

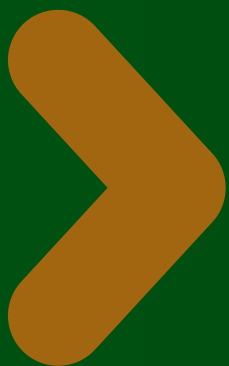
AVANCES EN LA CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD



OPS







Catalogacion en la fuente

Uruguay. Ministerio de Salud Pública

Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: Ministerio de Salud Pública, 2019. 198 p.

ISBN 978-9974-8602-6-1

Sistemas Nacionales de Salud. 2. Financiación de la Atención de Salud. 3. Regionalización. 4. Tecnología Biomédica. 5. Personal de Salud. I. Uruguay.

NLM: W 84

Autoridades Ministerio de Salud Pública

Dr. Jorge Basso Ministro de Salud Pública

Dr. Jorge Quián Subsecretario de Salud Pública

Dra. Raquel Rosa Directora General de la Salud

Dr. Gilberto Ríos Sub Dirección General de la Salud

Sr. Humberto Ruocco Director General de Secretaría

Ec. Arturo Echeverría Presidente de la Junta Nacional de Salud

Dra. Adriana Brescia Directora de la Dirección General de Coordinación

Organización Panamericana de la Salud

Dr. Giovanni Escalante Representante OPS/OMS en Uruguay

Coordinación de la publicación:

Dr. Joaquín Bazzano, Dr. Wilson Benia, Dr. Gilberto Ríos.

Diseño y Diagramación: Sr. Alvaro Nari. Área de Comunicaciones OPS/OMS Uruguay

Contribuciones al documento: Ec. Lucía Aicardi, Ec. Victoria Arbulo, Dr. Joaquín Bazzano, Dr. Wilson Benia, Soc. Soledad Bonapelch, Dra. Adriana Brescia, Soc. Cyntia Buffa, Dr. Miguel Fernández Galeano, Dr. Oscar Gianneo, Lic. Estela Harispe, Dra. Ima León, QF. Beatriz Luna, Ec. Joaquín Méndez, Lic. Sandra Moresino, Soc. Sergio Nuñez, Ec. Ida Oreggioni, Dra. Ana Pérez, Ec. Gabriela Pradere, Ec. Gustavo Rak, Ec. Cecilia Regueira, Lic. Inés Reyes, Ec. Laura Rivas, Soc. Alejandra Toledo, Ec. Mijail Yapor.

noviembre, 2019





ÍNDICE

Prólogo Ministerio de Salud Pública .. 8
Prólogo Organización Panamericana de la Salud .. 10
Presentación .. 12

SECCIÓN 1. Avances en la Rectoría .. 14

Capítulo 1. Objetivos Sanitarios Nacionales. Planificación y evaluación de las políticas sanitarias 2015-2020 .. 16

Capítulo 2. Establecimiento de prioridades en la incorporación de tecnologías al plan de cobertura universal (PIAS) .. 52

Capítulo 3. Regulación de productos de salud y Evaluación de tecnologías de salud: dos estrategias específicas de fortalecimiento de los sistemas de salud .. 72

SECCIÓN 2. Avances en el Financiamiento del SNIS .. 84

Capítulo 4. 11 años del Seguro Nacional de Salud .. 86

Capítulo 5. Las Cuentas de Salud en la construcción del SNIS .. 104

SECCIÓN 3. Avances y desafíos en el Modelo de Atención .. 122

Capítulo 6. Oportunidades y desafíos del trabajo en redes y la complementación para superar la fragmentación .. 124

Capítulo 7. Fortalecimiento de la regionalización de ASSE desde una perspectiva de redes integradas de servicios de salud .. 134

SECCIÓN 4. Avances y desafíos en el Modelo de Gestión .. 152

Capítulo 8. Sistema de agenda de consulta externa .. 154

Capítulo 9. Las políticas de personal de salud en la última década .. 172

Prologo Ministerio de Salud Pública

Al comenzar la actual administración, se entendió necesario definir lineamientos estratégicos que guiarían el accionar del gobierno en este período. Destacamos la definición de Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) al 2020; el profundizar en más y mejor SNIS; jerarquizar la calidad asistencial; seguir fortaleciendo el rol de rectoría del MSP robusteciendo su papel en relación a las Funciones Esenciales de Salud Pública y en la administración del Seguro Nacional de Salud (SNS); formular una política de RRHH que tenga en cuenta la situación actual y plantee cuáles son las nuevas necesidades a nivel nacional; avanzar en la participación social de usuarios y trabajadores con una clara política de comunicación en materia de prevención en salud en el marco de la reforma sanitaria.

Muchas de estas prioridades generaron decisiones y cursos de acción concretos a partir de un trabajo técnico interdisciplinario y un relacionamiento con la sociedad civil en general, con resultados que se sistematizan en esta publicación y quedan claramente documentados. Asimismo, se señalan los importantes avances realizados en los nuevos desafíos que oportunamente fueron evaluados en una amplia convocatoria al cumplirse los 10 primeros años de la reforma en curso.

La continua transformación de la sociedad y sus determinantes supone abordar un complejo entramado de intereses en el marco de alcanzar la cobertura universal y la mejora en el acceso a una atención de calidad. Nuevas demandas a partir de una sociedad más compleja, también con más expectativa de vida, requieren de respuestas concretas, con criterios de priorización que incorporen los saberes de la academia, pero también de los actores sociales, particularmente de usuarios y trabajadores. Se trata de generar la necesaria acumulación crítica requerida, para hacer primar el interés general por sobre los demás intereses sectoriales y corporativos existentes, y en esa tarea hemos estado trabajando intensamente durante estos años.

Los avances que los capítulos analizan fueron posibles por el compromiso de los funcionarios y trabajadores de los distintos ámbitos del Ministerio de Salud, de ASSE como principal prestador público del SNIS, y del conjunto del personal de salud y responsables de la conducción de los prestadores privados. Asimismo, debemos mencionar al conjunto de instituciones que desde el campo intersectorial han contribuido a los complejos procesos de mejora, particularmente nos referimos a los ámbitos académicos de la UDELAR.

Debe señalarse también el apoyo de la cooperación internacional, particularmente la OPS/OMS al igual que otras agencias del Sistema de Naciones Unidas, como UNFPA y UNICEF que contribuyeron en distintos momentos y con recursos diversos, a concretar los avances que aquí se presentan.

Esperando que este material sea de utilidad y signifique el reconocimiento al esfuerzo colectivo realizado para seguir alcanzando las mejores metas hacia las que avanza nuestro país.

Dr. Jorge Basso
Ministro de Salud Pública



Prólogo Organización Panamericana de la Salud

Este documento describe la evolución del proceso de reforma en salud y sus efectos favorables mensurables por resultados como la notable reducción de la mortalidad prematura, la disminución de la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como creciente adquisición de conductas saludables por parte de la población uruguaya. El Estado uruguayo ha apostado por la Salud Universal cuya premisa constitucional es el derecho a la salud y, la transformación progresiva de su sistema de salud para disminuir las barreras de acceso, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención.

Producto de los múltiples encuentros con los equipos directivos y técnicos del Ministerio de Salud Pública, los prestadores públicos y privados, parlamentarios, organismos no gubernamentales y población usuaria de los servicios, es posible hacer énfasis en que hay logros y resultados positivos del sector salud.

Más aún, las encuestas de opinión muestran que el sector salud no está en el ámbito de mayor preocupación, pues existe una percepción de satisfacción. Es cierto también que el conjunto de la sociedad tiene una vocación por continuar con las mejoras y hay permeabilidad a las críticas o recomendaciones para su perfeccionamiento. Esta última observación es otro notable factor que servirá de buena práctica para procesos similares en América Latina y el Caribe.

Además, la reforma implementada incidió en simultáneo en los modelos de rectoría, gobernanza, prestación, organización, gestión y financiamiento. Esta publicación muestra sus principales características y cómo las transformaciones fueron produciendo los efectos deseados.

Aprovecho la ocasión para resaltar que la República Oriental del Uruguay ha logrado poner en marcha, en su plenitud, la “Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud” aprobada por el pleno de los Estados Miembro de la OPS/OMS en octubre de 2014. Un importante conjunto de actores clave del sector salud tomó nota de los acuerdos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los Objetivos de Desarrollo Sostenibles, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2030 y otras orientaciones; construyó paulatinamente un marco coherente de políticas de estado

en salud con sus instrumentos de planificación como los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 y los desarrolló en todos los ámbitos. La descripción de la experiencia uruguaya muestra las siguientes buenas prácticas:

- Desarrollo de mecanismos formales de participación y diálogo a través de la Junta Nacional de Salud (JUNASA), las Juntas Departamentales de Salud (JUDESAS) y las Juntas Locales de Salud (JULOSAS) destinadas a la formulación e implementación de políticas inclusivas y la rendición de cuentas.
- Establecimiento de las metas y objetivos nacionales con indicadores y mediciones sistemáticas de la disponibilidad, accesibilidad, procesos y resultados tangibles.
- Desarrollo de la gobernanza y rectoría del sector de la salud mediante un liderazgo dentro del sector e intersectorialmente para incidir en los determinantes sociales de la salud.
- Facilitación y organización del acceso universal a servicios de salud integrales, de calidad y de ampliación progresiva acordes a las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional.
- Identificación de las necesidades insatisfechas y diferenciadas de la población, al igual que las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad.
- Organización y gestión de los servicios de salud mediante la implementación del modelo de atención centrado en las necesidades de las personas y las comunidades, identificando las mejores prácticas del primer nivel de atención en búsqueda de complementación, equipos multidisciplinarios e innovaciones como la telesalud.
- Impulso al financiamiento solidario del sistema de salud con una inversión del 9.5 % del PBI, un gasto del bolsillo menor al 20 % y un constante esfuerzo por la reducción de las barreras de acceso a los servicios. Por tanto, estas medidas son coherentes con el reciente llamado de la directora a una Pacto 30 30 30 por APS para la Salud Universal, inspirado en el informe de la Comisión de Alto Nivel Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma Ata: disminuir en al menos un 30 % las barreras de acceso en el primer nivel de atención; incrementar hasta el 30 % del presupuesto de salud adjudicado al primer nivel, en un marco de financiamiento público de al menos un 6 % del PBI.

Invito a leer el documento para reflexionar y promover espacios de diálogo, mantener los logros, afrontar los nuevos desafíos y efectuar los ajustes necesarios para una nueva fase de una reforma sanitaria a favor de la salud universal.

Giovanni Escalante Guzmán M.D MSc. Mag.
Representante OPS/OMS Uruguay



Presentación

La Estrategia de Salud Universal que la OPS/OMS impulsa, con un énfasis específico en la región de las Américas que implica aseguramiento de cobertura y acceso universal a una atención integral, oportuna y de calidad para toda la población, es un marco muy apropiado para valorar y apreciar los avances del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en las distintas facetas del derecho humano a la salud. Asimismo, el llamado a la acción del Pacto 30 30 30 por APS para la Salud Universal, a partir del informe de la Comisión de Alto Nivel Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma Ata, brinda pautas para valorar e interpelar los sistemas de salud en cuanto a los niveles de transformación requeridos para alcanzar los ODS al 2030.

La presente publicación aborda un conjunto de tópicos del Sistema Nacional Integrado de Salud, presentados en el Encuentro Avances en la consolidación del SNIS, realizado el 28 de junio de 2019 en el marco del Ciclo de Encuentros Estratégicos La Salud en la Agenda País, organizado conjuntamente por el Ministerio de Salud de Uruguay y la OPS/OMS.

Las cuatro secciones de la publicación abordan sucesivamente aspectos de rectoría, financiamiento, modelo de gestión y modelo de atención; actualizan información relevante respecto a los avances que a la fecha muestra el proceso de transformación del sistema de salud uruguayo, en capítulos elaborados por equipos técnicos altamente calificados, y validados por las autoridades.

Primeramente, se documentan los avances en las metas de los Objetivos Sanitarios Nacionales, se explican los mecanismos innovadores definidos para el establecimiento de prioridades en la incorporación de tecnologías sanitarias, así como las estrategias implementadas para la regulación de productos de salud y evaluación de tecnologías de salud. La sección referida al Financiamiento del SNIS, brinda una mirada analítica y crítica sobre los once años transcurridos desde la instalación de Seguro Nacional de Salud. También se presenta el análisis de los datos recientes y las tendencias que las Cuentas de Salud permiten conocer en el momento actual, sobre la distribución del gasto en salud en lo que refiere a fuentes de financiamiento, proveedores y funciones de salud, abriendo una ventana de información sobre lo que en el país se destina a prevención, atención curativa y rehabilitación de sus ciudadanos.

En lo concerniente al modelo de atención se presentan los avances en la superación de la fragmentación mediante estrategias de funcionamiento en redes y la complementación como herramientas para optimizar el uso de los recursos. El principal prestador del SNIS, da a conocer sus avances en el proceso de reorganización de su base territorial en una nueva regionalización guiada por los lógica de redes integradas de servicios de salud (RISS) y los insumos aportados por investigaciones innovadoras del Sistema Urbano Nacional (DINOT-MVOTMA) tendientes a que las estructuras sanitarias se armonicen con los movimientos reales de las poblaciones en el territorio.

En la última sección vinculada a temas de gestión, son presentados aspectos muy operativos para el acceso y la calidad de la atención en torno al sistema de agendas. Se aporta, asimismo, un diagnóstico actualizado sobre la distribución y dotación del personal de salud y su evolución en los últimos años, analizando aspectos relevantes vinculados a los cambios y retos del mercado de trabajo en salud.

Una interesante lógica de avances y desafíos pendientes se encuentra en todo el documento, lo que muestra una clara voluntad de avanzar en una lógica de cobertura y acceso universal, y hacer de la APS el eje vertebrador del sistema de salud uruguayo. Los contenidos serán de utilidad para gestores, decisores y equipos de conducción para avanzar a nivel nacional en estos lineamientos; asimismo configura un aporte valioso para poner a disposición de otros países de la región la experiencia acumulada en Uruguay, a efectos de contribuir a la transformación de los sistemas de salud de la región.

Equipo de Coordinación

Dr. Joaquín Bazzano, Dr. Wilson Benia, Dr. Gilberto Ríos.





SECCIÓN 1

AVANCES EN LA RECTORÍA







1

Objetivos Sanitarios Nacionales. Planificación y evaluación de las políticas sanitarias 2015-2020

Autores:

Dr. Joaquín Bazzano

Adjunto a la Dirección General de la Salud.

Dra. Ima León

Directora de Sistemas de Información. Dirección General de la Salud. MSP.

Introducción

El Uruguay inició en el año 2007 un proceso de reforma que se inicia con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En los primeros años se reformuló el financiamiento y se comenzó con un cambio el modelo de gestión, destacándose como uno de sus objetivos el fortalecimiento de la Rectoría. En el último quinquenio, se entendió necesario profundizar el cambio del modelo de atención como forma de explicitar el “para qué” de la reforma y dar respuesta concreta a los problemas de salud prevalentes en la población.

El Ministro de Salud Pública Dr. Jorge Basso en su mensaje de asunción en el año 2015, definió como primera prioridad la formulación de metas sanitarias¹. Para ello se inició un proceso de elaboración de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (OSN), directrices del plan estratégico para la dirección de las políticas de salud nacionales en el quinquenio 2015 – 2020.

La fijación de metas sanitarias a nivel nacional ha sido utilizada por diferentes países. Este proceso lo han recorrido países desarrollados como el Reino Unido (Department of Health - UK, 2010), Canadá (Canada. Health Canada., 1999) y Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, 2010) y países en vías de desarrollo como Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2002), Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), Sudáfrica (Department of Health - South Africa, 2014) y Turquía (Ministry of Health of Turkey, 2012). El desarrollo de los procesos comienza con un análisis detallado de la situación de salud de los países, en base a esfuerzos colaborativos multidisciplinares, de carácter inter direccional e intersectorial y con el involucramiento de la sociedad. Todas las experiencias han tomado en consideración a la equidad y los resultados en salud (aumento de los años de vida saludable) como componentes esenciales para el enunciado de los objetivos sanitarios. Esta característica común ha estado presente, más allá de los aspectos específicos de los sistemas de salud de cada país.

1- Asunción de nuevas autoridades: Siete pilares para una salud de calidad. Portal del MSP, 2 de marzo de 2015.



Los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

A comienzos del 2015, el Uruguay inició un proceso estratégico para la implementación de políticas sanitarias en el quinquenio, liderado por la Dirección General de la Salud (DIGESA) con el apoyo técnico de las Áreas Programáticas. Para el análisis de situación y la priorización de los principales problemas se organizaron mesas de trabajo conformadas por equipos multidisciplinarios intersectoriales y con participación de los diferentes actores del sistema de salud. Se trabajó en base a una perspectiva de derechos y centrados en los problemas de la población (Cabella, 2012).

En la priorización de problemas, se tuvo en cuenta la magnitud, relevancia, vulnerabilidad y factibilidad de solución. Así se definieron 15 problemas denominados críticos en términos de salud y del sistema de atención. (Ministerio de Salud Pública - Uruguay, 2016). La elaboración de Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) obligó a la sistematización de las acciones estratégicas necesarias para solucionar los problemas y transparentar el accionar (en término de políticas) en un período establecido. Esta metodología permite el seguimiento cercano a través de indicadores directos o indirectos de los avances o detenimiento de las líneas de acción (más de 300) y de los resultados en salud esperados (ver tabla 1).

