son una herramienta fundamental en esa dirección, pueden ser dinamizadores de la participación, dado que colocan a la población en el centro de las acciones.

Sería posible abrir espacios de apropiación y compromiso social con los resultados esperados y las líneas de acción planteadas. Los usuarios y trabajadores organizados pueden cumplir un rol de

control social de que las líneas de acción se cumplan, como legítimos interlocutores interpelantes de la autoridad sanitaria, o en alianza con ella.

En relación a los Prestadores del SNIS

Es un desafío profundizar el compromiso de los prestadores con los OSN más allá de los estímulos puntuales como las metas asistenciales. La confluencia de los OSN con los prestadores públicos y privados del SNIS deberá ser parte del cambio de la “cultura institucional” necesario, y que deberá irse acreditando, utilizando diversos instrumentos existentes o a generar.

Es necesario avanzar implantación de un modelo de atención basado en la longitudinalidad y continuidad de la atención que supere los resabios de fragmentación que persisten entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y al interno de las mismas. La práctica médica y de los equipos de salud debe ser revisada, a la vez que se problematizan las condiciones de trabajo para identificar elementos facilitadores y obstaculizadores de ese continuo asistencial. De lo contrario no será posible, por ej., lograr un adecuado seguimiento y control de los hipertensos y diabéticos, ni asegurar la adherencia al tratamiento de los pacientes que requieren TARV.

Las instituciones prestadoras deben complementar una genuina preocupación por las mejores prácticas clínicas, con una atención sistemática de la situación de salud colectiva de su padrón de afiliados, traducida en indicadores.

En el campo intersectorial

Colocar en la agenda de los organismos gubernamentales el abordaje diferentes determinantes sociales vinculados a los resultados en salud, requiere una tarea constante de “advocacy” a la interna del propio gobierno y los organismos públicos.

Asimismo las transformaciones estructurales en salud, educación o protección social y el conjunto de sus determinantes, no son posibles sólo desde el gobierno, sin participación activa de la sociedad, sin nuevos actores cuya voz pueda expresarse y puedan incidir en las decisiones.

Esa participación social no es una resolución institucional, ni se resuelve con sentar a los actores en espacios de diálogo. Requiere una construcción amplia y audaz donde los actores sociales se involucren y se fortalezcan a través de prácticas que los vinculen con la población. Es acción social y cultural sobre problemas existentes. Este parece ser un camino privilegiado para que la población del país en su conjunto pueda involucrarse en las acciones necesarias para alcanzar los Resultados Esperados en los OSN: asumir las opciones de alimentación más saludables, auto regular los consumos de riesgo, fomentar el disfrute del tiempo libre, el ocio y la actividad física, mejorar la comunicación interpersonal, manejo del conflicto y la violencia, integrar los hábitos de autocuidado y heterocuidado, las mejores prácticas de crianza, etc.

Es relevante el diseño de una estrategia comunicacional que sea convocante del compromiso con los OSN, movilice los liderazgos a diferentes niveles sociales y organizacionales. Asimismo es un desafío que la Comunicación de los OSN desde el MSP sea replicada en las diferentes organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil, y particularmente reforzada por la movilización de recursos en publicidad de los Prestadores del SNIS, convocando a la acción y las prácticas transformadoras de la realidad, a nivel individual y colectivo, para mejorar la salud de la población.

Preguntas guía para los talleres

GRUPO 1. Continuidad de los OSN más allá de 2020

1. ¿Se considera posible lograr efectos perdurables en la situación de salud de la población con acciones hasta el año 2020?
2. ¿Qué estrategias podrían implementarse para asegurar la sostenibilidad de esta iniciativa ministerial de cara a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030?
3. ¿Qué mecanismos de actualización se sugieren para ajustar periódicamente las prioridades, contenidos y líneas de acción de los OSN?

GRUPO 2. Efectos de los OSN sobre los prestadores del SNIS.

1. ¿Cuáles son los principales efectos que la propuesta de OSN 2020 ha tenido en la dinámica interna de los prestadores?
2. ¿Qué frenos o barreras se pueden identificar en la “cultura institucional” de los diferentes estamentos de instituciones prestadoras de servicios, para su asegurar su compromiso con los OSN más allá de las Metas Asistenciales? ¿Cuáles serían las estrategias o acciones concretas para superar estos frenos o barreras?
3. ¿Qué ajustes se podrían impulsar para generar cambios en las condiciones de trabajo y en las prácticas de los equipos profesionales de salud, hacia la adopción de una modalidad de atención basada en la longitudinalidad y en la continuidad asistencial?

GRUPO 3. Participación de las organizaciones sociales e involucramiento de la población.

1. ¿Cómo facilitar desde el MSP la generación de planes locales de salud alineados con los OSN?
2. ¿Qué componentes críticos debería tener una estrategia de comunicación para estimular el involucramiento de la población con los Resultados Esperados, desde su vida cotidiana y sus diversos espacios de organización social o comunitaria?
3. ¿Cómo generar o potenciar herramientas operativas para el control social sobre la marcha de las líneas de acción y los avances en los Resultados esperados?

Bibliografía consultada

Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes. MSP. MEC. MIDES. ASSE. ANEP. INAU. OPP. 2017

Función Rectora de la Autoridad Sanitaria, Marco Conceptual e Instrumento Metodológico. Washington, D.C: OPS, © 2007.

Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. 2017. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/ObjetivosSanitarios_web%20%281%29.pdf

Transformaciones en la Gobernanza de un Estado Social Centenario: Estructura y Funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay. Marcelo Setaro Montes de Oca. 2014

Transformar El Futuro. MSP. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=338&Itemid= o file:///C:/Documents%20and%20Settings/wbenia/Mis%20documentos/Downloads/MSP_libro_reforma.pdf

Uruguay: El Plan Integral de Atención a la Salud. Silvia Molins, Lucía Alonso y Jorge Fernández. 2013

Documento de trabajo para el taller 3 sobre financiamiento de la protección en salud

The cover features a large white number '10' on a yellow background. To its right is a circular logo with the text '10 años del SNS Sistema Nacional Integrado de Salud'. Below the logo, the title 'Jornadas de Intercambio' is written in bold white text. A quote in white text reads: 'A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud'. At the bottom left is the logo of the 'Ministerio de SALUD'. At the bottom right, a large graphic of overlapping colored circles contains the text 'Financiamiento de la protección social en salud' and 'Insumos para el taller'.

10 años del **SNS**
Sistema Nacional Integrado de Salud

Jornadas de Intercambio

"A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud"

Ministerio de SALUD

Financiamiento de la protección social en salud
Insumos para el taller

Contenido

I. Introducción.....	97
II. Gasto y financiamiento en el SNIS.....	98
III. Fuentes de financiamiento en el SNIS y su evolución	99
III.1 Evolución del financiamiento público.....	100
III.2 Evolución del financiamiento privado	104
IV. Financiamiento público: Mecanismos de pago en el SNIS.....	107
IV.1 Mecanismo de pago del SNS: La “cuota salud”.....	108
IV.1.1 El componente cápita de la “cuota salud”	109
IV.1.2 El pago por desempeño: Las metas asistenciales	111
IV.2 Pago por presupuesto: el financiamiento de ASSE.....	113
V. Financiamiento privado: tasas moderadoras y copagos	113
VI. ¿En qué y cómo se gasta?.....	116
Grupos de discusión.....	120
1. Tasas moderadoras.....	121
2. Mecanismos de pago a prestadores: Cápitas, metas, presupuesto, otros.	122
3. ¿En qué y cómo gastar?	122

I. Introducción

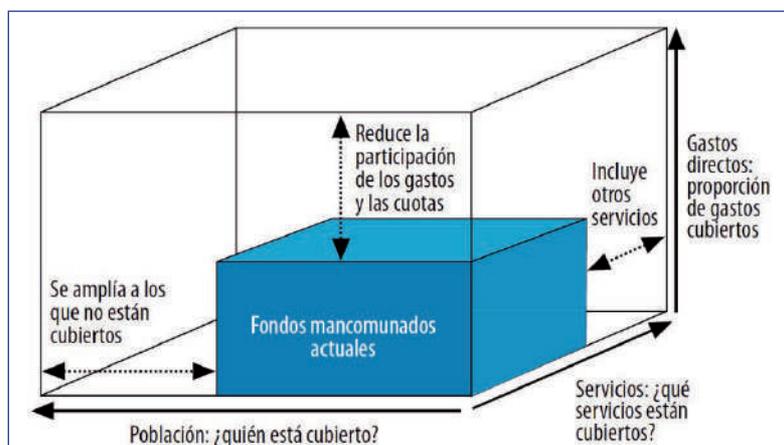
El derecho a la protección de la salud para todos los habitantes residentes en el país es reconocido en el primer artículo de la Ley 18.211 que a fines del año 2007 crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

La Organización Panamericana de la Salud define a la protección social en salud como la “garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas o necesidades de salud a través del acceso a alguno de los subsistemas de salud en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”.

Los principios rectores establecidos en la Ley 18.211 hacen, además, énfasis en los factores determinantes del entorno, el respeto a los derechos humanos, la necesidad de políticas intersectoriales, la equidad, el contenido humanista, la participación social y la solidaridad en el financiamiento, entre otros.

La protección social en salud busca garantizar derechos sociales universales, y por ello está asociada al objetivo de Cobertura Universal en Salud, que implica la interacción de tres dimensiones: la cobertura poblacional, los servicios a los que la población cubierta accede y el grado de protección financiera que obtienen los individuos, entendida esta última como el acceso equitativo a la atención en salud independientemente de la capacidad de pago de las personas. (OMS 2010).

Ilustración 1. Dimensiones de la Cobertura Universal en Salud



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. (OMS, 2010)

Las modalidades de financiamiento de los sistemas de salud son determinantes en el logro de la cobertura universal en las tres dimensiones señaladas. Alcanzar la equidad en el acceso a la atención en salud para toda la población, independientemente de su capacidad de pago, y garantizando un conjunto de prestaciones que den cuenta de sus principales problemas de salud, requiere de políticas que destinen recursos públicos y regulen y controlen su buen uso. Por lo tanto, es imprescindible también monitorear cómo se gasta y si los mecanismos de pago a los prestadores están generando los incentivos deseados.

La Reforma del sistema de salud ha permitido importantes avances en la protección social en salud de la población uruguaya. El presente documento pretende brindar insumos para evaluar, a diez años de iniciado el proceso, los aportes de los cambios en el modelo de financiamiento hacia el logro del objetivo de cobertura universal. También señala diversos problemas identificados y posibles caminos para resolverlos, con el objetivo de plantearnos nuevos desafíos a partir de los aportes de todos los actores del sistema.

II. Gasto y financiamiento en el SNIS

El gasto en salud representó aproximadamente 115.000 millones de pesos corrientes en el año 2014 (última estimación disponible). En términos reales, el gasto registró un crecimiento de 55% entre los años 2007 y 2014, lo que representa un crecimiento promedio anual de 7% en el período. De este gasto total, las inversiones representan aproximadamente 1.5% del gasto en salud (promedio del período). Con respecto al año 2005, el incremento del gasto total fue de 76% en términos reales.

En relación al Producto Bruto Interno (PBI), el gasto total en salud del país aumenta levemente en el período: pasa de 8.2% en 2007 a **8.6% en 2014**. En el mismo período el PBI creció 42%, con lo cual el desempeño del anterior indicador refleja la decisión de priorizar la política de destinar más recursos públicos para satisfacer las necesidades de atención en salud de la población. Por su parte, el gasto en salud por habitante pasa de U\$S 580 en 2007 a U\$S 1.450 en 2014¹⁸.

Este gasto total en salud puede descomponerse entre **gasto corriente y de capital**. A su vez, el gasto corriente puede analizarse atendiendo a los diferentes factores productivos, es decir: remuneraciones, medicamentos, otros suministros y servicios, etc. El gasto de capital, por su parte se integra por las inversiones en estructuras, en equipos, y otros.

Otra posible perspectiva para el análisis del gasto es por funciones de la salud, entendiendo por tales la atención curativa, la atención rehabilitatoria, la prevención, los bienes médicos y la gobernanza y administración, como se muestra en la Ilustración 1. La última estimación de gasto por funciones disponible para el país corresponde al año 2000.

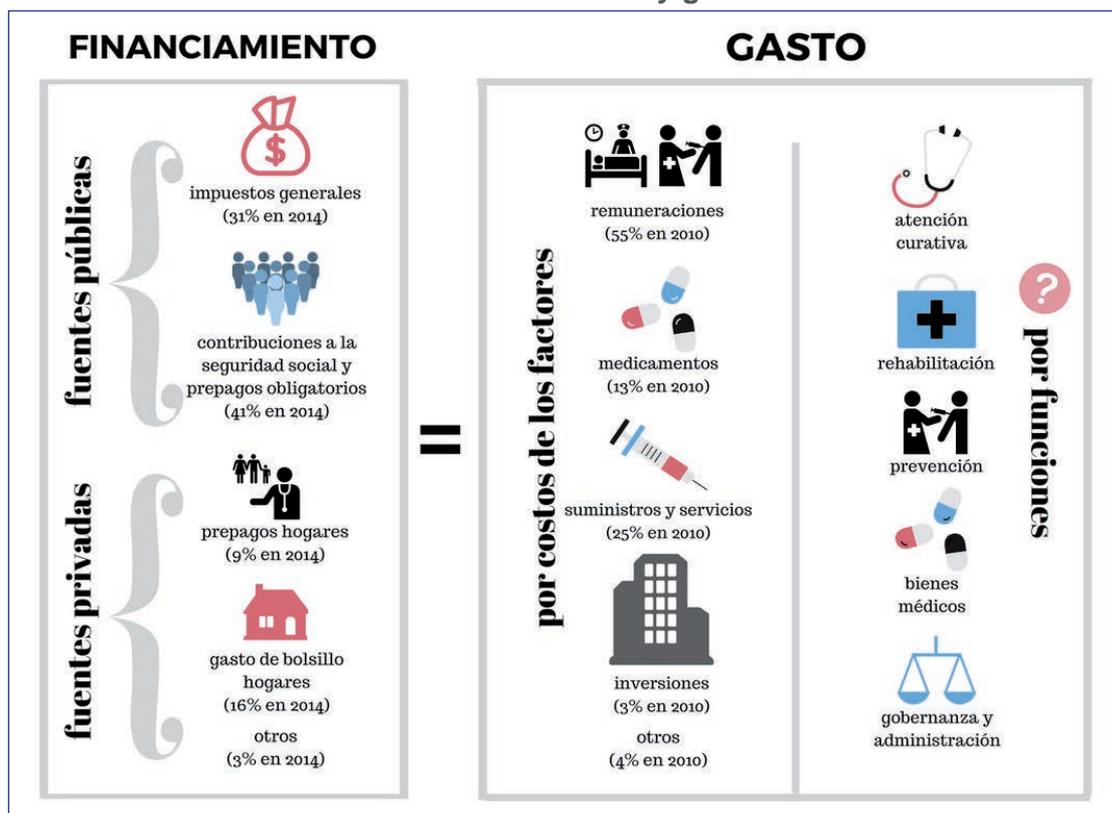
El gasto en los sistemas sanitarios se financia con tres tipos de recursos: fondos públicos, fondos privados y fondos provenientes del resto del mundo¹⁹. Entre las fuentes de financiamiento públicas se encuentran los impuestos, los fondos de la seguridad social y los prepagos de carácter obligatorio. Las fuentes privadas de financiamiento refieren al gasto que los hogares realizan en el sistema de salud, ya sea mediante el pago voluntario de una cuota de prepagado (afiliación particular a prestadores con seguros integrales o parciales) o a través del gasto de bolsillo, el que a su vez puede descomponerse entre tasas moderadoras (y copagos) y pagos directos²⁰.

18 El año 2014 es el último para el cual están disponibles estimaciones de Cuentas Nacionales de Salud. En el segundo semestre de 2017 se dispondrá de las cifras para el año 2015, pero no se esperan cambios significativos respecto a lo aquí presentado.

19 Estos últimos son marginales en nuestro país.

20 Entre los pagos directos se identifican, por ejemplo: la compra de medicamentos en farmacias comunitarias, lentes, compra o alquiler de equipamiento médico, consultas médicas, odontológicas y psicológicas particulares, etc., además de la compra de servicios que los hogares realizan en prestadores del sistema, ya sea porque los servicios no están incluidos dentro del paquete de prestaciones obligatorias o porque no existen derechos de cobertura en la institución en cuestión.

Ilustración 2. Financiamiento y gasto en salud



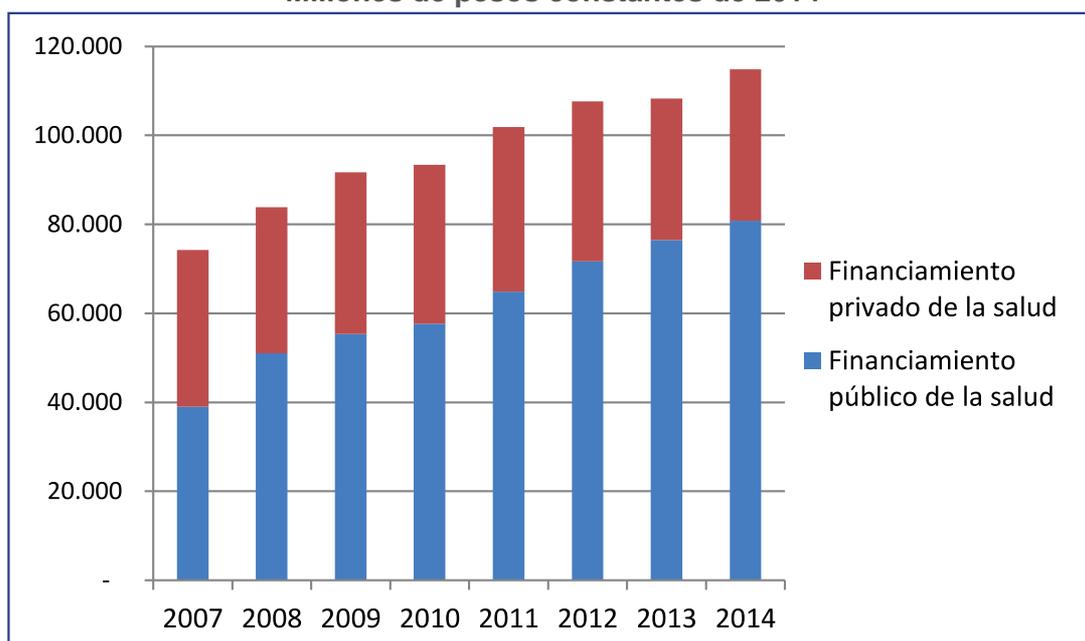
Fuente: elaboración propia en base a las Cuentas de Salud (MSP)

El gráfico muestra la necesaria igualdad entre financiamiento y gasto en el sistema de salud. Por una parte, es posible analizar cómo se gasta, cuáles son los insumos, cuánto se destina a recursos humanos, cuánto a medicamentos, a inversiones, y a otros insumos necesarios para “producir salud”, y a su vez cómo el uso de esos insumos redunda en servicios de gobernanza y administración del sistema, cuánto en servicios de prevención, atención curativa y rehabilitación, entre otros. Cómo se financian esos gastos dará cuenta de la equidad en el financiamiento y la protección financiera que brinda el sistema.

III. Fuentes de financiamiento en el SNIS y su evolución

La estructura del financiamiento de la salud propuesta por la Reforma comienza a consolidarse a partir de 2008. El financiamiento público del gasto en salud pasa de 53% del gasto total en 2007 a 70% en 2014. Según el informe de Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008, en el año 2005 el gasto se financiaba en partes iguales por fondos públicos y privados.

Gráfico 1. Financiamiento del gasto en salud entre 2007 y 2014.
Millones de pesos constantes de 2014



Fuente: Cuentas de Salud (Área Economía de la Salud - MSP)

El incremento de la participación de las fuentes públicas en detrimento del financiamiento privado es consecuencia del cambio del modelo de financiamiento impulsado por la Reforma. En particular, se explica por el aumento de los fondos provenientes de la seguridad social a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), en paralelo con la ampliación de la cobertura en salud a través del Seguro Nacional de Salud, así como por el importante incremento real de los fondos presupuestales destinados a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

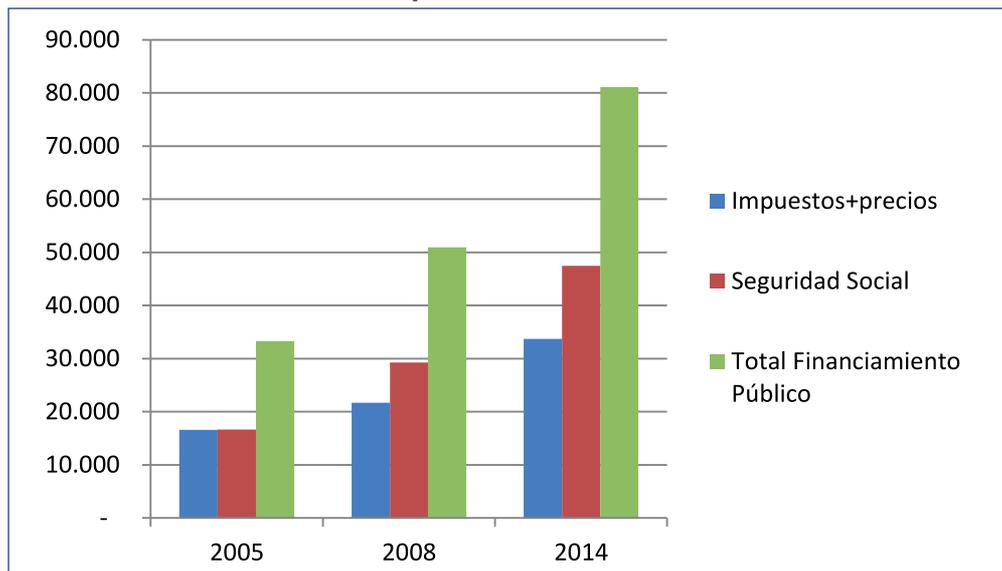
III.1 Evolución del financiamiento público

Las fuentes públicas de financiamiento de la atención en salud representan aproximadamente el 72% del gasto total en salud del país.

El aumento real del gasto total en salud ya señalado, de 76% respecto al año 2005, aunado a los impactos del cambio del modelo de financiamiento, implicó que el financiamiento público creciera 144% entre 2005 y 2014. Las fuentes provenientes de impuestos se duplicaron (incremento de 103%) y las provenientes de la seguridad social aumentaron 185%.

En el año 2005 las **fuentes provenientes de la seguridad social** representaban el 50% del total del financiamiento público, aproximadamente un 25% del gasto total en salud del país. En el año 2014 representaron el 58% del financiamiento público, y un 41% del gasto total en salud.

**Gráfico 2. Evolución del financiamiento público.
Millones de pesos constantes de 2014**



Fuente: Cuentas de Salud (Área Economía de la Salud - MSP)

El principal destinatario de los ingresos provenientes de impuestos es ASSE. En relación al gasto de ASSE, para el año 2014 (\$ 28.000 millones), los impuestos generales vía presupuesto cubrieron 60% de su gasto total, mientras que el 40% restante correspondió fundamentalmente a los ingresos provenientes del FONASA, los que se componen de contribuciones y de transferencias del gobierno.

El financiamiento proveniente de la seguridad social tiene como su principal destinatario al FONASA, fondo que financia al Seguro Nacional de Salud (SNS) administrado por la JUNASA.

Al momento de ponerse en marcha la Reforma, poco más de 700.000 usuarios obtenían su cobertura de salud a través de la seguridad social. La gran mayoría eran trabajadores del sector privado. El resto eran maestros, judiciales y los jubilados de bajos ingresos que obtenían su cobertura al amparo de la Ley 16.713 (reforma de la Seguridad Social de 1995). A fines de 2016, esta cobertura ascendía a más de 2.500.000 asegurados.

La Tabla 1 permite observar la evolución de la cobertura a partir de la creación del Seguro Nacional de Salud. El primer gran impacto lo genera la incorporación de los menores a cargo de los generantes, así como de los mayores de 18 años con discapacidad. Ya en el primer año este colectivo representaba casi 450.000 nuevos beneficiarios. La magnitud de esta población fue creciendo, conforme los colectivos generantes (trabajadores activos y pasivos) fueron aumentando, hasta representar en nuestros días algo más de 600.000 beneficiarios. Al mismo tiempo, se expande la cobertura entre los trabajadores del sector público, ingresan los bancarios y crece la cobertura de la de los pasivos, puesto que la Reforma establece que los trabajadores que se jubilen luego de su puesta en marcha mantienen la cobertura del Seguro.

Tabla 1. Evolución de los afiliados FONASA. 2007 - 2016

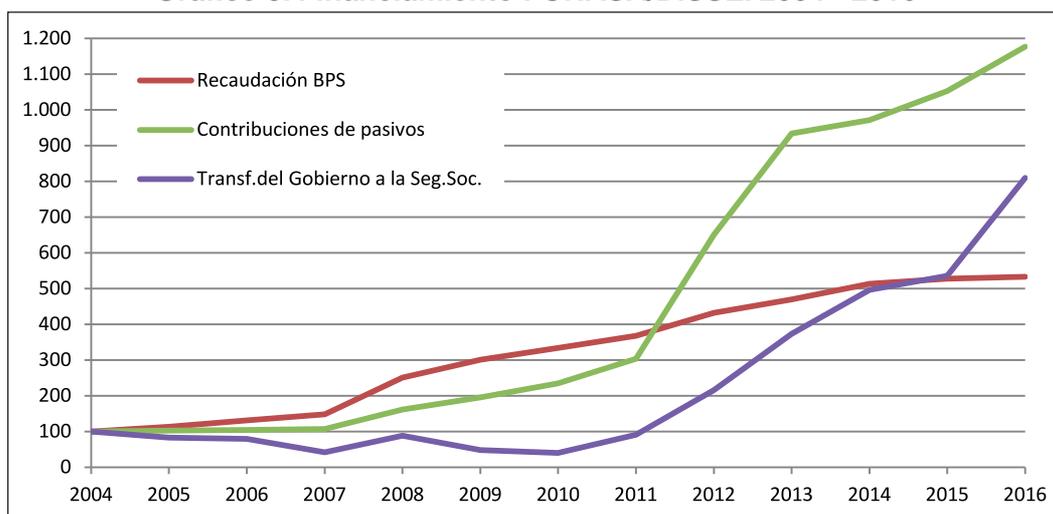
Colectivos	ago-07	dic-08	dic-11	dic-12	dic-13	dic-14	dic-15	dic-16
Total Activos	673.996	869.991	1.087.155	1.122.273	1.150.267	1.164.344	1.148.645	1.141.563
Privados	629.506	741.691	904.679	934.157	955.786	964.489	949.126	940.438
Públicos	44.49	120.61	138.89	141.906	146.153	149.713	148.398	148.747
Bancarios		7.69	18.743	19.432	19.88	19.936	19.4	19.048
Profesionales			24.843	26.778	28.448	30.206	31.721	33.33
Menores		435.664	567.964	593.926	611.418	622.129	626.622	612.999
Pasivos	50.834	72.088	142.735	319.53	356.288	398.159	443.907	578.269
Cónyuges / Concubinos			30.027	73.007	133.389	184.161	190.528	202.767
TOTAL	724.83	1.377.743	1.827.881	2.108.736	2.251.362	2.368.793	2.409.702	2.535.598

Fuente: elaboración propia en base a datos del FONASA

Un hito significativo en el crecimiento de la cobertura fue la aprobación de la Ley 18.731 en diciembre de 2010. Esta norma estableció la cadencia de incorporación de los jubilados y pensionistas que no se encontraban dentro del Seguro, la que finalizó en julio de 2016. Al momento, este colectivo representa algo menos de 600.000 beneficiarios. Por otra parte, la ley mencionada determinó el ingreso al SNS de los profesionales en ejercicio libre de la profesión, así como de los trabajadores amparados por Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales. Por último, en ese año se inició la incorporación de los cónyuges y concubinos de los generantes, en una cadencia que finalizó en diciembre de 2013. A fines de 2016, este colectivo representaba poco más de 200.000 beneficiarios.

Los impactos de los cambios en la cobertura se pueden observar también a través de sus efectos sobre las diferentes fuentes de ingresos que la financian. El Gráfico 3 muestra la evolución en términos reales de los aportes personales y patronales al BPS, las contribuciones de pasivos y las transferencias de Rentas Generales al Seguro.

Gráfico 3. Financiamiento FONASA/DISSE. 2004 - 2016



Fuente: elaboración propia en base a datos del FONASA

Partiendo del valor base 100 en 2004 se puede observar como la recaudación de aportes personales y patronales al Seguro (línea roja en el gráfico) se multiplicó por más de 5 en términos de capacidad adquisitiva, en consonancia con el crecimiento de la cobertura poblacional. La línea verde muestra la evolución de las contribuciones de los pasivos. Se muestran relativamente estables en el período previo a la Reforma, para comenzar a crecer a partir de 2008, al influjo de la incorporación al SNS de los nuevos jubilados, así como del aumento de las tasas de aportes. Luego, estas contribuciones muestran un gran incremento en 2012 con el ingreso de los jubilados y pensionistas cubiertos por el sector IAMC y, finalmente, continúan creciendo hasta 2016, a medida que se completa la cadencia de incorporación de este colectivo.