Tabla 1: Problemas críticos priorizados para los Objetivos Sanitarios Nacionales.

| Problemas críticos priorizados | |
|--------------------------------|---|
| 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 en 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. |

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

Las líneas de acción, organizadas en áreas de intervención, remiten a actividades en tres grandes campos: (Ministerio de Salud Pública - Uruguay, 2018a)

- Rectoría – elaboración de guías clínicas, protocolos y recomendaciones, fiscalización, ordenanzas, acreditación de servicios, ajustes del PIAS, etc.
- Prestadores – acciones orientadas a incidir en procesos asistenciales y modelo de atención, armonización de metas asistenciales con OSN 2020.
- Intersectorialidad – coordinaciones intersectoriales para incidir en los determinantes sociales de la salud, buscando la mejora (implica organismos del Estado, sociedad civil, academia y comunicación).

Las 302 líneas de acción se agrupan en 77 áreas de intervención diferentes, para las que se definieron 33 resultados esperados, medibles mediante 48 metas al 2020 (ver figura 1).



Figura 1: Esquema de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020



Fuente: Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

A partir de esta malla integradora se plantearon cinco objetivos estratégicos, que articulan las diferentes áreas de intervención donde se proponen estrategias y acciones específicas para lograr la mejora de la situación de salud de la población [ver figura 2]. Apoyados en los principios rectores del SNIS y alineados a sus objetivos, se establecieron

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

| | | |
|-----------------------------------|----------|--|
| OBJETIVOS ESTRATÉGICOS | 1 | FAVORECER ESTILOS DE VIDA Y ENTORNOS SALUDABLES Y DISMINUIR LOS FACTORES DE RIESGO. |
| | 2 | DISMINUIR LA CARGA PREMATURA Y EVITABLE DE MORBIMORTALIDAD Y DISCAPACIDAD. |
| | 3 | MEJORAR EL ACCESO Y LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL CURSO DE VIDA |
| | 4 | CONSTRUIR UNA CULTURA INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN ATENCIÓN DE SALUD. |
| | 5 | AVANZAR HACIA UN SISTEMA DE ATENCIÓN CENTRADO EN LAS NECESIDADES SANITARIAS |

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

cuatro objetivos sanitarios para el quinquenio 2015–2020. Los mismos son (Ministerio de Salud Pública - Uruguay, 2018a):

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;
4. generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención.

Para la definición de los resultados esperados y de las metas a alcanzar al 2020 se requirió establecer líneas de base y a partir de allí medir la mejora en términos de salud. La medición de avances hacia los resultados esperados contra estándares previamente establecidos permite la evaluación de la implementación de las líneas de acción.

Un elemento del proceso de los OSN a destacar fue que la sistematización por prestador de salud de la información de las líneas de base permitió identificar problemas de salud



en las respectivas poblaciones usuarias. Su análisis y discusión en conjunto con los directivos de estas permitió fortalecer la rectoría analizando los resultados institucionales en términos de salud, además de los clásicos resultados de producción asistencial y económico-financiero.

En este sentido se propuso la actualización de la Meta Asistencial 2 para el bienio 2017-2019, incorporando un conjunto de indicadores para avanzar en las líneas de acción priorizadas de los prestadores del SNIS en consonancia con los problemas de salud identificados en su población de usuarios. En el capítulo 4 se profundizará en las características de las Metas Asistenciales como herramienta de rectoría.

El proceso de construcción de la meta asistencial 2017-2019 pasó por diferentes etapas, caracterizadas por la participación activa de los prestadores integrales del SNIS, a partir de la sistematización de la información disponible realizada por el MSP.

La información fue entonces presentada a los 43 prestadores privados y públicos del SNIS, en una ronda de encuentros particulares, para reconocer las oportunidades de mejora en términos de salud en las áreas priorizadas. Luego de un proceso de autoevaluación realizado por los prestadores, se realizó una segunda ronda de encuentros con los prestadores. Sobre esta base la Comisión Asesora de Metas Asistenciales desarrolló la reformulación de la Meta 2. En ella, cada prestador se comprometió con 4 resultados esperados, dos comunes a todos los prestadores referidos a hipertensión arterial e infarto agudo de miocardio y dos específicos seleccionados por los prestadores en acuerdo con el MSP, de entre 14 resultados esperados propuestos. A ello se sumó el requerimiento de un reporte general del monitoreo del resto de las líneas de acción definidas en las OSN.

A partir de la evaluación de los resultados de salud de la aplicación de la Meta Asistencial 2, 2017-2019, el MSP desarrolló en el año 2019 la nueva propuesta de Meta Asistencial 2, 2019-2021. En ella, se concentran las acciones de los prestadores en algunas de las áreas relacionadas a las enfermedades no transmisibles priorizadas en los OSN 2020. Entre ellas se destacan indicadores relacionados con la detección y el control de usuarios hipertensos y diabéticos, el tratamiento oportuno del infarto agudo de miocardio y el cáncer. En el área temática cáncer se propusieron indicadores para promover la implementación a nivel nacional de la Historia Clínica Oncológica Electrónica (HCOE) e indicadores para la mejora de los procesos asistenciales relacionados al cáncer de colon, cuello uterino y de mama. Los indicadores fueron propuestos para fortalecer las mejoras en el sistema, aumentando

los niveles de cumplimiento, y ajustando en fórmulas mixtas de pago por desempeño de procesos y de resultados en salud.

Evaluación de avances de los OSN 2020

Se considera la evaluación como parte del proceso de implementación de los OSN 2020, lo que constituyó también, una “sistematización de experiencias”, que ha ido generando interesantes puntos de reflexión en torno a su identidad específica [Holliday, 2012] como política pública de salud para la conducción de la reforma.

Desde la puesta en marcha del proceso, se ha realizado un monitoreo continuo de los avances y efectos en la población y en el SNIS de esta política. Se establecieron cuatro estrategias de evaluación, según el momento y el objetivo:

1. Evaluación continua de los avances en los resultados esperados.
2. Primera evaluación a medio camino (2017) en base a las metas 2020.
3. Segunda evaluación de medio camino (2018) para medir el grado de avance de las Líneas de Acción [LA] para cada uno de los Resultados Esperados [RE].
4. Evaluación en base al punto de partida de los problemas críticos.

Primera evaluación de medio camino

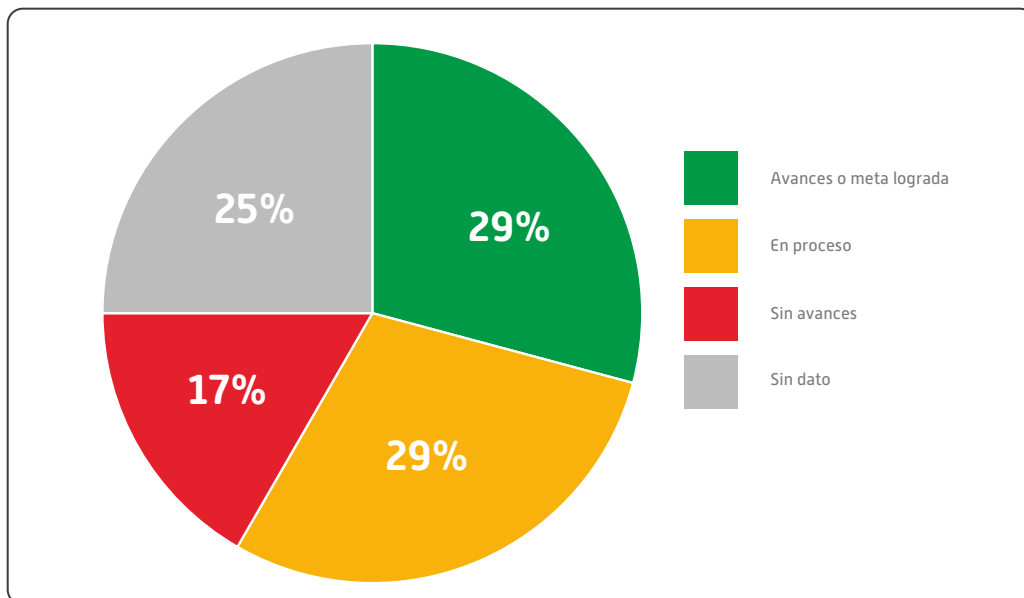
La primera evaluación de medio camino utilizó una metodología cuanti-cualitativa para valorar los 48 indicadores definidos como metas al 2020 y que evalúan 33 resultados esperados. Se realizó en forma participativa con los responsables y equipos de trabajo. Se utilizaron formularios predefinidos para la recolección de información por parte de los responsables, y se procesó con información de fuentes secundarias como: encuestas nacionales, reporte de organismos públicos, sistemas de información del MSP, etc.

La sistematización del progreso en las líneas de acción y el análisis de los resultados se presentaron a los cuerpos técnicos involucrados. Se analizaron las causas y los determinantes de la no implementación en aquellas líneas de acción que no habían iniciado su ejecución, y se identificaron los requerimientos para avanzar en las mismas.

Se presenta en el siguiente gráfico el grado de avance de los indicadores de las metas comparados con las líneas de base (ver figura 3)



Figura 3: Avance en indicadores de metas 2020 de resultados esperados. 2017



Se observó avances en más de la mitad de los indicadores evaluados, siendo significativo en un 29%. Cabe mencionar que un 25% de los indicadores no pudieron ser evaluados en esa instancia debido a que las fuentes de información de las que surgían los indicadores son procesadas con una frecuencia anual o menor.

Segunda evaluación medio camino

Los objetivos de la segunda evaluación de medio camino fueron: a) analizar el nivel de avance hacia las metas 2020, en términos de concreción de OE, b) evaluar los efectos de las líneas de acción que se han implementado y c) discutir las causas y los determinantes de no haber iniciado la implementación de otras.

Para valorar el grado de avance de los Objetivos Estratégicos, se introdujo una adaptación metodológica estableciendo una relación directa entre las líneas de acción y los resultados esperados. Los responsables y expertos involucrados con los resultados esperados realizaron el seguimiento a la totalidad de las líneas de acción propuestas. Esta evaluación incorporó a la percepción de los responsables sobre los avances en cada línea de acción

y de elementos que permitieron el avance o los desafíos encontrados que dificultan la concreción del objetivo.

Se realizó un análisis cualitativo estableciendo cuatro categorías para representar la percepción del grado de avance en cada línea de acción:

1. Logros o avances significativos: cuando se han implementado las líneas de acción planificadas según un cronograma y/o se han obtenido mejoras respecto a la línea de base en los resultados esperables,
2. Logros contribuyentes: en los casos en los que se verificaron aspectos positivos favorecedores para la implementación de líneas de acción,
3. Sin avances: cuando las líneas de acción no se han implementado aún, pero se consideran fundamentales para llegar a la Meta 2020.
4. Sin dato o no consideradas en la evaluación.

En la siguiente tabla se muestra la proporción de líneas de acción con avance global y la proporción con avances significativos y contribuyentes según cada objetivo estratégico.

Tabla 2: Proporción de avances en las líneas de acción por Objetivo Estratégico. 2018

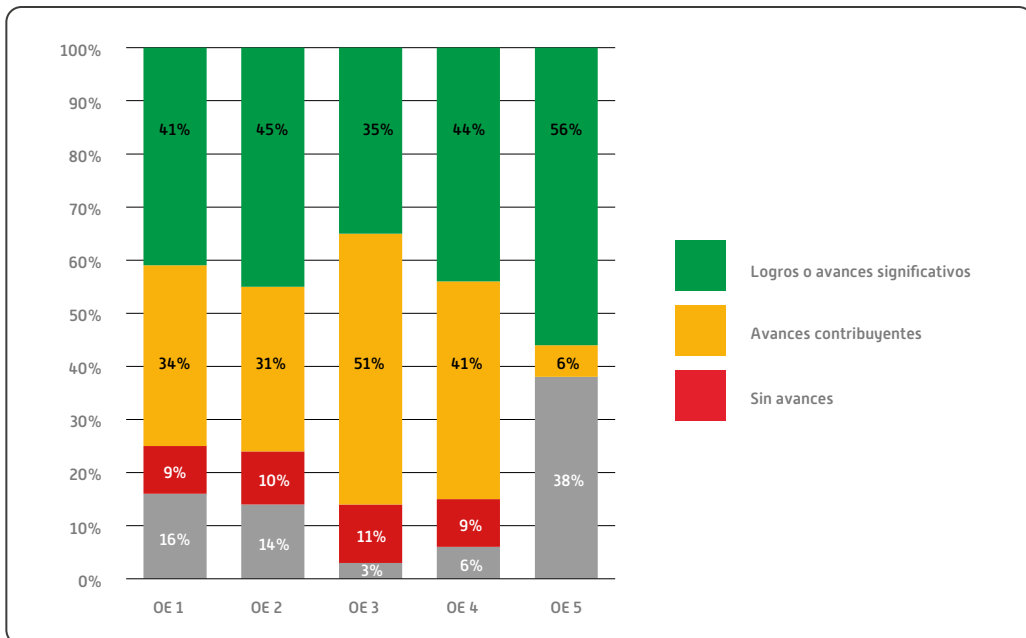
| Objetivo Estratégico | Proporción de líneas de acción con avance | | Proporción de líneas de acción con avance global (*) |
|--|---|----------------------|--|
| | Avance significativo | Avance contribuyente | |
| 1 - Favorecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir factores de riesgo | 41% | 34% | 75% |
| 2 - Disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad | 45% | 31% | 76% |
| 3 - Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de vida | 35% | 50% | 85% |



| | | | |
|---|-----|-----|-----|
| 4- Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en la atención de salud | 44% | 41% | 85% |
| 5- Avanzar en un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas | 56% | 6% | 62% |

* Avance global: avance significativo + avance contribuyente

Gráfico 1. Avance de las líneas de acción en cada Objetivo Estratégico [en %]. 2018



Los resultados mostraron un avance importante, variando entre el 35% y el 56%, en la implementación de las líneas de acción en cada objetivo estratégico, y aproximadamente un 10% de las líneas no contaban con avances. Se trató de una evaluación cuali-cuantitativa que permitió identificar los avances realizados y definir áreas en las cuales eran necesarios nuevos impulsos a fin de alcanzar los objetivos definidos.

Tercera evaluación en base de los problemas críticos.

En el año 2019 se realizó una evaluación preliminar del progreso de los OSN 2020 en base

a los 15 problemas críticos priorizados en el año 2015 (ver tabla 1). Se midió el progreso desde la línea de base, definida en la priorización de 2015, y el último valor disponible de los indicadores. En los casos en que no existen fuentes disponibles se evaluó el progreso de las líneas de acción.

Problema 1. Embarazo no deseado en adolescentes (menores de 20 años).

Para cuantificar este problema se tomaron dos indicadores:

- la tasa de fecundidad específica (TFE) en adolescentes del año 2013 que fue 58,2/1.000 mujeres de 15 a 19 años y se estableció como meta 2020 la disminución de la tasa de fecundidad por debajo de 48/1.000 mujeres de 15 a 19 años.
- la reiteración del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, siendo el valor de línea de base de 24,3% para el año 2014 y se propuso una meta de disminución por debajo del 22% para el 2020.

Tabla 3: Comparación de Indicadores de LB y 2018 para el Problema del embarazo adolescente.

| | Línea de Base | Meta 2020 | Valor 2018 |
|--------------------------------------|-------------------|------------|------------|
| TFE en adolescentes | 58,2/1.000 [2013] | < 48/1.000 | 36/1.000 |
| Reiteración del embarazo adolescente | 24,3% | < 22% | 23,3% |

Resulta interesante, analizar el descenso del embarazo en adolescentes en el contexto de fecundidad general de los últimos años. En la tabla 4 se muestra la evolución del porcentaje de embarazos adolescentes desde el 2015.

Tabla 4: Evolución del porcentaje de embarazo en adolescentes. Uruguay 2015 – 2018.

| Año | RN de madres adolescentes | N° Total de RN | % |
|------|---------------------------|----------------|------|
| 2015 | 7.493 | 48.926 | 15,3 |

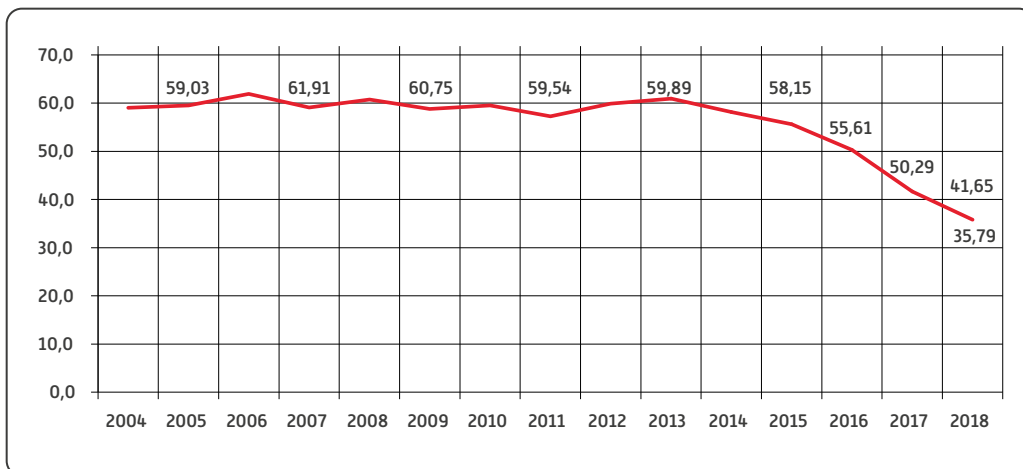


| | | | |
|--------------|-------|--------|------|
| 2016 | 6.698 | 47.058 | 14,2 |
| 2017 | 5.462 | 43.036 | 12,7 |
| 2018* | 4.624 | 40.139 | 11,5 |

* cifras preliminares

La reducción de la natalidad se produce por el efecto de la disminución de la fecundidad de las mujeres en varios grupos de edad. Es especialmente importante el efecto de la disminución de los nacimientos de madres adolescentes, representando un 29% del descenso total. En el 2018 se observó una TFE de 36/1.000 muy por debajo de lo propuesto en la meta.