Párrafo aparte merece la trayectoria de los aportes de Rentas Generales al financiamiento del Seguro. Hasta 2011 estos se mantienen por debajo de los existentes en 2004, pero a partir de 2012 comienzan una senda de crecimiento que se explica por dos grandes razones: en primer término, por el régimen de devolución de aportes que puso en marcha la Ley 18.731 y, fundamentalmente, por el ingreso al Seguro de colectivos que vuelcan aportes menores al gasto esperado que generan. Tal es el caso de los cónyuges y, especialmente, los jubilados y pensionistas. El crecimiento de los aportes fiscales al financiamiento del fondo, por lo tanto, es el resultado de políticas deliberadas de incorporación de colectivos con baja capacidad de aporte y altas necesidades de utilización de los servicios. En el momento actual, las transferencias al fondo son 8 veces mayores, en términos reales, que las existentes en 2011 y en el momento previo a la puesta en marcha del nuevo sistema.

Desde otra perspectiva, mientras en 2011 los aportes fiscales significaban el 5% de los egresos del fondo, ese porcentaje casi se duplicó en 2012 y continuó creciendo hasta representar 23% de los egresos en 2016.

Finalmente, una mirada interesante puede obtenerse al observar la distribución de los ingresos y egresos por colectivos sujetos de cobertura.

Tabla 2: Ingresos y egresos del FONASA 2016 por colectivo

	Ingresos	Egresos	Resultado
Menores	8.388.505.570	12.779.919.270	-4.391.413.700
Cónyuges	1.549.621.252	5.486.550.868	-3.936.929.616
Pasivos	6.517.220.608	23.022.482.661	-16.505.262.053
Activos	39.466.292.118	27.731.683.737	11.734.608.381
Otros	75.752.046	3.784.324.037	-3.708.571.991
TOTAL/ RESULTADO	55.997.391.593	72.804.960.573	-16.807.568.980

Fuente: elaboración propia en base a datos del FONASA

Como indica la Tabla 2, en el caso de los Menores, Cónyuges y Pasivos, la suma de los pagos que el Fondo realiza a los prestadores por concepto de cuota salud supera a los aportes generados por estos colectivos. Si bien los Activos constituyen el único colectivo superavitario, debe tenerse en cuenta que dentro de los aportes computados no solo se encuentran los que realizan los trabajadores sino también el aporte patronal.

Esto mismo puede observarse con mayor claridad a partir de la Tabla 3, en la que se presentan los ingresos y gastos por colectivo como promedios mensuales per cápita.

Tabla 3: Ingresos y egresos promedio mensuales per cápita por colectivo

	Ingreso promedio mensual por afiliado	Egreso promedio mensual por afiliado
Menores	1.140	1.737
Cónyuges	637	2.255
Pasivos	939	3.318
Activos	2.881	2.024

Fuente: elaboración propia en base a datos del FONASA

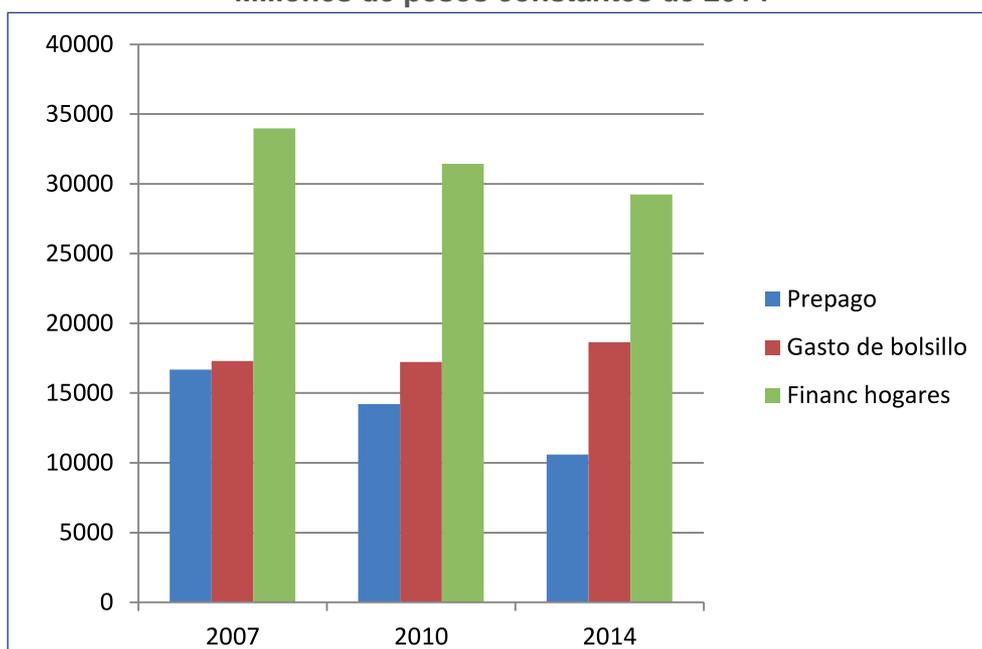
Se concluye entonces que, para los tres primeros colectivos, el monto per cápita promedio pagado por el FONASA mes a mes supera a los aportes. En buena medida, el esfuerzo fiscal realizado para el financiamiento del Seguro tiene como fin asegurar la cobertura de estos grupos poblacionales.

III.2 Evolución del financiamiento privado

El financiamiento privado del gasto en salud del país pasó de representar el 50% en el año 2005 a menos del 30% en el año 2014. Esta situación es producto del cambio en el modelo de financiamiento que, al incrementar la cobertura en salud a través del FONASA, disminuyó el peso de las cuotas de prepago privadas. A su vez decreció la proporción que el gasto de bolsillo representaba en el total del gasto, desde un 23% en el año 2007 a 16% en el 2014. De esta manera, aumenta la protección financiera de los hogares para hacer frente a la satisfacción de sus necesidades de atención en salud.

Es importante destacar que, más allá de las políticas tendientes a la disminución del peso del gasto privado en el sistema, éstas no definen las decisiones de consumo de los hogares. Es así que las decisiones de contratar un seguro complementario en forma privada, con cobertura total o parcial, o las decisiones de compra privada de servicios y bienes de salud, están determinadas también por otras variables. El importante aumento del ingreso real de los hogares en el período de análisis es, sin dudas, un determinante clave de los patrones de consumo privado de bienes y servicios de salud. De esta forma, el gasto de bolsillo en salud aumenta en términos reales, a pesar de bajar su participación en el gasto total en salud. Este aumento se produce por dos vías: el aumento global de los pagos de tasas moderadoras, en la medida en que más personas optan por una cobertura privada de salud, y el aumento del resto de los pagos privados en farmacias, consultas, y otros bienes y servicios de salud.

**Gráfico 4. Evolución del financiamiento privado de los hogares.
Millones de pesos constantes de 2014**

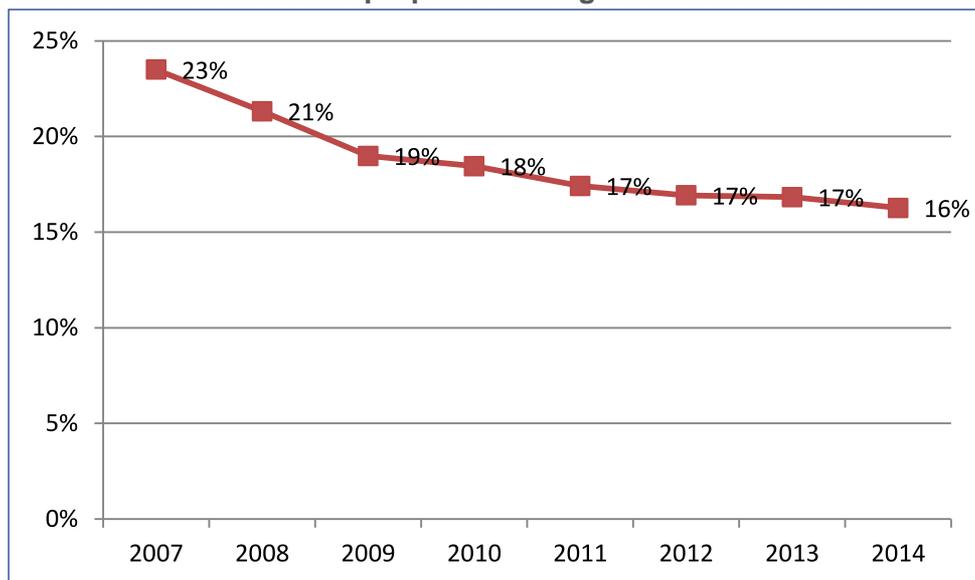


Fuente: Cuentas de Salud (Área Economía de la Salud - MSP)

El financiamiento privado de los hogares disminuyó un 14% en términos reales entre el año 2007 y el año 2014. Sin embargo, tal como puede apreciarse en el Gráfico 4, el gasto en cuotas de prepago disminuyó un 37%, pero el gasto de bolsillo a nivel agregado aumentó un 8% en términos reales, como consecuencia de las dos razones señaladas anteriormente.

El concepto de **gasto de bolsillo** refiere a aquellos pagos realizados al momento de acceder a los servicios de salud. En nuestro país adopta dos formas. La primera supone compartir costos con quien brinda la cobertura; refiere a los **copagos y tasas moderadoras** (comúnmente llamadas órdenes y tickets) cobrados en IAMC, Seguros Privados Integrales, Sanidad Policial y Sanidad Militar y – marginalmente– en el Fondo Nacional de Recursos (FNR) (copagos por servicios en el exterior y, más recientemente, procedimientos de reproducción humana asistida). La segunda forma a que refiere el gasto de bolsillo son los **gastos directos**. Comprende a la compra de medicamentos en farmacias comunitarias, la adquisición de lentes, equipamiento médico, así como las consultas médicas, psicológicas u odontológicas en clínicas privadas, etc. También incluye los pagos en los prestadores de salud (IAMC, Seguros Privados, etc.) que no suponen compartir costos con el asegurador, sino que se asocian a aquellas ventas de servicios por fuera de la canasta obligatoria (algo que ocurre en los mismos prestadores detallados más arriba y, además, en el Hospital de Clínicas y en ASSE).

Gráfico 5. Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud entre 2007 y 2014



Fuente: Cuentas de Salud (Área Economía de la Salud - MSP)

El gasto de bolsillo pasó de representar el 23% del gasto en salud en el año 2007 al 16% en el año 2014, tal como ya fuera señalado.

Las políticas dirigidas a aumentar la protección financiera de los hogares frente a las necesidades de atención en salud deben prestar especial atención al indicador de gasto de bolsillo. Sus dos componentes, los costos compartidos o tasas moderadoras, y los gastos directos, son afectados por las políticas públicas.

La preocupación por la protección financiera de los individuos al momento de acceder a los servicios sanitarios refiere a que, incluso en un sistema donde la totalidad de la población esté cubierta por un seguro, y aún cuando el paquete de prestaciones sea integral e inclusivo, si los individuos deben hacer frente a elevados pagos de bolsillo a través de pagos de tasas moderadoras, el sistema no tendrá la cobertura real que se propone. En ese sentido, altos pagos de bolsillo y, la consecuente imposibilidad de muchos hogares para desembolsar los montos requeridos, puede comprometer el alcance real del paquete de prestaciones definido formalmente. Por otra parte, los gastos directos en farmacias, clínicas y otros proveedores privados, al momento de acceder a los servicios, pueden dar cuenta de las demandas insatisfechas a través de los planes obligatorios, aunque también pueden mostrar un consumo excesivo y quizás riesgoso de algunos bienes. El análisis riguroso de estos patrones de consumo es imprescindible para el diseño de políticas tendientes a mejorar el estado de salud de la población.

Cabe mencionar que **la barrera económica es tan solo uno de los posibles obstáculos al acceso**; también pueden existir barreras geográficas, culturales, o insuficiencia de la oferta, expresada en elevados tiempos de espera, por ejemplo. Bajos gastos de bolsillo pueden indicar una cobertura de salud adecuada, con alto grado de acceso a los servicios, aunque también puede estar ocultando necesidades de salud insatisfechas. Un análisis exhaustivo de las cifras de gasto de bolsillo debería complementarse con un estudio del acceso a los servicios sanitarios en función de las necesidades de la población y una identificación de las barreras asociadas a la no accesibilidad, de modo de diseñar las políticas más adecuadas para eliminarlas.

IV. Financiamiento público: Mecanismos de pago en el SNIS

En el SNIS coexisten diversas modalidades de pago, de acuerdo a los diferentes prestadores y a las diferentes formas de acceder a la cobertura. Con excepción del pago por ingreso hospitalario, los principales mecanismos utilizados en los sistemas de salud están presentes en nuestro país. No obstante, tanto la importancia relativa de cada uno así como sus características más relevantes han cambiado como resultado del proceso de Reforma. El siguiente cuadro reseña la tipología de los diferentes mecanismos de acuerdo a los distintos prestadores y a su aplicación pre y post Reforma.

Tabla 4. Mecanismos de pago en el SNIS pre y post Reforma

Mecanismo de pago	Prestadores/Financiadores	Previo a 2007	Post Reforma
Pago por presupuesto	Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)	Presupuesto histórico	Presupuesto histórico con importantes incrementos reales
	Hospital de Clínicas		
	Sanidad Militar		
	Sanidad Policial		
Pago por servicio o acto	Fondo Nacional de Recursos (FNR)	Pago de prestaciones de usuarios del Sector Público a partir de Rentas Generales	Sin cambios
	Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)	Pagos del FNR a IMAE	Sin cambios
Pago por cápita	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	Cuotas de prepago de afiliados individuales reguladas por el MEF	Cuotas de prepago de afiliados individuales reguladas por el MEF y el MSP
		Cuotas de prepago DISSE calculadas como cuota promedio de cuotas individuales	Cápitales ajustadas por edad y sexo pagadas por el SNS financiado por el FONASA
	Fondo Nacional de Recursos	Prepago por afiliados individuales y DISSE de las IAMC y Seguros Privados	Prepago por afiliados individuales y FONASA de las IAMC y Seguros Privados, y afiliados FONASA de ASSE
	Seguros Privados	Prepago privado por riesgo	Prepago privado por riesgo más cápitales ajustadas por edad y sexo por afiliados FONASA
ASSE	-	Cápitales ajustadas por edad y sexo pagadas por el SNS financiado por el FONASA	
Pago por desempeño	ASSE		Pago por el cumplimiento de Metas Asistenciales
	IAMC		
	Seguros Privados		

Fuente: Incentivos a la eficiencia: cambios observados y esperados con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay. OPS/OMS y Economía de la Salud, MSP (2014)

Las principales innovaciones de la Reforma en términos de mecanismos de pago están relacionadas con la modalidad adoptada para el caso del aseguramiento a través de la seguridad social. En lo que sigue se reseñan los principales mecanismos de pago, enfatizando en aquellos vinculados a la cobertura brindada por el Seguro Nacional de Salud.

IV.1 Mecanismo de pago del SNS: La “cuota salud”

Cobertura y modalidad de pago antes de la Reforma

En el momento previo a la Reforma, solamente una cuarta parte de la población obtenía su cobertura de salud a través de mecanismos de aseguramiento a través de la seguridad social. Dicha cobertura era el resultado de una estructura institucional que había ido consolidándose durante la segunda mitad de la década de los 70, con algunas modificaciones de carácter formal e incorporaciones de colectivos en el período democrático. El fondo principal estaba constituido por el que administraba el Banco de Previsión Social, que amparaba aproximadamente al 75% de quienes obtenían cobertura por este tipo de mecanismo. El resto estaba cubierto por la Sanidad Policial, la Sanidad Militar y un conjunto de fondos dispersos que amparaban a algunos sectores profesionales, a trabajadores de algunos sectores productivos y de ciertas empresas públicas.

En el caso de los beneficiarios de DISSE, estos accedían a una cobertura integral en un prestador privado del sector mutual de su elección. La prestación incluía otros beneficios adicionales como la contribución para la adquisición de lentes, prótesis, implantes ortopédicos, audífonos etc., y la internación psiquiátrica que superase a los 30 días anuales que de por sí cubren las IAMC. El aseguramiento obtenido no los eximía del pago de órdenes y tickets al momento de utilizar los servicios de salud.

En concreto, en el momento previo a la Reforma, DISSE daba cobertura a unos 550.000 trabajadores formales del sector privado, algo menos de 50.000 pasivos y cerca de 20.000 maestros y trabajadores judiciales. Cabe destacar que no se amparaba ni a hijos ni a otros familiares de los beneficiarios directos o generantes.

El fondo obtenía los recursos para el financiamiento de la cobertura a través de los aportes personales que realizaban los generantes (3% de sus ingresos nominales), de los aportes patronales, tanto directos (5% de los salarios nominales) como complementarios (complemento de la cuota mutual), del aporte solidario del conjunto de jubilados del BPS que no obtenía cobertura de salud por DISSE (1% de sus jubilaciones nominales) y de rentas generales.

Por su parte, la función de compra del fondo se limitaba al pago de la cuota mutual correspondiente a cada beneficiario, a la IAMC a la que estuviera adscrito. Para determinar el monto del pago por beneficiario, el BPS calculaba, para cada institución, el promedio de las cuotas individuales y colectivas que los prestadores informaban obligatoriamente al Ministerio de Economía y Finanzas en formato de declaración jurada mensual. De este procedimiento surgían, por ende, tantos valores de cuota mutual como instituciones mutuales existían.

El mecanismo recién reseñado presentaba al menos tres grandes problemas: por una parte, establecía diferentes valores por institución para remunerar un mismo aseguramiento. En segundo término, este valor no guardaba necesariamente correspondencia con el gasto esperado de los usuarios de las instituciones y, finalmente, dentro de cada institución el pago era el mismo por todos los beneficiarios, sin recoger el hecho de que el gasto esperado de los usuarios puede ser diferente para distintos grupos poblacionales.

IV.1.1 El componente cápita de la “cuota salud”

La puesta en marcha de la Reforma implicó un conjunto de modificaciones estructurales en relación a la situación preexistente. En primer término, se planteó el objetivo de extender a la mayor parte de la población el tipo de **cobertura a través de la seguridad social**. Este tipo de mecanismo, en el que un fondo financiado fundamentalmente a través de los aportes de trabajadores y empleadores compra un seguro para dar cobertura a cada uno de los beneficiarios, es un pilar fundamental en el objetivo de avanzar en la dimensión de la protección financiera, al permitir la separación temporal del momento en que se realizan las erogaciones (aportes) y el momento en que se utilizan los servicios de salud. Si al mismo tiempo los aportes al financiamiento son determinados en función de la capacidad contributiva de las personas y no de las necesidades de uso de los servicios de salud se consigue, además de introducir un componente solidario al financiamiento, evitar uno de los problemas más graves que pueden ocurrir en ausencia de este tipo de mecanismo: que personas o familias que enfrenten eventos graves de salud no puedan acceder a los servicios por falta de recursos, o se vean empujados a situaciones de pobreza al hacer frente a los gastos que dichos servicios requieren.

Al mismo tiempo, la extensión de la cobertura a nuevos colectivos permitió que el financiamiento del Seguro se nutriera de nuevas fuentes de ingresos y generó una corriente de centralización que contribuyó a mancomunar fondos, con los efectos positivos que esto tiene en la gestión de los riesgos financieros.

En relación a la función de compra, una de las innovaciones fundamentales que la Reforma estableció respecto a la situación previa fue instrumentar un mecanismo de pago, a través del cual el SNS compra el aseguramiento a los prestadores integrales, basado en la fijación de una “cuota salud” cuyo componente principal, denominado “**componente cápita**”, se ajusta en función del riesgo asociado a cada beneficiario. Dicho riesgo está determinado a partir de la edad y el sexo del asegurado, lo que da como consecuencia la existencia de una serie de cápitales diferentes para distintos tramos de edad y sexo, con las que se pretende reflejar el gasto esperado promedio por persona en cada uno de ellos. Con este mecanismo, uno de los objetivos buscados era dotar de mayor racionalidad al financiamiento de los prestadores, al vincular el pago al gasto esperado de cada usuario superando una carencia notoria del sistema anterior. Por otra parte, si el pago que recibe el prestador se ajusta al gasto esperado de los diferentes grupos poblacionales, las instituciones no tendrán incentivos a descremar a aquellos de mayor riesgo.

Asimismo, la modalidad de pago ajustado por riesgo complementa la naturaleza solidaria del aseguramiento que ya estaba presente en el hecho de que el monto de los aportes se vincule a la capacidad contributiva de los beneficiarios. En efecto, con este esquema, los adultos jóvenes, que generalmente son los que tienen mayor capacidad contributiva y menor gasto esperado, financian a los mayores que, usualmente, se asocian a etapas del ciclo vital en las que se perciben menores ingresos y se requieren mayores servicios de atención de salud.

Por último, se asumía que al generar un único pago por tramo de riesgo, se incentivaba a las instituciones a profundizar en la búsqueda de contener costos.

Estimación de la cápita

Al determinar las cápitales del Seguro en el año 2007, se buscó estimar el gasto esperado por tramos de riesgo, establecidos estos a partir de la edad y el sexo de los beneficiarios. Para realizar esta estimación se utilizó información histórica de las IAMC, tanto asistencial como de gasto, en 5 productos asistenciales, a saber: consultas en atención ambulatoria y días cama ocupados en

internación domiciliaria, internación en cuidados básicos, internación en cuidados moderados e internación en CTI-CI.

Con esta información se calcularon las cápitas, en base a ocho tramos de edad tanto para hombres como para mujeres²¹, a nivel de cada una de las instituciones. Para esto se determinó, inicialmente, el costo unitario de cada producto dividiendo el gasto total imputado a dicho producto sobre el total de la utilización registrada en el mismo. Este costo unitario, al multiplicarse por la utilización de ese producto en cada tramo de riesgo, permitía establecer el gasto atribuible a cada grupo poblacional. Por ejemplo, si hablamos de internación en cuidados moderados, al multiplicar el costo unitario por la utilización en cada tramo podemos establecer cuánto se espera que gaste cada tramo de población en ese producto asistencial. Al dividir estos montos por la correspondiente población de cada grupo se establece el gasto per cápita, en cuidados moderados, en cada uno de los grupos de edad y sexo. El mismo procedimiento se repite para todos los productos asistenciales. La suma de los resultados obtenidos en cada uno de los productos da como resultado el conjunto de las 16 cápitas de la institución en cuestión.

Las cápitas del Seguro se estimaron como promedio simple de las cápitas institucionales de un grupo de 6 IAMC seleccionadas en base a criterios de eficiencia relativa y de consistencia en la información presentada.

El conjunto de valores establecidos inicialmente se fue ajustando periódicamente atendiendo a las variaciones de precios de los diferentes elementos que componen la paramétrica de costos del sistema. Otros ajustes fueron motivados por la sucesiva incorporación de nuevas prestaciones al paquete de cobertura obligatoria por parte del Seguro. Algunas de estas, como el caso de Salud Mental o de la Interrupción Voluntaria del Embarazo generaron, no solamente cambios de nivel en las cápitas, sino también modificaciones en la estructura relativa de las mismas, atendiendo al hecho de que dichas prestaciones no se distribuyen uniformemente entre los distintos grupos de edad y sexo de la población.

Algunos ejes de discusión sobre cápitas

A diez años de la puesta en marcha de la Reforma, parece un momento propicio para poner sobre la mesa algunos ejes de debate en relación al papel del pago por cápitas, sus posibilidades como elemento regulatorio y a eventuales cambios metodológicos en su estimación.

Por una parte, y a nivel teórico, las cápitas deberían incentivar la reducción de costos por parte de los prestadores. En efecto, si las cápitas se acercaran a estimar el costo de proveer eficientemente las prestaciones cubiertas, todo aquel que se ubique por encima de estos niveles sufrirá una pérdida. Ahora bien, si existe por parte de los prestadores una expectativa razonable de captura regulatoria, que permita que los ajustes en el valor de las cápitas convaliden los incrementos de costos, entonces el incentivo antes mencionado desaparece. Al mismo tiempo, si las cápitas no convalidan los incrementos de costos, podrían existir incentivos a que los prestadores realicen ajustes de costos por la vía de deteriorar la calidad de los servicios prestados. Por lo anterior, la incorporación de las dimensiones de eficiencia y calidad en la discusión metodológica de las cápitas resulta de crucial importancia. Asimismo, establecer mecanismos que eviten convalidar engordes innecesarios de costos es central para generar efectivamente algunos de los incentivos deseables que se asocian a este tipo de forma de pago.

21 Los tramos de edad son: menores de 1 año, entre 1 y 4 años, entre 5 y 19, entre 20 y 44 años, entre 45 y 64 años, entre 65 y 74 años y mayores de 74

En otro sentido, sería deseable analizar también en qué medida la edad y el sexo de los beneficiarios es suficiente para aproximar adecuadamente al perfil epidemiológico de los usuarios y, por ende, al gasto esperado. ¿Qué otras dimensiones podrían ser consideradas? ¿Pueden ser estas incorporadas de forma relativamente sencilla a una metodología de estimación? ¿Está disponible la información necesaria para hacerlo?

Hemos visto que las cápitas resultan una forma de pago prospectivo, que se basa en una estimación del gasto esperado por beneficiario en diferentes tramos de riesgo. Ahora bien, si el ajuste por riesgo que se obtiene a partir de la información disponible no es robusto, ¿sería necesario combinar las cápitas con algún tipo de mecanismos retrospectivo, que tome en cuenta los costos en los que efectivamente se incurrió para proveer las prestaciones cubiertas?

Por último, las cápitas del Seguro deben estar asociadas al gasto esperado en la provisión de los servicios que se encuentran cubiertos por el PIAS. El desafío, entonces, al momento de estimarlas, radica en la capacidad de extraer del conjunto de gastos en que incurren las instituciones prestadoras aquellos que se corresponden exclusivamente con las prestaciones objeto de cobertura. Esto no resulta sencillo, si se tiene en cuenta que las herramientas de información contable habituales, como los Estados de Resultados de las instituciones, no permiten este tipo de desglose.

Estos y otros aspectos metodológicos han sido abordados por una comisión, integrada por representantes de los prestadores y del Poder Ejecutivo, que fue creada en 2012 a partir del Memorándum de entendimiento firmado entre la JUNASA y las Instituciones de Salud, junto a los Contratos de Gestión. Hasta fines de 2015 la comisión tuvo un carácter esencialmente técnico, avanzando en un conjunto de aspectos metodológicos relevantes para las partes. Los acuerdos y temas pendientes fueron incorporados a la agenda de una comisión técnico-política que ha venido sesionando desde inicios de 2016, en el intento de alcanzar una nueva metodología de estimación del componente cápita de la cuota salud.

IV.1.2 El pago por desempeño: Las metas asistenciales

El mecanismo de pago capitado se complementa en el SNS con el pago por desempeño a través de la fijación de Metas asistenciales. El pago por cumplimiento de metas asistenciales representa el 6% del gasto FONASA, participación que se ha mantenido estable desde el año 2007.

A través de ellas se fomentan acciones que conlleven a cambios deseados o priorizados por la autoridad sanitaria. En los primeros años de la Reforma se definió como objetivo de las metas planteadas, provocar cambios en el proceso asistencial de las instituciones, de manera de contribuir al cambio del modelo de atención enmarcado en la Reforma de la Salud. Se pretendía promover la atención integral e incentivar políticas de promoción y prevención en Salud.

El diseño de Metas, comenzó a implementarse en Julio 2007 con la creación de la Meta 1 que establecía como prioridad los programas referidos a la atención del niño y de la embarazada. Esta meta actualmente impulsa acciones relacionadas con el control de los niños en los primeros años de vida, con particular énfasis en los recién nacidos de riesgo, el control de las embarazadas y la pesquisa de situaciones de violencia doméstica. A partir de Julio de 2009 se incorporaron las Metas 2 y 3. La Meta 2 continúa, mientras que las 3 permaneció hasta julio de 2016. Ambas metas buscaron trasladar el marco conceptual de la figura del médico de referencia, considerado como un integrante clave del equipo de salud para la consolidación de un modelo de atención con abordaje integral de la salud en el primer nivel, ofreciendo continuidad y longitudinalidad en la atención. La Meta 4, creada en el año 2012, incentiva la implementación del Nuevo Régimen de Trabajo Médico (NRTM) en las

instituciones de salud, lo cual tiene como correlato principal la creación de cargos de alta dedicación (CAD). Las especialidades comprendidas en el NRTM son aquellas que cuentan con acuerdos marco firmados en Consejo de Salarios.

A partir de abril del año 2017 la Meta 2 se transforma de manera de impulsar la concreción de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Se establecen entonces metas transversales a todos los prestadores y otras específicas de acuerdo a los principales problemas identificados en cada uno ellos.

Evaluación de las metas y ejes de discusión

En el período de diez años que estamos observando, este nuevo mecanismo de pago introducido por la Reforma, ha sufrido diversas modificaciones en el marco de un proceso de aprendizaje e intercambio con los diferentes actores del sistema. En particular la Comisión Asesora de Metas convocada por la JUNASA, con participación de prestadores, Ministerio de Salud y Ministerio de Economía, ha evaluado tanto aspectos de diseño como de control y resultados.

En primer lugar, desde el propio diseño, es necesario tener claramente definidos los objetivos a los que cada una de las metas y sus indicadores pretenden aportar, y cómo se evaluarán y cuantificarán los impactos. Más allá de que los objetivos perseguidos por algunas de las metas desarrolladas desde el 2007 puedan considerarse obvios, no fueron siempre claramente explicitados. El rediseño de la Meta 2 a partir del año 2017 subsana este problema y establece vínculos claros entre los resultados esperados definidos en los OSN 2020, las líneas de acción que contribuirán a su logro, y los indicadores asociados a las mismas.

La medición de los impactos de esta modalidad de pago sobre los objetivos perseguidos no es sencilla. Existen básicamente dos formas de evaluar sus efectos: por un lado, analizar los resultados sanitarios y por otro, considerar las consecuencias que han tenido las metas en los procesos de atención y gestión de las instituciones.

El primer tipo de análisis presenta la dificultad asociada al problema de medir resultados sanitarios en el corto plazo. Al mismo tiempo, aquellos que sí pueden ser medidos suelen estar vinculados a múltiples causas, por lo que resulta difícil aislar la cuota parte que pueda estar asociada a la implementación de los pagos por desempeño.

Respecto al análisis del impacto de este tipo de pagos sobre los procesos institucionales, a fines del año 2013 se realizó una consulta a los prestadores en relación a los cambios impulsados a partir de la implementación de la Meta 1. La mayoría de las instituciones estuvieron de acuerdo en que la introducción del pago por cumplimiento de metas ha generado cambios positivos en los procesos, especialmente en los sistemas de información, en el rol del personal de registros médicos, en el registro en las historias clínicas y en la creación de equipos de violencia doméstica.

Otro aspecto que es importante considerar al evaluar esta herramienta es que los incentivos financieros o económicos, no pueden por sí solos lograr los objetivos sanitarios o resultados que se planteen. La articulación de diferentes herramientas y políticas que confluyan hacia un mismo resultado es clave, por lo que es preciso el desarrollo armónico de otras estrategias orientadas a la calidad de la atención como guías de práctica clínica, auditorías, difusión pública de resultados, entre otras. A su vez resulta también imprescindible la acción coordinada de los diferentes actores hacia objetivos consensuados y conocidos.

El desarrollo de los sistemas de información e informáticos, tanto a nivel de los prestadores como de la autoridad sanitaria, cumplen también un rol determinante del éxito, en la medida en que la solidez y validez de los indicadores planteados dependerá de la calidad de la información.

IV.2 Pago por presupuesto: el financiamiento de ASSE

ASSE es el principal destinatario del financiamiento público a través de rentas generales o impuestos, y también el mayor prestador financiado por el FONASA. Sin embargo es a partir del año 2007 que ASSE comienza a ser un prestador elegible para los beneficiarios FONASA y, por lo tanto, recibe parte de su financiamiento a través del pago de cápitas y metas (cuota salud). En paralelo con el crecimiento de sus afiliados FONASA (aproximadamente 495.000 en diciembre de 2016), la participación de esta fuente de ingresos ha venido incrementándose, al tiempo que ha ido disminuyendo la participación de los fondos provenientes de rentas generales. En el año 2015 el 38% del financiamiento de ASSE provenía de los pagos por cuota salud.

Más allá de los cambios en las fuentes de financiamiento de ASSE, y también en los niveles de ingreso y gasto, que casi se triplican desde el año 2005, la asignación presupuestal interna de la institución se continúa realizando con criterios “históricos”. El principal prestador público cuenta con más de 800 centros (policlínicas y hospitales), que brindan cobertura a más de 1.200.000 usuarios en todo el territorio nacional, y este criterio de asignación no contempla los cambios experimentados, tanto en la complejidad de sus servicios, como en el perfil de sus usuarios.

A partir del año 2013 ASSE definió cuatro regiones asistenciales en el país que, se esperaba, pudieran servir de base para un nuevo modelo de asignación presupuestal según las características de edad y sexo de la población de cada región, y tomando como referencia las cápitas relativas que paga el FONASA. De esta forma las regiones se constituirían tanto en unidades asistenciales como presupuestales, generando incentivos a una producción más eficiente y acorde a las necesidades de atención integral en salud en cada territorio. Parece adecuado dar un nuevo impulso a este proyecto, sin desconocer que es necesario enfrentar las dificultades que toda reasignación presupuestal genera.

Adicionalmente, el mecanismo de pago por metas asistenciales no genera los incentivos esperados en el caso de ASSE, en la medida en que tal como lo establece la normativa vigente los ingresos provenientes del FONASA provocan un ajuste de sus créditos presupuestales. Por lo tanto los esfuerzos realizados a nivel de cada centro de salud para cumplir con los reportes de cumplimiento de las metas, no tienen su contraparte en los recursos percibidos. Esto es especialmente notorio respecto a la necesidad de desarrollo de sistemas de información electrónicos.

V. Financiamiento privado: tasas moderadoras y copagos

La preocupación por la equidad implica velar por que los esquemas de tasas moderadoras y copagos estén diseñados de manera que no pongan en riesgo el acceso de los individuos a los servicios sanitarios y que, al acceder a la atención, no impliquen desembolsos que a la postre resulten en gasto catastrófico o en empobrecimiento de los hogares.

La mayoría de los países han optado en algún punto, para algún servicio o enfocado a algún grupo poblacional específico, algún esquema de copagos o costos compartidos. El objetivo perseguido es el de moderar la demanda, es decir, reducir la utilización innecesaria de servicios. La existencia de

estos pagos puede generar conciencia respecto a los costos que implica la utilización de los servicios y sentido de la responsabilidad por parte del usuario.

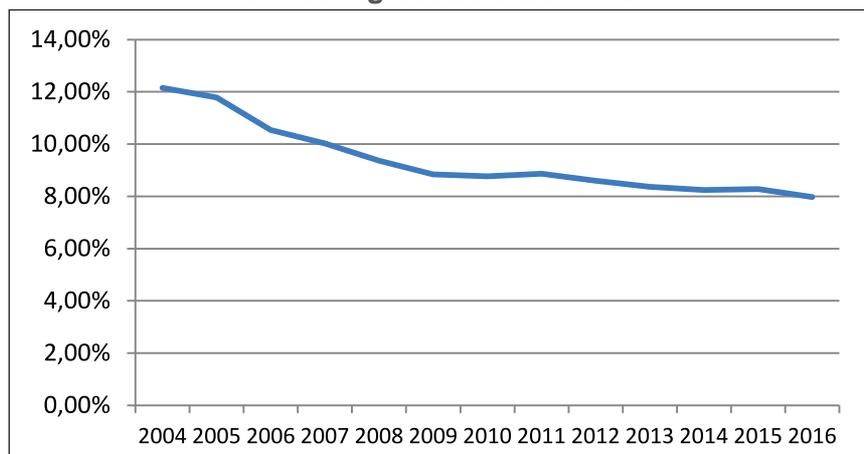
Sin embargo, es aceptado que ciertas prestaciones sanitarias de carácter personal pero que redundan en externalidades no impliquen pagos, como ser, por ejemplo, el caso de las vacunas. Hay quienes, incluso, plantean que estos pagos no deberían existir, argumentando que, si bien representan una fuente de financiamiento y/o ahorro de recursos para el sistema en el corto plazo, terminan aumentando los costos incurridos en el largo plazo, en virtud de tener que actuar de manera postergada respecto del momento de la necesidad asistencial.

La dificultad central radica en la capacidad de discriminar el consumo necesario del innecesario, de modo de reducir la utilización innecesaria sin afectar aquella demanda adecuada y sin perjudicar la salud de la población.

En nuestro país las tasas moderadoras, órdenes y tickets, se convirtieron en una importante fuente de financiamiento de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) a partir de la década del 90. En el año 2004, los ingresos por tasas moderadoras representaban el 12% promedio en los ingresos de estas instituciones de salud. Esta participación en los ingresos era mayor en Montevideo, y en particular en las instituciones de mayor tamaño (mayor cantidad de afiliados). A su vez, en función de la inamovilidad de los afiliados DISSE, vigente desde el año 2000, los precios de las tasas moderadoras eran mayores para los afiliados DISSE, generando importantes barreras para su acceso a la atención en salud.

A partir del año 2005 el gobierno despliega una estrategia tendiente a la disminución progresiva de los precios para los usuarios mejorando la accesibilidad, y la consecuente disminución del peso peso de los ingresos por tasas moderadoras en los ingresos de las IAMC. En esta estrategia se priorizó el acceso a los medicamentos y las consultas de prevención en el primer nivel de atención. También se procedió a topear los precios de los estudios.

Gráfico 6. Evolución del peso relativo de las Tasas Moderadoras en los ingresos de las IAMC



Fuente: elaboración propia en base a los Estados Contables de las IAMC. SINADI, MSP.

Las tasas moderadoras pasaron de representar el 12% de los ingresos de las IAMC en 2004 al 8% en el 2016.

Se reseñan a continuación algunas de las principales medidas de reducción de precios de las tasas moderadoras.

En julio de 2005, como primera medida, se prohibió la creación de nuevas tasas moderadoras. A su vez, se decretó una rebaja de 20% en los precios de los tickets de medicamentos. En enero de 2006 y julio de 2006 se decretaron dos nuevas rebajas, del 10% en cada oportunidad.

También en el año 2006 se exonera el pago de tasas moderadoras para el acceso a medicamentos Reguladores de Glicemia, a los estudios paraclínicos para el control del embarazo, y colpocitología oncológica y mamografía según pautas establecidas por el Ministerio de Salud. En agosto de 2013 la colpocitología oncológica quedó exonerada del pago de tasas en cualquier circunstancia.

A partir del año 2008, con la creación del Seguro Nacional de Salud y la firma de Contratos de Gestión con los prestadores contratados, se establece la exoneración del pago de órdenes de consulta para los controles de niños y adolescentes hasta los 18 años. Así mismo el FONASA paga a los prestadores un “sustitutivo de tickets” por los jubilados afiliados, lo que les da derecho al acceso sin pago de tasas, o con importantes rebajas, a determinadas consultas, tickets de medicamentos y estudios. En el mismo año se decreta la exoneración del pago de tasas para una lista de medicamentos antipsicóticos y se establece un tope máximo para un conjunto de medicamentos anti hipertensivos.

Se destacan a partir del año 2010 una serie de medidas tendientes a reglamentar el acceso a las prestaciones que deben brindar los prestadores del SNIS en el marco de la ley de “Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”. Se establece entonces un tope máximo para la consulta ginecológica, y se regulan los precios para acceder a los métodos anticonceptivos. En el año 2012 se regulan las tasas relacionadas con las consultas, paraclínica y medicamentos en el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

En julio de 2011 comienza un proceso de fijación de topes máximos para todo tipo de tasas. Se establece inicialmente el tope en \$ 1200, medida que afectaba principalmente a los estudios, cuyos precios, en muchos casos, superaban en varias veces dicha cifra. Desde el año 2014 el tope quedó fijado en \$ 800, y no ha sido actualizado por variaciones de índices de precios, con lo cual también experimentó una caída en términos reales.

En el año 2013 se establece que se debe cobrar un único ticket de medicamentos por cada tratamiento con antibióticos, según lo dispuesto por el médico actuante.

A partir del año 2014 se eliminan los pagos por anestesia o sedación indicados en caso de estudios diagnósticos y los pagos para acceder a quimioterapia y radioterapia. También se exonera del pago de tickets todos los fármacos oncológicos incluidos en el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM).

En el año 2015 se decreta que el acceso al tratamiento mensual para un nuevo grupo de medicamentos indicados en ciertas patologías crónicas, sólo puede dar lugar al cobro de un único ticket. También en este año se incluye la ecografía estructural fetal dentro de las prestaciones obligatorias para los prestadores integrales, exonerada del pago de tasas moderadoras al igual que para el resto de las ecografías indicadas para el control del embarazo.

Las medidas de política de regulación de precios implementadas a partir del año 2005, y también las medidas de rebaja de tasas moderadoras llevadas adelante por los prestadores, han implicado una reducción de las barreras económicas al acceso a los servicios de salud en las IAMC. Los precios de los tickets y órdenes experimentaron una rebaja real de aproximadamente 40% en el período.

Algunos ejes de discusión

Es necesario continuar con la política instalada de mejorar el acceso a la atención en salud, reduciendo progresivamente el valor de los tickets o tasas, a efectos de perfeccionar su papel de moderadores de la demanda; se ha avanzado en este sentido a partir de las políticas impulsadas por el Ministerio de Salud. A su vez algunas instituciones, con el fin de captar usuarios, han eliminado las tasas moderadoras para algunos colectivos.

Es preciso entonces, continuar analizando alternativas vinculadas a mejorar el acceso, particularmente a la medicación en las enfermedades crónicas no transmisibles, las de mayor prevalencia, en línea con lo ya realizado.

También es necesario identificar aquellos servicios o prestaciones para los cuales es poco probable que exista riesgo moral²² o abuso por parte del usuario. El rol del médico en la indicación de ciertos procedimientos, estudios o indicaciones es también determinante, ya que su solicitud debería ser un indicador de necesidad. Sin embargo, la incertidumbre, la judicialización de la medicina, y la aceptación de demandas de los usuarios por estudios y derivaciones, dificultan la definición certera de las necesidades. Es claro que hay una sobreutilización de estudios diagnósticos, de medicamentos, y también de especialistas.

Otra línea de trabajo en la que se requiere continuar avanzando es en la regulación de las “cantidades” asociadas a cada precio. La cantidad de cada medicamento que debe entregarse por cada ticket, es un claro ejemplo. Se han establecido obligaciones para los prestadores en este sentido, pero es aún insuficiente. Lo mismo sucede en el caso de algunos estudios y tratamientos. Por ejemplo es necesario definir a cuántos análisis de laboratorio, cuántas sesiones de fisioterapia, etc., se accede por el pago de una orden o ticket.

Por otra parte, es posible que en algunos casos la definición de copagos para el acceso a determinadas prestaciones sea una solución adecuada para viabilizar su incorporación al PIAS. En este punto cabe puntualizar la diferencia entre tasas moderadoras y copagos. Mientras que en las primeras, como ya fuera señalado, el objetivo debería ser moderar la demanda excesiva, en el caso de los copagos su objetivo es compartir costos. Las tasas moderadoras no deben definirse en relación a su costo mientras que los copagos sí. Tal fue el caso de los copagos definidos al incorporar las prestaciones de Salud Mental en el año 2011 y las de Reproducción Humana Asistida en el año 2014.

VI. ¿En qué y cómo se gasta?

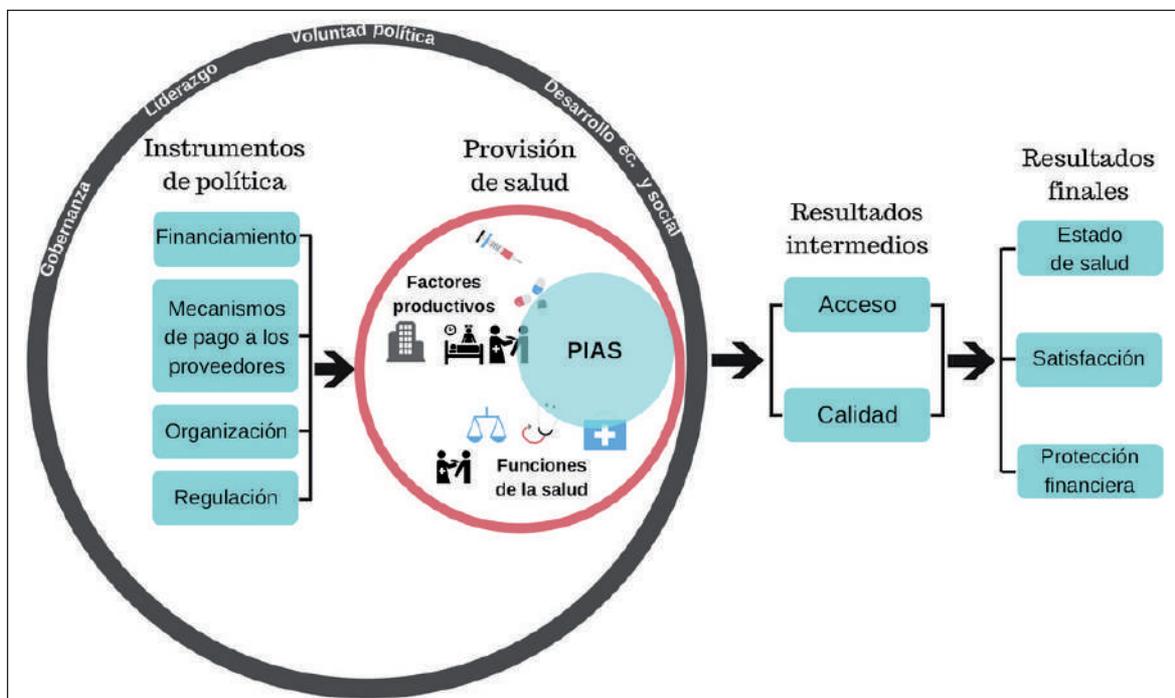
En qué se gastan los recursos provenientes de las diversas fuentes de financiamiento, y cómo se organiza el sistema de salud para satisfacer las necesidades de atención y cuidados, será determinante del impacto en el estado de salud de la población. El uso eficiente de recursos escasos implica obtener los mejores resultados posibles. Las decisiones de cómo y en qué gastar son, por lo tanto, cruciales y presentan diversas dificultades, tanto para los prestadores de servicios como para la autoridad sanitaria en su función de rectoría del sistema.

La provisión de servicios de salud, representada en el centro de la ilustración 3, es el foco de este apartado. En qué medida la oferta de servicios de salud del sistema redunda en los mejores

22 El concepto de “riesgo moral” en seguros refiere a que las personas, una vez que obtienen cobertura, cambian su comportamiento respecto al riesgo cubierto. En los sistemas de salud implica que los usuarios, cuando estamos asegurados valoramos los riesgos y las necesidades de atención de manera diferente, al no tener que enfrentar los costos asociados al uso de determinadas prestaciones, todo lo cual podría llevar a una sobreutilización de los servicios de salud.

resultados en salud para su población, atendiendo sus necesidades y brindándoles protección financiera, depende de diversos determinantes.

Ilustración 3. Marco conceptual para el análisis de la eficiencia en el uso de los recursos en salud



Fuente: Adaptado de *“Improving health system efficiency”*, OMS, 2014

Los instrumentos de política disponibles en el SNIS para aportar a la satisfacción de las necesidades de salud de la población fueron desarrollados en parte en los apartados anteriores. En particular, se abordaron los cambios en el modelo de financiamiento y los mecanismos de pago a los proveedores. La organización del sistema y los mecanismos de regulación estuvieron subyacentes, aunque no fueron objeto específico de análisis. Todos estos instrumentos inciden en la forma en que se organiza la oferta de servicios, en qué y cómo se gastan los recursos disponibles. El propio desempeño de los prestadores y del conjunto de actores del sistema también es responsable de los resultados.

La Reforma de nuestro sistema de salud, en sus inicios, priorizó los cambios en el modelo de financiamiento al reconocer que allí estaban las principales inequidades en el acceso, en la asignación de recursos y los problemas en los incentivos generados en los prestadores. El mayor desafío desde el punto de vista económico consiste ahora en asegurarnos de dar el mejor uso posible a los mayores recursos que se destinaron al sector salud. La sustentabilidad en el mediano y largo plazo del SNIS requiere la profundización en el conocimiento y el análisis de cómo y en qué estamos gastando. De esa forma será posible identificar los cambios necesarios para lograr los objetivos.

Abordaremos entonces, resumidamente, tres formas o perspectivas diferentes de analizar el gasto, que aunque interrelacionadas, nos permiten focalizarnos en distintos problemas y aproximarnos a posibles soluciones.

Por una parte, es posible observar cuáles son los insumos que se destinan a la producción de servicios. Las cuentas de salud analizan el **gasto según el costo de los factores** de producción identificando los gastos corrientes en remuneraciones, medicamentos, y otros insumos y servicios. El gasto en capital, por su parte, es el destinado a inversiones, tanto en infraestructura como en equipos, entre otros. La última estimación disponible de esta estructura para el total del gasto en salud del país corresponde al año 2010. Ella daba cuenta de un 55% de recursos destinados a remuneraciones, 13% a medicamentos y 25% a otros suministros. Las inversiones representaban el 3% del gasto.

El mismo análisis se actualiza anualmente para los principales prestadores del SNIS. En las IAMC, para el año 2015 las remuneraciones representaban alrededor del 65% del gasto, proporción que se mantiene desde el año 2012, los medicamentos aproximadamente 7.5%, y servicios contratados 14%²³. Para el mismo año ASSE destinaba el 61% de sus ingresos operativos a remuneraciones, 7.7% a medicamentos y 8,9% a la contratación de servicios asistenciales²⁴.

Tanto para los anteriores prestadores como para el sistema en su conjunto es necesario profundizar en la calidad y contenido de cada uno de los rubros de gasto. En el caso de las remuneraciones y los recursos humanos del sistema, ha habido importantes avances tanto en la descripción y análisis del mercado como en la adopción de medidas de regulación tendientes a mejorar el sistema de remuneraciones, los modelos y condiciones de trabajo. En el mercado de medicamentos los avances han sido menores, tanto en su análisis como en su regulación. En cuanto al equipamiento médico, se han implementado nuevas políticas que buscan promover el uso racional de los recursos. Toda nueva incorporación debe ser aprobada por el Ministerio de Salud teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento.²⁵

Otra perspectiva de análisis es observar **en qué funciones de salud se gasta**. De acuerdo a la última estimación de gasto por funciones correspondiente al año 2000, el gasto en atención curativa representaba 81% del total del gasto en salud; los servicios de atención rehabilitatoria, 1.3%; los servicios de larga estancia, 2.5%, fármacos y otros bienes médicos 10%; mientras que la prevención representaba 0.4% y la administración de programas de salud y aseguramiento correspondía al 4.7% del gasto.

En el marco del trabajo de construcción de las Cuentas Nacionales de Salud el Ministerio de Salud tiene previsto analizar próximamente esta dimensión del gasto a partir de los datos del año 2016, trabajando en conjunto con los integrantes del Comité Interinstitucional de Cuentas Nacionales de Salud. No se trata de una tarea sencilla, en la medida en que los proveedores del sistema no registran sus gastos discriminados de esta manera. Sin embargo, es claro el vínculo de esta dimensión del gasto con el cambio que se promueve en el modelo de atención. A su vez resulta de gran interés evaluar los recursos destinados a la gobernanza y administración del sistema a la luz de los cambios impulsados por la creación del SNIS. El fortalecimiento de la función de rectoría del sistema, en particular, requiere de potentes sistemas de información, control y monitoreo, así como de recursos humanos calificados en diferentes áreas. La última estimación del gasto por funciones disponible para el país es la correspondiente al año 2000.

23 La estructura de gasto de las IAMC se completa con un 4,5% del gasto destinado al consumo de materiales y suministros y cerca de un 9% a gastos de mantenimiento y funcionamiento y otros gastos operativos.

24 En ASSE el consumo de materiales y suministros explica el 10,7% del gasto y los gastos de funcionamientos y mantenimiento y otros egresos alcanzan el 12%.

25 El Departamento de Evaluación de Tecnología, de la División de Evaluación Sanitaria de la Dirección General de la Salud del MSP, a través del Decreto 3/008 regula la introducción de productos médicos al país (registro obligatorio y evaluación técnica previa de todos los reactivos de diagnóstico, equipos médicos y dispositivos terapéuticos).

El Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS)²⁶

A partir del año 2008 el PIAS define por decreto una canasta de prestaciones obligatorias para los prestadores integrales del SNIS, convirtiéndose en una garantía explícita y exigible ante la autoridad sanitaria, incorporando una lógica de salud como derecho, para toda la población del país independientemente de su forma de aseguramiento, del monto de sus aportes o del prestador elegido. El catálogo de prestaciones del PIAS no detalla patologías sino que incluye una lista positiva de prestaciones de todos los niveles de complejidad, preventivas, diagnósticas y terapéuticas. También incluye un Formulario Terapéutico de Medicamentos único para todos los prestadores integrales, y la cobertura de prestaciones de alta complejidad que se realiza a través del financiamiento del FNR.

La definición o selección de las prestaciones que deben garantizarse a la población a través del PIAS no es una tarea sencilla. Debe procederse a una priorización contemplando la escasez de recursos, las principales necesidades de salud de la población, y la protección financiera para acceder a las prestaciones. El Ministerio de Salud ha avanzado en la utilización de herramientas de evaluación económica para la priorización de las incorporaciones al PIAS y también se ha innovado en los mecanismos de gobernanza buscando validar los criterios y las decisiones con los actores del sistema.

En el año 2008 se crea el catálogo en el que se incluyeron las prestaciones que ya eran ofrecidas tanto por las IAMC como por ASSE, a lo cual se sumó la opinión de expertos. La disponibilidad de financiamiento fue otro importante determinante de las inclusiones. En años posteriores se incorporaron nuevas prestaciones, tales como las incluidas en el plan de salud mental, prestaciones de salud sexual y reproductiva, ecografía estructural fetal y colecistectomía por vía laparoscópica, entre otras.

En algunos casos la iniciativa partió de los Programas del Ministerio de Salud, quienes en cada caso brindaron los fundamentos clínicos, de costo efectividad, así como datos de prevalencia e incidencia, para la posterior evaluación de su costo y financiamiento por parte del Área de Economía de la Salud del MSP y el MEF.

En las tareas de evaluación económica como herramienta para la selección entre diferentes alternativas de asignación de recursos, la División de Evaluaciones Sanitarias de DIGESA y los diferentes programas del MSP trabajan en coordinación con el Área de Economía de la Salud de la JUNASA, tanto en estudios de farmacoeconomía como en la evaluación de otras prestaciones. A su vez desde la DIGESA se promueven y desarrollan protocolos y guías de práctica clínica y buenas prácticas.

La Junta Nacional de Salud toma conocimiento previo de las propuestas de incorporación, realiza observaciones y articula la consulta previa con los actores sociales.

El Contrato de Gestión vigente desde el año 2012 entre la JUNASA y los prestadores integrales establece algunos lineamientos respecto al contenido de los análisis técnicos que fundamentan la incorporación de nuevas prestaciones al PIAS:

- a) Revisión de la evidencia científica disponible que avale la eficacia y efectividad de la práctica
- b) Necesidad o beneficio potencial de normatizar su uso o restringirlo a poblaciones definidas y, en caso afirmativo, elaboración de protocolos o Guías de Práctica Clínica.
- c) Análisis de la disponibilidad de la tecnología y los recursos humanos y materiales necesarios en Uruguay y factibilidad de hacerla accesible con una distribución adecuada.

²⁶ Este apartado resume parte de lo desarrollado sobre el tema en el trabajo: *"Incentivos a la eficiencia: cambios esperados y observados con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay"* de Arbulo, Castela, Oreggioni, y Pagano. 2014.

- d) Cobertura potencial en cuanto a la capacidad de alcanzar todos los posibles beneficiarios de acuerdo a criterios de equidad
- e) Estudios de costos, de impacto económico en las instituciones y, si fuera necesario, de ajuste del financiamiento.

En el caso del FTM, las solicitudes de baja o ingreso de medicamentos se realizan en el MSP y son evaluadas por la División de Evaluaciones Sanitarias de la DIGESA. En base a estudios de efectividad clínica y evaluación económica, se considera su incorporación al FTM y sus fuentes de financiamiento en el marco de la Comisión Asesora del Formulario Terapéutico Nacional. Esta Comisión está conformada por representantes del MSP, el MEF, el FNR y los prestadores. En el caso de las prestaciones de alto costo o alta complejidad el procedimiento de evaluación es similar pero es realizado por el FNR.

“La participación social en el diseño de las políticas es particularmente difícil cuando se trata de la definición de las prestaciones a las que la población tendrá derecho. Están presentes diferentes intereses de los diversos actores y las relaciones de agencia y asimetrías de información complejizan la toma de decisiones. Las restricciones presupuestales se enfrentan a los requerimientos de profesionales, instituciones y usuarios, que muchas veces implican la actuación del Poder Judicial, por lo cual resultan de gran importancia no sólo la fundamentación técnica en clave de eficiencia, sino también un buen uso por parte del organismo rector de los canales de comunicación con la población. La autoridad sanitaria debe garantizar el derecho al PIAS, pero también ser capaz de dialogar con los usuarios respecto a sus expectativas y las exclusiones de cobertura.” Arbulo, Castelao, Oreggioni, Pagano (2014)

Organización y regulación del SNIS

Finalmente, y volviendo a los instrumentos de política de la Ilustración 3, la forma en que el sistema se organiza y regula resulta también determinante del uso eficiente de los recursos. En este sentido el impulso a la complementación de servicios y acciones de salud entre los prestadores, las propuestas de generación de centros de referencia nacional, y la articulación de servicios en redes de atención, son algunas de las líneas de trabajo que el Ministerio de Salud considera prioritarias para el logro de una atención integral, oportuna y de calidad, y que a la vez resultarán en un mejor aprovechamiento de los recursos.

Grupos de discusión

1. Tasas moderadoras.

¿Es deseable y posible la eliminación de los tickets y órdenes en las IAMC? ¿Qué dificultades enfrenta ASSE al carecer de tasas moderadoras?