Gráfico 2. Evolución de tasas específicas de Fecundidad adolescente*. Uruguay, 2004-2018**.



* nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años / **cifras preliminares

Entre las líneas de acción implementadas, que dieron como resultado estos indicadores se destacan:

- Campaña de comunicación masiva a través de redes sociales y medios de comunicación "Mi Plan adolescente"
- Habilitación a obstetras parteras a prescribir anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos, implante subdérmico y preservativos.

- Avances para la incorporación del implante en prestadores privados.
- En el marco de la estrategia de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia se llevaron a cabo reuniones territoriales intersectoriales en cada departamento
- Elaboración de un mapa de ruta para menores de 15 años que cursan un embarazo.

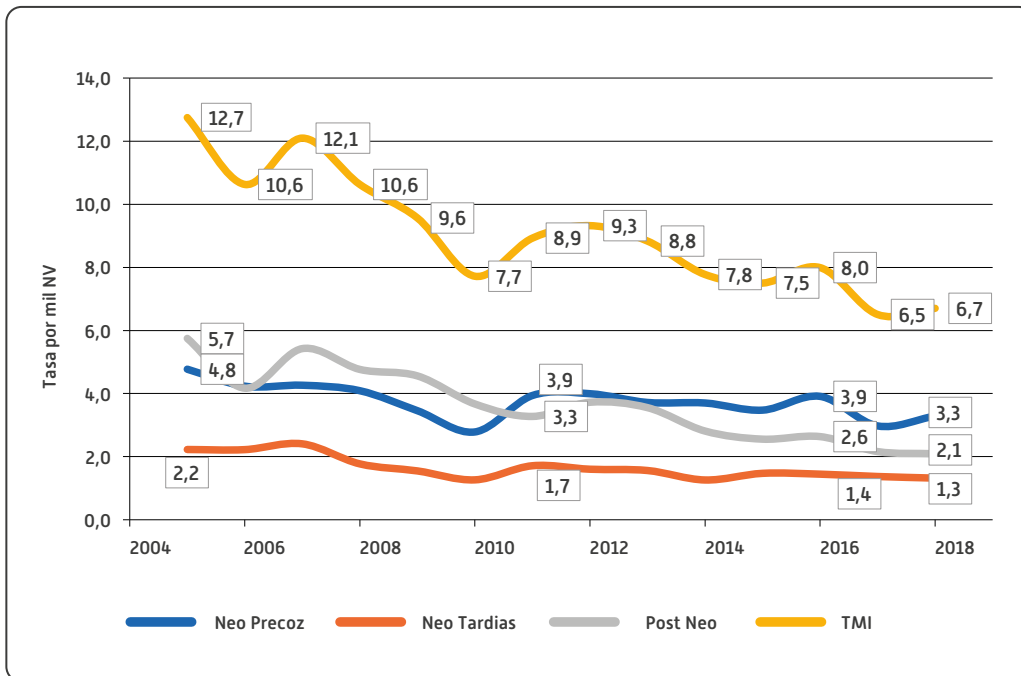
Problema 2. Prematurez y Bajo Peso al Nacer.

Las metas establecidas al 2020 fueron:

- realizar la auditoria del 100% de los recién nacidos prematuros
- consolidar el descenso de la mortalidad infantil

La mortalidad infantil y sus componentes muestran una tendencia descendente con pequeñas fluctuaciones interanuales durante el período. Se consideró para la definición del problema una línea de base de 7,8/1.000NV (valor del indicador para 2014), llegando a 2018 con cifras de 6,7/1.000NV.

Gráfico 3. Evolución de la tasa de mortalidad infantil y sus componentes. Uruguay 2005-2018*



* cifras preliminares



En la tabla siguiente se muestra la evolución del porcentaje de prematuros y bajo peso al nacer en el período. Se debe tener en cuenta que existe gran variabilidad interanual debido a los pequeños números, que obliga a un análisis pormenorizado de las causas de prematurez. Otro factor influyente en el problema es la importante disminución de la natalidad en el último quinquenio, que hace necesario revisar la evolución de la prematurez y el bajo peso al nacer en términos absolutos.

Tabla 5: Evolución de los Nacimientos, el Número de Prematuros y el Numero de y Bajo Peso al Nacer. Uruguay 2015-2018. [cifras prelimianres]

| Años | Nacimientos | Número de RN Prematuros | % de Prematurez | Número de RN con BPN | % Bajo Peso al Nacer |
|-------|-------------|-------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|
| 2015 | 48.926 | 4.459 | 9,11 | 9,11 | 7,66 |
| 2016 | 47.049 | 4.309 | 9,16 | 9,16 | 7,76 |
| 2017 | 43.036 | 4.068 | 9,45 | 9,45 | 8,10 |
| 2018* | 40.139 | 3.680 | 9,17 | 9,17 | 7,61 |

Tabla 6: Mortalidad Infantil según causas. Uruguay 2016-2018. [cifras prelimianres]

| Grandes Grupos CIE 10 | 2016 | | 2017 | | 2018* | |
|--|------|-----|------|-----|-------|------|
| | N° | (%) | N° | (%) | N° | (%) |
| Ciertas afecciones originadas en el período perinatal | 162 | 43 | 119 | 43 | 124 | 46,1 |
| Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 128 | 34 | 91 | 33 | 91 | 33,8 |
| Síntomas, signos y hallazgos, no clasificados en otra parte | 39 | 10 | 42 | 15 | 22 | 8,2 |
| Resto de las causas | 47 | 13 | 28 | 10 | 32 | 11,9 |
| Total | 376 | 100 | 280 | 100 | 269 | 100 |

Las tres primeras causas representan el 88,1% del total de defunciones, y son las originadas en el período perinatal (principalmente los trastornos relacionados con la prematurez) que corresponden al 46,1%, las malformaciones congénitas 33,8% y los síntomas, signos y hallazgos no clasificados en otra parte (8,2%).

Las principales acciones frente a este problema fueron:

- Elaboración de un formulario para auditoría de los nacimientos prematuros.
- Guía de procedimientos para reducir las infecciones de transmisión sexual en la etapa connatal [ordenanza del Ministerio de Salud N° 447/12].
- Fomentar el acompañamiento de la mujer por su pareja al menos una vez en en las consultas de control del embarazo del 1er y 3er trimestre.
- Estrategias intersectoriales en territorio para la captación temprana de embarazos, fundamentalmente a través de las acciones de ASSE, optimizando el trabajo con MIDES, INAU, CAIF, MEC, Intendencias, Jóvenes en Red, UCC y las mesas interinstitucionales.

Problema 3. Elevado índice de cesáreas.

Frente a este problema se acordó como meta: reducir un 10% de las cesáreas evitables¹. Se partió de una línea de base de 17,9% de cesáreas evitables (SIP, 2014) y un porcentaje de cesáreas de 43% de los nacimientos (CNV, 2014).

Tabla 7: Evolución de las cesáreas y cesáreas de bajo riesgo, en porcentaje. Uruguay 2015- 2018.

| Años | % de Cesáreas | % de Cesáreas de Bajo Riesgo* |
|--------|---------------|-------------------------------|
| 2015 | 43 | 16,4 |
| 2016 | 42 | 15,9 |
| 2017 | 44 | 15,9 |
| 2018** | 44 | 15,9 |

* Indicador del Sistema Informático Perinatal ** Datos preliminares

1 - Las cesáreas evitables son las catalogadas como de bajo riesgo de acuerdo a los criterios de Robson



El índice de cesáreas presenta pequeñas fluctuaciones en los últimos 3 años, y una consolidación del porcentaje de las cesáreas de bajo riesgo o evitables.

Para el análisis de este indicador deben considerarse otros posibles elementos del contexto, como el descenso de la fecundidad, postergación del primer hijo y el aumento de embarazos múltiples vinculado a la reproducción asistida.

Entre las acciones implementadas para reducir las cesáreas se encuentran:

- El establecimiento de la obligatoriedad para los prestadores de brindar clases gratuitas de educación para el embarazo, parto y crianza. La participación de las embarazadas en las clases fue incorporada como indicador de la Meta Asistencial 1.
- La inclusión de la temática en la Meta Asistencial 2, habiendo sido elegido por tres instituciones. A partir de la misma, las instituciones se comprometen a auditar en base a una guía las cesáreas de ginecólogos con tasas de cesárea mayor a 30%.
- Se están elaborando guías de actuación para las situaciones clínicas relacionadas con mayor proporción de cesáreas evitables, para integrarlas en la práctica asistencial.

Problema 4. Transmisión vertical de sífilis y VIH.

Se propuso como meta para el 2020 la eliminación de la transmisión vertical de sífilis y VIH. Para la sífilis connatal la eliminación se alcanza con la reducción de la tasa de incidencia a menos de 0,5/1.000 NV, mientras que para el VIH implica mantener la tasa de transmisión vertical de VIH en menos de 2%. Para la definición de las líneas de base se tomaron los valores correspondientes al año 2014 que eran: 2,3/1.000 NV para sífilis congénita y 2,9% para VIH.

Tabla 8: Evolución de la Transmisión Vertical de Sífilis y VIH. Uruguay 2015- 2018.

| Años | Tasa Sífilis c/1.000NV | % VIH+ |
|------|------------------------|--------|
| 2015 | 1,8 | 1,8 |
| 2016 | 1,5 | 1,5 |
| 2017 | 1,1 | 1,9 |

Se mejoró significativamente los indicadores de sífilis connatal, sin embargo, no se logró alcanzar aún su eliminación. Con relación a la transmisión vertical de VIH, si bien se observaron fluctuaciones en el resultado del indicador, continuamos con valores debajo del 2%, porcentaje crítico para considerar eliminada la transmisión.

Algunas de las acciones realizadas con relación a este problema son:

- El desarrollo de campañas de comunicación, elaborando materiales impresos y comunicaciones para el día nacional y día mundial del VIH, además de materiales gráficos para la prevención y reducción de la transmisibilidad del VIH. A su vez, se ha ampliado el acceso a preservativos y geles en lugares de alta concentración de adolescentes.
- Se incrementó el testeo en un 40% global en los últimos cuatro años, mediante la facilitación del acceso, con especial énfasis en grupos vulnerables.
- Se implementaron estrategias para reducir la incidencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas, mediante la provisión de preservativos y la generación de pautas y guías para facilitar el acceso a los mismos, así como al testeo para la paciente y su pareja.
- Se publicó la Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y la transmisión vertical del VIH en el año 2015.
- Se avanzó en el seguimiento de pacientes con VIH luego del parto, para su correcto control y tratamiento con antirretrovirales, así como en el establecimiento de pautas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de recién nacidos con expuestos a VIH y con sífilis connatal.

Problema 5. Alteraciones del desarrollo en la primera infancia.

Para este problema se planteó una disminución de la prevalencia de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 5 años, y la atenuación de la severidad de las alteraciones diagnosticadas en este grupo. Las metas al 2020 para este resultado son la elaboración de una línea de base sobre la frecuencia de las alteraciones del desarrollo en niños menores de 5 años, así como la implementación de un plan de acción para la disminución de las alteraciones del desarrollo.

Ha habido avances significativos en las líneas de acción relacionadas a este resultado esperado:



- Se avanzó en la utilización del CNV, SIP y Carné de control del niño para la identificación del riesgo, a partir de variables específicas, para el uso tanto a nivel de unidades neonatales como en el primer control.
- Se reformuló la meta 1 para incluir los controles del cuarto año de vida de niños y niñas como “aduanas”, además de requerir el envío de los resultados de la aplicación de la guía en los controles de 4 meses, 18 meses y 4 años.
- Se implementó la mesa interinstitucional MSP-MIDES-UCC, para la promoción de agendas conjuntas, así como se avanzó en el ajuste de la formación de profesionales y técnicos de la salud con relación al desarrollo infantil.

Problema 6. Problemas nutricionales críticos en la primera infancia.

Se planteó como meta al 2020 la reducción de la prevalencia de la anemia moderada al 5% en niños de 6 a 23 meses y el retraso del crecimiento a 3% en niños de 2 a 4 años. En la definición del problema se partió de una línea de base de 8,1% de niños de 6 a 23 meses con anemia moderada y de 4,4% de retraso de crecimiento.

Algunas de las acciones implementadas que contribuyen al logro de este resultado esperado son:

- Se actualizó la guía para la evaluación del crecimiento en niños menores de 5 años en conjunto con las áreas programáticas de Niñez, Salud Sexual y Reproductiva y Nutrición. Se prevé la realización de una capacitación para el mes de octubre.
- Se incluyó la cobertura del hierro polimaltosado en el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) mediante la protocolización de su uso con la Guía de prevención de la deficiencia de hierro.
- Se aplicará una nueva edición la encuesta sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia para usuarios de servicios de salud públicos y privados, menores de 2 años.

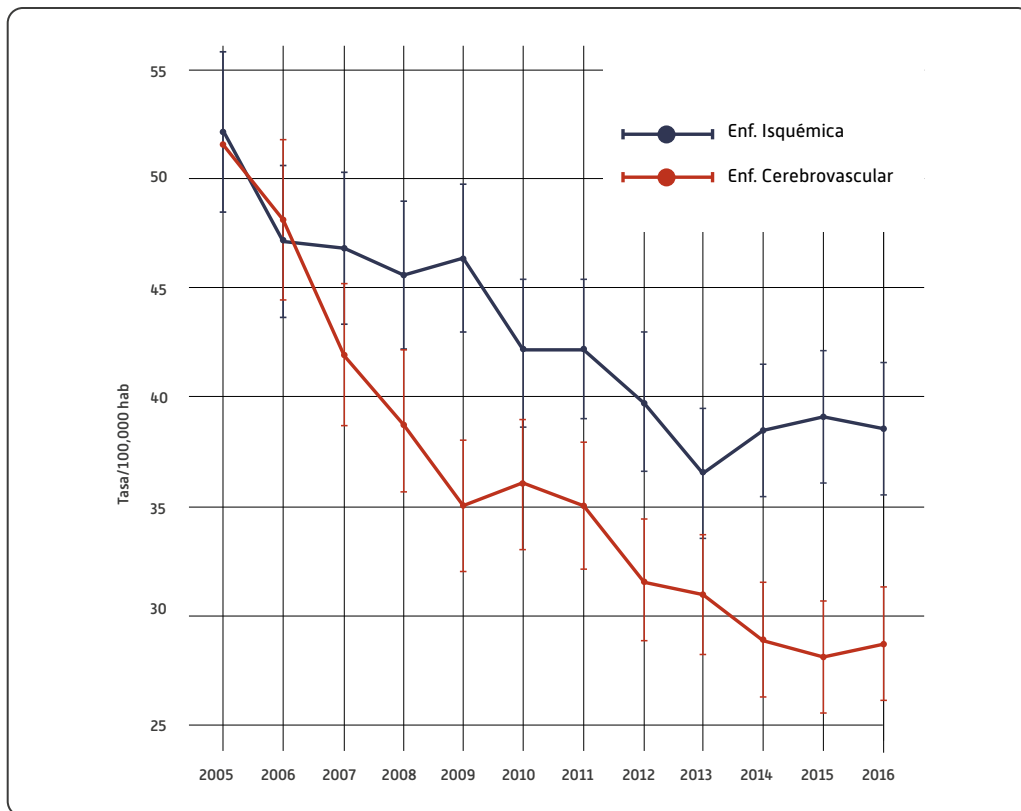
Problema 7. Morbimortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT), cardiovasculares, diabetes y patología respiratoria crónica.

Para disminuir la carga de morbilidad asociada a las enfermedades no transmisibles se plantearon como metas al 2020:

- Disminuir la mortalidad por cardiopatía isquémica entre 30 y 69 años
- Disminuir el porcentaje de egresos por complicaciones de hipertensión arterial
- Aumentar la captación de hipertensos
- Disminuir el porcentaje de egresos por complicación de diabetes
- Implementar un plan integral de atención al EPOC

En Uruguay el riesgo de muerte prematura por cualquiera de las cuatro principales Enfermedades No Transmisibles en personas entre 30 y 70 años ha descendido en 2017 luego de un período de persistencia en valores superiores a 15% (15,5% en 2015; 14,6% en 2017). En el gráfico 4 se muestra la disminución de la mortalidad por enfermedad isquémica y cerebro-vascular (Ministerio de Salud Pública - Uruguay, 2018b). El descenso de la mortalidad por enfermedad cardiovascular es mayor que por enfermedad isquémica.

Gráfico 4. Mortalidad por enfermedades isquémicas (CIE 10: I20-I25) y enfermedades cerebrovasculares (I60-I69) en población de 30 a 69 años. Uruguay 2005-2016.