¿Es posible diferenciar precios según el nivel de ingresos o capacidad de pago de los usuarios?

¿Con qué criterios se debería seguir avanzando en la política de reducción gradual de las tasas moderadoras? Por ejemplo: ¿Priorizando estudios, medicamentos, consultas? ¿Priorizando determinadas patologías?

¿En qué casos resulta prioritaria la regulación de las cantidades asociadas al pago de órdenes y tickets?

2. Mecanismos de pago a prestadores: Cápitas, metas, presupuesto, otros.

¿Cuáles son las instancias de discusión e intercambio más adecuadas respecto a los mecanismos de pago y quiénes deben participar?

¿Cómo mejorar los sistemas de información y comunicación de forma de brindar transparencia y rendir cuentas sobre el uso de los recursos?

¿Es necesario y posible innovar respecto a los mecanismos de pago?

¿Es posible incorporar otras variables de ajuste por riesgo en la cápita que paga el FONASA?

3. ¿En qué y cómo gastar?

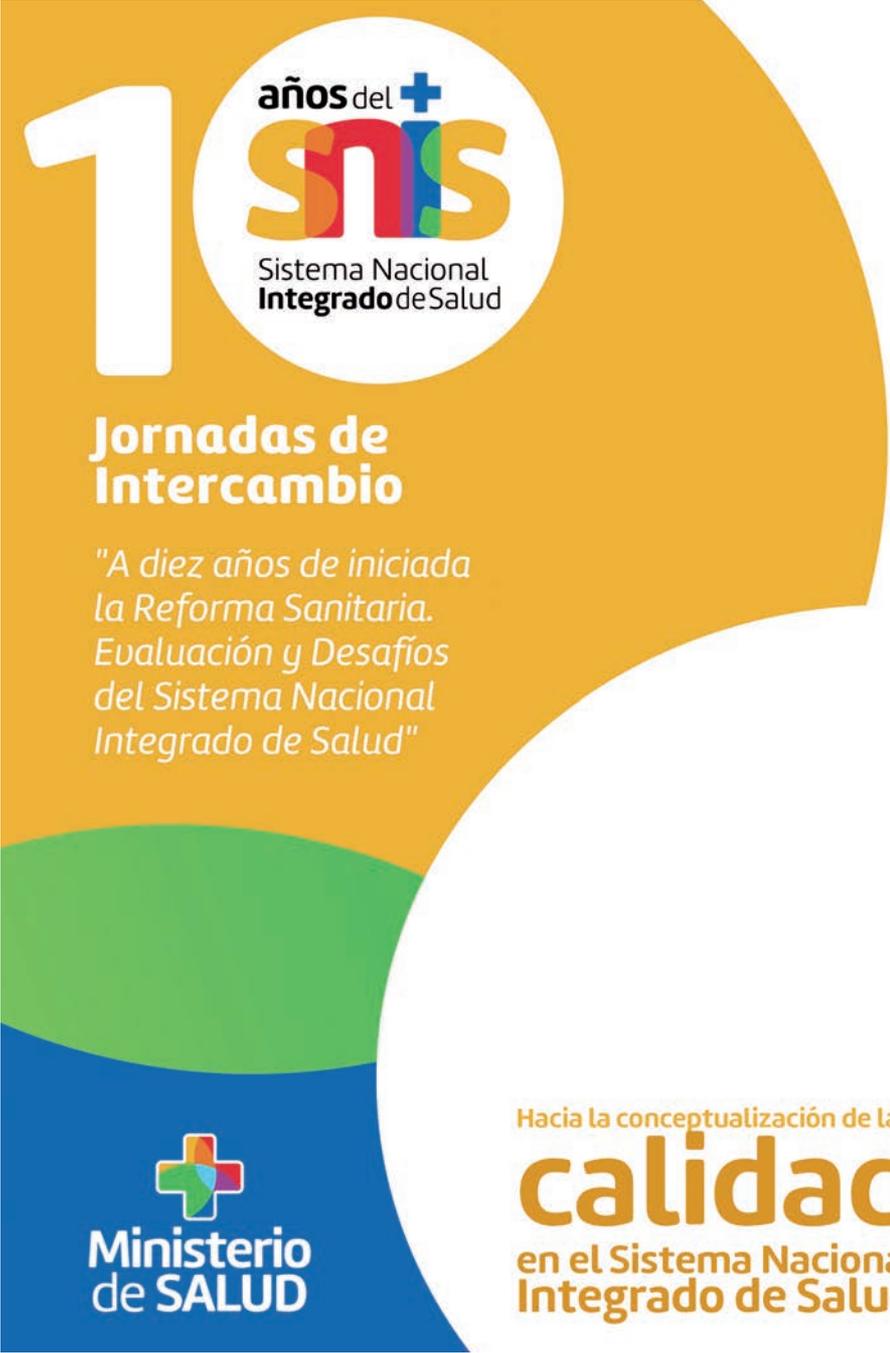
Frente a la disponibilidad de recursos financieros limitados, ¿con qué criterios deben priorizarse las incorporaciones de nuevas prestaciones al PIAS?

¿Quiénes deben participar en esa priorización, en qué instancias y con qué insumos deben contar?

Hay en el mundo, muy particularmente en la región, una creciente judicialización de la salud, participando de muy diversas maneras la industria del medicamento, los estudios jurídicos, las organizaciones de pacientes por enfermedad y los medios de comunicación. ¿Es posible actuar sobre esta situación?

¿Qué medidas o herramientas de regulación se consideran necesarias para viabilizar una organización más eficiente y eficaz en la provisión de servicios de salud, teniendo en cuenta estrategias como la complementación, los centros de referencia nacional y la articulación de redes de atención, entre otros?

Documento de trabajo para el taller 4 sobre la conceptualización de calidad en el SNIS



10 años del
SNIS
Sistema Nacional
Integrado de Salud

Jornadas de Intercambio

"A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud"

Hacia la conceptualización de la
calidad
en el Sistema Nacional Integrado de Salud


Ministerio de SALUD

Contenido

1. Definición y Conceptualización de la Calidad.....	125
2. Dimensiones de la Calidad.....	125
3. La calidad como eje Transversal del Sistema.....	126
4. ¿Podemos medir la Calidad?.....	126
5. Evaluación de la Calidad. Indicadores.....	126
6. Concepto de Mejora Continua y Espacio Colaborativo).....	129
7. Sistema de Garantía de Calidad y sus componentes.....	131
8. Confluencia Calidad y Seguridad del Paciente. ENSP.....	134
9. ¿Es necesario Legislar?.....	136
10. Preguntas guía para los talleres.....	137

1. Definiciones y Conceptualización de la Calidad

No hay una definición única de calidad en salud, las existentes están influenciadas por los actores del sistema sanitario, por sus perspectivas y necesidades. Profesionales, trabajadores agremiados, asignadores de recursos, prestadores de servicios, productores de insumos y tecnologías biomédicas, comunidades organizadas, no han logrado acordar una única definición que los satisfaga plenamente. A modo de ejemplo citamos definiciones de referentes en la materia:

Avedis Donabedian: “La obtención del mayor beneficio para el paciente, al menor costo y con el menor riesgo posible”.

Organización Mundial de la Salud: “Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios, diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

Carol Gilmore y Humberto Moraes²⁷ entienden la calidad como:

1. Un alto nivel de excelencia profesional.
2. Uso eficiente de los recursos.
3. Un mínimo de riesgo para el paciente.
4. Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
5. Impacto final en la salud.

2. Dimensiones de la Calidad

Es así que quizá lo más práctico es definir calidad desde un conjunto de dimensiones que interactúan, dependiendo del entorno en que se encuentra la persona y de los resultados últimos que se quieran del proceso.

Algunas de estas dimensiones citadas por Donabedian (1996) y por el informe “Cruzando el abismo de la calidad” del Instituto de Medicina de los EEUU (2001), son:

1. Seguridad
2. Efectividad
3. Centrado en el paciente
4. Oportunidad
5. Eficiencia
6. Equitativo
7. Eficacia
8. Optimización
9. Legitimidad

²⁷ Carol Gilmore y Humberto Moraes HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX del la OMS Volumen III

3. La calidad como eje transversal del Sistema

Vistos de manera global e integrada, todos los retos que nuestro sistema de salud enfrenta pueden vincularse con la calidad, con cada una de sus dimensiones, de modo que resulta sustantivo avanzar en su “institucionalización” como forma de avanzar estructuralmente en su desafío.

Por ello es indispensable que la calidad en los servicios de salud sea vista como un eje transversal, y que esta sea evaluada desde diferentes perspectivas (usuarios, recursos humanos en salud, proveedores, autoridades sanitarias, gobierno, sociedad).

4. ¿Es posible medir la calidad?

Trabajar en calidad implica necesariamente, medir, evaluar y obtener resultados.

El concepto de medición implica definir: ¿qué queremos medir?, ¿cómo lo podemos medir?, ¿qué datos necesitamos? y ¿qué haremos en función de los resultados?

Una vez definidos los criterios, las prioridades y el mix de las dimensiones buscadas, se deben generar o buscar herramientas que nos permitan medir dichas dimensiones.

Las herramientas son conocidas como indicadores, expresión cuantitativa o en algunos casos cualitativa, que permiten evaluar el comportamiento de una variable a la cual se le realiza el seguimiento en función de cumplimentar una meta o un estándar preestablecido. En esta definición aparece el estándar como el valor normativo buscado, a partir de criterios que deben alcanzarse cuando se procede a su comparación.

¿Qué requisitos debe cumplir un indicador?

- Oportuno: deben estar disponibles cuando se precisan
- Cobertura: deben cubrir la totalidad de la población estudiada
- Especificidad: reflejar cambios sólo en el fenómeno que se quiere medir
- Sensibilidad: deben depender estrechamente de los componentes del fenómeno que miden y reflejar rápidamente sus variaciones.
- Validez: deben reflejar el aspecto de la calidad para el que se creó y no otro.
- Economicidad: costos, tiempos, recursos y dedicación deben estar en relación con la calidad y utilización de los datos.

5. Evaluación de la Calidad. Indicadores

La selección de los indicadores está relacionada con la disponibilidad de los datos y la calidad de los mismos, la cobertura de la actividad, la amplitud y la precisión requerida. No hay indicadores de propósitos múltiples y el responsable de tomar esas decisiones, debe utilizar una constelación no muy amplia de ellos.

Tipos de Indicadores

Donabedian fue el primero en plantear que los métodos para evaluar la calidad de la atención sanitaria se pueden aplicar a tres elementos básicos: estructura, procesos y resultados.

Indicadores de calidad de la estructura

La evaluación de la estructura implica los recursos materiales (instalaciones, equipo y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal) y otros aspectos institucionales (organización del personal, protocolos y procedimientos, métodos para su evaluación). Es la evaluación más sencilla, rápida y objetiva. No obstante la estructura más perfecta no garantiza la calidad.

Sin perjuicio de lo anterior, está claro que ni el proceso ni los resultados pueden existir sin la correspondiente estructura. La relación entre estructura y calidad proviene de que algunas deficiencias de los procesos pueden estar, al menos parcialmente, explicadas por problemas de estructura.

Indicadores de calidad del proceso

El proceso de la atención sanitaria, es el conjunto de acciones que debe realizar el médico, el equipo de salud y toda la institución sobre el paciente para arribar en lo posible a la mejoría de la salud de este último. Indican cómo se hacen las cosas.

Indicadores de resultados

Han sido el eje central de la investigación para el monitoreo de la calidad pues son fácilmente comprendidos, su principal problema radica en que deben contemplar las características de los pacientes en los cuales se basan, algo que puede resultar complicado.

Dentro de los indicadores de resultados existen: indicadores de datos agregados, indicadores trazadores y centinela.

Indicadores de datos agregados son aquellos que indican la necesidad de una revisión detallada, sólo si la proporción de casos en que se presenta el suceso de base, sobrepasa un límite considerado aceptable por los propios profesionales. Ej tasa de mortalidad infantil, tasa de infecciones intrahospitalarias, tasa de mortalidad hospitalaria o por servicios, tasa de reingresos por la misma enfermedad, tasa de eventos adversos como ser UPP o falla de suturas digestivas en cirugías coordinadas.

Indicadores centinelas es el que resume la información de eventos centinela que son sucesos graves e indeseables de la atención como para realizar una revisión individual de cada caso que ocurra. Son importantes para garantizar la seguridad del paciente, pero menos útiles para medir el desempeño global de una institución. El evento centinela puede ser por ejemplo una muerte materna y el indicador sería muerte materna por número de nacimientos ocurrido en un período.

Indicadores trazadores: “problema específico de salud que, cuando se combina en conjuntos, permite a los evaluadores de la atención médica determinar debilidades y fortalezas de una práctica médica específica o de una red de servicios de salud”.

Según Kessner una enfermedad trazadora para poder constituirse en un indicador de calidad debería cumplir con las siguientes características:

- impacto funcional significativo
- fácil diagnóstico
- alta prevalencia
- cambiar sustancialmente con la atención médica
- tener criterio de manejo ampliamente aceptados
- ser comprendida en el contexto epidemiológico

Indicadores basados en la opinión de los pacientes: “la satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente que son asuntos en los que éste es la autoridad última”.

Al respecto se han desarrollado algunas herramientas. El cuestionario de satisfacción del cliente (CSQ8), son 8 preguntas para realizar al final de una internación. El inventario breve de síntomas construido para servicios psiquiátricos (BSI) que versa sobre la capacidad para realizar determinadas actividades y el (SF36) para servicios generales.

También existen encuestas de satisfacción validadas como el “cuestionario de satisfacción de la atención hospitalaria”.

Existe un debate sobre el uso y la ponderación de los indicadores de procesos y resultados.

La contradicción radica en que los resultados no son siempre atribuibles al proceso y que por otro lado determinado proceso no garantiza los resultados esperados.

Palmer explica en detalle las falacias que puede dar lugar el uso de uno u otro tipo de indicadores. Los indicadores de proceso tienen utilidad si previamente se conoce que hay una estrecha relación entre proceso y resultados, mientras que los indicadores de resultados son más útiles cuando se utilizan grandes volúmenes de datos por largo tiempo o se quieren detectar problemas en la implementación de los procesos.

Todo parece indicar que las mejores evaluaciones de calidad de la atención se obtendrán de un balance apropiado entre indicadores de estructura, proceso y resultados basado en preguntas concretas, oportunas y necesarias.

Indicadores Estandarizados o Ajustados

Los indicadores que parten de los resultados, miden el éxito alcanzado en los pacientes y actúan como señal de alerta para que las estructuras y los procesos de los sistemas de salud vigentes sean mejorados o corregidos.

Sin embargo, al analizar la estructura de los indicadores de resultados se observa que casi todos dependen del tipo de pacientes atendidos. Es decir, que las variaciones que se observan en los valores de estos indicadores no dependen solamente de la calidad o la eficiencia de la atención que se presta. Las tasas de mortalidad hospitalaria, las tasas de complicaciones, las de reingreso, y el promedio de estadía (que a ciertos efectos también resulta un indicador de resultados) entre otras, poseen escasa utilidad para la comparación entre instituciones o períodos de tiempo si no se controlan variables que reflejen las características de los pacientes sobre cuya información fueron calculados.

Indicadores de Eficiencia

En salud la eficiencia se refiere a la producción de servicios de salud, al menor costo social posible. Se plantea además que la eficiencia se cuantifica mediante la relación por cociente entre los resultados y el valor de los recursos empleados o simplemente como la medida en que las consecuencias de un proyecto de salud son deseables o no (estén justificados o no) desde el punto de vista económico.

En cuanto a los resultados que forman parte de este cociente (resultados/recursos) que define a la eficiencia es natural que no exista una manera concreta o única de definirlos. En primer lugar porque la decisión sobre estos resultados no está solamente en manos de los médicos y otros profesionales vinculados a esta disciplina ya que la salud es una aspiración de todas las personas. Y en segundo lugar porque la salud es un concepto con implicaciones en el medio ambiente social y natural y le correspondería a la sociedad como un todo, la responsabilidad de definir el resultado que se debe alcanzar.

A partir de estas ideas, Gálvez nos brinda una definición más precisa: “un sistema de salud es eficiente cuando logra un producto de salud socialmente aceptable, con un uso mínimo de recursos”; y repara en el carácter relativo de esta definición desde el punto de vista temporal ya que la aceptación social de un determinado resultado variará de acuerdo con características históricas, socioeconómicas y políticas.

En los hospitales, la cama es el recurso central que constituye la base de su estructura y su concepto. Muchas de las medidas globales de la eficiencia hospitalaria se basan en el empleo que se le dé a este recurso.

Indicadores que miden el aprovechamiento del recurso cama

En la atención hospitalaria existen indicadores que miden eficiencia directamente. Particularmente los que se utilizan para evaluar la eficiencia de gestión hospitalaria a partir del aprovechamiento que se le da a la cama, el recurso hospitalario básico. Se encuentran aquí los que miden el volumen de los recursos utilizados (como el número de ingresos por año, camas por habitantes, etc.) y los que miden su aprovechamiento (como el promedio de estadía y el índice ocupacional).

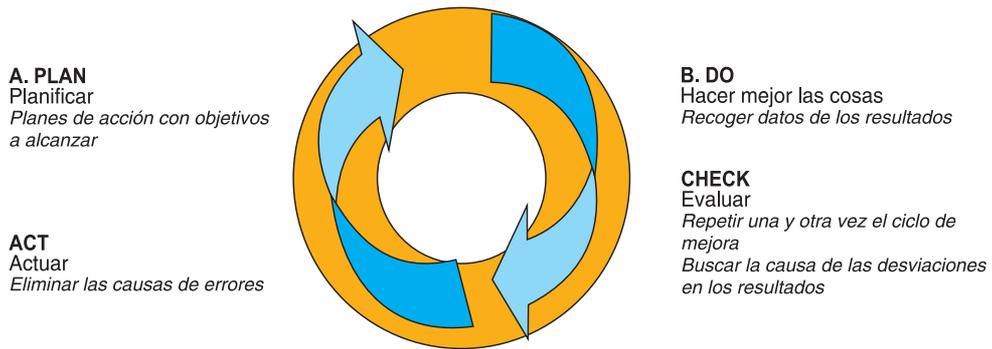
6. Concepto de Mejora Continua. Espacio Colaborativo

El proceso de mejora continua es la forma más efectiva de mejora de la calidad y la eficiencia en las organizaciones. El éxito de cualquier método que actualmente utilizan las organizaciones para gestionar la calidad, depende del compromiso hacia la mejora de todos los niveles, especialmente de la alta dirección, y permite desarrollar políticas, establecer objetivos y procesos, y tomar las acciones necesarias para mejorar su rendimiento.

Basado en un concepto ideado por Walter A. Shewhart, el Ciclo PDCA constituye una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos, también se lo denomina espiral de mejora continua y es muy utilizado por diversos sistemas de organizaciones para gestionar aspectos tales como calidad

Las siglas PDCA son el acrónimo de las palabras inglesas Plan, Do, Check, Act, equivalentes en español a **Planificar, Hacer, Verificar, y Actuar**.

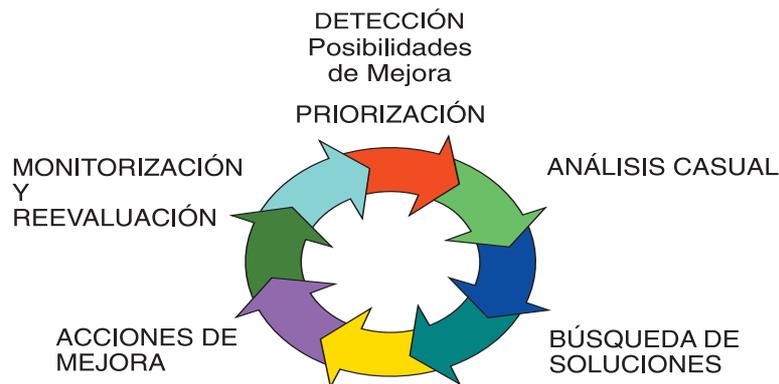
Ciclo de Shewart PDCA



Se trata de buscar continuamente las causas de los errores y desviaciones en los resultados, interrelacionando los flujos de salida del proceso con las expectativas previas de los usuarios, ya que la gestión de procesos, si bien consiste en mejorar las cosas que ya se vienen haciendo, pone especial énfasis en el “para quién” se hacen y en el “cómo” se deben hacer.

Para la evaluación de los procesos se pueden plantear múltiples herramientas y mecanismos de actuación, deentre los cuales se aconseja utilizar:

- Repetición del Ciclo de Mejora.
- Realización de Auditorías de Calidad.
- Aplicación de Técnicas de Benchmarking.



La forma más operativa para actuar en el abordaje de la Mejora de los procesos, y uno de los puntos clave en la gestión de calidad de los mismos, es la constitución de GRUPOS DE MEJORA, implicando a las personas que los desarrollan y que, por tanto, los conocen bien.

Los Espacios Colaborativos cobran un rol esencial para el fortalecimiento y consolidación de las experiencias de mejora.

Los objetivos de estos espacios son: construir puentes entre los distintos actores involucrados en procesos de cambio de los sistemas y servicios de salud; la validación social y política de la estrategia de mejora en calidad como eje fundamental para el desarrollo de los sistemas de salud, el fortalecimiento de la cooperación técnica e integración de proyectos y temáticas dentro de la OPS/OMS y en los países; la diseminación de los procesos de trabajo más efectivos; y compartir el conocimiento que existe en este ámbito.

7. Sistema de Garantía de Calidad y sus componentes

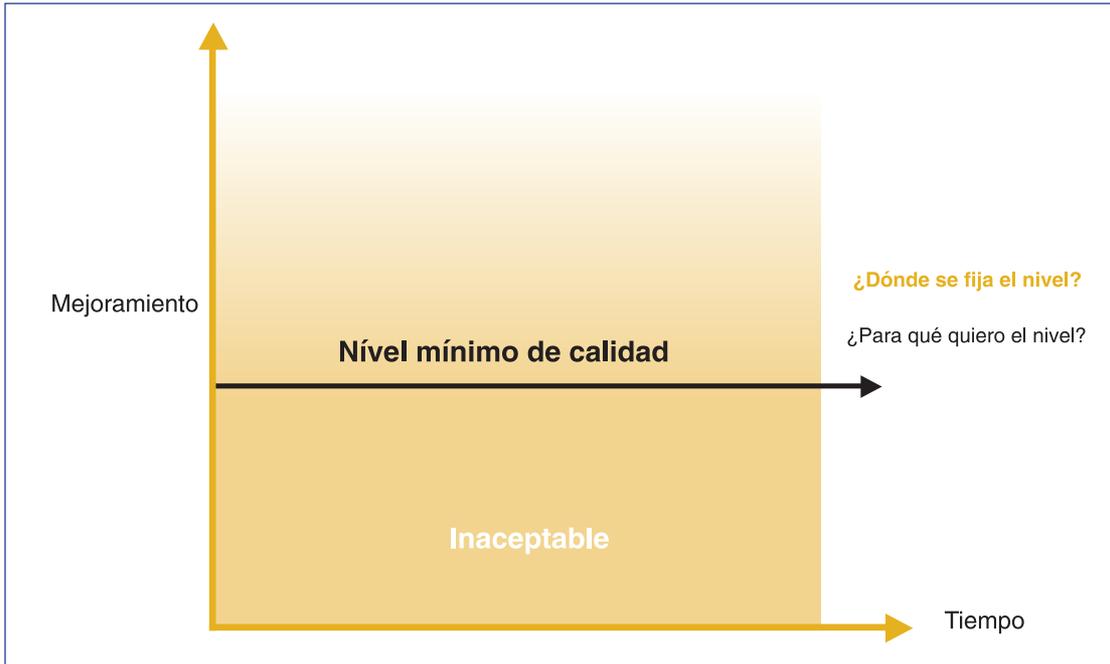
Existen muchísimas herramientas aplicables en el tema de calidad, bien sean propias del sector salud o de sectores industriales. La calidad no adolece de falta de métodos, de lo que adolece en ocasiones es en la implementación de una buena herramienta para un objetivo mal planteado. Aquí es donde se debe entender que los métodos siguen a los conceptos y no al revés, es decir, las herramientas son una elección que se toma una vez que los objetivos de calidad están planteados

Garantía de calidad es un conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes, por cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambios organizacionales.

Construir un sistema de garantía de calidad implica tener un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar negativamente la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las acciones que se emprenden para corregir sus deficiencias.

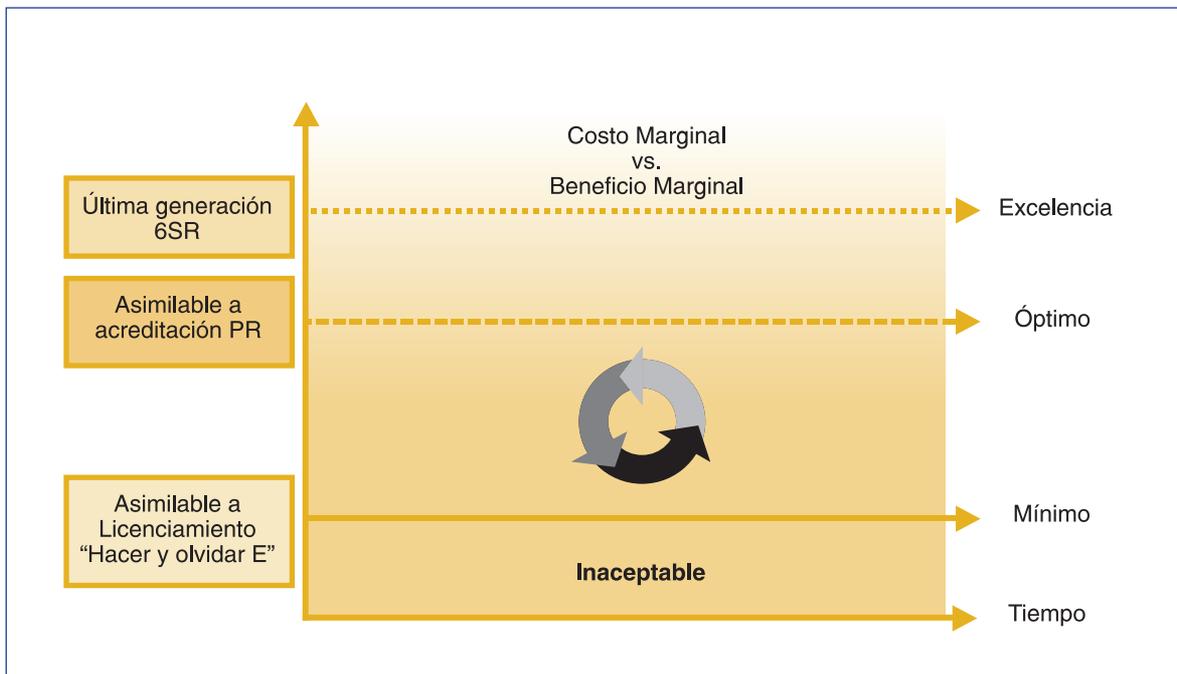
La idea central es comenzar a construir el sistema desde el punto de vista metodológico (porque se hace necesario construir su marco conceptual y objetivos estratégicos primero) partiendo de que se necesita un nivel, que separe un mínimo de calidad de una franja donde sea inaceptable.

Sistema de garantía de calidad ¿Dónde establecer el mínimo?



Los componentes de un Sistema de Garantía de Calidad

Niveles de calidad



A. Habilitación:

El Sistema de habilitación constituye una de las funciones del Estado inmersa en la normatividad.

Constituye una herramienta para garantizar el cumplimiento de unos estándares mínimos en el funcionamiento de los prestadores, con el objeto de proteger la salud de los usuarios. Dado que están orientados a proteger la vida de los ciudadanos en un proceso de atención, el sistema de habilitación debe contener únicamente aquellas condiciones indispensables para defender la dignidad, la vida y la salud del paciente.

Que sean estándares mínimos implica asegurar unas condiciones obligatorias de prestación de servicios y que deba complementarse con la definición de estándares óptimos o superiores factibles, haciendo de la habilitación un instrumento que se complete con la acreditación u otros instrumentos de evaluación y de gestión por calidad.

B. Acreditación:

Por acreditación debe entenderse un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por una única entidad de acreditación autorizada para dicha función

Cual es el rol que debe asumir el estado en los procesos de acreditación, si es que debe asumirlo, es un tema muy importante a definir en cada país.

C. Auditoría

El proceso de auditoría está sintonizado con la habilitación y la acreditación desde su mismo fundamento filosófico, el cual es la búsqueda permanente del aseguramiento y mejoramiento de la calidad de los procesos inherentes a la atención del usuario, esto es, identificar qué es lo óptimo deseado de alcanzar, cuál es el logro a alcanzar, cómo se diseñan e implementan esas estrategias, cómo se mantienen estas estrategias en el tiempo, cómo se monitorizan los logros y se comparan al final; que, dicho de otra manera es la confrontación de la calidad observada versus la deseada, confrontación básica expresada desde la misma definición de la auditoría. Asimismo, conserva el espíritu del mejoramiento continuo de la calidad ya expresado en la acreditación.