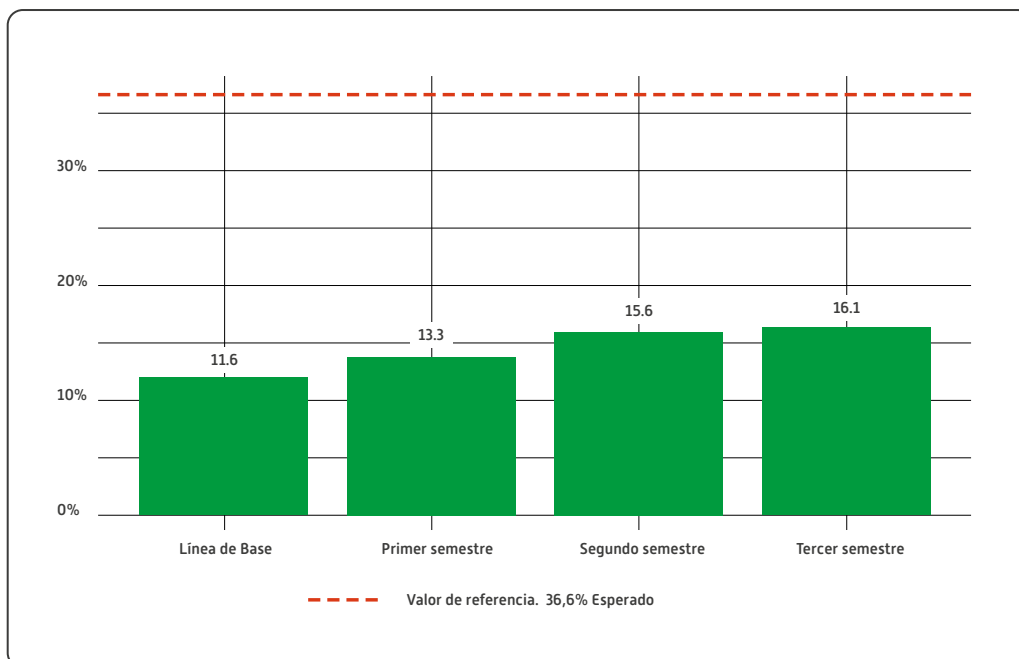


Fuente: Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular. 2018



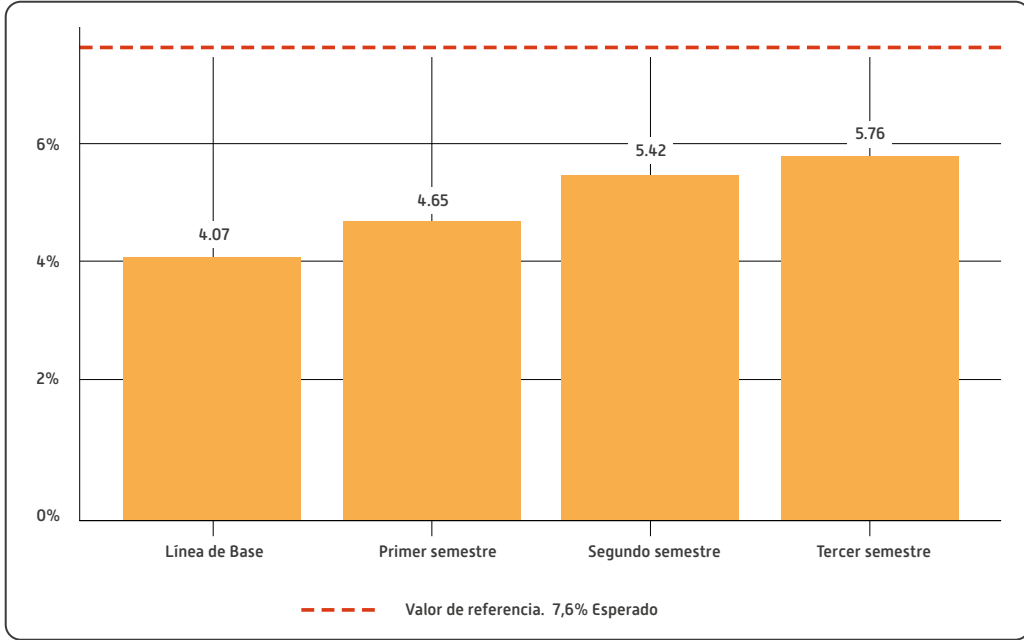
Con relación a la hipertensión se destaca el aumento en la captación de hipertensos de 25 a 64 años a partir de la implementación de la nueva meta asistencial 2 (2017-2019). Como muestra el gráfico 5, se parte de una línea de base de 11,6% de hipertensos captados por el conjunto de los prestadores del SNIS, con una población hipertensa estimada por la encuesta ENFRENT 2013 de 36,6% de hipertensos. Se alcanzó en el tercer semestre una proporción de hipertensos captados de 16,1%, lo que representa un índice de progreso del 18% en la captación en relación con la referencia.

Gráfico 5. Evolución semestral del porcentaje global de hipertensos captados. Uruguay 2017 – 2019.



Para aumentar la captación precoz de diabéticos se propuso en la meta 2 indicadores específicos de diabetes. Este resultado fue elegido por 15 prestadores. Se partió de una línea de base de 4,7% de diabéticos captados en la población de 25 a 64 años y se llegó en el tercer semestre con 5,7% de diabéticos captados, teniendo como valor de referencia un 7,6% [ENFRENT 2013]. El mencionado aumento en la captación representa un índice de progreso del 50%.

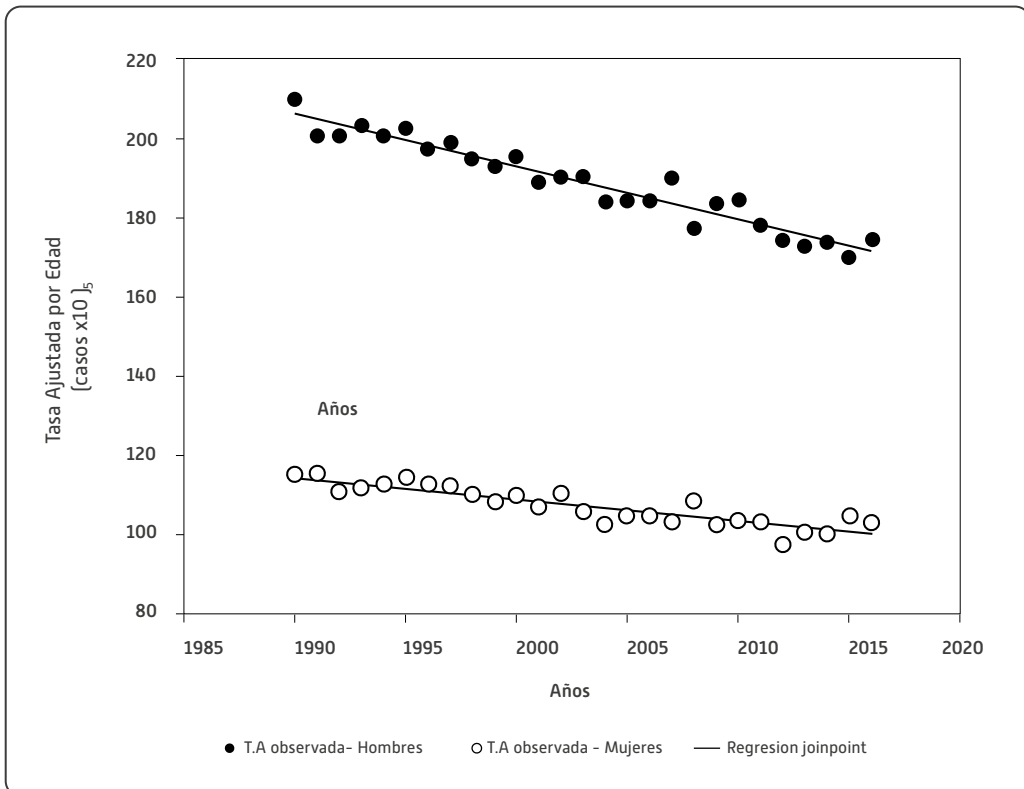
Gráfico 6. Porcentaje captación de diabéticos en usuarios de usuarios de 25 a 64 años. Uruguay 2017 – 2019.



Problema 8. Morbimortalidad por cáncer.

Se propuso como meta al 2020 la reducción de las muertes por cáncer en menores de 70 años en un 4%, partiendo de una línea de base de 122,54/100.000 habitantes en el quinquenio 2009-2013.

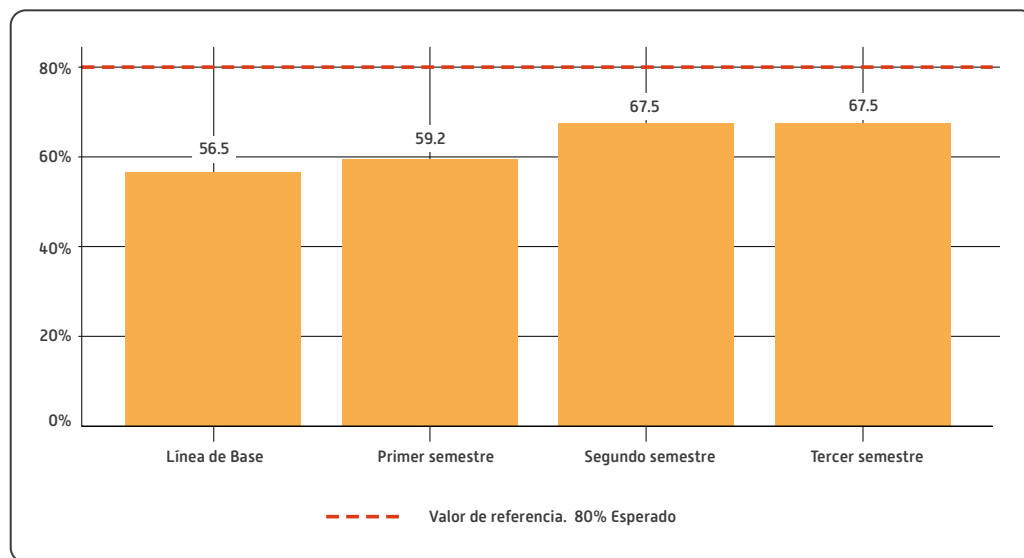
Gráfico 7. Mortalidad por cáncer en todos los sitios [CIE-O 3era ed. C00-C80]. Uruguay 1990-2016.



En el gráfico 7 se observa un descenso de la tasa de mortalidad por cáncer en ambos sexos. El descenso fue de 4,2% en hombres, sobre todo a expensas del cáncer de pulmón y 3% en mujeres a expensas de cáncer de cérvix, endometrio y mama. (Ministerio de Salud Pública - Uruguay, 2018b)

La nueva meta asistencial 2, con el objetivo de promover la detección temprana de cáncer de cuello uterino y colon, impulsó el aumento de la cobertura de PAP en mujeres de 21 a 64 años (ver gráfico 8) y la detección de sangre oculta en materias fecales en usuarios de 60 a 70 años (ver gráfico 9).

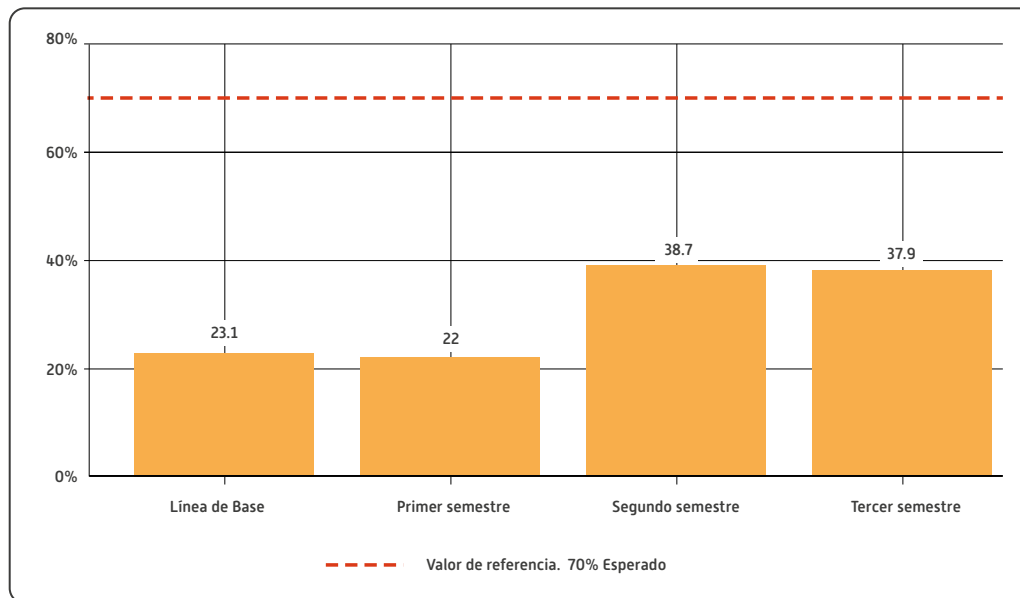
Gráfico 8. Evolución global de cobertura de PAP en mujeres de 21 a 64 años, por semestre. Uruguay 2017-2019.¹



Índice de progreso: 46.8%

1 - Resultados en 24 Prestadores Integrales que eligieron Cáncer para Meta

Gráfico 9. Evolución global de cobertura de realización de test de sangre oculta en materias fecales en usuarios de 60 a 70 años, por semestre. Uruguay 2017-2019¹.



Índice de progreso: 31.6%

Problema 9. Morbimortalidad por VIH/Sida.

La meta establecida para 2020 fue en relación con tres indicadores:

- reducir la Mortalidad en un 30% partiendo de una línea de base de 5,07 / 100.000 para 2014 y llegando en 2017 a una tasa de 4,63 / 100.000
- disminuir un 15% la incidencia de VIH con una línea de base de 990 casos/año para 2014, y una incidencia de 988² casos en 2018 [DEVISA]³
- aumentar la cobertura de tratamiento antirretrovirales [TRV] en personas con VIH, partiendo de una línea de base de 40% para 2014 y llegando a 58% de total de personas con VIH en 2018.

1- Resultados en 24 Prestadores Integrales que eligieron Cáncer para Meta

2 - De los 988 notificados en 2018 el 8.4% (n=83) corresponden a casos de nacionalidad extranjera. Son 905 casos nuevos "nacionales".

3 - Boletín Epidemiológico día nacional del VIH/Sida 2019. En: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/boletines-epidemiologicos>



Tabla 9: Evolución de la tasa de mortalidad* por SIDA según sexo. Uruguay 2014-2017

| AÑOS | Tasa de Mortalidad en Hombres | Tasa de Mortalidad en Mujeres | Tasa de Mortalidad en ambos sexos |
|------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 2014 | 7.48 | 2.80 | 5.07 |
| 2015 | 7.75 | 2.23 | 4.90 |
| 2016 | 7.07 | 2.95 | 4.94 |
| 2017 | 6.25 | 3.05 | 4.63 |

* Tasa por 100.000

En el gráfico 10 se muestra la evolución de la tasa de notificación de nuevas infecciones en ambos sexos 2011-2017 y en el gráfico 11 la evolución del número de personas en TARV.

Gráfico 10. Evolución de la tasa de notificación de nuevas infecciones en ambos sexos. Uruguay 2011-2017

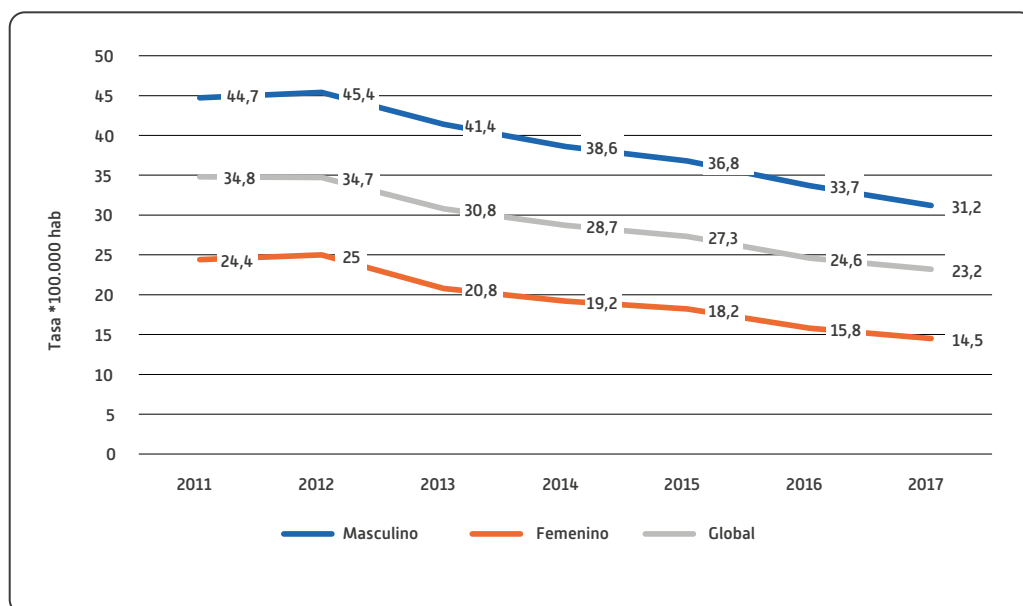
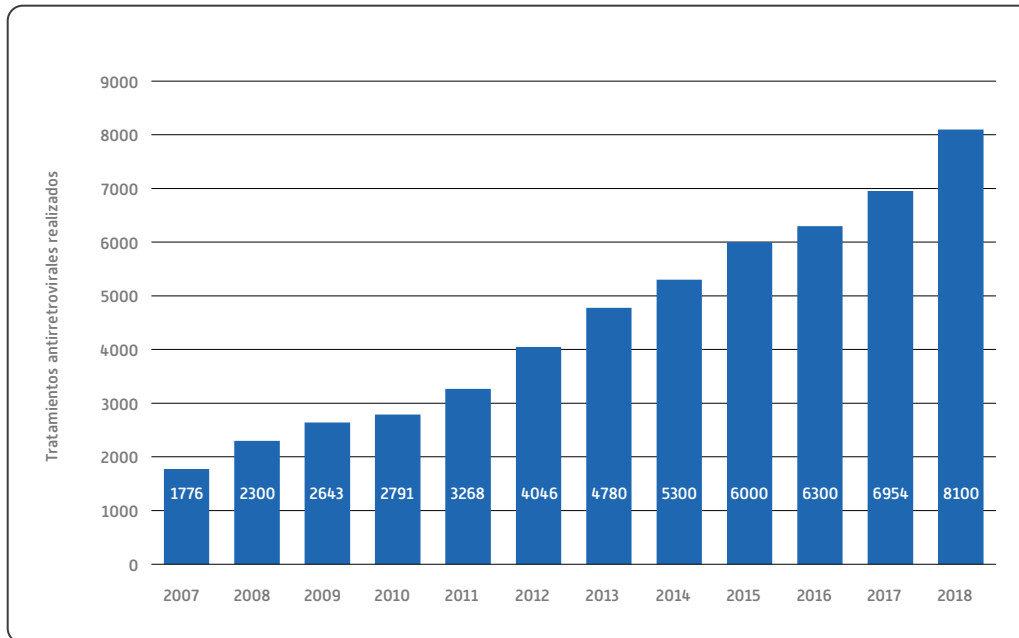


Gráfico 11. Evolución del número de tratamientos con antirretrovirales realizados. Uruguay 2011-2017



Problema 10. Incidencia de suicidio y problemas vinculados a la salud mental.

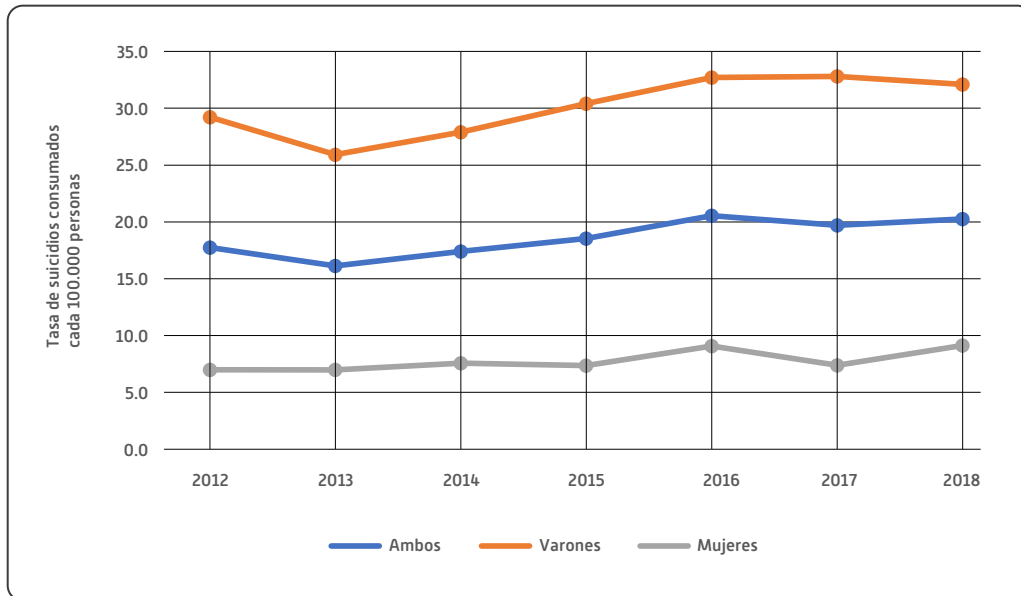
Para este problema se estableció como meta para el 2020 implementar un plan de prevención del suicidio, y se tomó como línea de base la tasa de mortalidad por suicidio de 2014, con un valor de 17,4/100.000 personas.

Tabla 10: Evolución de la tasa de mortalidad por suicidios consumados. Uruguay 2015-2018.

| Año | Fallecidos | | | | Población | | | Tasa por 100.000 | | |
|------|------------|-----|-----|-------|-----------|-----------|-----------|------------------|-----|-------|
| | Masc | Fem | n/i | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total |
| 2015 | 510 | 132 | 1 | 643 | 1.677.118 | 1.789.936 | 3.467.054 | 30,4 | 7,4 | 18,6 |
| 2016 | 551 | 163 | 1 | 715 | 1.684.140 | 1.796.082 | 3.480.222 | 32,7 | 9,1 | 20,5 |
| 2017 | 554 | 134 | 0 | 688 | 1.691.102 | 1.802.103 | 3.493.205 | 32,8 | 7,4 | 19,7 |
| 2018 | 545 | 165 | 0 | 710 | 1.697.985 | 1.808.000 | 3.505.985 | 32,1 | 9,1 | 20,3 |



Gráfico 12. Tasa de mortalidad por suicidios consumados cada 100.000 personas, por año. Uruguay 2012-2018.



A partir de 2015 se observa una estabilización de la pendiente de ascenso de la tasa de mortalidad por suicidios.

Las líneas de acción implementadas se pueden organizar en cinco ejes:

Eje 1: Organización de la Atención Integral en Salud Mental

- Lanzamiento del Protocolo de atención y seguimiento de la atención de las personas con IAE en el SNIS [Ordenanza 384 de 2017].
- Implementación de la línea telefónica 0800 0767 Vida SOS, 24hs para la atención en crisis en todo el país que comenzó a funcionar en 2018.
- 2018-2019: Meta 2 en el cumplimiento del protocolo de seguimiento de la atención de las personas con IAE.
- Coordinación con la Mesa de Salud Mental del Municipio A el abordaje en grupos de adolescentes y adultos con problemáticas de salud mental

Eje 2: Construcción de Intersectorialidad y trabajo en Red:

- Instalación y Fortalecimiento de los Grupos Departamentales de prevención de suicidio.
- En Montevideo: actividades para la conformación de una mesa de trabajo en salud mental en el Municipio A.

Eje 3: Sensibilización a la comunidad y educación a la población en promoción de salud mental y prevención de suicidios:

- Jornadas de sensibilización y Educación a la población en Promoción de Salud Mental y Prevención de Suicidios.
- Actividades de coordinación y asesoramiento a instituciones diversas e intercambio con mesas interinstitucionales en departamentos del interior del país.
- Sensibilización e información en el Día Nacional de prevención de suicidio el 17 de julio.
- Desde el año 2017: premio para estimular a las instituciones del país el trabajo en prevención de suicidio.

Eje 4: Formación, capacitación y reorientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes:

- Jornadas de capacitación para detección de ideación suicida para equipos de salud de primer nivel de atención, emergencias y personal de la salud y educación.

Eje 5: Desarrollo e implementación del Sistema Nacional de Información en IAE y Suicidios.

Problema 11. Lesiones y muertes por siniestralidad vial y en el ámbito laboral.

Se estableció una meta 2020 de disminución de la mortalidad por siniestralidad vial de 30%, partiendo de una tasa de mortalidad en el 2015 de 14,6/100.000 habitantes, registrándose en 2018 una tasa de 15,1/100.000 habitantes. Como se muestra en la tabla 11 la tasa de mortalidad por siniestros de tránsito publicada por MSP difieren de los publicados por UNASEV, debido a las diferentes fuentes utilizadas en el cálculo.



Tabla 11: Tasas de mortalidad por siniestros de tránsito según fuente de datos. Uruguay 2015-2018.

| TASAS | 2015 | 2016 | 2017 | 2018*** |
|---|-------------|-------------|-------------|----------------|
| Tasa de mortalidad por siniestros de tránsito x 100.000 habitantes (MSP)* | 13,8 | 12,1 | 12,4 | 13,7 |
| Tasa de mortalidad por siniestros de tránsito x 100.000 habitantes (UNASEV)** | 14.6 | 12.8 | 13.5 | 15.1 |

* Causa Básica de Muerte del CDe llenado por Forense / ** Fuente: partes policiales y seguimientos / ***Cifras preliminares.

Tabla 12: Defunciones por siniestros de tránsito según fuente de datos. Uruguay 2015-2018.

| Fuentes de Datos | 2015 | 2016 | 2017 | 2018*** |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| MSP* | 478 | 421 | 433 | 482 |
| UNASEV** | 506 | 446 | 470 | 528 |

* Causa Básica de Muerte del CDe llenado por Forense / ** Fuente: partes policiales y seguimientos / ***Cifras preliminares.

En la tabla 13 se muestra la evolución del número de lesionados y tasa de lesividad por siniestros de tránsito desde el 2015

Tabla 13: Lesionados y tasa de Lesividad por siniestros de tránsito. Uruguay 2015-2018.

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Numero de Lesionados | 29.610 | 26.821 | 27.324 | 25.595 |
| Tasa de Lesividad /100.000 hab. | 868,6 | 783,5 | 795,7 | 745,1 |

En relación a la siniestralidad en el ámbito laboral se muestra la tabla 14 la evolución de muertes y lesionados por siniestros laborales 2015 – 2018 (Fuente BSE) con una marcada disminución del número de lesionados desde el 2015.

Tabla 14: Evolución del N.º de fallecidos y lesionados por siniestros laborales. Uruguay 2015-2018.

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| N.º Lesionados | 48.702 | 44.184 | 43.072 | 38.235 |
| N.º Fallecidos | 46 | 21 | 25 | s/d |

Fuente: Monitor de Accidentes de Trabajo del Banco de Seguros del Estado

Problema 12. Violencia de género y generaciones.

La meta propuesta para el 2020 fue la de ejecutar el Plan “Por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional”. La línea de base considerada fue el plan aprobado.

Las líneas de acción realizadas para la ejecución del plan consistieron en:

- Se reperfilaron los equipos de referencia de los prestadores en base al documento: “Lineamientos para el reperfilamiento de los Equipos de Referencia en Violencia Doméstica” (ERVD) con mirada generacional.
- Se fomentó que todos los prestadores del SNIS cuenten con ERVD y 41 de 46 instituciones (89,3%) desarrollaron un protocolo de atención que fue aprobado por el Área Programática de VBGG.
- Se capacitó a ERVD y Equipos de Salud Mental en el abordaje de la temática de varones que ejercen violencia contra sus parejas o exparejas.
- Se realizó la adaptación, validación e implantación del manual clínico para el SNIS de “Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual” (2017) con apoyo de OPS-OMS, UNFPA y UNICEF, siendo el primer país de habla hispana en el mundo que lo incorpora.
- Planificación del estudio sobre el vínculo y desempeño del sistema de salud en relación con las mujeres víctimas de femicidio consumado a manos de parejas, exparejas y familiares en Uruguay.
- Con el apoyo de UNFPA-INMUJERES se definieron servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia.
- Elaboración junto a UNICEF-SIPIAV de Protocolos de abordaje a situaciones de maltrato y abuso sexual a niños y adolescentes.
- Capacitación a ERVD en atención a situaciones de trata y tráfico de personas.



- Elaboración de protocolos específicos en el marco del SNIS para:
 - a. abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes (NNA).
 - b. abordaje de situaciones de maltrato a NNA en el marco del SNIS.

Problema 13. Dificultades de acceso a servicios en personas con discapacidad y atención a adultos mayores vulnerables.

La meta establecida al 2020 frente a este problema fue contar con herramientas para visibilizar y mitigar el problema mediante el diseño y ejecución de tres planes:

- Plan de accesibilidad para las personas con discapacidad en los servicios de salud.
- Plan de prevención de la discapacidad.
- Protocolo de acción para mejorar la accesibilidad de personas con obesidad mórbida, en los prestadores del SNIS.

Entre las líneas de acción puestas en marcha se destaca:

- Participación en proyecto nacional multisectorial para definir requisitos mínimos para la accesibilidad universal a los servicios de salud.
- Integración de grupo de trabajo interinstitucional para concretar un modelo de valoración/certificación única de la discapacidad conforme a lo dispuesto en la ley N° 18.651.
- Avances en el desarrollo de la reglamentación de la ley N° 18.651 (Protección integral de personas con discapacidad).
- Capacitación a Referentes Institucionales en el Cuidado de Pacientes con ACV
- Mapeo primario de los servicios para atención de discapacidad (según su complejidad), sector público o privado y el área geográfica
- Coordinación con ASSE para el diseño de una red de rehabilitación, buscando la complementación público-privado en niños y adultos.
- Se han priorizado áreas para desarrollar recomendaciones para la rehabilitación. (parálisis cerebral, daño cerebral adquirido y lesión medular, salud mental y amputados).
- Se elaboró las "Recomendaciones y Criterios técnicos para la organización de servicios sanitarios para personas Adultas Mayores: Servicios de Geriatría" y las "Recomendaciones - Guía Nacional de Abordaje integral de caídas en el Adulto Mayor".

Problema 14. Consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas.

Frente a este problema se definió en forma intersectorial tres metas al 2020:

- Avanzar en los procesos de mejora en la regulación del consumo de alcohol
- Aumentar la percepción de riesgo sobre consumo de cannabis.
- Implementar un proceso normativo tendiente a aumentar el uso racional de psicofármacos

Para cuantificar el problema se tomó como línea de base la percepción del riesgo sobre el consumo de cannabis de los estudiantes de educación media en el 2011: 16,6%. [Encuesta Estudiantes. JND. 2011] De acuerdo a los datos publicados por la Junta Nacional de Drogas del 2016, la percepción del riesgo se redujo a 8,6%. Se comenzó a analizar el fenómeno y planificar intervenciones, con la participación intersectorial en el ámbito de la Presidencia de la República, para aumentar la percepción del riesgo en los diferentes grupos etarios.

Se mencionan algunas de las acciones realizadas:

- Se elevó al Parlamento, un proyecto de ley para la regulación eficiente de la venta, publicidad, promoción y patrocinio del alcohol.
- Se avanzó en la implementación y fiscalización del cumplimiento de la ordenanza 485 del MSP para la población adolescente.
- En coordinación con la UNASEV y la Policía Nacional se aumentó la eficacia y efectividad del plan de fiscalizaciones mediante la realización de espirometrías en la vía pública.
- El MSP participa activamente de la Junta Directiva del Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA) a través de sus dos representantes, aportando a la construcción de la política de cannabis en sus diferentes componentes.
- Promoción de la prescripción racional: reuniones con la academia, y otros actores de interés en la temática.
- Se han realizado fiscalizaciones a nivel de laboratorios farmacéuticos y de farmacias verificando el cumplimiento de la normativa vigente de sicofármacos y estupefacientes.
- Informes actualizados de las inspecciones realizadas y de los procesamientos de los consumos de Benzodiazepinas, Metilfenidato y Opioides y de los relevamientos de los servicios de Farmacias Hospitalarias de 2017 y 2018.
- Se está trabajando desde el año 2017 en el Proyecto e-Receta en conjunto con Salud Uy y AGESIC.



Problema 15. Persistencia de brechas en la calidad de la atención sanitaria.

Para el abordaje de este problema se estableció al 2020:

- Incorporar los temas de buenas prácticas y uso racional de los recursos en salud como elemento de calidad en la agenda de los ámbitos de participación social.
- Inclusión de indicadores en el componente variable de los contratos de gestión con las instituciones del SNIS.

Entre las acciones realizadas al momento se destacan:

- Actualización de Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS)
- Desarrollo de redes y la complementación en la salud para superar la fragmentación
- Trabajo interinstitucional en el sistema de agendas de consulta externa para la mejora del acceso.
- Desarrollo de Políticas en medicamentos y tecnologías con creación de una Junta de Evaluación de Pertinencia (para la incorporación).
- Fomento y reconocimiento de Buenas prácticas en capacidad resolutiva Primer Nivel de Atención y Maternidades del SNIS.
- Implementación de la atención en cuidados Paliativos en todos los prestadores.
- Incorporación de Información para la toma de decisiones del usuario en la web en "A tu Servicio".
- Implementación de Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN) y la Historia Clínica Electrónica Oncológica.

Conclusiones

El proceso de desarrollo, implementación y monitoreo de los Objetivos Sanitarios Nacionales es un proceso complejo. La formulación de la política pública para la conducción del sistema debe incorporar diferentes miradas y posiciones, valorando de manera amplia el entorno y la situación de salud de la población, los determinantes sociales de la salud, así como considerando las características de los prestadores de salud. El monitoreo de los OSN debe ser realizado con múltiples perspectivas y metodologías, mediante la evaluación, la investigación y la sistematización de experiencias. [Holliday, 2012]

Las diferentes metodologías utilizadas para la evaluación de los OSN 2020 exponen la mencionada necesidad de complementar estrategias para poder evaluar los avances y actuar, con el apoyo de los actores involucrados.

Del análisis realizado de las acciones implementadas de los OSN 2020, y los efectos en la salud de la población que éstas produjeron, se demuestra la efectividad de la herramienta de la planificación como estrategia para fortalecer la rectoría del sistema de salud.

Los resultados de las tres evaluaciones presentadas deberán ser complementados en el 2021, con los resultados finales de la implementación de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. No sólo deberá considerarse las metas al 2020 por cada resultados esperado y las líneas de acción realizadas, sino también deberá valorarse el impacto en la salud de la población, con una mirada de inequidades [medición de desigualdades] a partir de las fuentes de información existentes en el MSP y otros organismos o instituciones.