D. La información a usuarios

Habilitación, acreditación y auditoría son las herramientas por medio de las cuales las instituciones operacionalizan su búsqueda permanente del mejoramiento.

Los usuarios del sistema son los que inducen a las organizaciones a la búsqueda del mejoramiento, dado que son estos los que en buena medida modulan los incentivos de prestigio y reputación en una sociedad.

La información se entrega a la población con dos objetivos:

- El empoderamiento de los usuarios para que ejerzan su condición de consumidores racionales e informados, y de esta forma, en última instancia, obtengan los mayores beneficios en términos de sus condiciones de salud.
- La referenciación entre sí de las instituciones prestadoras de servicios de salud, para que se comparen con sus similares e induzca los procesos de mejoramiento(benchmarking).

E. Incentivos

Un sistema de incentivos en un sistema de calidad se puede definir como “El sistema que permita, estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, de los usuarios o de los administradores” (Donabedian, 1996)

Un sistema de incentivos contempla tres niveles:

1. Un nivel de macrogestión (nivel macro)
2. Un nivel de mesogestión (nivel meso)
3. Un nivel de microgestión (nivel micro).

Son estos tres niveles donde tiene que entrar el diseño de los sistemas de calidad, partiendo de la base de un marco conceptual adecuado y de una serie de herramientas, las cuales organizadas de una manera estratégicamente alineada deberán enviar mensajes a todos los niveles de operación de un sistema de salud. Un punto a destacar es que se pondrá mas énfasis en el nivel de microgestión, no porque este sea un nivel más importante que los otros, sino porque es donde operativamente suceden los cambios, en donde se necesita mayor fortaleza en la implementación y seguimiento de las estrategias. Una vez que se han tomado decisiones en el nivel macro, y enviado los mensajes adecuados; es el nivel micro el que tiene el reto, en gran escala, de liderar e implementar los cambios. Es ahí donde se necesitan los verdaderos gerentes promotores de cambio.

Los incentivos pueden ser:

1. Incentivos económicos puros
2. Incentivos de prestigio
3. Incentivos legales
4. Incentivos ético-profesionales

En un sector como el de salud, los incentivos económicos puros deben ser complementados con incentivos de prestigio y profesional, de reconocimiento social y cultural, e incentivos negativos, asociados con la posibilidad de sanciones legales.

8. Confluencia Calidad y Seguridad del Paciente. Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente

La calidad y seguridad de la atención es hoy en día una prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales

La seguridad del paciente, dimensión esencial de la calidad asistencial, implica desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria.

La construcción de una Estrategia Nacional de Seguridad

Misión: Diseño de estrategias y desarrollo de política pública para que la construcción del SNIS sea más seguro, previniendo la ocurrencia de eventos adversos, reparando los errores y fallas del sistema y mitigando los mismos cuando se genera daño.

Trabajar integradamente con las distintas estructuras que desarrollan las diferentes dimensiones de la calidad y gestión de riesgos clínicos con la visión de construir estrategia que confluya en tener procesos y resultados medibles para el sistema.

Visión: Desarrollo de la calidad asistencial del SNIS a través de la dimensión de la seguridad clínica, la gestión integral de riesgos y el desarrollo de gobierno clínico. La seguridad clínica no es sólo una dimensión de la calidad, es un camino para construir el cambio del modelo de gestión y el imprescindible nuevo modelo atencional, elementos centrales del avance de la reforma en éste período.

En base a esta proyección se diseñó una estrategia de trabajo que tenía como desafío inicial el generar una masa crítica de trabajadores sanitarios sensibilizados y a su vez identificar integrantes del equipo de salud y directivos capaces de profundizar conocimientos e integrar los COSEPAS institucionales.

Difusión y capacitación

- Avanzar hacia una currícula para los profesionales y trabajadores de la salud.
- Capacitación de integrantes de Cosepas institucionales
- Cursos Electivos (Facultad de Medicina). Cursos Curriculares (Facultad de enfermería).
- Capacitación para todos los trabajadores del SNIS sobre Calidad y Seguridad del Paciente en el marco de los convenios colectivos.
- Congresos y Actividades: Se conformaron mesas sobre seguridad clínica en la que participó el núcleo ministerial en los congresos de: cirugía, medicina interna, medicina intensiva, pediatría, patología clínica, farmacología, enfermería, emergencia pediátrica y Jornadas de Seguridad en Obstetricia.
- **Desarrollo de Espacios Colaborativos:** Implementación de Check List quirúrgica en el marco de un convenio de colaboración entre Uruguay y Costa Rica generando un importante grupo de liderazgo quirúrgico en seguridad del paciente

La estrategia pretende asegurar un nivel mínimo de seguridad a nivel de todas las instituciones del SNIS (cumplimiento normativo), suma los conceptos de acreditación y espacio colaborativo proponiendo la figura de centro colaborador en aquellos casos donde la institución logra un nivel de desarrollo en algunas de las prácticas seguras propuestas.

Los componentes de la ENSP son:

1. Institucionalización de la Estrategia: Para esto se requiere necesariamente del **fortalecimiento de los COSEPAS**, que los mismos estén bien constituidos y funcionantes, que tengan apoyo de la gerencia y dirección técnica y que se integren a la gestión clínica y análisis de los procesos en forma transversal.

Se generó la **Herramienta de autoevaluación** basada en los 7 pasos para la seguridad del paciente de la agencia británica. Permite que la institución se autoevalúe, y mida su nivel de

desarrollo, basado en el enfoque del problema, definiendo la implementación de una estrategia con su correspondiente evaluación. Direcciona la estrategia y guía la elaboración del programa institucional de seguridad para el siguiente año.

1a. Fiscalización:

Valora cumplimiento de la normativa, especialmente la ordenanza 481. Es así que el equipo de control del ministerio, al visitar cada institución chequea una serie de aspectos mediante lista de verificación diseñada para tal fin.

Una fiscalización inteligente, debe aprovechar toda la información que desde múltiples organismos se genera, de modo de focalizar las actuaciones presenciales, evitando procedimientos que no agregan valor, o que facilite prácticas permisivas. Del clásico chek list a identificar componentes claves de los procesos a monitorear especialmente, identificando incongruencias en el cruzamiento de datos, son elementos que justifican la comparecencia de funcionarios en el lugar. Estos desafíos hay que asumirlos como un mecanismo que permite superar sistemas rutinarios inspectivos.

1b. Acreditación Básica:

Se definió un conjunto de requisitos para que una institución logre una acreditación básica en seguridad de la atención.

1c. Centro Colaborador:

Se desarrolla como un espacio colaborativo con aquellas instituciones que tengan fortalezas como para implementar prácticas seguras puntuales que determinen experiencias satisfactorias tanto para el paciente como para el equipo de salud.

2. Desarrollo de Cultura de Seguridad: énfasis en comportamiento profesional y seguro y cultura justa. Medición del clima de seguridad y acciones para su mejora.

3. Implementación de Prácticas Seguras

La aplicación de esta estrategia se inició en el ámbito hospitalario, basandola en la experiencia internacional y las fortalezas a nivel nacional. Ej. de ello fue el trabajo en materia de identificación de pacientes, uso seguro de medicamentos, prevención de úlceras por presión, infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, lista de verificación quirúrgica ,comunicación asertiva, entre otras practicas.

9. ¿Es necesario legislar?

Es indudable que el marco regulatorio es clave para facilitar y potenciar el trabajo en calidad y seguridad. En la Ley de creación del SNIS, si bien no se establece la obligación de trabajar con un sistema de garantía o aseguramiento de la Calidad, la misma ha estado presente como un componente sustantivo de la propuesta de la Reforma Sanitaria.

En 2015 se discutió y en 2017 (6 de junio) se aprueba un marco regulatorio para el Mercosur que alcanza a sus integrantes y que refiere a “Requisitos de buenas prácticas para el funcionamiento de los servicios de salud”. Define que los mismos deben desarrollar una política de calidad que involucre estructura, proceso y resultados en la gestión de los mismos y que se deberán usar los sistemas de garantía de calidad como herramienta de gestión. Es un interesante precedente para avanzar en su institucionalización.

Bibliografía consultada

- Donabedian, Avedis 1992. The Lichfield Lecture. Quality assurance in Health care: consumer's role. Qual. Health care. 1992; 1: 247-51. Artículo traducido publicado en la revista de Calidad Asistencial. Suplemento No 1, 2001, 16.
- Deming, Edwards. 1989. Calidad, productividad y competitividad.
- Lasalida de la crisis. Ediciones Díaz de Santos.
- Hartman, Melissa. 2002. Fundamental Concepts of Quality Improvement. ASQ. Heidemann, Elma G. 1995. Client - Centered Accreditation.
- The Canadian Council on Health Services Accreditation.
- Juran. J.M. 1988. Juran y la planificación para la calidad. Ediciones Díaz de Santos.
- McLaughlin, Curtis; Kaluzny, Arnold. 2006. Continuous Quality Improvement in Health Care. Theory, Implementations and Applications.
- Jones and Bartlett. Morath, Julianne. 1999. The Quality Advantage. A strategic guide for health care leaders. AHA Press
- Porter, Michael. 2006. Olmsted, Elizabeth. Redefining Health Care. Creating value-based competition on results. Harvard Business School Press.
- Ransom, Scout; Maulik, Joshi; Nash, David. 2005. The Healthcare Quality Book. Vision, Strategy and Tools. ASQ.

Preguntas guía para el taller:

¿Cómo piensa que los distintos colectivos que participan en el proceso de atención, definen desde su lugar el concepto calidad?

Prestadores, usuarios, equipo de salud.

Elija un indicador trazador de calidad para el SNIS

Sobre la implementación de un SGC: ¿es necesario? ¿Cómo se estructuraría y a cargo de quién estaría la fuerza de trabajo? ¿Qué lugar ocupa la seguridad como dimensión visible a nivel de la práctica diaria?

Documento presentado por el SMU previo a las Jornadas de Intercambio



**Sindicato
Médico del
Uruguay**



Miembro de
Asociación Médica Mundial
Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe

Montevideo, 24 de marzo de 2017

**Sr. Ministro de Salud Pública
Dr. Jorge Basso**

De acuerdo a compromisos asumidos, el SMU envía los lineamientos generales y los temas que a su entender deberían abordarse en la agenda de salud, en el marco del análisis del SNIS a los 10 años de su implementación. La misma está agrupada en bloques para facilitar su exposición, y comprende

BLOQUE I: EJES DE CALIDAD

1. *Mejorar la práctica de la atención médica.*

Impulsar y fundamentar la implementación de centros de referencia en línea con lo resuelto en la 9ª CMN; asegurar la continuidad asistencial, impulsar la creación de una Programa Nacional de Calidad y de una Agencia de Evaluación Tecnológica.

2. *Formación.*

Proyección en número y calidad de RRHH en el marco de la reforma laboral; sistema de residencias y su transformación como puerta de ingreso al mercado de trabajo; rediseño del Hospital de Clínicas, entre otros.

3. *Mercado de trabajo.*

Continuar el proceso de desarrollo y profundización de la reforma del mercado de trabajo médico, con especial énfasis en las áreas que presentan mayores retrasos (ej. ASSE), evaluación continua de su implementación y control de cumplimiento por las partes.

4. *Información.*

Instrumentar un sistema de indicadores para el monitoreo de la mejora de la calidad de atención en un plazo determinado.



**Sindicato
Médico del
Uruguay**



Miembro de
Asociación Médica Mundial
Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe

BLOQUE II: MERCADO DE TRABAJO

1. *Condiciones salariales y laborales de los médicos*

Convergencia de las condiciones salariales y laborales de los médicos en los diferentes subsectores: ASSE; IAMC; Sanidad Militar y Policial, Emergencias Móviles; IMAE; otros organismos públicos y privados.

2. *Regularización de vínculos laborales*

Eliminación de la relación de dependencia encubierta en el área pública y privada.

3. *Carrera funcional*

Titularización de los vínculos laborales y adecuación de los servicios, ajustados a la modernización de las carreras funcionales.

4. *Oferta y regulación asistencial.*

Dotación, regulación asistencial e incentivos para la distribución de RRHH médicos.

BLOQUE III: Sistema

1. *Equidad*

Universalización de la cobertura del seguro nacional de salud (FONASA); eliminación progresiva de tasas "moderadoras" de medicamentos y técnicas diagnósticas y terapéuticas; readecuación del PIAS en términos horizontales (alcance) y verticales (prestaciones exigibles), incluyendo las catastróficas.



**Sindicato
Médico del
Uruguay**



Miembro de
Asociación Médica Mundial
Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe

2. Sostenibilidad

Actualización de las variables centrales que hacen a los ingresos financieros de las instituciones de asistencia integral¹; equiparación de las reglas de juego para los diferentes efectores (cargas legales, libertad de elección, etc.); rediseño organizacional y de gestión de ASSE en línea con sus objetivos estratégicos, incluyendo su participación directa en los órganos de conducción del sistema (JUNASA); profundización de los mecanismos de gestión clínica.

3. Calidad de Vida de la población.

Programas y políticas alineadas a los objetivos sanitarios propuestos por el MSP como el caso de las recientemente aprobadas metas 1 y 2; diseño y ejecución de programas nacionales (ej: accidentes de tránsito; alcoholismo, etc.); apoyo a las políticas de promoción y prevención de salud pública con énfasis en el 1er nivel

¹ Participación de los representantes sociales en las comisiones de cápitras y de metas de la JUNASA.

Documento presentado por la FUS previo a las Jornadas de Intercambio



Montevideo, 10 de Marzo de 2017

PROPUESTA DE LA FEDERACIÓN URUGUAYA DE LA SALUD PARA UN DIÁLOGO NACIONAL EN SALUD

La Federación Uruguaya de la Salud reafirma su compromiso histórico de trabajar a favor de los cambios en la salud, que los mismos redunden en una salud de calidad para la gente y fortalezcan el carácter democrático de esta reforma.

Para Avanzar y Profundizar en nuestro SNIS, debemos poner en el centro de la discusión y el debate, que ésta es una de las más importantes reformas que el país está transitando. No somos complacientes ni creemos que las cosas surgen por generación espontánea. Somos críticos y constructores a la vez, la vida y el bienestar de nuestro pueblo debe estar antes que cualquier otro cometido. Desde hace años venimos señalando que la reforma está estancada, hoy tomando en cuenta la grave situación generada entendemos que ésta supone un fuerte golpe a la credibilidad y la confianza que debemos tener con la Reforma de la salud, pero al mismo tiempo nos ofrece la posibilidad de volcar nuestras energías para poder encauzar una reforma que no avanza. La salud es un derecho fundamental, así lo afirma la OMS en su Constitución "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano." Para ser consecuentes vamos a señalar algunos puntos que nos parecen de vital importancia para avanzar y profundizaren el SNIS.

Puntos a debatir en el Marco del Diálogo Nacional en Salud:

I) FORTALECER LA RECTORÍA DEL MSP:

El Sistema de Salud administra 4.500 millones de dólares, presupuesto que significa un avance muy importante en términos tanto cuantitativos como cualitativos si miramos retrospectivamente el antes de la Reforma. Esta inversión Social debe contar con una Rectoría fuerte y potente en sus funciones, para proponer Políticas Públicas y cumplir una tarea esencial: la fiscalización de las actividades que promueve y propone. Queda claro que quién debe ejercer ese papel debe ser el Ministerio de salud Pública, para esto el MSP debe contar con un presupuesto acorde a sus funciones.

Para llevar a cabo estas funciones se debe contratar Recursos Humanos técnicos y profesionales de alta calidad, con salarios adecuados a sus funciones y dedicación exclusiva.

No puede haber avances significativos en el control de la gestión si lo que se escribe no se Fiscaliza adecuadamente:

2) PROFESIONALIZACIÓN DE LA GESTIÓN:

No es el único elemento a tener en cuenta, pero si no hay profesionalización y capacitación continua es muy difícil poder avanzar y sortear los problemas que en el día a día la reforma nos pone.

Para esta actividad se debe contar con los mejores Recursos Humanos; los cargos de alta responsabilidad de Gestión deben de ser llamados a Concurso, sobre todo en los niveles medios y de alta decisión. La alta dedicación al servicio debe contar con remuneraciones acorde a su función. Entendemos prioritario combatir el conflicto de intereses Público Privado, el manejo de los recursos debe ser transparente y firme, por ello proponemos que la dedicación debe ser única cuando se ejercen cargos de alta responsabilidad.

3) EL CONTROL Y EL CUIDADO ECONÓMICO FINANCIERO DE LA REFORMA Y SUS DIFERENTES EFECTORES IMPLICA COMBATIR Y CONTROLAR LA ESPECULACIÓN FINANCIERA EN TODAS SUS MANIFESTACIONES:

La Publicidad, la contratación de promotores y empresas que buscan el fin de lucro, valiéndose de todas las artimañas para violar sistemáticamente las leyes y norma precedentes, es un indicador de la falta de control por parte de las autoridades competentes. En este punto creemos que no debe haber "zonas grises" donde los que ganan con la intermediación lucrativa pueden trabajar libremente. La contratación de espacios en los medios por parte de las empresas con cifras millonarias es una prueba de que prioridad es el lucro y no la mejora de los servicios.

4) POLITICAS FUERTES Y CONSISTENTES EN FORMACIÓN DE R.R.H.H EN SALUD.

Esta es un área donde la FUS viene trabajando y promoviendo la formación como un eje sustancial en la creación de un espacio de importancia y relevancia para los trabajadores de la salud privada. Creación y formación de un Instituto de Formación Sindical y de Capacitación Profesional. Participación y ejecución del programa de Capacitación (a propuesta de la FUS en el Consejo de Salarios) conjuntamente con el MSP, SMU, FEMI y organizaciones empresariales.

Trabajo conjunto con UDELAR (área de la Salud) en Capacitación continua para los trabajadores de la salud privada. INEFOP y PUEDEN.

No puede haber profundización y cambio del modelo de atención sin capacitación de los RRHH.

5) LA COMPLEMENTARIEDAD DE LOS SERVICIOS EN SALUD ES UN EJE A PROFUNDIZAR, MEDIANTE UNA LEY QUE REGLAMENTE UNA GESTIÓN RACIONAL.

Combatir la irracionalidad del uso y abuso de la Tecnología. Son miles los ejemplos que podemos citar para analizar y constatar su uso no planificado, donde solo predomina la oferta y la demanda, bajo las leyes del mercado dejando de lado la preocupación central que deben ser los usuarios.

-La complementariedad de Servicio de Alta especialidad (CTI, Maternidades, Servicios de emergencia, traslado) etc.

-La complementariedad en terreno. Tenemos que Profundizar y avanzar en una RED de servicios donde la Atención oportuna, de Calidad y resolutive sea el eje del Sistema de Salud.

-La Distribución y Complementariedad de los RRHH en Salud tiene que ser un eje sustantivo.

La concentración Montevideo / Interior, la desigualdad cuantitativa Médico/Enfermería Profesional y otras profesiones, la desigualdad salarial, y las condiciones laborales.

6) REVISIÓN DE LA POLÍTICA DE MEDICAMENTO:

El uso indiscriminado e irracional de los Medicamentos no solo eleva los costos de la atención en Salud sino que es altamente perjudicial para la salud de los Usuarios. Una Política Nacional que reformule y que sea acompañada con una mirada y valoración Técnico Científica (una de las funciones de la Rectoría) evitaría la especulación y el sobreprecio al medicamento. No somos ajenos a los reclamos que se hacen para que el Estado proporcione medicamentos de alto costo, ni que el "Complejo Médico Industrial", fomente la retirada de remedios que son eficaces pero dejan poca ganancia y logran introducir al mercado otros que se ha demostrado son inocuos.

7) LA PUESTA AL DIA DE LA GESTIÓN Y LA DEMANDA A LA ATENCIÓN DE LA SALUD DEBE MEJORAR LOS TIEMPOS DE ESPERA.

Como orientar el trabajo:

- *El usuario debe consultar siempre a su médico de referencia o médico de Familia.
- *Evitar especialización como primera consulta.
- *Trabajo en Red y Policlínicas con resolutivita asistencial.
- *Trabajar y combatir la "Medicalización" de la Salud. Una Política Nacional de Salud con un fuerte énfasis en la Prevención y Promoción de la Salud
- *Construir una Política firme sobre la "demanda inducida" que realizan los efectores de Salud. La Promoción y la Prevención son nuestras mejores herramientas.

*Se debe de ir en forma progresiva a una mayor extensión a la "canasta" de prestaciones gratuitas. Los tickets mal llamados "moderadores" no pueden ser "castigadores" para el usuario enfermo. Este es un camino importante a recorrer para combatir la enfermedad como mercancía.

8) FUNCIONAMIENTO REAL Y EFECTIVO DE LOS ORGANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y POPULAR PREVISTOS POR LA LEY N°18.211 EN LA CREACIÓN DEL S.N.I.S.

Federación Uruguaya de la Salud / PIT-CNT

Documento presentado por FEPREMI previo a las Jornadas de Intercambio



Contenido

1. ¿Qué es FEPREMI?
2. La opción de los usuarios
3. El desempeño asistencial
4. El desempeño económico financiero
5. Inversiones y desarrollo
6. Los desafíos de la reforma
 - a) Sostenibilidad
 - b) Calidad de la atención
 - c) Universalidad de la cobertura
 - d) Competencia y complementación



¿Qué es FEPREMI?

Del punto de
vista formal



FEPREMI es una corporación de IAMPP sin fines de lucro con personería jurídica.

Del punto de
vista estatutario



FEPREMI es una gremial de IAMC que agrupa 22 instituciones de asistencia médica colectiva, sin fines de lucro con sedes principales en el Interior del país .

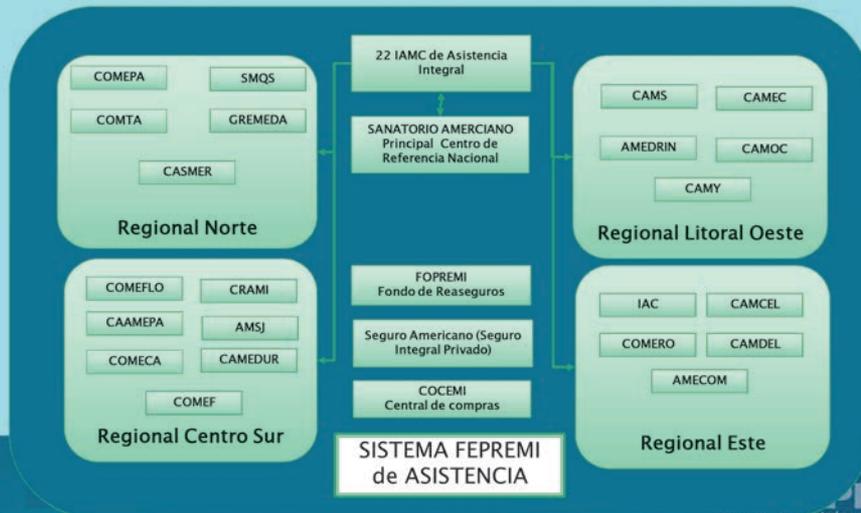
Del punto de
vista asistencial



Primer sistema privado de atención de salud integral de cobertura nacional y de organización descentralizada.



El Sistema FEPREMI – Estructura



El Sistema FEPREMI de Asistencia

Capacidad instalada

Instituciones de Asistencia Médica Colectiva . IAMC	22
Centros de Asistencia de distinta complejidad	520
Sanatorios en todo el país	35
Centros de Tratamiento Intensivo de adultos	20
Centros de Tratamiento Intensivos neonatológicos / pediátricos	7
Institutos de Medicina Altamente Especializada de Hemodiálisis en el Interior	10
Institutos de Medicina Altamente Especializada en Sanatorio Americano (Montevideo)	8

El Sistema FEPREMI de Asistencia

Infraestructura e inversiones

Infraestructura física	U\$S 500.000.000
Inversiones realizadas entre 2007 - 2016	U\$S 250.000.000



Mayor inversión por afiliado del SNIS

Recursos humanos radicados en el interior

Cantidad de médicos	3.500
Cantidad de personal no médico	14.000



Menor disponibilidad de médicos que en la Capital pese a lo cual se mantienen niveles de producción, desempeño y calidad asistenciales adecuados y sin diferencias con Montevideo

FEPREMI
Federación de Colegios de Médicos del Interior

El Sistema FEPREMI en el SNIS

Las IAMC del sistema FEPREMI dan cobertura a 830.000 personas

25% del total de la población del país

40% del total de afiliados a las IAMC

37% del total de afiliados por FONASA

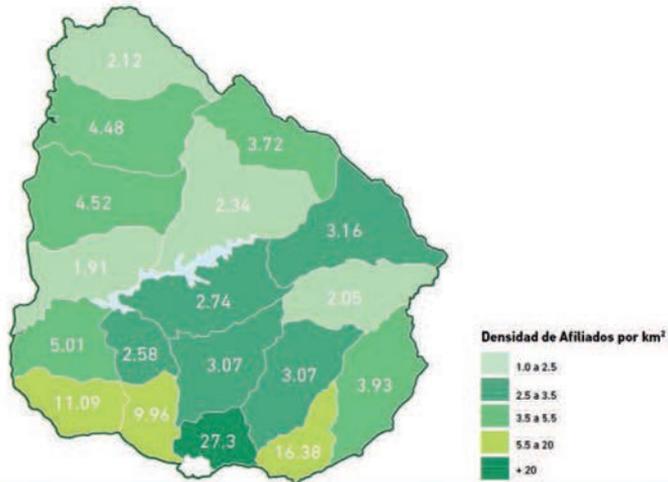
La atención integral de salud del sistema FEPREMI demanda un gasto anual de U\$S 760.000.000

Equivale a 15% del total del gasto anual de atención integral de salud del país

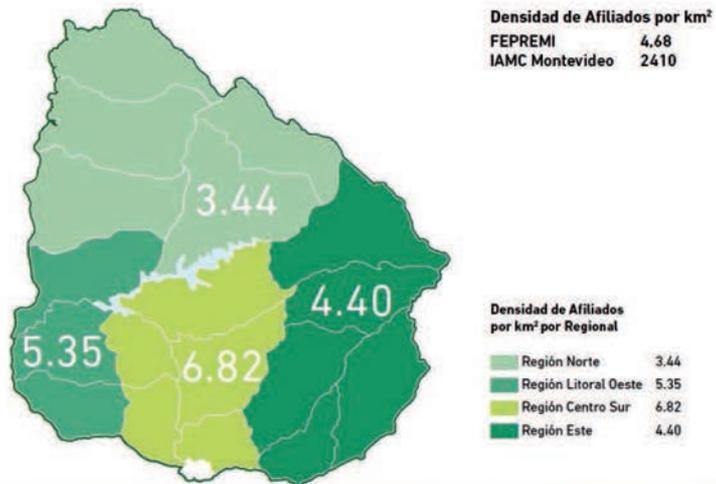
Equivale aproximadamente a 1,5% del PIB

FEPREMI
Federación de Colegios de Médicos del Interior

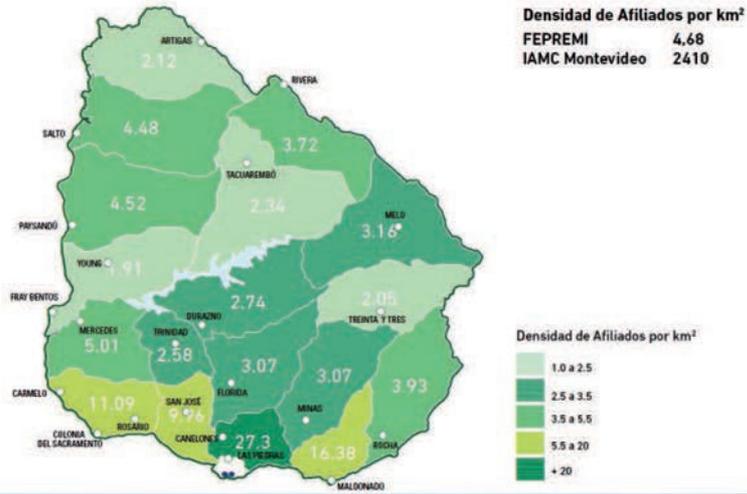
Sistema FEPREMI



Sistema FEPREMI

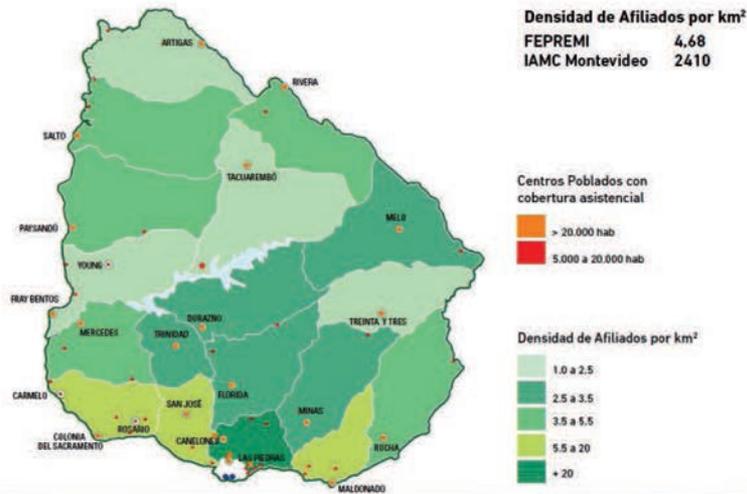


Sistema FEPREMI



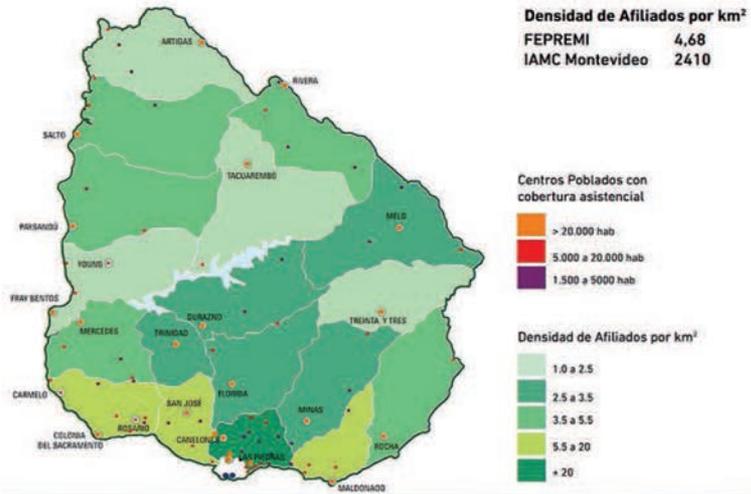
FEPREMI
 Federación de Prestadores Médicos del Interior