Bibliografía

1. Cabella, W. (2012). Análisis de situación en población uruguaya. Montevideo.
2. Canada. Health Canada. (1999). Territorial Advisory Committee on Population Health: Toward a healthy future: second report on the health of Canadians. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.
3. Department of Health - South Africa. (2014). Strategic plan 2014/15 - 2018/19. Pretoria.
4. Department of Health - UK. (2010). Healthy lives, healthy people: Our strategy for public health in England [Vol. 7985]. The Stationery Office.
5. Holliday, Ó. J. (2012). Sistematización de experiencias, investigación y evaluación: aproximaciones desde tres ángulos. F (x)= Educación Global Research, 1, 56-70.
6. Ministerio de Salud de Chile. (2002). Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Ministerio de Salud. Boletín de Vigilancia en Salud Pública de Chile, 5.
7. Ministerio de Salud Pública - Uruguay. (2016). Objetivos sanitarios nacionales 2020. Montevideo: Ministerio de Salud Pública - Uruguay.
8. Ministerio de Salud Pública - Uruguay. (2018a). A diez años de iniciada la reforma sanitaria. Evaluación y desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo.
9. Ministerio de Salud Pública - Uruguay. (2018b). Interpelaciones y respuestas a las enfermedades no transmisibles en Uruguay. Montevideo.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá.
11. Ministry of Health of Turkey. (2012). Strategic Plan 2013-2017. Ankara.
12. U.S. Department of Health and Human Services. (2010). Healthy People in Healthy Communities: A Systematic Approach to Health Improvement.



2

Establecimiento de prioridades en la incorporación de tecnologías al plan de cobertura universal (PIAS)

Autores:

Dr. Oscar Gianneo

Asesor de la Dirección General de la Salud. MSP.

Dra. Ana Pérez

Directora de la División Evaluación Sanitaria. Dirección General de la Salud. MSP

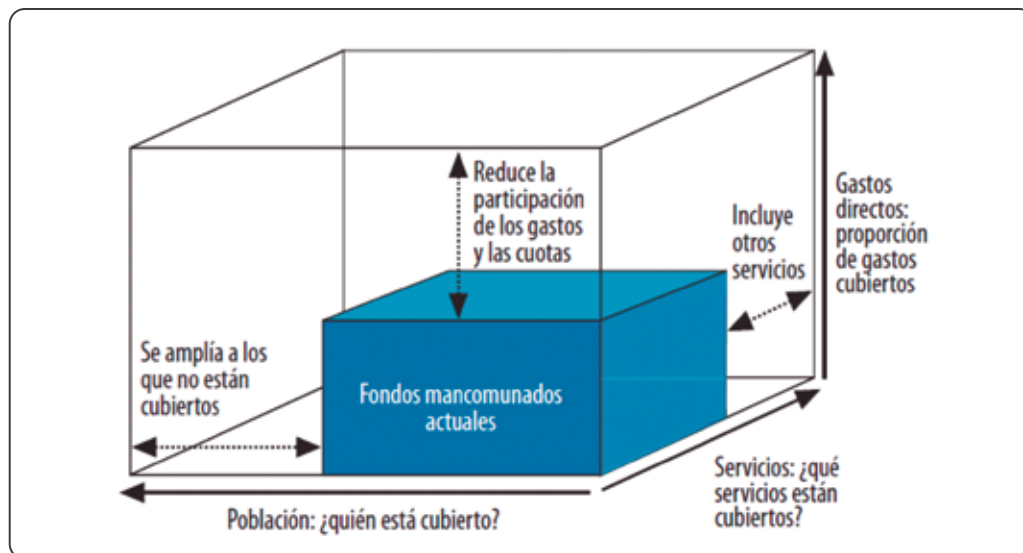
Cobertura universal y plan de prestaciones integrales

Según la Organización Mundial de la Salud el “acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad”. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud constituyen el fundamento de un sistema de salud equitativo. [CD53/5, Rev. 2 y CD53/R14 OPS/OMS, 2014].

Sobre estas premisas, la cobertura universal se define en función de tres dimensiones, según el clásico diagrama [figura 1] de los tres ejes sobre los cuales se construye la misma: población cubierta, servicios cubiertos y costos cubiertos.

En otras palabras, estas dimensiones se vinculan a la importancia de que los servicios de salud cubran a toda la población y sean accesibles, comprendan un conjunto de servicios que puedan satisfacer integralmente las necesidades de las personas según sus diferentes ciclos de vida y condiciones de salud-enfermedad y por último que ofrezcan una forma de protección financiera que sea sostenible con relación a los gastos que deben solventar en el cuidado de su salud.

Figura 1: Diagrama 3 de los 3 ejes, población cubierta, servicios cubiertos y costos cubiertos



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



Estos ejes constituyen los pilares de la reforma del sistema de salud de nuestro país y se recogen en el proceso de creación y consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud a través de la constitución del FONASA, la incorporación progresiva de colectivos de población al seguro de salud y en la definición de un plan de cobertura integral llamado Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS).

Bajo este concepto de cobertura universal, la definición de planes explícitos de beneficios o planes integrales de cobertura universal reviste un especial interés porque implica no solo la formulación bajo la forma de listados taxativos, sino especialmente la necesidad de que se den procesos de ajuste periódico, y de actualización.

Estos procesos implican un gran esfuerzo técnico y político de tal manera de satisfacer el interés general de los actores del sistema de salud y de lograr maximizar el bienestar social en un contexto de recursos que siempre son limitados en relación a ritmo que implica el desarrollo de las nuevas tecnologías en salud y su ciclo.

Uruguay con la reforma de su sistema de salud ha adoptado el camino de la definición explícita de cobertura universal. Es de destacar de que previo a la misma, ya existían algunos conjuntos prestacionales de cobertura universal a nivel del Fondo Nacional de Recursos desde la década del '80, el Listado de Medicamentos Esenciales (LIME) cuyo alcance era parcial a los servicios asistenciales otorgados por el Ministerio de Salud Pública, y la obligatoriedad de programas y algunos procedimientos para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).

Con la promulgación de la ley 18.211 en su artículo 45 se establece claramente la obligatoriedad para todos los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud de prestaciones explícitamente definidas para Programas, Modalidades de Atención y Procedimientos (Decreto N.º 465/2008, Anexo 1 y Anexo 2). Se concreta su formulación luego de un detallado estudio y análisis que involucró diversas etapas apoyadas en metodologías de consenso con diferentes actores y referentes del sector salud.

En lo que respecta a medicamentos los Decretos N.º 265/2006, N.º 4/2010, N.º 249/2011, N.º 130/017 configuran los aspectos normativos que dan sustento a la cobertura obligatoria de un listado explícito de medicamentos y a su reglamentación.

Desde el 2010 queda establecida la cobertura de medicamentos de alto precio por parte

del Fondo Nacional de Recursos en la Ley N.º 17.930 de Presupuesto Nacional artículo 313, y se establecen por primera vez condicionante técnicas para su incorporación sobre la base de la evidencia, la evaluación económica y de impacto presupuestal como sostén de las decisiones [Decreto N.º 4/010, artículo 2].

De acuerdo con el Decreto N.º 130/017 se reglamentaron las etapas para la incorporación de medicamentos al Formulario Terapéutico de Medicamentos y se dieron lineamientos para su actualización, asignándose el listado formulado a dos categorías denominadas Anexo A y Anexo B.

De acuerdo con ello:

- El Anexo A comprende a aquellos medicamentos y productos afines que los prestadores de salud deberán brindar a sus beneficiarios, en función de la prescripción del profesional actuante.
- El Anexo B incluye medicamentos y productos afines que los prestadores de salud deberán brindar a sus beneficiarios según los protocolos de cobertura definidos para cada caso. Asimismo, también se incluyen aquellos fármacos que el Fondo Nacional de Recursos brindará a través de su cobertura en base a las pautas y requisitos que defina.

El Plan Integral de Atención a la Salud en la actualidad

El Plan Integral de Atención a la Salud de Uruguay se define en lo que respecta a la forma de garantizar la cobertura de prestaciones de acuerdo a las siguientes variables:

- Etapa de la salud integral en el cual la tecnología se utiliza: promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo.
- Tipo de tecnología: medicamento, procedimiento, dispositivo, programa y modalidad de atención.
- Complejidad de la tecnología en términos de recursos de infraestructura, equipamiento, capacitación de los recursos humanos: Alta, Mediana y Baja complejidad.
- Nivel de prevalencia de la condición de salud necesaria de atender.
- Nivel adecuado de eficiencia en término de costos globales para el sistema por dónde deberá brindarse la cobertura considerando el impacto presupuestal para el sistema de salud y su repercusión sobre las cápitas que financian el funcionamiento de los prestadores integrales o sobre el financiamiento del Fondo Nacional de Recursos.



Estas variables determinan que la garantía de cobertura pueda ser conducida a través de:

- Los prestadores integrales para:
 - programas prioritarios
 - modalidades de atención
 - procedimientos, medicamentos y dispositivos, de baja y mediana complejidad y precio.
- El Fondo Nacional de Recursos para:
 - procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad que son efectivizados a través de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)
 - programas de atención especializada (coberturas de trasplantes y de otras patologías)
 - dispositivos y medicamentos de alto precio y con alto impacto presupuestal.

Con la Ley de Centros de referencia y su decreto reglamentario que actualmente se encuentra en etapa de implementación, se han agregado recientemente otras dimensiones que serán consideradas en la determinación de la cobertura universal para atender patologías que requieran de elevados niveles de especialización y experiencia en los recursos humanos, recursos tecnológicos, instalaciones y equipamiento de alta especialización, y una casuística que permita alcanzar una relación costo efectividad favorable. [Ley 19666 y Decreto 79/019]. Estas condiciones de salud serán atendidas en Centros de Referencia y la cobertura financiera será efectivizada a través del Fondo Nacional de Recursos.

En estas definiciones también se incorpora la dimensión de accesibilidad geográfica para la decisión de cobertura de patologías bajo la forma de Centros de Referencia.

Esquema de la estructura actual del PIAS

ANEXO 1

- PROGRAMAS INTEGRALES DE PRESTACIONES OBLIGATORIOS.

ANEXO 2

- MODALIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA
- ESPECIALIDADES MÉDICAS
- ASISTENCIA DE OTROS PROFESIONALES Y/O TÉCNICOS
- PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
- PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y DE REHABILITACIÓN
- SALUD BUCAL
- MEDICAMENTOS Y VACUNAS
 1. Formulario Terapéutico de Medicamentos [Decreto N° 130/017]
 - a. Anexo A
 - b. Anexo B
- TRANSPORTE SANITARIO
- INTERPRETACIÓN
 1. Procedimientos que quedarán incorporados luego de normatización o protocolización [decreto 2008 y 2009]
 - a. Procedimientos diagnósticos
 - b. Procedimientos terapéuticos y de rehabilitación
- TECNOLOGÍAS FINANCIADAS POR EL FONDO NACIONAL DE RECURSOS
 - a. Procedimientos
 - b. Medicamentos [Incluidos en el Anexo B del FTM]
- CENTROS DE REFERENCIA FINANCIADOS POR EL FONDO NACIONAL DE RECURSOS [en etapa de implementación]

En la medida de que el proceso de definición y organización de Centros de Referencia avance en su implementación existirá otro conjunto de prestaciones que serán efectivizadas por los mismos y que estarán financiadas a través del Fondo Nacional de Recursos.



Actualización del PIAS

En el año 2018 se realiza un trabajo de actualización del documento del PIAS (Ordenanza N° 289/018) dado que era necesario consolidar las incorporaciones que se habían llevado a cabo en el período 2008 – 2018.

En posterior normativa y luego de un análisis realizado por un grupo de expertos pertenecientes a las diferentes cátedras o departamentos de las Facultades de Medicina, Odontología y Química de la Universidad de la Republica se eliminaron un conjunto de prestaciones que fueron consideradas obsoletas o que han dejado de usarse por el avance tecnológico [Decreto N° 53/018].

En el 2018 y 2019 se inicia un proceso de priorización a fin de establecer criterios claramente definidos para la incorporación de prestaciones al plan de cobertura universal lo cual se detallará en la siguiente sección.

Procesos de evaluación y priorización de tecnologías sanitarias (ETS)¹.

La ETS es una disciplina que se define actualmente como “Proceso sistemático de valoración de las propiedades, los efectos y/o los impactos de la tecnología sanitaria. Puede abordar tanto las consecuencias directas y deseadas de las tecnologías como las indirectas y no deseadas. Su objetivo principal es informar la toma de decisiones en atención sanitaria.” [INHATA, glosario de términos de ETS, 2019]

Su desarrollo de más de 40 años ha sido conducido e implementado desde sus inicios por instituciones llamadas Agencias de Evaluación de Tecnologías concebidas como un puente entre los ámbitos académicos y la toma de decisiones (Battista R, 1989) y ha determinado el avance de diversas metodologías e instrumentos para abordar aspectos tales como el análisis de la eficacia y la seguridad, la evaluación económica, los aspectos organizacionales e incluso éticos y legales.

Dado el incremento constante de la solicitud de Tecnologías Sanitarias (TS) para ser incorporadas a los sistemas de salud, en las últimas décadas surge la preocupación por

1 - Apartado a cargo de la Dra. Ana Perez.

establecer criterios claros y transparentes en el establecimiento de prioridades una vez realizadas las ETS, de forma tal de formular recomendaciones de incorporación en base criterios que determinen una ponderación de las TS considerando diferentes dimensiones para ello.

Es así como el concepto de evaluación y priorización entendido como un proceso desarrollado por equipos profesionales altamente calificados “en solitario” ha dado paso a un concepto más amplio en donde los principales actores que intervienen en las distintas fases de las TS son tomados en cuenta para la innovación, fabricación, y utilización entre otros factores [Pichon-Riviere, Trowman, 2018].

La priorización en salud es la estrategia que, de forma sistemática, técnica y transparente logra dar respuesta a la pregunta de “¿cómo seleccionar las TS?”, considerando a los actores involucrados e incorporando explícitamente los factores culturales, sociales y técnicos que intervienen en la toma de decisiones. En otras palabras, ubica la priorización en el proceso de nominación-evaluación-recomendación-toma de decisión vinculado a las tecnologías en salud. [Policy Forum ETS, HTAi, 2019]

La priorización de tecnologías de salud en nuestro país

Todos los países que han alcanzado la Cobertura Universal en Salud llevan a cabo procesos de priorización de las prestaciones que incorporan a la lista positiva de prestaciones obligatorias que deben recibir los usuarios del SNIS, independientemente de cuál sea su prestador (en nuestro país el PIAS).

Esto permite mejorar el acceso y la calidad de los servicios, mantener o promover la equidad y la universalidad en el sistema de salud, a la vez que hacer un uso responsable de los dineros públicos que se utilizan en salud.

El desarrollo de nuevas Tecnologías de Salud (TS) en un sentido amplio, así como el precio de estas, ha sido creciente en las dos últimas décadas, poniendo en juego la sostenibilidad económica de todos los países que tienen cobertura universal como Uruguay.

Los diferentes impactos en la salud de las personas, la variabilidad de las necesidades de atención médica de la población y los precios en aumento constante, exigen que se adopten metodologías transparentes, validadas, que le permitan a la Autoridad Sanitaria tomar



las mejores decisiones en la distribución de los recursos, que siempre son limitados, sea cual sea el nivel económico de un país.

En los países que han desarrollado la ETS hay consenso en aspectos que justifican la necesidad de realizar una evaluación exhaustiva antes de incorporar TS innovadoras a la cobertura universal.

Algunos de los fundamentos de esta necesidad son:

- Se desarrollan nuevas técnicas que pueden ser muy innovadoras desde el punto de vista de su originalidad y creatividad, pero carecen de utilidad desde el punto de vista del mejoramiento de la salud de la población e inclusive pueden ser éticamente inaceptables.
- Se ha constatado que a menudo no existe una correlación entre la asignación de recursos económicos a las TS y la obtención de resultados favorables en indicadores de salud tales como morbilidad, mortalidad y años de vida saludables ganados.
- Para la situación de los medicamentos innovadores en particular, se ratifica que ningún país del mundo puede financiar en forma universal todos los medicamentos que se encuentran registrados y disponibles, mientras se mantengan sus altísimos precios.

Instrumentos de priorización

Para afrontar este problema de una forma sistematizada y transparente que permita realizar una trazabilidad de los procesos de priorización los países han desarrollado diferentes instrumentos para la incorporación de TS. Los primeros desarrollos metodológicos surgieron en Canadá y en Europa basados en los conceptos básicos de la ETS y su uso se ha ampliado con adaptaciones de acuerdo con el contexto de los sistemas de salud y social.

Conceptualmente existen dos ámbitos de priorización en relación con las TS:

- a. Uno se ubica en forma previa a la realización de evaluación. Es la Priorización para la ETS y se realiza a los efectos de establecer el listado seleccionado de TS que una agencia es factible de evaluar en un período de tiempo definido. Se elige un grupo de TS según criterios pre-establecidos y las demás quedan fuera del proceso nominación-evaluación-recomendación-toma de decisión.

b. El otro ámbito es el vinculado las fases de recomendación y toma de decisiones para la incorporación a un sistema universal de cobertura. Es la Priorización de Incorporaciones.