Sistema FEPREMI



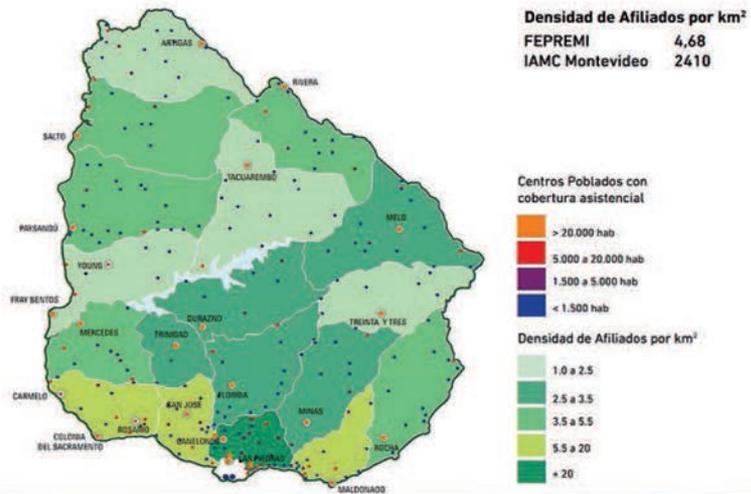
FEPREMI
 Federación de Prestadores Médicos del Interior

Sistema FEPREMI



FEPREMI
 Federación de Prestadores Médicos del Interior

Sistema FEPREMI



FEPREMI
 Federación de Prestadores Médicos del Interior

Sistema FEPREMI

Esfuerzo de gestión y costos adicionales para asegurar la accesibilidad a servicios de atención



Densidad de Afiliados por km²
 FEPREMI 4,68
 IAMC Montevideo 2410

Centros Poblados con cobertura asistencial

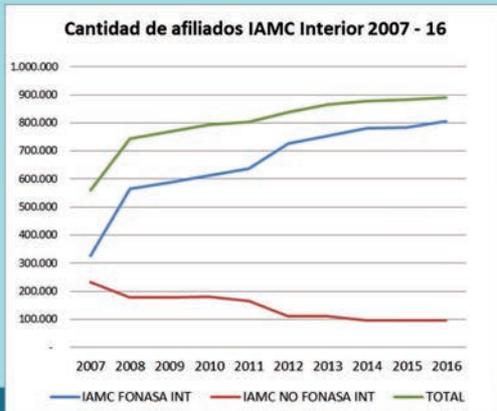
- > 20.000 hab
- 5.000 a 20.000 hab
- 1.500 a 5.000 hab
- < 1.500 hab

Densidad de Afiliados por km²

- 1,0 a 2,5
- 2,5 a 3,5
- 3,5 a 5,5
- 5,5 a 20
- + 20

FEPREMI
 Federación de Prestadores Médicos del Interior

Efecto de la creación del FONASA : la opción de los usuarios

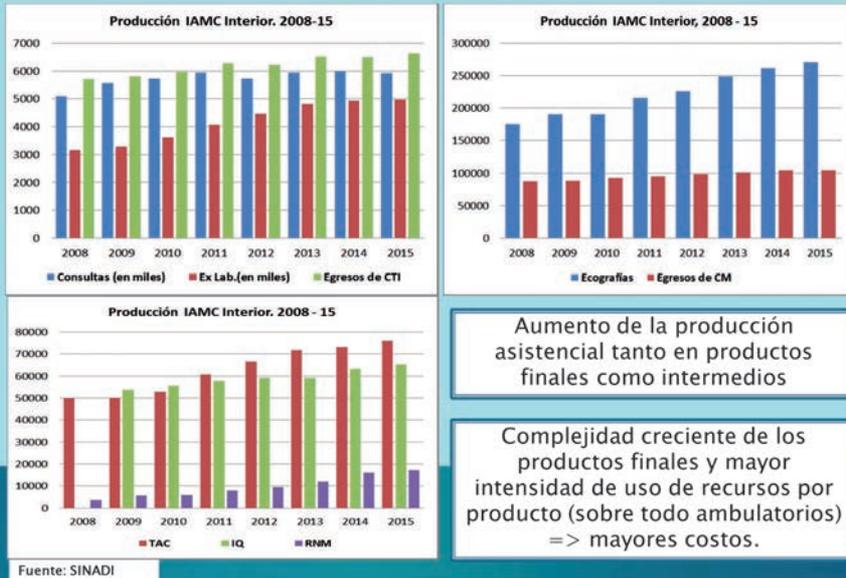


Libre elección:
 En el Interior cuando el usuario ha elegido preferentemente lo ha hecho por una IAMC de FEPREMI.

Escasos cambios de los afiliados habilitados para hacerlo en el período de movilidad regulada (alrededor de 4% del total) con movimientos mayoritariamente concentrados hacia las IAMC. La mayoría provienen del prestador público.

FEPREMI
 Federación de Prestadores Médicos del Interior

La producción asistencial

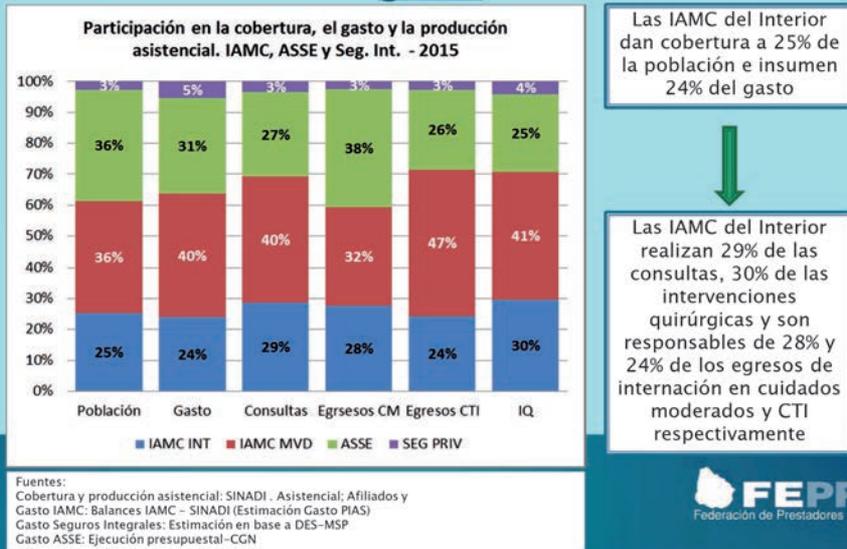


Aumento de la producción asistencial tanto en productos finales como intermedios

Complejidad creciente de los productos finales y mayor intensidad de uso de recursos por producto (sobre todo ambulatorios) => mayores costos.



Cobertura, producción asistencial y gasto



Las IACM del Interior dan cobertura a 25% de la población e insumen 24% del gasto

Las IACM del Interior realizan 29% de las consultas, 30% de las intervenciones quirúrgicas y son responsables de 28% y 24% de los egresos de internación en cuidados moderados y CTI respectivamente



El cumplimiento de las metas asistenciales: FEPREMI

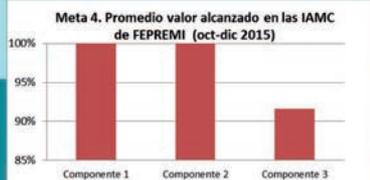
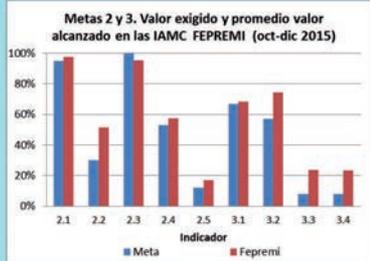
Meta 1. Control de recién nacidos, de niños hasta 4 años, de embarazo y parto, y detección violencia de género y generaciones:



Promedio global de cumplimiento de la Meta 1 en ASSE (oct - dic 2015) : 34%

Fuente: Rendición de Cuentas JUNASA 2015.

Meta 2. Control de adolescentes y adultos.
Meta 3. Control de adulto mayor
Meta 4. Cargos de alta dedicación



FEPREMI
Federación de Prestadores Médicos del Interior

El cumplimiento de las metas

Para el MSP las metas están orientadas a mejorar el desempeño asistencial y promover el cambio del modelo de atención

En 2015, la mediana y el promedio de los valores alcanzados en cada indicador por el conjunto de las IAMC alcanzó la meta exigida (cuando esta fue 100%) o la superó.

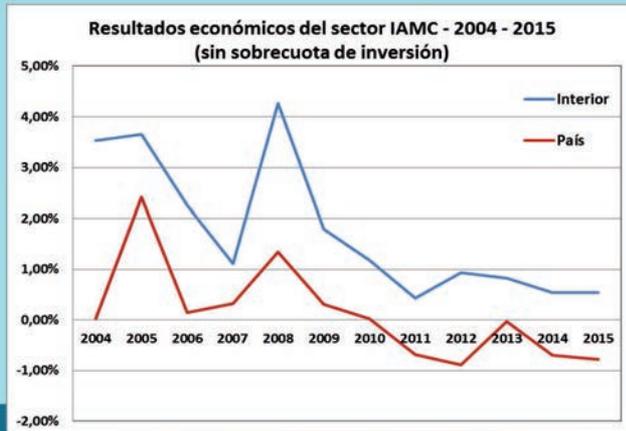
Las IAMC de FEPREMI han cumplido con las metas asistenciales desde su implementación en 2008



Los indicadores de salud del país que reflejan sus logros en la materia, no pueden justificarse con independencia de los resultados y el buen desempeño de los prestadores privados del sistema.

FEPREMI
Federación de Prestadores Médicos del Interior

El desempeño económico financiero del sistema IAMC



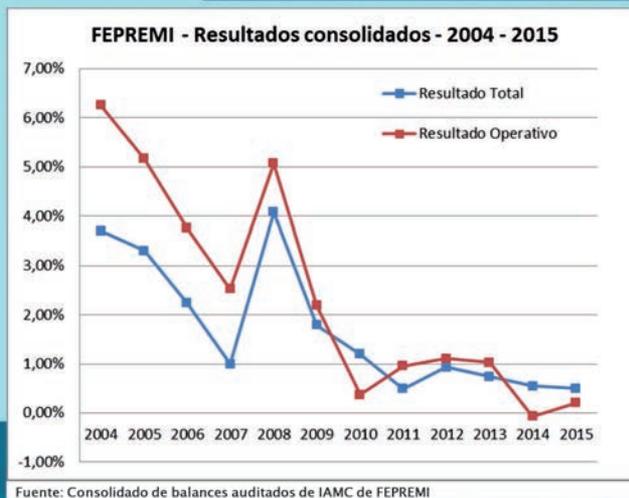
En los últimos años se verifica un descenso del resultado del sector IAMC

Porcentaje = Resultado Neto sin sobre cuota / Ingresos Operativos netos sin sobre cuota

Fuente: MSP. Estados contables auditados de las IAMC

FEPREMI
Federación de Prestadores Médicos del Interior

El desempeño económico financiero del sistema FEPREMI

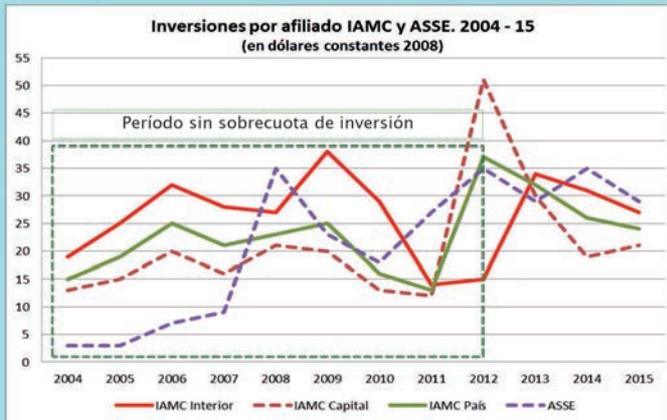


Las instituciones de FEPREMI en conjunto registran una disminución constante de sus resultados en el período, sobre todo a partir de 2008

Fuente: Consolidado de balances auditados de IAMC de FEPREMI

FEPREMI
Federación de Prestadores Médicos del Interior

Las inversiones del sistema y de FEPREMI



FEPREMI ha realizado un importante esfuerzo en materia de inversiones que refleja su compromiso con el proceso de reforma

Entre 2007 - 2012 FEPREMI realizó inversiones sin financiamiento específico sobre todo para adecuar la infraestructura al incremento de demanda por aumento de sus afiliados

Entre 2013 y 2016 las empresas de FEPREMI invirtieron US\$ 143 millones de los cuáles sólo 50 (35%) fueron financiados con sobre cuota de inversión



El financiamiento del sistema IAMC

Medidas que inciden en el desfinanciamiento de las IAMC

Creación del sistema de metas asistenciales sin financiamiento. => De un premio por buen desempeño a un castigo por incumplimiento

Inversiones sin financiación genuina - 2007 - 2012

Introducción de nuevas prestaciones sin financiación en el Contrato de Gestión de 2008

Reducción de precios o eliminación de tasas moderadoras

Diseño del proceso de incorporación paulatina de Jubilados a la cobertura al FONASA.

Las medidas adoptadas significaron detracciones para el sector IAMC por un monto equivalente a casi un año de ingresos



Las IAMC ya han hecho su ajuste de eficiencia



El gasto y el financiamiento del sistema

Comparativo gasto medio PIAS y precio promedio de las cápitas
IAMC - ASSE . 2015

	IAMC	ASSE	ASSE / IAMC
Cápita promedio solo afiliados FONASA	1.460	1.969	35%
Cápita Promedio tomando afiliados totales	1.675	1.718	3%
Gasto PIAS promedio	1.951	1.666	-15%

El gasto medio por afiliado es 15% superior en las IAMC pero el pago promedio por individuo que realiza el FONASA (cápita promedio) es 26% menor en las IAMC

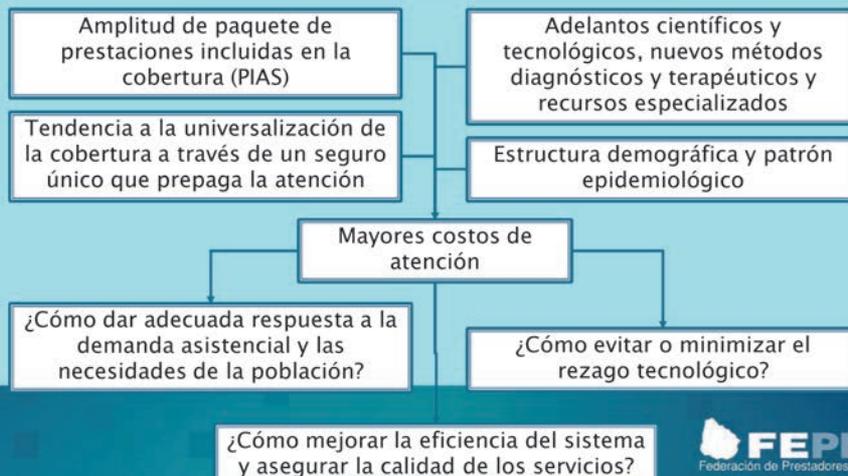
En el escenario de cobertura 100% FONASA la cápita promedio sólo es 3% menor en las IAMC porque las estructuras por edad y sexo en ambos sectores son prácticamente iguales

Gasto PIAS IAMC - ER 2015 a valores históricos deduciendo del costo operativo la venta de servicios. Afiliados IAMC país promedio oct 2014/set 2015.
Gasto PIAS ASSE - Rendición ASSE 2015 deduciendo el gasto de unidades no PIAS. Usuarios de diciembre 2015.
Cápitas promedio IAMC - Afiliados FONASA y totales promedio mes y cápitas promedio del periodo.
Cápitas promedio ASSE - Usuarios diciembre y cápitas promedio 2015.

REMI
Médicos del Interior

Los desafíos de la reforma

La sustentabilidad del sistema



FEPREMI
Federación de Prestadores Médicos del Interior

Los desafíos de la reforma

¿Es correcto hablar de "déficit" del FONASA?

«Déficit» FONASA o Calidad: ¿Dónde poner el foco?

El énfasis debe trasladarse a la calidad, en tanto concepto abarcativo de la eficiencia



1 - Diseñar y aplicar un sistema de evaluación y aseguramiento de la calidad que opere además como principal variable de la competencia entre los prestadores público y privados



Los desafíos de la reforma

2 - Reformular las cápitas sobre bases técnicas que contemplen:

El gasto esperado y los diferentes costos de los productos y de las prestaciones PIAS

Márgenes de rentabilidad para la inversión

La intensidad de uso de esos servicios por parte de los afiliados

La aleatoriedad de la ocurrencia de eventos de enfermedad.

3 - Mejorar la eficiencia del desempeño del prestador público

Competencia con reglas de juego homogéneas e iguales niveles de exigencia de su observancia para todos los Prestadores

4 - Universalizar la cobertura del SNS (terminar con la dualidad SNS/SNIS)

Integración al SNS a los usuarios de ASSE, los beneficiarios de Sanidad Policial y Militar y los funcionarios de los Gobiernos Departamentales para "evitar la doble cobertura financiada y pagada por el Estado".

Asegurar la libre elección de los usuarios (revisión de la afiliación de oficio)



Los desafíos de la reforma

5 - Diseñar esquemas de complementación y contraprestación de servicios que, entre otras cosas:

Respondan a necesidades asistenciales locales o regionales, con objetivos claros y precisos.

Otorguen certezas jurídicas para las partes.

Cuenten con un modelo de gestión claro con asignación explícita de las responsabilidades de cada una de las partes.

Tengan carácter voluntario entre las partes

Cuenten con dispositivos eficientes y transparentes de administración y financiamiento así como de evaluación

No respondan a la necesidad de minimizar disfuncionalidades o ineficiencias de una de las partes

No afecten la libre elección del usuario ni la identidad institucional de cualquiera de las partes.

REMI
Médicos del Interior

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

FEPREMI
Federación de Prestadores Médicos del Interior

Documento entregado por FUS para el taller 1

PONENCIA DE FUS PARA V JORNADAS DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD DEL SNIS

No puede haber profundización de la reforma sin una estrategia clara y firme en relación con los RRHH.

Dentro de las políticas de RRHH del sector salud hay varios ejes que a la FUS le interesa priorizar: la formación curricular, Completar Estudios, la profesionalización, la formación continua, la dotación y distribución adecuadas, el trabajo en equipo, las condiciones de trabajo, la salud de los trabajadores y los factores motivacionales.

Esta es un área donde la FUS viene promoviendo la formación como un eje sustancial para los trabajadores de la salud privada. En tal sentido ha creado un Instituto de Formación Sindical y de Capacitación Profesional que viene llevando adelante distintas iniciativas. Entre estas líneas de trabajo cabe destacar la participación en el Programa de Capacitación, propuesto por FUS en los Consejos de Salarios, conjuntamente con el MSP, SMU, FEMI y organizaciones empresariales. La FUS realizó asimismo diversos contactos con la UDELAR y su Área de la salud para procurar un trabajo conjunto en capacitación continua para los trabajadores de la salud privada con apoyo de INEFOP. Se dialogó y acordó con INEFOP y ANEP para llevar a cabo programas de Completar Estudios y formación que tuvieron ecos inmediatos entre los trabajadores. Por otro lado se implementaron instancias como el Curso sobre Profundización de SNIS y Participación Social llegando a todo el país mediante videoconferencias, invitando a las organizaciones sociales de la salud, y también un Foro Debate sobre Modelo de Atención y Objetivos Sanitarios, dos Seminarios Internacionales, Jornadas por el Día Internacional de la Enfermería, Cursos de Autoconstrucción Sindical y Cursos de Formación de Formadores.

Construir una estrategia en materia de RRHH no puede limitarse a un conjunto de formulaciones generales que quedan luego libradas a la voluntad de cada efector de salud. Se requieren acciones de impacto, instancias de reflexión, compromisos efectivos, que vayan conformando un itinerario visualizable y asumido por todos los actores involucrados. Por eso junto a la definición de políticas y líneas claras de acción entendemos imprescindible el establecimiento de metas concretas con indicadores de cumplimiento.

Estas son algunas propuestas en esa dirección:

- 1) Plan para Completar Estudios** dirigido a todos los funcionarios para que puedan completar bachillerato, en un plazo de tres años, con compromisos concretos para cada año. La formación en este plano es un estímulo y una motivación para los trabajadores, e incrementa la capacidad de encarar múltiples problemas y situaciones. Completar los estudios significa para muchos trabajadores resolver un pendiente en su trayectoria personal, educativa y profesional, y constituye una motivación fuerte de capacitación y mejora. Para las instituciones y el SNIS en su conjunto, es

mucho más que un avance formal sino que constituye un esfuerzo sistemático para incrementar la capacidad de los trabajadores para resolver problemas nuevos, para optimizar sus prácticas, y para seguir aprendiendo. En el mundo actual la adquisición de conocimientos no puede reducirse a la capacitación en áreas concretas sino que debe jerarquizar un desarrollo educativo general que permita construir nuevos y diversos aprendizajes y procesos. Completar Estudios es además un paso hacia la profesionalización en distintas áreas de trabajo, porque el bachillerato es un requisito indispensable y en muchas ocasiones un obstáculo para ampliar los procesos de profesionalización. La gran respuesta que obtuvo la FUS en una convocatoria inicial y breve, superando, en pocos días, los 500 trabajadores interesados, es una demostración de la importancia que tiene esta línea de trabajo, hasta ahora subestimada dentro del sistema de salud. Las experiencias en otros sectores de actividad o instituciones (como la IMM) muestran que es una perspectiva viable y positiva. Los programas de Anep tanto Process como el Programa Uruguay Estudia son buenas herramientas institucionales, que pueden potenciarse. Tienen las características necesarias para la educación de adultos, trabajadores que ya desempeñan tareas en instituciones complejas. Poseen asimismo la flexibilidad para ampliar su cobertura si se le asignan recursos adicionales para la labor docente. En la consecución de infraestructura los sindicatos y en algún caso las instituciones han aportado los espacios necesarios.

2) Profesionalización en enfermería y otras áreas. En un país con el déficit de enfermeras universitarias que tiene Uruguay se requiere no solo facilitar el ingreso de nuevas generaciones a dicha formación sino también la profesionalización de los auxiliares de enfermería actuales. Las experiencias de profesionalización realizadas por Facultad de Enfermería han demostrado ser posibles y necesarias. Sin embargo la situación del sector hace imprescindible potenciar esta línea de trabajo y fijar metas ambiciosas como llegar a 1000 nuevas licenciadas a nivel nacional por año, otorgando los recursos para ello.

En áreas como la alimentación, administración y otras, es necesario establecer trayectorias de desarrollo profesional. En una educación terciaria donde se trabaja cada vez más con trayectorias variables y acumulación de créditos, la salud debe utilizar a fondo esa metodología, orientando hacia las prioridades y requerimientos del sector. Los contactos realizados por FUS con Facultad de Enfermería encontraron una franca disposición a abrir más ofertas educativas en esta dirección. Como en otras líneas de trabajo se necesita aportar los recursos para la labor docente y una actitud de apoyo y facilitación por parte de las instituciones de salud. El compromiso activo de los sindicatos como la FUS ya está.

3) Plan de Formación Continua con dos prioridades: a) respuestas actualizadas a los problemas principales de salud. b) estimular el desarrollo de un modelo integral de atención a la salud.

La priorización de problemas de salud debe contemplar la situación socio-epidemiológica general y local, con criterios técnicos fundamentados y participación social en su definición. La definición de problemas de salud principales debe estar en consonancia con los Objetivos Sanitarios Nacionales, y al mismo tiempo incorporar un diagnóstico local de las distintas realidades. Junto a la identificación de problemas de salud prioritarios se trata de definir líneas de acción claras respecto a ellos. Esas líneas de acción deben responder a un modelo integral de abordaje de la salud, que actúe sobre los determinantes de la misma, incluyendo una perspectiva intersectorial, mejorando la calidad de la atención y asegurando la rehabilitación y reinserción adecuadas. Para todo eso precisamos una actualización planificada y permanente de los conocimientos del equipo de salud.

La formación continua debe tener correlación clara con las tareas que llevan adelante los trabajadores, asegurando que las instituciones brinden posibilidades de aplicar los conocimientos para mejorar los servicios. Si capacitación y práctica cotidiana aparecen disociadas en el proceso de atención, también lo estarán en la cabeza de los trabajadores. Debe haber incentivos de tipo económico para la formación así como incentivos en relación con la carrera funcional, e incentivos de tipo moral como el reconocimiento a la labor. Un criterio fuerte debe ser que se vuelquen los conocimientos al resto del equipo de salud. También que generen “créditos” para el desarrollo profesional, con una idea de desarrollo profesional que no tiene porque ser lineal, generando trayectorias profesionales flexibles (como existe cada vez más en la educación) Es importante que las instancias de formación continua puedan volcarse a la adquisición de títulos de expertos en determinadas áreas o a la profesionalización. No se trata de hacer muchos “cursitos” sino de una estrategia organizada para la capacitación y formación continua de todo el equipo de salud, entendiendo por equipo de salud a todo el personal.

Este Plan podría plantearse las siguientes metas para 2017/2018:

- a) Diseño y ejecución amplia de los cursos de capacitación acordados en los Consejos de Salarios, utilizando de forma eficiente la información que surge de su implementación. Como todo proceso educativo debe incorporarse una visión de avance en espiral donde junto a los temas nuevos se vuelva sobre los elementos priorizados en instancias anteriores, con mayores niveles de complejidad en su abordaje. En particular los elementos que refieren al modelo integral de atención a la salud, un déficit importante en la actualidad. Es preciso prestar atención a la relación entre estos conocimientos y las prácticas efectivas que se implementan en los efectores, procurando una relación de retroalimentación, de corrección y ajuste, hacia metas de mayor calidad y mejoras en la salud de la población.
 - Los cursos planteados en los puntos b, c, d, e y f son propuestas de Facultad de Enfermería a requerimiento de la FUS, asegurando su viabilidad en el corto plazo, e integran una oferta más amplia de capacitación. También las facultades de Psicología y Odontología, y la Escuela de Nutrición en dialogo con la FUS elaboraron propuestas de cursos adecuados a las necesidades actuales del SNIS, que podrían efectivizarse sin grandes dificultades.
- b) Seminario de Habilidades en programas de Educación para la Salud dirigido a todo el personal, con énfasis en las que desarrollan atención directa .
- c) Curso sobre elaboración de diagnósticos participativos y planes de acción en materia de salud adecuados a cada realidad.
- d) Curso de Mejora de Calidad de la atención de Enfermería y Servicios. Protocolización de procedimientos, cumplimiento y actualización de los protocolos, puntos críticos del proceso, trato y empatía con los usuarios.
- e) Curso de Promoción del involucramiento de los usuarios como protagonistas activos del proceso de salud-enfermedad, en la prevención y promoción, en la atención, en la rehabilitación y reinserción. Estímulo al autocuidado y al mutuo cuidado.
- f) Cursos de expertos en áreas priorizadas como atención domiciliaria, situaciones críticas del área perinatal, procesos de rehabilitación y reinserción, etc.

4) Dotación de personal para implementar un modelo integral de atención. El incremento en la cobertura sanitaria, el mayor uso de los servicios, la implementación del PIAS, los requerimientos de un modelo de atención integral de salud y las exigencias crecientes de calidad son factores

determinantes de la dotación de personal necesaria en cada institución. Es preciso revisar las dotaciones actuales a la luz de esos criterios para alcanzar la conformación adecuada de los equipos de salud. En el sector privado no hay dotación prevista para el trabajo interinstitucional e intersectorial en el territorio, para las políticas de prevención y promoción en centros educativos y en la comunidad, para las múltiples articulaciones necesarias y para las acciones conjuntas hacia la población. En general tampoco hay tiempo previsto para reuniones de equipo, ni para formación continua. Si eso no cambia, no habrá nuevo modelo de atención, ni integralidad en las prestaciones, ni mejora en la calidad.