Si bien los instrumentos utilizados para la priorización de ETS y de incorporaciones generalmente tienen semejanzas en cuanto a las dimensiones y las variables utilizadas, así como en los puntajes asignados a las mismas, se desarrollan en forma independiente.

En el Uruguay a partir de 2016 se aplica un Formulario de Priorización para establecer un orden que permita optimizar la evaluación de las solicitudes de incorporación al Formulario Terapéutico de Medicamentos, y se está utilizando desde principios del presente año para elaborar la lista de prestaciones candidatas a ser evaluadas en vistas a su incorporación al PIAS.

El equipo que realiza ETS en la DIGESA desarrolló experiencia en la utilización de esta herramienta en tanto Formulario de Priorización de ETS hasta 2018, en que se incursiona en la segunda variante que describíamos: la priorización de incorporaciones.

En los últimos años en la Región y en nuestro país se incrementaron las demandas de la sociedad por distintos medios con respecto a la cobertura, fundamentalmente de medicamentos de alto precio.

Hasta el año 2018 un sector importante de los principales actores vinculados a las TS en el país no había tenido una participación formal en los procesos de incorporación de TS.

En este sentido, se planteó por parte de las autoridades la necesidad de seguir avanzando en otorgar transparencia a los procesos de toma de decisiones con la inclusión progresiva de nuevos actores. Por esta razón se ha involucrado a los usuarios y a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.



Aplicación de la herramienta de priorización de las incorporaciones de Uruguay

En vistas a la adopción de un Formulario de Priorización de Incorporación de Prestaciones al SNIS se desarrolló un proceso de discusión interna a nivel del Ministerio de Salud Pública y externa con la incorporación de nuevos actores.

Participaron de la discusión interna autoridades y técnicos de la Dirección General de la Salud y del Fondo Nacional de Recursos, y la discusión externa se procesó con la participación de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República a través de sus Cátedras y Departamentos, y con las organizaciones de usuarios que participan de los órganos de conducción del SNIS y las asociaciones de pacientes agrupadas en torno a alguna patología o condición de salud.

Desde el inicio se concibió el instrumento de priorización para ser utilizado en el análisis de la incorporación de todas las TS o sea medicamentos, procedimientos, técnicas, programas de prevención, dispositivos y todo aquello englobado dentro de la definición de TS.

Con relación a la participación de la Academia, se realizó una reunión específica, para presentar un borrador de Formulario de Priorización de Incorporación de Prestaciones al SNIS y a los efectos de ordenar con algún criterio de priorización las múltiples solicitudes recibidas, y generar una herramienta clara y transparente, se les solicitó que analizaran dicho borrador y si lo consideraban, hicieran aportes o modificaciones.

Las consideraciones de las Cátedras podían referirse a los criterios o variables a ser tenidos en cuenta, a la ponderación de cada uno de ellos, u otra consideración al respecto.

Entre los Profesores hubo consenso en la validez de contar con una herramienta de este tipo y se presentaron aportes de redacción que dieron lugar a algunas variaciones en el formulario original.

Respecto a la participación de los movimientos de usuarios y pacientes se los convocó para presentarles el formulario de priorización, solicitando sus aportes y explicando la metodología. Se realizaron reuniones con los representantes de los movimientos de usuarios de carácter nacional que están representados en la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y en el Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y

las asociaciones de pacientes y familiares nucleados por enfermedad o patología.

Se desarrolló en dos instancias. Fueron citados los integrantes de los Movimientos de Usuarios a la primera reunión y se agregaron a la segunda las Asociaciones de Pacientes o Familiares por patologías. Participaron representantes de los movimientos de usuarios que se encuentran funcionando actualmente, así como varios representantes de 24 asociaciones de pacientes o familiares.

Se tuvieron en cuenta los aportes que surgieron de la consulta en relación con las variables y dimensiones que debería tener un formulario de priorización.

A continuación, nos referimos en términos generales a los aspectos que cubre el formulario elaborado y la metodología de aplicación.

La primera dimensión que se analiza es la **pertinencia**. Es decir, si la tecnología propuesta se adapta a la población objetivo y cuáles son las valoraciones en los aspectos éticos, legales y de derechos humanos. De acuerdo con los resultados que se obtengan, una determinada TS puede ser rechazada o se prosigue con la priorización.

Seguidamente se estudia la **relevancia**, que busca evaluar que la temática propuesta se encuentre adecuada a la población y que sea pertinente desde el punto de vista de la salud para la población. Toma en cuenta la prevalencia e incidencia, la gravedad del problema y el enfoque de equidad.

Seguidamente se releva el **impacto** de la incorporación de la TS en sus dos aspectos: el impacto en la salud pública (vacío terapéutico, beneficio clínico y el impacto económico).

Se analiza específicamente la **concordancia con los Objetivos Sanitarios Nacionales** que reflejan las políticas nacionales de salud en nuestro país.

La dimensión **aplicabilidad de la TS** hace referencia a la respuesta del Sistema de Salud con relación a la inclusión de la TS, considerando aquellos aspectos fundamentales que permitan su accesibilidad en cualquiera de las modalidades de atención. Toma en cuenta la capacidad organizacional, la capacitación del personal y el equipamiento e infraestructura requeridos para la incorporación de la misma.



Finalmente se toman en cuenta las **demandas sociales y de la Academia** de prestaciones no incluidas en el PIAS y por lo tanto no obligatorias para los Prestadores Integrales de Salud.

Cada una de las TS propuestas es evaluada de acuerdo a estas dimensiones lo que genera un puntaje lo cual permite establecer una lista ordenada de prioridades.

Proceso de priorización de TS para su ingreso al PIAS - Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM).

Durante el primer semestre de 2018 se realizaron consultas a los Profesores de la Cátedras clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Republica, a los efectos que estos informaran cuáles eran las TS – cada uno en su especialidad – que consideraban que era prioritario incluir en el PIAS- FTM.

A esos efectos se realizaron cinco reuniones con las autoridades del MSP y del FNR en las que se presentó la propuesta de participación en el proceso de priorización.

Seguidamente a partir de cada reunión se les envió un Formulario para que registraran las TS que consideraban prioritarias incorporar para actualizar PIAS-FTM y cuáles eran sus fundamentos. Participaron los Profesores Titulares de 30 especialidades.

Las principales cuestiones planteadas en el formulario fueron las siguientes:

1. Indicar la existencia en su especialidad de alguna condición de salud para la cual se requiera incorporar a la cobertura algún procedimiento diagnóstico o terapéutico (medicamento, estudio diagnóstico, dispositivo, etc.)
2. En caso afirmativo se les solicitó que elaboraran una lista de las condiciones de salud que consideraran necesario priorizar.
3. Para cada una de las condiciones de salud priorizadas se les planteó que identificaran la tecnología que debería incluirse y que señalaran en qué etapa de la historia natural de la enfermedad estaban indicadas.
4. Se solicitó que especificaran qué tipo de beneficio en la práctica médica diaria aportaría la inclusión del procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto (sobrevivencia, calidad de vida, adherencia terapéutica, etc.).
5. Finalmente se planteó que, en caso de existir alternativas disponibles en la actualidad, se indicara cual era el valor clínico agregado del procedimiento que se proponía incorporar y que se adjuntara la bibliografía correspondiente.

Se recibieron aportes en el formulario propuesto de un 80% de los que participaron en las reuniones. La información de las TS propuestas fue sistematizada y difundida en varias presentaciones públicas.

En la primera etapa del proceso de priorización para la actualización del PIAS se tomaron en cuenta sólo los **medicamentos de alto precio**, por lo que todas las solicitudes vinculadas a procedimientos médicos están analizadas actualmente en una segunda etapa del estudio de priorización.

Nos vamos a referir con más detalle al resultado de la priorización del proceso de medicamentos de alto precio que es el primero que, a la fecha, se encuentra finalizado.

De acuerdo a la normativa todos los medicamentos para ser incorporados al FTM, deben estar previamente registrados por el MSP, y encontrarse en condiciones de ser comercializado en el país. Desde hace 8 años la solicitud de inclusión de medicamentos al FTM se realizan a través de un procedimiento explícito con formulario e instructivo disponible en la página web del MSP.

Link: <http://www.msp.gub.uy/publicacion/formulario-terapeutico-de-medicamentos>

La presentación de las solicitudes por parte de los profesores de las distintas Cátedras generó una lista de medicamentos candidatos a ser incorporados que cumplían mayoritariamente con los requisitos regulatorios y podían ser sometidos a una priorización para considerar su cobertura. En la mayor parte de los casos ya habían presentado solicitud de incorporación al FTM. Contaban generalmente con informes de ETS con análisis de dimensiones tales como eficacia y seguridad y evaluación económica. A este listado se le agregaron algunas solicitudes que ya habían sido estudiadas y se encontraban pendientes de priorización.

Se conformó un listado de propuestas de los Profesores con las respuestas obtenidas de los formularios entregados por las Cátedras con sus propuestas de prioridades de TS a incorporar al FTM-PIAS.

En primer lugar, se elaboró un listado de medicamentos que cumplían con los requisitos regulatorios y contaban con informes de ETS, lo que permitió realizar el análisis de priorización asignando puntajes en las distintas categorías del Formulario de Priorización.



Para el análisis y ordenamiento se utilizó el Formulario de Priorización en su versión modificada en agosto de 2018. Del análisis realizado surgió un listado ordenado de medicamentos según los puntajes obtenidos. Fueron priorizados en esta etapa 11 medicamentos de alto precio para diversas patologías.

La herramienta utilizada fue el Formulario de Priorización en su versión agosto de 2018 que no contemplaba todavía los cambios que se realizaron una vez terminada la consulta pública. La dimensión Demandas contenía las demandas individuales contemplando las peticiones que se realizaban mientras estuvo vigente la Ordenanza 692 de 2016 del MSP o por Recursos de Amparo presentados. Las demandas individuales fueron luego retiradas del Formulario dado las múltiples solicitudes recibidas al respecto.

Algunos de los medicamentos propuestos por los Profesores no tenían aún registro en el país o se habían registrado recientemente al momento de realizar la priorización. En este sentido, no fue posible aplicar el Formulario de Priorización a estos medicamentos ya que esta parte de la base que se cuenta con informes de ETS completos con dimensiones tales como eficacia, seguridad y evaluaciones económicas tal como se ha referido previamente.

Los antiangiogénicos planteados por la Cátedra de Oftalmología, contaban con la información requerida para ranquear los dos medicamentos registrados en nuestro país. Sin embargo, en tanto su administración depende de la realización de un procedimiento por parte del profesional no fue posible priorizar estos medicamentos sin proceder a una modificación del PIAS.

Con respecto al Pembrolizumab, el impacto presupuestal para la inclusión en las indicaciones propuestas por la Cátedra resultó muy por encima de los estándares que se utilizan, por lo cual quedó por fuera del ranking de medicamentos factibles de incorporación en esa etapa.

Otros medicamentos fueron señalados como alternativas terapéuticas por las Cátedras respectivas y en esos casos se priorizó el fármaco que había quedado mejor posicionado en el ranking.

Por otro lado, se plantearon sugerencias con relación a la necesidad de importar o fabricar en el país medicamentos no disponibles, así como sugerencias en cuanto a presentaciones o vías de administración que fueron derivadas a los sectores correspondientes del MSP.

La información aportada por los Profesores fue un insumo relevante para la elaboración de las recomendaciones sobre la incorporación de medicamentos de alto precio durante 2018.

Desafíos

Si bien ya existe en nuestro país normativa referida a la definición de prestaciones explícitas y algunas específicas a la incorporación de medicamentos consideramos relevante avanzar en la consolidación de un marco legal completo que asocie la evaluación de tecnologías y la toma de decisiones con mantenimiento de la independencia técnica en un proceso integrado que abarque todo el ciclo: identificación de nuevas TS – priorización y evaluación – priorización de incorporación al plan universal – decisión de incorporación – uso racional – evaluación de resultados – desinversión de TS.

El establecimiento de prioridades en la incorporación de tecnologías parte de un sustento básico que es la estandarización y normatización de los procesos que vinculan la evaluación y la toma de decisiones.

En nuestro país estos procesos se rigen por la normativa que regula el PIAS/FTM y recientemente se ha establecido por la Ordenanza 740/2019 el proceso que va desde la solicitud de incorporación de una nueva tecnología hasta la toma de decisiones.

En el proceso propuesto se prevé la participación de nuevos actores fundamentalmente en las etapas de solicitud y priorización.

La consolidación de esta participación, así como la incorporación paulatina en la evaluación propiamente dicha se presenta como uno de los desafíos principales en lo que respecta al éxito del proceso en su conjunto.

En lo que respecta a la actualización del listado obligatorio de prestaciones y medicamentos mediante altas y bajas de las diferentes TS se plantea la necesidad de profundizar el desarrollo metodológico particularmente en la evaluación de las prestaciones.

Es relevante lograr un balance adecuado entre los tiempos de elaboración de informes en las condiciones deseables referidas y los tiempos que condicionan la toma de decisiones de incorporación de nuevas TS.

El proceso deberá mantener su rigurosidad y transparencia garantizando que la actualización genere beneficios en forma oportuna en la salud pública.





Bibliografía

1. Battista RN, Hodge MJ (1997). The development of health technology assessment: *Int J Technol Assess Health Care*; 13(1): 68-80.
2. Battista R.N. 1989. "Innovation and Diffusion of Health-Related Technologies. A Conceptual Framework." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 5(2): 227-48.
3. Decreto N.º 265/006 – Aprobación del Formulario Terapéutico de Medicamentos. Diario oficial, del 15 de agosto de 2006. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/diariooficial/2006/08/15/10>
4. Decreto N.º 465/008 – Aprobación de los programas integrales de salud y catálogo de prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud. Diario oficial, del 27 de octubre de 2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/diariooficial/2008/10/27/4>
5. Decreto N.º 4/010 – Modificación de la integración de la Comisión Asesora del Formulario Terapéutico de Medicamentos. Registro Nacional de Leyes y Decretos; 13; 1, del 19 de enero de 2010. Montevideo, Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/4-2010/1>
6. Decreto N.º 249/011 – Modificación de la integración de la Comisión Asesora del Formulario Terapéutico de Medicamentos. Registro Nacional de Leyes y Decretos; 220; 1, del 4 de setiembre de 2011. Montevideo, Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/249-2011/1>
7. Decreto N.º 130/017 – Reglamentación del Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM). Registro Nacional de Leyes y Decretos – semestre sin editar – del 25 de mayo de 2017. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/130-2017/1>
8. Decreto N.º 53/018 – Eliminación de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud establecido en el decreto 465/008. Registro Nacional de Leyes y Decretos – semestre sin editar – del 15 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/53-2018>
9. Decreto N.º 79/019. Reglamentación de la Ley 19.666 relativo a la designación y funcionamiento de los Centros o Servicios de Referencia en salud que garanticen la equidad en el acceso a la atención de calidad de patologías complejas. Registro Nacional de Leyes y Decretos – semestre no editado – del 20 de marzo de 2019.
10. INHATA – HTAI Glosario. Disponible en: <http://htaglossary.net/> Listado+de+t%C3%A9rminos#E. Acceso en Julio de 2019.
11. Ley N.º 17.930 – Artículo 313. Presupuesto Nacional de sueldos, gastos e inversiones. Ejercicio 2005 – 2009. Registro Nacional de Leyes y Decretos; 1405; 1, del 23 de diciembre de 2005. Montevideo, Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17930-2005/22>
12. Ley N.º 18.211 – Artículo 45. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Registro Nacional de Leyes y Decretos; 2;2;1369. Montevideo, Uruguay, 13 de diciembre de 2007. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>



13. Ley N° 19.666. Aprobación de normas para la designación y funcionamiento de los Centros o Servicios de referencia en salud que garanticen la equidad en el acceso a la atención de calidad de patologías complejas. Registro Nacional de Leyes y Decretos – semestre no editado – del 22 de octubre de 2018. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19666-2018>
14. Molins, S. Alonso, L. Fernández, J. (2014). Uruguay: el Plan Integral de Atención a la Salud. [pp. 115-143]. En U. Giedion, R. Bitrán, I. Tristao (Ed.), Planes de beneficios en salud de América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud. Washington, D.C., EUA.
15. Ordenanza N° 692/016. Ministerio de Salud Pública. Procedimiento administrativo abreviado para responder peticiones presentadas ante el MSP por suministro de medicamentos o dispositivos terapéuticos no comprendidos en el PIAS-FTM, del 11 de octubre de 2016. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/resoluciones-msp-originales/SN20161011001-2016>
16. Ordenanza N° 289/018. Ministerio de Salud; Catálogo de Prestaciones – PIAS, del 16 de abril de 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-289018-catalogo-prestaciones-pias>
17. Ordenanza Ministerial 740/019. Ministerio de Salud Pública. Procedimiento para la solicitud de ingreso de tecnologías sanitarias a la cobertura del Sistema Nacional Integrado de Salud. (2019) – Montevideo - Uruguay. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-740019>
18. Organización Panamericana de la Salud (2010). Informe sobre la salud en el mundo 2010: financiación de los sistemas de salud – el camino hacia la cobertura universal. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf;jsessionid=90F187C5E9DC2F243BAE3F263D-BE2946?sequence=1
19. Organización Panamericana de la Salud (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14. 53º Consejo Directivo. 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas Washington, D.C., EUA.
20. Pichon-Riviere, A., & Trowman, R. (2018). OP09 Summary Of The 2018 Health Technology Assessment International Latin America Policy Forum Background Paper. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 34(51), 4-4. doi:10.1017/S0266462318000740
21. Pichon-Riviere A, Garcia-Marti S, Oortwijn W, Augustovski F, Sampietro - Colom L. Involucramiento de los actores relevantes en el proceso de evaluación de tecnología sanitarias. 2do Foro de Políticas en Evaluación de Tecnología Sanitaria en Latinoamérica. Documento de Antecedentes. Disponible en: <https://htai.org/policy-forum/latin-america-policy-forum/background-papers/>
22. Pichon-Riviere A, Garcia-Marti S, Oortwijn W, Augustovski F, Sampietro – Colom L. (2019) Definiendo el valor de las tecnologías sanitarias en Latino América: desarrollo de marcos de valor para informar la priorización de recursos sanitarios. Int J Technol Assess Health Care; 35(1):69-74. Doi: 10.1017/S0266462319000126. PubMed PMID: 30938279.