5) Políticas de valorización y satisfacción con el trabajo. Además de la dotación, formación, capacitación y distribución de los RRHH, debemos insistir en la importancia de la motivación, la satisfacción, el stress, el desgaste emocional y físico, en el trabajo. En ese campo hay que valorar la incidencia de las condiciones de trabajo, señalando la existencia de contradicciones entre lo que se promueve para la salud de toda la población y la realidad que enfrentan las cuidadoras y los cuidadores de la salud. Ej. La existencia de lactarios en los lugares de trabajo o jardines de infantes en zonas próximas.

Por eso entendemos conveniente :

- a) Promover una investigación sobre los factores de insatisfacción y stress en el trabajo del sector salud. Existe bibliografía internacional pero escasos estudios nacionales y menos aún vinculados a políticas claras de cambio en este terreno.
- b) Implementar mecanismos de fortalecimiento del trabajo en equipo, reuniones periódicas de todo el personal, diagnóstico de la situación de cada servicio, planes estratégicos y formulación de planes operativos con objetivos anuales. Es necesario promover el reconocimiento y valorización del trabajo, rescatar el saber del trabajador y ampliarlo, cuidar su vida y su salud. La forma de organizar el trabajo es un elemento muy relevante. Muchas veces el trabajo en equipo es un discurso pero faltan ámbitos, criterios y reglas básicas para que ese equipo funcione como tal. Si no hay reuniones periódicas, información adecuada, agenda y posibilidades de aportar, no se puede hablar de equipo.

En el mismo sentido hay que jerarquizar el reconocimiento a la labor y la participación del trabajador en la información y discusión de los objetivos y planes de su servicio. La creación de una cultura organizacional mas participativa, con más trabajo en equipo sería un rumbo de avance. Una gobernanza de este tipo tiene efectos positivos sobre el funcionamiento de los servicios pero además sobre el clima institucional y los trabajadores.

- c) Definición de medidas que mitiguen la afectación de trabajadores y sus familias por las condiciones de trabajo, considerando, en particular, la situación de las mujeres trabajadoras que son la amplia mayoría del sector. El contacto con la enfermedad y la muerte, los horarios extremos o rotativos, el trabajo en feriados y fines de semana, los componentes técnicos y humanos de la atención, el amplio predominio femenino y la ausencia de un sistema de cuidados, son factores que afectan la salud y la vida de los/as trabajadores y sus familias. Deben tenerse en cuenta para promover medidas concretas de prevención y protección con alcance individual y familiar. Estas características también dan sustento a la propuesta de FUS de jubilación bonificada para los trabajadores del sector.
- d) Desarrollo de políticas activas de prevención en materia de salud de los/as trabajadores. Hay dos planos complementarios en este punto. Por un lado se trata de reducir el riesgo de accidentes y enfermedades profesionales. Para ello es imprescindible que funcionen las

bipartitas de Salud y Seguridad Laboral, con diagnósticos claros que incorporen componentes técnicos y participación social, de las condiciones físicas y de las dinámicas de funcionamiento del proceso de trabajo, desde el ángulo de los riesgos que implican para el trabajador, para el usuario y para el medio ambiente. No puede haber instituciones en las que no funcionen regularmente estas Comisiones Bipartitas y ese funcionamiento tiene que ser monitoreado por el MTSS y el MSP, con informes periódicos a todos los actores. La elaboración de protocolos y guías debe incorporar estos elementos y generalizarse en todas las áreas asistenciales.

Por otro lado la salud de los trabajadores va más allá de la posibilidad de sufrir un accidente o una enfermedad profesional sino que involucran los hábitos y estilos de vida, en muchos casos condicionados por las características de la labor desarrollada. En particular el derecho a una alimentación saludable y a realizar ejercicio físico, no son solo decisiones individuales sino que debe haber políticas claras de promoción desde las autoridades de gobierno y desde las instituciones de salud.

- e) Un objetivo estratégico es el empoderamiento de todo el equipo de salud. En esa dirección se debe revalorar el tema de la gobernanza en las grandes orientaciones institucionales y en el proceso de trabajo. Hay un principio ético fundamental que es atender como querríamos que nos atiendan a nosotros o a nuestros seres más queridos. Cumplirlo implica prestar atención a los vínculos dentro del equipo de salud y hacia afuera del equipo así como a la interrelación con los usuarios, como campos a priorizar, con planes específicos y participación amplia, con medidas concretas y evaluaciones periódicas.

6) Actualización y mejora de los sistemas de información en RRHH. La información declarada por las instituciones requiere auditorías periódicas y más mecanismos de control social. Importa asimismo la referenciación geográfica de la información y su relación con la población cubierta. La información debe pensada y ordenada en función de la estrategia definida, para permitir su monitoreo y evaluación. Necesitamos más aportes de las ciencias sociales al estudio de los procesos de atención a la salud y sus protagonistas. Ello no puede quedar librado a las iniciativas académicas que puedan surgir sino que se precisan Convenios entre el SNIS y la Udelar para generar nuevos conocimientos.

El seguimiento de las políticas de RRHH que se definan requiere sistemas informáticos ágiles y eficientes para los objetivos planteados. También instancias permanentes de seguimiento de los acuerdos y Encuentros anuales de evaluación y reflexión sobre las políticas en este plano, con amplia participación social.

7) Plan Estratégico de RRHH para los próximos 25 años. Uruguay dio un salto en calidad con la conformación de un sistema de salud, en lugar de un conjunto atomizado de efectores hegemonizados por el mercado. No puede dejar la formación y distribución de los RRHH fuera de una planificación estratégica que abarque tanto la cantidad como la calidad de los mismos. Para eso se requiere un proceso de discusión amplio que alcance consensos o grandes acuerdos, donde participe la Udelar, el MSP y los distintos organismos del SNIS, así como los actores sociales del sector. Una distribución adecuada de los RRHH en salud que corrija los desequilibrios actuales implica pensar el proceso desde la formación misma y dentro de ella.

Documento entregado por FUS para el taller 2

En el marco de las definiciones programáticas de FUS el Instituto de Formación Sindical viene desarrollando una serie de jornadas sobre SNIS. El día 31 de mayo se realizó un Foro Debate por videoconferencia sobre “OSN y Modelo de Atención” con la participación de representantes de fuerzas sociales de la salud de los distintos departamentos del país, del que surgieron los siguientes aportes.

1. La definición de Objetivos Sanitarios Nacionales debe ser un gran paso en la implementación de políticas de salud pro-activas en relación con los principales problemas de salud del país. En lugar de limitarse a atender la demanda, los OSN permiten fijar prioridades, metas y acciones claras para todos los actores involucrados, cuyo centro es la población .
2. **La Intersectorialidad y acción sobre los determinantes.** Como se expresa en los fundamentos de los OSN las políticas hacia los problemas de salud no se deben circunscribir a la atención sanitaria, sino que incluyen los factores determinantes socioambientales y de estilos de vida, y por lo tanto requieren una perspectiva intersectorial.
3. **Ambitos de decisión institucionales y sociales de los OSN.** La importancia que tiene esta decisión requiere ámbitos más amplios e intersectoriales para su aprobación, con amplia participación social e interinstitucional. A nivel social debemos realizar una amplia convocatoria a la sociedad civil y la firma de un Compromiso por el Derecho a la Salud con esos contenidos por parte de todas las organizaciones sociales que estén dispuestas a hacerlo. A nivel del gobierno nacional y departamentales por el Consejo de Ministros y el Congreso de Intendentes. A nivel del Parlamento por la suscripción de una declaración que contextualice y le dé jerarquía a la decisión global, dejando mejores condiciones para la aprobación posterior de otras medidas necesarias para alcanzar los OSN. A nivel del novel Congreso de Alcaldes para incluir al tercer nivel de gobierno, un actor clave.
4. **La definición de problemas críticos.** Esta definición es necesaria para orientar prioridades, que sin dejar de lado otros aspectos o problemas, permitan concentrar recursos y acciones y obtener resultados positivos. Compartimos la priorización y caracterización de los quince problemas críticos planteados por los OSN. Sin embargo cabe señalar acá la omisión de la salud bucal, que es un problema sanitario crítico de la población, con altísima prevalencia de patologías bucales y muy segmentado por condición social, cuya atención integral hasta el momento no ha ingresado adecuadamente al PIAS y debiera hacerlo. Si bien un abordaje transversal de los problemas con distintas miradas es necesario, en casos como la salud bucal se trata de un problema como tal, con larga historia de postergación por el sistema de salud. De igual forma debe ser jerarquizada la salud mental.
5. **Concreción de metas.** Compartimos plenamente que “ el sentido de definir Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) es la producción de resultados concretos y medibles que beneficien a la

población, objetivados por un conjunto de indicadores. Se busca impactar en los problemas críticos desde una perspectiva de derechos, contemplando los diferenciales vinculados al género y las generaciones, mejorando la atención integral de las patologías de mayor prevalencia. Asimismo se buscará reducir el grado de exposición de las personas y las poblaciones a los factores de riesgo modificables, fortaleciendo al mismo tiempo sus capacidades para tomar decisiones y adoptar comportamientos saludables, velando por asegurar ambientes de trabajo y condiciones alimentarias y medioambientales adecuadas para su pleno desarrollo.”

- 6 Líneas de acción claras.** Para alcanzar estas metas, o aún para avanzar hacia ellas, hay que poner el acento en las líneas de acción para un abordaje integral de los problemas, varias de las cuales están mencionadas en el documento OSN. Definir con claridad los actores involucrados en cada una de las líneas de acción, establecer sus compromisos, insistir públicamente con ellos, monitorear sus avances, son pasos imprescindibles para pasar del papel a la acción concreta en la sociedad. Las líneas de acción no están aisladas sino que deben integrarse en Planes de Salud a nivel nacional y local. Es necesario un diseño más específico para la concreción de esas líneas, sus indicadores y metas.
- 7. Participación de la comunidad.** Desde la Conferencia de Alma Ata y luego en las sucesivas conferencias mundiales de Salud las corrientes más avanzadas en este campo han desarrollado una concepción de la salud que pone el énfasis en el involucramiento de la comunidad para enfrentar los problemas de salud y sus determinantes. Es decir que ninguno de estos problemas priorizados puede abordarse solamente desde el sector salud, o desde un conjunto de instituciones. Es necesario promover formas de involucramiento y participación de la comunidad. No se trata solo de abrir espacios y convocar, pensando en procesos automáticos o espontáneos. Se necesita movilización social en el sentido más amplio y diverso del término. Los factores determinantes de los problemas están vinculados con intereses económicos y con hábitos arraigados, cuya modificación requiere de medidas consistentes, sin incentivos contradictorios desde el Estado. Señales claras, medidas de impacto y sociedad movilizada son tres elementos complementarios y fundamentales.
- 8. Construcción de Planes Departamentales y/o municipales.** Los problemas de salud priorizados, que se comparten, no tienen la misma importancia en los distintos departamentos o regiones del país. Todos los indicadores sociales, que registran mejoras significativas en el promedio nacional, cambian drásticamente cuando miramos a los departamentos del norte del país o a los municipios de la periferia de Montevideo (A,D, F y G) y el área metropolitana. En un contexto general mejor, subsiste una fractura social con consecuencias sanitarias muy claras. Al mismo tiempo tampoco son iguales las situaciones demográficas: los nacimientos y la mayor población infantil están concentrados en algunas zonas, mientras que en otras hay mayor predominio de adultos mayores. Problemas graves como el suicidio tienen una fuerte variación según las localidades. Y en menor medida los accidentes de tránsito. Por eso entendemos imprescindible la definición participativa de problemas prioritarios en cada departamento, o en algunos casos como Montevideo por municipio. Esta definición tiene un componente técnico pero va mucho más allá de eso, y debe concitar la valoración de la comunidad. Junto con la definición de problemas prioritarios importa la elaboración y puesta en práctica de líneas de acción que apoyándose en los OSN y en los programas de salud, respondan a las realidades departamentales y locales. Es decir operen para generar los compromisos concretos y las acciones que cada realidad posibilita.
- 9. Fortalecer el rol de Judesas y Julosas.** El SNIS definió una estructura territorial de trabajo interinstitucional y participación social como son las Judesas y Julosas cuyo rol consideramos que debe ser fortalecido y potenciado de cara a los OSN y al cambio del modelo de atención.

Se trata de asegurar un funcionamiento regular, con información y discusión adecuadas, con resoluciones claras y seguimiento de los temas, en todos estos organismos. La agenda de los mismos en esta nueva etapa debe incluir la definición de problemas de salud prioritarios a nivel departamental y la elaboración de planes concretos, campañas específicas, para responder a ellos, desde una perspectiva integral, en consonancia con los OSN. La definición de un Plan Nacional y Planes Departamentales debe tener una meta de concreción inicial en el año 2017, a través de la firma de un Compromiso por la Salud, en una Asamblea de Salud departamental o local.

- 10. Metas asistenciales y OSN.** Respecto a las modificaciones a la meta dos, que tienen que ver con los OSN, negociadas entre las instituciones y el MSP, queremos plantear con total claridad que hubiéramos querido participar de esas discusiones y acuerdos. Los trabajadores y los usuarios tenemos interés fundamental de que nuestra voz y nuestros conocimientos sean escuchados en ese tipo de definiciones. Marginarnos de esos intercambios no ayuda a que lo que se resuelva tenga capacidad de aplicarse realmente y no solo en los papeles para cobrar las partidas correspondientes. ¿Cómo fortalecer los Consejos Asesores y Consultivos si estas discusiones no pasan por su seno? ¿Cómo generar una gestión más democrática sin el control social ?

Con esa convicción reclamamos con fuerza ahora que dichos Consejos asuman el rol de comisiones de seguimiento del cumplimiento de estas nuevas metas, así como evaluar la necesidad de ajustes y cambios a las mismas. Y promovemos que estos temas sean informados en las Juntas correspondientes y Junasa, para contextualizar estas acciones en el marco de los Planes Departamentales o Nacionales definidos hacia los OSN.

- 11. Estrategias a priorizar:** a) establecer el vínculo centro PNA/población con seguimiento de los problemas de salud de esa población, con estímulos a los controles de salud, b) Incremento progresivo de la población controlada adecuadamente con metas determinadas. c) establecer el trabajo conjunto centro PNA/centro educativo/centro comunitario, d) estímulo a los cuidados colectivos, autocuidados y mutuocuidados como los grupos de Obesos Diabéticos e Hipertensos. e) Difusión pública sobre los problemas de salud priorizados, con información local y sobre la implementación de los planes departamentales, utilizando entre otros instrumentos las campañas por temas de bien público establecidos en la ley 19307. f) Desarrollar los acuerdos de complementación necesarios para alcanzar los OSN y las metas resueltas por territorio.
- 12. Seguimiento de las acciones.** La actualización y el monitoreo con carácter político-técnico requieren una Conferencia anual que evalúe los avances, rinda cuentas y ajuste las líneas de acción definidas a nivel nacional y departamental, y/o local. Convocar una Comisión Nacional de Seguimiento con participación intersectorial, que funcione en forma periódica.
- 13. Aportes de los Talleres del IFS.** En los talleres realizados el pasado 31 de mayo participaron representantes de sindicatos de FUS, organizaciones de usuarios de la salud, ONAJPU, de Artigas, Salto, Paysandú, Tacuarembó, Soriano, Durazno, Colonia, San José, Canelones, Maldonado, Rocha y Montevideo. Se trabajaron los 16 problemas críticos priorizados, los 15 propuestos por el MSP mas el problema de salud bucal, que hubo consenso en agregar. Se identificaron temas y problemáticas de determinadas zonas del país y también dentro de Montevideo, y se formularon algunas líneas de acción.

Además de acompañar y enriquecer el presente documento se jerarquizaron los siguientes problemas de salud: a) la contaminación ambiental por plaguicidas y residuos industriales fue enfatizada especialmente en departamentos como Canelones, Lavalleja y Maldonado. b) la atención a la salud en el área rural fue destacada como problema en los departamentos de norte

del país, asociado con la falta de médicos y enfermeras, de medios de traslado de pacientes y mejores coordinaciones interinstitucionales. c) las enfermedades crónicas no transmisibles y en particular la gran cantidad de casos de cáncer fueron señaladas como un tema a investigar más y sobre el cual se debe promover campañas fuertes de impacto en la población y sus hábitos. Hubo preocupación por los alimentos con altos contenidos de sodio, grasas y azúcares, y también por los alimentos transgénicos. d) El consumo de drogas y el suicidio fueron jerarquizados en casi todos los departamentos. e) Los problemas de salud de la primera infancia fueron priorizados como problemas nacionales y en especial en algunas zonas con mayor población infantil. También la falta de espacios adolescentes. f) La violencia de género y generacional se valoró como un problema crítico que requiere acciones mayores, más efectivas, de toda la sociedad. g) los accidentes de tránsito fueron destacados en varios departamentos como problemas principales. h) la automedicación fue mencionada como problema de salud.

14. **Fiscalización y participación comunitaria.** La necesidad de una fiscalización eficiente fue reiterada en casi todos los talleres, así como darle más resolutivez a los organismos de participación social. En todos los talleres se hizo centro en la participación comunitaria más amplia, dentro de las líneas de acción concretas a impulsar ante cada problema priorizado.

Documento entregado por FUS para el taller 3

INVERTIR EN SALUD CAMBIANDO EL MODELO DE ATENCIÓN

A efectos de aportar al debate sobre estos temas la FUS presenta un conjunto de propuestas elaboradas y definidas a nivel de la central de trabajadores así como una serie de comentarios y precisiones sobre temas relevantes planteados por el documento “Financiamiento de la protección social en salud”.

Propuestas acordadas a nivel del PITCNT respecto a este tema

El proceso de concreción del Sistema de Salud tuvo en su aspecto económico el principal avance en materia de universalidad, accesibilidad y justicia social en la carga financiera sanitaria. Sin embargo quedan elementos que es necesario debatir sobre su desarrollo en la próxima etapa.

- a) La igualación del gasto per cápita ajustado por edad y sexo de ASSE con la media mutual.
- b) La reducción del gasto de bolsillo en el sistema mutual expresado en los co – pagos. Definir cuales son las principales trabas y una política de igualación de tasas en todos los prestadores. Contemplar las diferencias en materia de ingresos con una exoneración total de tiques y órdenes para los usuarios con ingresos mas bajos y otra parcial para una franja siguiente.
- c) Las desigualdades salariales, en particular los salarios disparados del sector, debatiendo sobre el tema del tope salarial.
- d) El ingreso de los trabajadores Municipales al Seguro Nacional de Salud.
- e) La asignación presupuestal adecuada para los prestadores públicos.
- f) La inclusión en la definición de las cápitas ajustadas por edad y sexo un diferencial por temas de vulnerabilidad y exclusión social medidos por carencias críticas para asegurar las prestaciones de salud necesarias.
- g) Creación de metas asistenciales de carácter territorial que respondan a planes con objetivos y metas para la población de circunscripciones municipales o departamentales.

Comentarios y señalamientos de FUS a partir del documento del MSP

Cálculos sobre la cápita

Dice el documento del MSP : “Para realizar esta estimación se utilizó información histórica de las IAMC, tanto asistencial como de gasto, en 5 productos asistenciales, a saber: consultas en atención ambulatoria y días cama ocupados en internación domiciliaria, internación en cuidados básicos, internación en cuidados moderados e internación en CTI-CI. Las cápitales del Seguro se estimaron como promedio simple de las cápitales institucionales de un grupo de 6 IAMC seleccionadas en base a criterios de eficiencia relativa y de consistencia en la información presentada.

A diez años de la puesta en marcha de la Reforma, parece un momento propicio para poner sobre la mesa algunos ejes de debate en relación al papel del pago por cápitales, sus posibilidades como elemento regulatorio y a eventuales cambios metodológicos en su estimación”.

Se comparte plenamente esta última afirmación enfatizando la necesidad de articular las formas de financiación y el cambio del modelo de atención, incluyendo en éste el logro de los Objetivos Sanitarios Nacionales. En particular la decisión de financiar centralmente los 5 productos asistenciales mencionados convalidó un modelo asistencial curativo que subestima la prevención y promoción así como la rehabilitación y reinserción, que omite las articulaciones interinstitucionales e intersectoriales y el trabajo en la comunidad . La capita no financia estas actividades y eso ha contribuido a que esas estrategias de cambio no se fortalezcan en todo este período. Las decisiones que se tomaron para poner a andar la reforma deben ajustarse para que los objetivos de esta etapa puedan cumplirse, actuando sobre los pendientes y rezagos como los existentes en el cambio de modelo de atención y de gestión.

Eficiencia, calidad y financiación

Señala el documento del MSP “La incorporación de las dimensiones de eficiencia y calidad en la discusión metodológica de las cápitales resulta de crucial importancia. Asimismo, establecer mecanismos que eviten convalidar engordes innecesarios de costos es central para generar efectivamente algunos de los incentivos deseables que se asocian a este tipo de forma de pago.” *Eficiencia y calidad son parámetros que requieren responder claramente a las preguntas para quienes, en relación con qué problemas, con qué perspectiva de largo plazo y qué medidas de impacto a corto plazo. No es una definición económica, pero tiene consecuencias en el plano económico. Todas las malas opciones que describe el documento, no deben impedir que haya un análisis desde este punto de vista y se comience a trabajar hacia una cápita de excelencia. Para todo eso es preciso centrar esfuerzos en el modelo de atención. No puede ser más plata para lo mismo. Debe ser eficiencia y calidad en un modelo integral que vaya más allá del modelo curativo y asistencialista.*

Racionalidad en el uso de tecnología y medicación.

Dice el MSP . “Es claro que hay una sobreutilización de estudios diagnósticos, de medicamentos, y también de especialistas.” *Encarar esta problemática requiere de dos grandes líneas de acción: a) incrementar la capacidad de resolución de los equipos de primer nivel, con accesibilidad, protocolos, formación continua. b) Desincentivar el uso abusivo de la tecnología. Con la información que se obtenga y se actualice es necesario definir pautas de utilización y auditar las situaciones que se salen claramente de los criterios definidos.*

¿Cómo y en qué estamos gastando?

Sostiene el MSP que “La Reforma de nuestro sistema de salud, en sus inicios, priorizó los cambios en el modelo de financiamiento al reconocer que allí estaban las principales inequidades en el acceso, en la asignación de recursos y los problemas en los incentivos generados en los prestadores. El mayor desafío desde el punto de vista económico consiste ahora en asegurarnos de dar el mejor uso posible a los mayores recursos que se destinaron al sector salud. La sustentabilidad en el mediano y largo plazo del SNIS requiere la profundización en el conocimiento y el análisis de cómo y en qué estamos gastando. De esa forma será posible identificar los cambios necesarios para lograr los objetivos.”

Compartiendo el sentido general del planteo cabe señalar que la decisión de priorizar en el tiempo los aspectos de financiamiento puede entenderse por un análisis situacional a efectos de contar con mas herramientas para encarar todos los desafíos, pero no porque solo allí estuvieran los principales problemas. Como señalamos más arriba la forma de calculo de la cápita muestra que no se incluyeron en esas formas de financiación, las prestaciones relacionadas con un modelo integral de atención a la salud. Si bien eso tal vez no era posible en 2006, mantener esa prioridad en 2017 no se justifica y en los hechos obstaculiza avanzar en los modelos de atención y de gestión.

Las metas asistenciales procuraron avanzar más en otras estrategias sanitarias y su utilización ha sido un elemento positivo, más allá de que sea necesario su evaluación y cambio periódico y en particular desarrollar formas de fiscalización más rigurosas sobre las prácticas efectivas que están detrás de los números presentados por las instituciones.

Señala el MSP que “Otra perspectiva de análisis es observar en qué funciones de salud se gasta. De acuerdo a la última estimación de gasto por funciones correspondiente al año 2000, el gasto en atención curativa representaba 81% del total del gasto en salud; los servicios de atención rehabilitatoria, 1.3%; los servicios de larga estancia, 2.5%, fármacos y otros bienes médicos 10%; mientras que la prevención representaba 0.4% y la administración de programas de salud y aseguramiento correspondía al 4.7% del gasto.

Las cifras son muy fuertes pero también muy viejas. No es posible definir políticas de salud con cifras de estimación del gasto del año 2000. Sería importante, como se plantea el ministerio, tener cifras mas actualizadas y vinculadas con el nuevo modelo de atención. Destaca en la situación pre-reforma la bajísima inversión en prevención y en rehabilitación. Junto a la información actualizada a 2016 que se construirá, es necesario generar un debate que planifique e implemente una transformación sustantiva de las priorizaciones implícitas en esas cifras. El SNIS en la próxima etapa debe promover un cambio en la orientación estratégica del gasto, es decir, necesitamos una reorientación que no es solo económica pero que sin recursos asignados no saldrá de los enunciados teóricos. La prevención y promoción requiere trabajo en redes, vínculos con la comunidad, priorización de problemas locales y nacionales y acción conjunta sobre ellos. La rehabilitación está asimismo subestimada en las prestaciones y los servicios de cuidados privados generan una enorme segmentación donde el poder adquisitivo determina las posibilidades de acceso, violando todos los principios de equidad y universalidad en la cobertura. Todos esos aspectos deben estar contemplados en las formas de financiación.

Describe el MSP que “En el caso de las prestaciones de alto costo o alta complejidad el procedimiento de evaluación es similar pero es realizado por el FNR.”

Corresponde hablar de prestaciones de alto precio si no se tienen estudios de costos y dichos estudios son pertinentes y necesarios para evaluar el ingreso de un medicamento o una técnica al PIAS. Dicho de otra manera, si las relaciones de poder oligopólicas o monopólicas imponen relaciones desmesuradas entre costos y precios de determinados productos para el diagnóstico o a terapéutica, este hecho debe ser analizado desde una visión nacional para procurar las mejores alternativas y debe transparentarse a la población. La relación con el Poder Judicial no debe ser solo de acatamiento a sus decisiones sino que pueden intentarse políticas de asesoramiento, capacitación y trabajo conjunto, como se han realizado en materia de drogas. También el ajuste de las normas legales que enmarcan la acción del Poder Judicial es un camino válido. La participación social que menciona el documento no es la de los actores organizados sino los reclamos individuales, válidos o no, pero que no deben referirse como participación social. Las asimetrías en la información pueden y deben ser corregidas desde la autoridad rectora por lo menos en términos de la consideración democrática de estos temas.

Líneas de acción priorizadas

Destaca el MSP “Finalmente, y volviendo a los instrumentos de política de la Ilustración 3, la forma en que el sistema se organiza y regula resulta también determinante del uso eficiente de los recursos. En este sentido el impulso a la complementación de servicios y acciones de salud entre los prestadores, las propuestas de generación de centros de referencia nacional, y la articulación de servicios en redes de atención, son algunas de las líneas de trabajo que el Ministerio de Salud considera prioritarias para el logro de una atención integral, oportuna y de calidad, y que a la vez resultarán en un mejor aprovechamiento de los recursos.”

Se comparten plenamente las tres líneas de acción planteadas como prioritarias, enfatizando que ellas deben articularse dentro de planes que den respuestas integrales ante los principales problemas de salud de la población. Esas líneas estratégicas forman parte del cambio del modelo de atención hacia un enfoque integral que requiere además otras acciones. Para construir un nuevo modelo se necesita que la prevención y promoción tengan un rol más fuerte y que se realicen acciones conjuntas sobre los determinantes sociales, culturales y ambientales de los problemas de salud. Un modelo integral requiere que se amplie la participación del conjunto de la comunidad en el encare de la salud, y se promuevan articulaciones fuertes a nivel general y a nivel local entre el sistema de salud, el sistema educativo, el entramado comunitario, los gobiernos locales, los medios de comunicación.

Documento entregado por FUS para el taller 4

CALIDAD EN LA SALUD

Propuesta de FUS para el Taller 4 Calidad A 10 años del SNIS.

Montevideo 7 de julio de 2017

La calidad en salud debe concebirse en función de un modelo integral donde esté incluida la acción intersectorial sobre los determinantes sociales y ambientales, la promoción de salud, la prevención de la enfermedad, además del diagnóstico oportuno, la terapéutica adecuada, la rehabilitación y la reinserción.

El modelo hegemónico antes de 2005 prioriza unilateralmente la acción curativa, sin estrategias ni medidas fuertes sobre los determinantes de la salud, escasa prevención y promoción, con uso abusivo de las técnicas de diagnóstico y terapéutica y subestimación clara de la rehabilitación y reinserción. Cuando hablamos de calidad no podemos reducir el enfoque a los servicios asistenciales del sistema de salud, sino que tenemos que abarcar todos los aspectos de una estrategia de APS integral.

Los objetivos que se plantea el SNIS y las prioridades que define para cada etapa deben ordenar las acciones en pos de la calidad y por lo tanto la forma de medirla, monitorearla, evaluar los planes y retroalimentarlos en base a los resultados obtenidos.

Es necesario analizar la calidad en las políticas de prevención y promoción, que son tan o más importantes que la calidad en la labor curativa. La calidad en la articulación intersectorial y en las formas de crear un involucramiento mayor de la sociedad en la construcción de su salud. También en estos campos de la salud importa tener indicadores, analizar estructuras, medir procesos y resultados. Cuando nos planteamos llevar adelante una estrategia global de APS, cuando reivindicamos las declaraciones de Alma Ata, de Yakarta, y la Carta de Ottawa, debemos asumir el desafío de implementarlas en la práctica, en nuestra formación social, creando las alianzas imprescindibles para su desarrollo, evaluando las acciones, los procesos y los resultados, con un enfoque de calidad.

Calidad no es igual a eficiencia aunque ambas dimensiones puedan relacionarse. Y siempre importa mirar críticamente la forma de concebir esas distintas dimensiones. ¿Eficiencia para qué y para quién? Y las respuestas no son únicas ni obvias.

Entre las dimensiones de la calidad en salud es necesario incluir una fundamental: la participación del usuario y la comunidad en la gestación y protección de su salud. Tanto en la estructura, como en los procesos, como en los resultados, esta dimensión nos mostrará un modelo de atención integral y generará condiciones mejores para el empoderamiento de la sociedad respecto a la salud. No es una relación de consumidores y suministradores de servicios sino de protagonistas, de participantes, en una construcción social. Si concebimos la salud como algo distinto a una compra venta, tenemos que luchar por una calidad mayor del involucramiento social en la misma.

Protocolización de la atención en salud. La definición de protocolos de actuación en salud es un elemento central para alcanzar mayores niveles de calidad tanto asistencial como preventiva, con un uso racional de los recursos. De esta forma se procura una mayor unidad de acción del equipo de salud, tanto en el diagnóstico como en la terapéutica, utilizando la mejor evidencia científica disponible y con mayor seguridad para el usuario. En un sistema como el SNIS con muchos prestadores de salud de características diferentes, es muy importante protocolizar las actuaciones. La forma como se elaboran, implementan, evalúan y actualizan los protocolos y guías clínicas debe estar claramente establecida incluyendo a todos los actores involucrados desde las organizaciones sociales, los técnicos actuantes, la academia, las instituciones, la cooperación internacional, con la rectoría del MSP. La protocolización facilita la coordinación entre los servicios involucrados, evitando demoras e interferencias, utilizando en forma más eficiente los recursos. De esta forma se promueven intervenciones cuyo beneficio está probado y se desincentivan las menos efectivas, disminuyendo la posibilidad de iatrogenias, individuales o institucionales. La gestión clínica se beneficia del establecimiento de criterios claros en el diagnóstico, tratamiento, derivación, rehabilitación y reinserción. Esta forma de trabajar permite la obtención de mejor información sobre las actividades realizadas, el análisis de la experiencia y problemas específicos, y el diseño de acciones correctivas. La evaluación interna y externa tienen condiciones superiores para monitorear los procesos y desarrollar planes hacia mayor calidad. Médicos, enfermeras, otros integrantes del equipo de salud y los propios usuarios pueden decidir así sobre la mejor manera de actuar frente a determinadas situaciones. Al tomar en cuenta los valores y preferencias del paciente la protocolización genera mejores condiciones para la adhesión a los tratamientos, una mayor capacidad de autocuidado y de tomar decisiones. Es decir permiten un protagonismo mayor del usuario en el manejo de su enfermedad y su salud.

Formación continua del personal de salud. La formación curricular de base es un capítulo fundamental que debe adecuarse a la estrategia sanitaria y al modelo de atención que trata de construir el SNIS. Pero es insuficiente en un contexto de muchos avances científicos y revisión de prácticas asistenciales referidas a problemas prioritarios de salud. La formación continua no puede quedar librada a la voluntad de cada técnico o trabajador, sino que debe estar estructurada en planes concretos, que asuman un diseño en espiral, para generar progresivamente respuestas de mayor calidad en la atención. No hay avances en calidad sin un incremento sustancial en la formación continua del personal de la salud incluyendo los aspectos técnicos, éticos y de gestión y relaciones humanas. Completar Estudios y la Profesionalización son dos capítulos fundamentales en una estrategia de este tipo y la FUS ha presentado propuestas claras y ambiciosas de avance en este plano. Del diálogo fecundo con las facultades y escuelas del área de la salud la FUS entiende que son necesarios además planes de formación continua con impacto que tengan en cuenta el modelo asistencial integral, los Objetivos Sanitarios Nacionales y los protocolos de actuación definidos. Planes necesarios y posibles, con una asignación de recursos adecuada y sobre todo voluntad política para su efectiva implementación.

Aspectos prioritarios de calidad en la salud

Si bien las políticas de calidad deben alcanzar a todas las intervenciones en salud y dentro de ellas a todas las que realiza el sistema de salud, importa definir los aspectos a priorizar en la próxima etapa para concentrar esfuerzos y recursos en ellos. La metodología a emplear y la construcción de indicadores debe incorporar enfoques cuantitativos y cualitativos. En tal sentido proponemos los siguientes aspectos:

- 1) **Desarrollo efectivo de estrategias de prevención y promoción.** Los indicadores a construir deben contemplar : a) trabajo interinstitucional entre efectores de salud .b) labor intersectorial entre actores de la salud, del sistema educativo y de la comunidad en función de los problemas prioritarios. c) campañas de educación sobre problemas priorizados a nivel nacional o local, relevando cantidad de participantes en las mismas.
- 2) **Atención de calidad adecuada en el primer nivel:** Indicadores a construir que contemplen: a) Acceso rápido a la atención. b) Red de centros de atención de primer nivel en el territorio c) Definición de Zonas de Intervención Territorial para cada centro de atención de primer nivel, con asignación de población a cubrir. d) Capacidad de resolución del primer nivel de atención. e) Referencia y contrareferencia ágiles, informatizadas, que tengan procedimientos claramente establecidos, cuyo funcionamiento se audite.
- 3) **Dotación adecuada y organización eficiente de los servicios.** Contar con la dotación adecuada de RRHH, con el equipamiento necesario, con una buena organización interna y un trabajo en equipo son elementos básicos de la calidad en la atención. También con criterios claros de derivación cuando corresponda . Tener un trabajo en equipo basado en reglas claras y responsabilidades delimitadas, con objetivos y planes discutidos y conocidos por todos, con reuniones periódicas de evaluación y retroalimentación, son cuestiones fundamentales. Producir información pertinente y de calidad sobre los procesos y convertirla en conocimientos útiles es otra de las claves. Sobre esos aspectos es necesario construir indicadores para evaluar los avances en cada uno de ellos y su interrelación en aras de una mayor calidad de la atención.

El incremento de la cobertura asistencial, la mayor utilización de los servicios por parte de los usuarios, la definición de prestaciones obligatorias en el PIAS, entre otros factores, han modificado las condiciones de atención en la última década. Las políticas de calidad deben prestar una atención muy cercana a estos procesos, para garantizar su desempeño y evitar el deterioro asistencial en algunas áreas. La definición de problemas de salud prioritarios es una guía fundamental para ordenar recursos, acciones, informaciones, y calidad en salud. La planificación estratégica debe ser la herramienta para ordenar adecuadamente las acciones.

- 4) **Creación de un sistema de atención de urgencias y emergencias.** En todos los planos de la salud la fragmentación de los servicios es un problema grave y de allí la necesidad de fortalecer los componentes sistémicos de la atención. En el caso de la atención de urgencia y emergencia esto es particularmente importante, ya que el sector evolucionó hacia la creación de más empresas especializadas que además de brindar estos servicios deben articular con los prestadores integrales.

Hay dos elementos a jerarquizar en el próximo período: a) la implementación efectiva y eficiente de la atención de urgencia en cualquier efector más allá de la cobertura asistencial del usuario, con pago por parte del Fonasa de las prestaciones brindadas. b) la generalización de la capacitación a la comunidad para la Reanimación Cardio Pulmonar y la instalación amplia de cardiodesfibriladores.

- 5) **Optimizar la atención hospitalaria.** Si bien es el sector donde tradicionalmente se han concentrado los recursos y también los esfuerzos en pos de mayor calidad asistencial, todavía hay mucho por hacer en ese plano. Muchas veces se pone el énfasis en las prestaciones de mayor costo, en los días/cama de internación, en las camas de CTI, en las tomografías y resonancias, las infecciones hospitalarias y seguridad del paciente, para procurar su utilización eficiente. Sin embargo hay otros aspectos como la higiene, la funcionalidad de las estructuras asistenciales, el trato con internados y familiares, que son relevantes para una mayor calidad y para la satisfacción

del paciente. Si bien se han creado las Comisiones de Seguridad del Paciente, las mismas deben tener más relevancia, monitoreo y evaluación, abarcando todas las áreas y no solo algunas.

6) Rehabilitación y reinserción. Históricamente postergados por el modelo curativo y asistencialista, estos pasos del proceso salud/enfermedad, deben ser jerarquizados. Hay que incluirlos en la planificación de las intervenciones, protocolizar las actuaciones, enfatizar los componentes de educación para la salud, prestar atención a las condiciones y procesos dentro del centro hospitalario y también en la familia y la comunidad. No pueden quedar afuera de las políticas de calidad.

Las debilidades estructurales de los cuidados en nuestras sociedades influyen para reproducir las inequidades resultantes del poder adquisitivo, en el acceso a los cuidados. Mientras el SNIS aseguró mayor equidad en la atención de salud a través del Seguro Nacional y el FONASA, en rehabilitación y reinserción sigue habiendo distancias muy grandes entre ricos y pobres.

Documento entregado por organizaciones sociales y sindicales

Aspectos Programáticos a incluir en un debate sobre el proceso del Sistema de Salud en el Uruguay.

La salud es un derecho humano, un bien público y una construcción social que requiere estrategias y acciones claras para su concreción. En esa dirección la creación del SNIS fue el inicio de un cambio estructural positivo, que permitió avances significativos en la cobertura, las prestaciones y la equidad. Es una bandera histórica y una propuesta programática de los trabajadores y del movimiento popular. Hemos luchado por ella y estamos dispuestos a seguir peleando para que no retroceda ni se estanque. Como todo proceso complejo está lejos de haber culminado. La atención, la gestión y la financiación de la salud requieren mayores acciones transformadoras. A 10 años del comienzo de esos cambios es necesario identificar donde están los nudos centrales de la salud y cuales son las medidas prioritarias para su profundización en esta etapa. El intercambio y la movilización social son un camino fermental para que toda la sociedad asuma como protagonista los desafíos de la salud. Estos son nuestras propuestas para un amplio debate social y político que genere compromisos y acciones en ese rumbo.

I) Aspectos socio-sanitarios

1) Complementación dentro del SNIS . Un tema central en el proceso futuro se refiere al tema de la complementación asistencial, sea entre privado y privado, entre privado y públicos o dentro del sector público.

Los problemas de complementación mal organizados han generado competencia espúrea, duplicación de recursos, inversiones excesivas en relación a la demanda y provocan problemas de calidad por las escalas de producción.

Debatir este tema para su mejora implica discutir al menos los siguientes puntos:

- La fijación por parte de la JUNASA de precios de referencia para las principales prestaciones sanitarias que son objeto del intercambio asistencial (imagenología, camas CTI, etc)
- La definición de estructuras máximas para ciertas prestaciones por localidad. (por ejemplo maternidades y puertas de urgencia)
- Mecanismos de compensación de prestaciones entre prestadores, de manera de garantizar la atención de todas las personas en cualquier lugar del país. Ejemplo: la atención en zonas rurales.
- Elaboración de un proyecto de ley que establezca la obligatoriedad de la complementación en determinadas condiciones como parte de los contratos de gestión.

- 2) Cobertura prestacional . Un segundo tema sanitario central es el que se refiere a la cobertura prestacional (PIAS) ya que siempre habrá nuevas prestaciones a incorporar que deben evaluarse considerando la carga de enfermedad de nuestra población, y debe priorizarse, propiciando ganancias de eficiencia en el uso de recursos que puedan entonces destinarse a más y mejores prestaciones.

En ese sentido es parte del debate la ampliación de las prestaciones de salud mental, el desarrollo con más profundidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y el proceso de incorporación a la salud colectiva (PIAS) de las prestaciones de salud bucal.

- 3) OSN y Planes Integrales de Salud. Un tercer tema sanitario es la definición e implementación de Planes Integrales de Salud para alcanzar los Objetivos Sanitarios Nacionales. Además de su dimensión nacional estas metas y líneas de acción requieren una elaboración y concreción local dadas las diferencias existentes entre los diferentes territorios.

El abordaje integral necesario para el encare de los problemas prioritarios de salud implica una visión intersectorial y las articulaciones correspondientes con los actores involucrados en cada caso (sistema educativo, sistema de cuidados, actores y dispositivos comunitarios, actores ambientales,

- 4) Política de medicamentos y tecnología. Un cuarto tema sanitario es fortalecer una política de uso racional de los medicamentos y tecnología. El uso acrítico y no protocolizado de medicamentos y tecnología, las presiones para incorporar toda la medicación de alto precio que va surgiendo a nivel internacional, son funcionales al lucro dentro del sector y van en desmedro de la calidad de la atención.

- 5) Campañas de promoción y educación para la salud. La ley 19307 (art 95) establece la posibilidad de campañas gratuitas por temas de bien público en todos los medios de comunicación. La salud y sus determinantes es uno de los campos donde este tipo de campañas son más necesarias, reforzando los programas integrales de salud, apuntando a los hábitos, estilos y condiciones de vida que permitan una mejor salud.

II) Aspectos económicos y financieros

El proceso de concreción del Sistema de Salud tuvo en su aspecto económico el principal avance en materia de universalidad, accesibilidad y justicia social en la carga financiera sanitaria. Sin embargo nos quedan elementos que es necesario debatir sobre su desarrollo.

- a) La igualación del gasto per cápita ajustado por edad y sexo de ASSE con la media mutual.
- b) La reducción del gasto de bolsillo en el sistema mutual expresado en los co – pagos. Definir cuales son las principales trabas y una política de igualación de tasas en todos los prestadores. Contemplar las diferencias en materia de ingresos con una exoneración total de tiques y órdenes para los usuarios con ingresos mas bajos y otra parcial para una franja siguiente.
- c) Las desigualdades salariales, en particular los salarios disparados del sector, debatiendo sobre el tema del tope salarial.
- d) El ingreso de los trabajadores Municipales al Seguro Nacional de Salud.
- e) La asignación presupuestal adecuada para los prestadores públicos.

- f) La inclusión en la definición de las cápitas ajustadas por edad y sexo un diferencial por temas de vulnerabilidad y exclusión social por carencias críticas para asegurar las prestaciones de salud necesarias.
- g) Creación de metas asistenciales de carácter territorial que respondan a planes con objetivos y metas para la población de circunscripciones municipales o departamentales.

III) Aspectos de participación y gestión

1) Fortalecer la rectoría del MSP.

Presupuesto acorde a sus responsabilidades en un sistema de la complejidad y dimensiones del SNIS, con personal altamente calificado, remuneraciones adecuadas, dedicación exclusiva. Desarrollo mayor de las funciones de control y fiscalización.

2) Integración de ASSE a la JUNASA. Para fortalecer el rol de la Junasa como gobernanza participativa del SNIS corresponde la integración de ASSE a la JUNASA como principal efector público del país y coordinador del sector público en su totalidad.

3) Fortalecer el rol de las JUDESAS y JULOSAS asegurando:

- a) regularidad mensual en su funcionamiento, con información, discusión y resolución adecuadas de todos los temas, así como seguimiento de las resoluciones y actas de funcionamiento que se envíen a los actores locales y a la Junasa.
- b) definición de problemas prioritarios de salud en el departamento con una metodología participativa, sobre la base de un diagnóstico local, y en consonancia con los Objetivos Sanitarios Nacionales.
- c) Elaboración, resolución y puesta en práctica de líneas de acción conjuntas organizadas en Planes Departamentales referidas a los problemas prioritarios teniendo en cuenta los programas de salud. Además de la articulación interinstitucional y social dentro del sistema de salud, coordinar las acciones con el sistema educativo, de cuidados, gobiernos departamentales y municipales y otros que corresponda.
- d) Fortalecer la participación social y comunitaria en las políticas de salud a través de campañas y acciones que prioricen la participación de la población y de sus organizaciones en las mismas.
- e) Asegurar la realización de Asambleas anuales de rendición de cuentas, definición de problemas prioritarios y líneas de acción conjuntas.
- f) Promover desde Judesas y Julosas una estrategia de creación de Redes de Salud por ámbito territorial como base de funcionamiento del SNIS en los ámbitos locales. Las Redes de Salud están integradas por todos los efectores públicos y privados y todos los actores sociales de los trabajadores, usuarios y comunidad, los municipios y gobiernos departamentales, según el territorio que abarquen.

4) Fortalecer el rol de los Consejos Asesores y Consultivos asegurando:

- a) regularidad, información y tratamiento adecuado de los temas, con actas que se eleven a la Judesa respectiva.
- b) Establecer la información y discusión en los Cjos Consultivos como condición preceptiva para la aprobación de proyectos de sobre cuota de inversión o toda definición estratégica de las instituciones.
- c) que cada institución brinde las herramientas necesarias para la comunicación con la población usuaria.
- d) Análisis anual de los problemas de salud prioritarios de la población y las

líneas de acción respecto a los mismos. e) Asambleas anuales organizadas por el Cjo Consultivo para rendir cuentas y discutir prioridades con los usuarios.

5) Realización anual de una Conferencia Nacional de Salud para poner en común los pasos dados, los problemas principales y las perspectivas, con preparación previa en cada departamento o municipio.

6) Estímulo y difusión de las experiencias más exitosas en participación social en salud. Creación de un Premio Nacional a la Participación Social en Salud para estimular el desarrollo de proyectos y experiencias donde los actores sociales sean protagonistas. Definir una Cartelera Nacional donde se recojan, reconozcan y divulguen los mejores proyectos o experiencias en este plano.

7) Profesionalización de la gestión. Establecer el llamado a concurso como mecanismo de acceso a todos los cargos medios y altos hasta un nivel a definir en las instituciones de salud . Definir la dedicación exclusiva para los cargos de dirección . Asegurarla transparencia y combatir el conflicto de intereses en la gestión de todas las instituciones de salud públicas y privadas. Establecer toques a la carga horaria individual en el sector. Establecer toques razonables a los ingresos gerenciales en el sector, por ej. las remuneraciones totales de un ministro.

Fortalecer un sistema de información para la gestión, con la calidad, los controles y la democratización correspondientes.

8) Contra la especulación y el lucro. El control y el cuidado económico financiero de la reforma, así como sus componentes éticos , implican combatir la especulación mercantil en sus distintas manifestaciones como la intermediación lucrativa de usuarios y la publicidad y marketing.

9) Políticas más fuertes y consistentes en materia de RRHH. En el marco de la definición de políticas y líneas claras de acción en materia de RRHH entendemos imprescindible el establecimiento de metas concretas con indicadores de cumplimiento, en las siguientes propuestas:

- 1) Plan para Completar Estudios dirigido a todos los funcionarios para que puedan completar bachillerato. Dicho Plan tendrá un plazo de tres años, con compromisos concretos para cada año. La formación en este plano es un estímulo y una motivación para los trabajadores, que incrementa la capacidad de encarar múltiples problemas y situaciones, calificando su rol laboral.
- 2) Proceso de profesionalización en enfermería con los rrhh que ya integran el sistema cuya meta sea alcanzar a 1000 nuevas licenciadas a nivel nacional por año.

En el resto de las áreas como la alimentación, servicio, administración, mantenimiento y otras , establecer trayectorias de desarrollo profesional. Esta propuesta constituye un inicio para llegar a la cantidad y calidad de RRHH necesarios en el sector . Deben preverse los recursos para su puesta en práctica.

3) Plan de Formación Continua que contemple dos prioridades:

A) respuestas actualizadas a los problemas principales de salud

B) estimular el desarrollo de un modelo integral de atención a la salud.

La priorización de problemas de salud debe contemplar la situación socioepidemiológica general y local, así como la participación social en su definición. Generar estímulos para la formación continua y asegurar su aplicación efectiva en la prevención, atención, rehabilitación y re inserción.

4) Desarrollar políticas de valorización , satisfacción y dignificación del trabajo y las tareas específicas.

- a) Monitorear el cumplimiento de las coberturas de dotaciones necesarias según complejidad del área, desarrollo del Primer Nivel de Atención en consonancia con los Objetivos Sanitarios.
 - b) Promover una investigación sobre los factores de enfermedad, insatisfacción y stress en el trabajo, así como sobre los factores protectores. Con los resultados diseñar y aplicar los correctivos necesarios para combatir los primeros y promover los segundos. Incluyendo la aplicación de un régimen jubilatorio bonificado para algunos sectores.
 - c) Implementar mecanismos de fortalecimiento del trabajo en equipo, reuniones periódicas de todo el personal, diagnóstico de cada servicio, formulación de planes y objetivos anuales, reconocimiento y valorización del trabajo. Cuidar al cuidador.
 - d) Definición de medidas que mitiguen la afectación de trabajadores y sus familias por las condiciones de trabajo, y en particular las mujeres trabajadoras.
- 5) Definir una estructura escalafonaria y una carrera funcional en ASSE que permita a todos los trabajadores tener posibilidades de desarrollo dentro la institución. Establecer denominaciones de cargos que especifiquen perfiles de formación, tareas y funciones y responsabilidades.
- 6) Elaboración y aprobación de un Plan Estratégico de RRHH para los próximos 25 años, tanto en cantidad como calidad de los mismos.

Federación Uruguaya de la Salud
Federación de Funcionarios de Salud Pública
Sindicato Médico del Uruguay
Organización Nacional de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas del Uruguay
Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada
Espacio Participativo de Usuarios de la Salud
Asociación de Usuarios del Sistema de Salud
PIT-CNT

Listado de participantes

ASSE	Susana Muñiz
ASSE	Mauricio Ardue
ASSE	Jorge Rodríguez Rienzi
ASSE	Natalia Pereyra
ASSE	Pablo Cabrera
ASSE	Richard Millán
ASSE	Amparo Paulós
ASSE	Natalia Patisson
ASSE	Patricia González
ASSE	Carlos Valli
ASSE	Gabriela Medina
ASSE	Marcelo Lens
ASSE	Gabriela Barragán
ASSE	Gabriela Díaz
ASSE	Álvaro Santoro
ASSE	Pilar González Ortuya
ASSE	Cecilia Borca
ASSE	Laura Capote
BSE	Roberto De León
BPS	Oscar Acuña
CIES	Luis González Machado
CIES	Martín Salgado
COMISIÓN DE BIOÉTICA MSP	Rita D'Alessio
COMISIÓN DE BIOÉTICA MSP	Inés Umpierrez
COMISIÓN DE BIOÉTICA MSP	Yubarandt Bepali
COMISIÓN DE BIOÉTICA MSP	Sylvia Piovesan
COMISIÓN DE BIOÉTICA MSP	Juan José Di Genova
COMISIÓN DE BIOÉTICA MSP	Nelson Puyares
COMISIÓN DE BIOÉTICA MSP	Lil Cardoso
COLEGIO ENFERMERAS	Cecilia De Souza
DNSFFAA	Marín Gentini
DNSP	Juan Carlos Díaz

EPUS	Wilfredo López
EPUS	Elsa Rovira
EPUS	Sirley Villar
EPUS	Manuel Maneyro
EX MINISTRO DE SALUD PÚBLICA	Daniel Olesker
FACULTAD DE ENFERMERÍA	Fernando Bertolotto
FACULTAD DE ENFERMERÍA	Mercedes Pérez
FACULTAD DE MEDICINA	Rodolfo Levin
FACULTAD DE MEDICINA	Mercedes Bernadá
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	Silvana Blanco
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	Mónica Martínez
FACULTAD DE PSICOLOGÍA	Ma. Julia Perea
FACULTAD DE QUÍMICA	Graciela Borthagaray
FEMI	Marta Moraes
FEMI	Damián Oliari
FEPREMI	Ariel Bango
FEPREMI	Leonardo Godoy
FEPREMI	Baltasar Aguilar
FEPREMI	Aníbal Cataldo
FFSP	Gustavo Gianre
FFSP	Pablo Estevez
FFSP	Gabriela García
FFSP	Martín Pereira
IFS-FUS	Jorge Venegas
IFS-FUS	Pablo Anzalone
IFS-FUS	Laura Molina
FUS	Jorge Bermúdez
FUS	Leda Ballesteros
FUS	Eolo Mendoza
FUS	Héctor Dos Santos
FUS	Pablo Da Rocha
FUS	Pablo Alberro
FUS	Rosana Lombardo
IM	Alicia Guerra
IM	Analice Berón
JUNASA (trabajadores)	Mario Mujica

JUNASA (usuarios)	Jorge Moreira
JUNASA (usuarios)	Nelson Sena
JUNASA (MSP)	Gilberto Ríos
MEF	Magdalena Terra
MEF	Braulio Zelco
MEF	Oriana Montti
MEF	Leticia Zumar
MNUSPP	Elisa Sánchez
MNUSPP	Lucía Martínez
MNUSPP	Griselda Demasi
MNUSPP	Roberto Giménez
MNUSPP	Ma. de los Ángeles Rodríguez Lago
MNUSPP	Fernando Fernández
MNUSPP	Sergio Diez Coma
MNUSPP	Zulis Goyén
MNUSPP	Ivonne Lima
Organización Usuarios del Cerro	Silvia Gabriel
Organización Usuarios del Cerro	Andrea Giménez Guillen
Organización Usuarios del Cerro	Brenda Bogliaccini
Organización Usuarios del Cerro	Marina María Escudero
Organización Usuarios del Cerro	Jorge Bentancour
MSP (DDS Artigas)	Emilio Toma
MSP (DDS Canelones)	Carlos Pose
MSP (Cerro Largo)	Héctor Yon
MSP (DDS Colonia)	Jorge Mota
MSP (DDS Durazno)	Ana Tomasco
MSP (DDS Flores)	Ana Cecilia García
MSP (DDS Florida)	Luis Delgado
MSP (DDS Lavalleja)	Miguel Paradedda
MSP (DDS Maldonado)	Mónica Otormín
MSP (DDS Montevideo)	Gabriel Reherrmann
MSP (DDS Paysandú)	Juan Gorosterrazú
MSP (DDS Río Negro)	Paolo Centomo
MSP (DDS Rivera)	Aida Gonzalvez
MSP (DDS Rocha)	Mauricio Moreno
MSP (DDS Salto)	Cristina González

MSP (DDS Soriano)	Alejandro Crosi
MSP (DDS Tacuarembó)	Carlos Benavides
MSP (DDS Treinta y Tres)	Susana Bouyssounade
MSP (DDS San José)	María Noel Battaglino
MSP – Ministro	Jorge Basso
MSP – Subsecretaria	Cristina Lustemberg
MSP – Director General de Secretaría	Humberto Ruocco
MSP – Director General de la Salud	Jorge Quián
MSP – Presidente de la JUNASA	Arturo Echevarría
MSP – Directora General de Coordinación	Adriana Brescia
MSP – Sub Directora General de Salud	Raquel Rosa
MSP – Adjunto – Coordinación Jornadas	Aníbal Suárez
MSP – Adjunto – Coordinación Jornadas	Félix González
MSP – Directora Comunicación	Soledad Acuña
MSP – Adjunta	Lourdes Galván
MSP	Oscar Gianneo
MSP	Yeni Hortonedá
MSP (contenidista taller 1)	Gabriela Pradere
MSP (contenidista taller 1)	Cecilia Cárpena
MSP (contenidista taller 1)	Cinthya Buffa
MSP (contenidista taller 2)	Laura Alonso
MSP (contenidista taller 2)	Wilson Benia
MSP (contenidista taller 2)	Ima León
MSP (contenidista taller 3)	Ida Oreggioni
MSP (contenidista taller 3)	Laura Rivas
MSP (contenidista taller 3)	Victoria Arbulo
MSP (contenidista taller 3)	Giselle Jorcin
MSP (contenidista taller 3)	Gustavo Rak
MSP (contenidista taller 4)	Marcelo Barbato
MSP (contenidista taller 4)	Mario Godino
MSP (relatoría de talleres)	Susana Otero
MSP (relatoría)	Pablo Cechi
MSP (relatoría)	María Bonapelch
MSP (relatoría)	Sonaly Da Silva
MSP (relatoría)	Andrés Reyes
MSP (relatoría)	Isabel Pérez

MSP (coordinación talleres)	Ricardo Alberti
MSP (coordinación talleres)	Sandra Moresino
MSP (coordinación talleres)	Diego Rossi
MSP (desgrabación)	Alejandra Arrarte
MUCAM	Daniel Porcaro
PLEMU	Leticia Rieppi
ONAJPU	Elizabeth Meizoso
ONAJPU	Rita Santa Lucía
ONAJPU	Carmen Millán
ONAJPU	José Oyarbide
SMU	Gustavo Grecco
UMU	Marcela Eguiluz
UNIVERSIDAD CATÓLICA	Rosana Tessa
UNIVERSIDAD CATÓLICA	Augusto Ferreira
UNIVERSIDAD DE MONTEVIDEO	Daniel Paredes
UNIVERSIDAD DE MONTEVIDEO	Andrea Giménez

Fotos de las jornadas













Impreso en:
Marta Pérez Ríos (Impresos DIB)
en Abril de 2018
Diseño; Ser Gráficos
ISBN: 978-9974-8602-0-9
Dep. Legal: 373.337



PRESIDENCIA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY



f Ministerio de Salud – Uruguay
@MSPUruguay
www.msp.gub.uy

ISBN: 978-9974-8602-0-9



9 789974 860209