3

Regulación de productos de salud y Evaluación de tecnologías de salud:

dos estrategias específicas de fortalecimiento de los sistemas de salud

Autores:

QF. Beatriz Luna

Directora del Departamento de Medicamentos. Dirección General de la Salud. MSP.

Dra. Ana Pérez

Directora de la División Evaluación Sanitaria. Dirección General de la Salud. MSP

Introducción

La regulación de productos de salud ha desarrollado su evolución normativa e institucional centrada en los medicamentos, lo que en nuestra reglamentación se llamó “medicamentos y productos afines de uso humano” [Decreto N.º 521/984, 1984]. Los denominados “productos afines” fueron creciendo en diversidad y complejidad abarcando especialidades vegetales, alimentos, cosméticos, domi-sanitarios, equipos médicos, reactivos de diagnóstico y los dispositivos terapéuticos en el mundo con la consecuente repercusión en nuestro país [Decreto N.º 003/008, 2008].

Entre los múltiples factores que condicionaron esta evolución destacamos el desarrollo precoz de la metodología de investigación analítica y clínica de los medicamentos en relación al resto de los productos de salud, cuya extrema diversidad y complejidad variable han dificultado los procesos de investigación que demuestren su eficacia y seguridad.

La regulación de los productos de salud evolucionó desde el punto de vista institucional partiendo desde los ministerios de salud hacia la creación de agencias específicas como lo son actualmente la Food and Drug Administration (FDA) en Estados Unidos, la European Medicines Agency (EMA) de la Unión Europea y en la región numerosas agencias de los países tales como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) en Argentina y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) en Brasil. Diversos diseños institucionales federales, nacionales o regionales se establecieron para hacer efectiva la regulación de productos de salud, así como numerosas redes, como en nuestra región, la Red Panamericana de Regulación de Productos Farmacéuticos (Red PARF) o la red de Autoridades en Medicamentos de Iberoamérica (red EAMI) a las que está integrado Uruguay a través de las estructuras del Ministerio de Salud que actualmente regulan productos de salud [Ministerio de Salud Pública, 2019].

Por otro lado, acontecimientos, tales como la instalación de los sistemas de salud únicos como el National Health Service en 1948, en el Reino Unido, plantearon la interrogante sobre la definición de la cobertura de prestaciones a brindar por los sistemas de salud en forma obligatoria a toda la población, sin poner en riesgo su sostenibilidad.

Las prestaciones de salud o Tecnologías Sanitarias (TS) abarcando medicamentos, dispositivos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, programas de salud, comenzaron en-



tonces a ser evaluadas desde otro punto de vista: el de su factibilidad de ser incorporados a los sistemas, dando paso a la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETES). El inicio de este proceso es posterior al de la regulación de productos de salud y puede ubicarse hacia finales de la década del 70 en Estados Unidos (OMS, 2014; Stevens A, 2003).

La ETES es una disciplina que se define actualmente como “Proceso sistemático de valoración de las propiedades, los efectos y/o los impactos de la tecnología sanitaria. Puede abordar tanto las consecuencias directas y deseadas de las tecnologías como las indirectas y no deseadas. Su objetivo principal es informar la toma de decisiones en atención sanitaria.” (INHATA, glosario de términos de ETES, 2019)

En forma paralela al fortalecimiento de las agencias regulatorias de productos de salud en los últimos 40 años se desarrollaron las Agencias de Evaluación de Tecnologías, que trasladaron el foco desde la autorización de la comercialización de productos de salud hacia la evaluación para la recomendación sobre la cobertura de TS por los sistemas de salud.

La ETES utiliza diversas metodologías e instrumentos para abordar aspectos tales como el análisis de la eficacia y la seguridad comparada con las TS ya incorporadas al sistema de salud; la evaluación económica y los aspectos organizacionales éticos y legales (Mantecón C, et. al, 2018).

Desde el punto de vista organizacional las instituciones que desarrollan ETES son de diseño variado en los distintos países, constituyendo unidades, institutos o agencias con variado grado de dependencia de los ministerios de salud o grupos universitarios, agencias privadas u ONG con el foco puesto en establecer puentes entre la academia y la toma de decisiones (Battista RN, 1989).

Al igual que las agencias reguladoras tienen estructuras federales, nacionales o conforman redes regionales como REDETSA en las Américas y EutneHTA en Europa y se agrupan internacionalmente en la red de agencias públicas International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). Uruguay integra la red regional REDETSA desde su fundación en 2010 y la División Evaluación Sanitaria (Health Assessment Division, HAD) de la DIGESA ha sido reconocida como agencia pública de ETES por INAHTA en 2013.

Sintetizamos a continuación la expresión en nuestro país de estos dos procesos distintos

y paralelos que están actualmente en activo desarrollo en la Región y cuentan con amplia experiencia en los países de mayor renta per cápita en el mundo.

Regulación de Medicamentos: Autoridad Regulatoria Nacional de Medicamentos de Referencia Regional

La regulación de los medicamentos dentro de los denominados productos de salud evolucionó precozmente en el ámbito internacional y adquiere un grado de sistematización superior que el del resto de los productos de salud.

La función de la Organización Mundial de la Salud en la regulación de medicamentos está basada en su mandato constitucional y varias resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud. Estos requieren que la OPS/OMS apoye a los Estados Miembros en sus esfuerzos para implementar políticas de medicamentos y programas nacionales, para asegurar la equidad de acceso a medicamentos esenciales, seguridad y calidad, y el uso apropiado de medicamentos. Más específicamente, la OPS/OMS es requerida para proveer orientación y apoyo para establecer mecanismos reguladores eficaces de medicamentos nacionales, para asegurar que los medicamentos disponibles son de buena calidad y para luchar contra medicamentos falsificados.

Con ese objetivo, se crea un Manual para la Evaluación de Autoridades Regulatorias Nacionales de Referencia Regional para Medicamentos y Productos Biológicos (OPS, 2011) para proporcionar a las Autoridades Regulatorias Nacionales una herramienta que les permita llevar a cabo el proceso de evaluación del cumplimiento de las funciones básicas que deben desempeñar como entes reguladores de medicamentos y productos biológicos.

Uruguay inició el proceso de autoevaluación en 2014, con el apoyo de OPS y ha continuado trabajando ininterrumpidamente hasta la fecha, para convertirse en una Autoridad Regulatoria Nacional de Medicamentos de Referencia Regional (ARNMRR).

El proceso iniciado con el apoyo de OPS/OMS supuso la identificación de brechas y debilidades en las estructuras actuales del MSP encargadas de regular los medicamentos en el país, con el propósito de proporcionar la base para desarrollar estrategias y planes globales para el mejoramiento de estas estructuras, sus capacidades y su eficiencia.



Las funciones básicas evaluadas en nuestro país corresponden a las de las Autoridades Reguladoras Nacionales de Medicamentos comprenden, de acuerdo a los lineamientos de OPS/OMS:

- Sistema Regulador
- Autorización de Comercialización
- Licenciamiento de Productores
- Vigilancia del Mercado
- Farmacovigilancia
- Autorización de Ensayos Clínicos
- Inspección y Fiscalización
- Laboratorio Oficial de Control de Calidad
- Liberación de Lotes de Productos Biológicos (Vacunas)

El proceso tuvo una primera etapa de **Autoevaluación** con el apoyo de OPS/OMS en la que se evaluaron las capacidades regulatorias en esta materia por parte de la Dirección General de la Salud (DIGESA) en tanto estructura que contempla las funciones básicas listadas precedentemente. Asimismo, la DIGESA está representada en la Comisión para el Control de Calidad de Medicamentos (CCCM) que constituye el Laboratorio Oficial de Control de Medicamentos de Uruguay (www.cccm.org.uy).

Se trabajó en relación a los distintos módulos utilizando el Manual para la Evaluación de ARNMRR que permitió llegar a un "Diagnóstico del cumplimiento de funcionalidad de la ARN".

Entre las fortalezas identificadas por OPS se encuentran las bases legales estructuradas que dan apoyo a las diferentes actividades; el personal altamente calificado y comprometido y el funcionamiento del Laboratorio de Control de Calidad de Medicamentos (Comisión para el Control de Calidad de Medicamentos, CCCM), precalificado por la OMS desde el año 2010. En tanto las principales brechas observadas fueron la necesidad de implementar un sistema de información unificado; la ausencia de planes de capacitación y el sistema de Gestión de Calidad.

En una segunda etapa se constituyó un Grupo Ad-hoc que evaluó el estado de situación de la **Dirección General de la Salud como Autoridad Regulatoria Nacional de Medicamen-**

tos que actuó como contraparte nacional de la Misión de OPS que monitoreó el proceso.

La OPS recomendó que Uruguay ponga en marcha un proceso para contar con una estructura organizativa con autonomía técnica, administrativa y financiera, que incluya la articulación, soporte legal-normativo, planificación estratégica, compromiso de la alta dirección con el sistema de gestión de calidad y recursos humanos adecuados. Este modelo organizacional sería similar a las opciones utilizadas en países de la región y a nivel global.

En una tercera etapa se elaboró una propuesta de **Autoridad Reguladora Nacional de Medicamentos**.

Para ello, se propuso crear el **“Instituto de Regulación de Medicamentos y Afines” (IRMA)**, como persona jurídica de derecho público no estatal, con competencia en el registro y autorización de comercialización de medicamentos y afines, con competencias en la autorización y control de exportaciones e importaciones; autorización de la realización de ensayos clínicos; farmacovigilancia; acceso y uso racional de medicamentos; control de mercado; fiscalización y habilitación de empresas y control y fiscalización del uso legal de las sustancias químicas controladas y prevención de su desvío al mercado ilícito. Asimismo, el Instituto sería el órgano competente en la materia que el Decreto-ley N.º 15.443 de 5 de agosto de 1983 y sus reglamentaciones, atribuye al Ministerio de Salud Pública. El Ministerio de Salud Pública, podría por resolución fundada, ejercer la potestad de avocación respecto a los asuntos de competencia del Instituto.

La propuesta elaborada tuvo en cuenta la definición de organigrama, estructura, las necesidades de recursos humanos y la factibilidad financiera del IRMA.

Las distintas acciones emprendidas tendientes a superar las brechas constatadas por la consultoría, así como la propuesta del IRMA representan los principales avances registrados en nuestro país en el proceso hacia la acreditación.

Finalmente, es de destacar que la OMS se encuentra actualmente en un proceso de revisión de los procesos de acreditación existentes, con un incremento de las exigencias para la acreditación de nuevas agencias pero que abarca también la revisión de las que ya alcanzaron el nivel de autoridades de referencia. (WHO, 2019).

Actualmente esta propuesta se encuentra en etapa de revisión y complementación con el



objetivo de continuar el proceso de consolidación del área de productos de salud en Uruguay, proyectando, además de los medicamentos, la totalidad de los productos de salud que se encuentran regulados actualmente en el país.

Evaluación de tecnologías sanitarias: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Las primeras actividades de difusión de esta temática se inician en el país, con el apoyo de OPS, en el año 1998 con una participación amplia de profesionales de la salud de distinta procedencia. La creación del SNIS brinda el marco normativo ideal para su desarrollo en el Ministerio de Salud Pública y en este sentido los principales productos de ETES en el país se registran en este ámbito institucional.

En el año 2013 la División Evaluación Sanitaria de la DIGESA fue reconocida y acreditada como Agencia de ETES por la Red de Agencias públicas, INAHTA, por la producción de reportes de ETES por un grupo interdisciplinario dependiente de esta División.

En 2018 se crea la **Unidad Especializada de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UEETS)** con carácter de agencia especializada, dependiente de la División Evaluación Sanitaria [Decreto N.º 178/018].

En el Decreto de creación se plantea que la UEETS finalizará sus procesos de evaluación con la confección de reportes de recomendación a las autoridades con relación a la incorporación al SNIS de medicamentos, dispositivos o prestaciones de salud; guías de práctica clínica e incorporación de equipos o servicios considerados de alta tecnología.

Asimismo, se establece que los productos de ETES deberán fundarse en información fiable sobre los resultados o impacto de una tecnología sanitaria y su posible aplicación en un contexto determinado previamente definido. En lo metodológico se dispone que deberán basarse en la mejor evidencia disponible y ser elaborados con metodología explícita y reproducible, que responda a cuestiones relativas a la seguridad, eficacia, efectividad, utilidad, eficiencia o impacto de una tecnología en su contexto.

Posteriormente, se crea mediante Ordenanza Ministerial la Red de Nodos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, REDETSUY, como un grupo de trabajo colaborativo integrado por todas las instituciones que realizan ETES en el país coordinada por el MSP (MSP,

Ordenanza N.º 1126, 2018]. El grupo funciona desde entonces colectivizando aspectos metodológicos y conceptuales integrados por el Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (CRENADECER) del Banco de Previsión Social, representantes del grupo de ETES de la Dirección del Hospital de Clínicas de la UDELAR y representantes del FNR.

Finalmente, avanzando en el proceso de reglamentación de esta actividad se define por Ordenanza Ministerial las etapas del proceso que vincula la ETES con la toma de decisiones (MSP, Ordenanza N.º 740/019, 2019).

El proceso consta de las etapas de solicitud de incorporación de tecnologías al SNIS; evaluación de dichas solicitudes; priorización de las tecnologías evaluadas; establecimiento de recomendaciones y toma de decisión.

La ordenanza establece que la priorización de la tecnología deberá ser realizada considerando categorías tales como pertinencia, relevancia, impacto de la incorporación, concordancia con los objetivos sanitarios, aplicabilidad de la tecnología y demandas sociales como lo establece el instrumento diseñado para este fin y que podrá sufrir actualizaciones anuales para incrementar su eficacia.

La regulación del proceso ha sido destacada por organismos internacionales como la Health Technology Assessment International (HTAi) y la OPS como la clave para la consolidación de la evaluación en contextos políticos cambiantes en los países.

Discusión de desafíos futuros

La regulación de productos de salud y la evaluación de tecnologías sanitarias son dos procesos distintos que contribuyen a fortalecer los sistemas de salud, dotándolos de garantías científicas y sociales en la inclusión de intervenciones de salud para ser brindadas a toda la población.

La regulación de productos de salud tuvo un desarrollo anterior a la evaluación de tecnologías en el mundo y cuenta con una sistematización importante por parte de la OMS que ha permitido que 25 países de nuestra región accedieran a niveles variables de acreditación (OMS, Global Atlas of medical devices, 2017).



En nuestro país se recorrió un camino tendiente a la Creación de la Autoridad Reguladora de Medicamentos, según las recomendaciones de OPS/OMS para autoridades reguladoras, con un involucramiento progresivo de los distintos actores vinculados a esta temática. Se cuenta actualmente con una propuesta que deberá culminar sus etapas de aprobación en lo que respecta a estructura y financiamiento, no habiendo iniciado, aún, la formalización del proceso de acreditación de su ARNMRR.

El contexto de mayor exigencia planteado actualmente por la OMS representa un nuevo desafío para nuestro país, que pondrá a prueba las capacidades identificadas por los consultores de OPS.

La evaluación de tecnologías sanitarias, en relación a la regulación de productos de salud, tiene un desarrollo reciente en nuestra región, con una actividad creciente de su red regional, REDETSA, pero con una representación en INAHTA de un número bajo de países (www.inahta.org, 2019)

No existe, actualmente, una acreditación en esta área por parte de la OMS, por lo que la aceptación de INAHTA como organismo público y de carácter mundial representa el mayor grado de legitimidad que es posible obtener por parte de un organismo público.

Los principales avances de los últimos años en nuestro país son el inicio de la elaboración de informes públicos de ETES, la creación de la UEETS, la REDETSUY y el reciente establecimiento de las distintas etapas del proceso que definen el vínculo entre la evaluación y la toma de decisiones.

Particularmente relevante resulta la incorporación de nuevos actores al proceso de evaluación-decisión, alineado con una de las principales nuevas tendencias en ETES.

Uno de los principales desafíos planteados en esta área es el volumen incremental de solicitud de evaluaciones que se generan para mantener actualizado el PIAS/FTM, en tanto este incremento no va acompañado, hasta el momento, de generación de nuevos grupos de ETES en la academia, como sucede en otros países, lo que determina una sobrecarga para los grupos existentes.

Por otro lado, la ETES está llamada a jugar un rol relevante en la disminución de los efectos

negativos que la judicialización de la salud plantea para la población de nuestro país en forma creciente.

Finalmente, señalamos que la consolidación de ambos procesos; la regulación de productos de salud y la ETES; representa un beneficio reconocido por los distintos actores involucrados, entre los que se destacan: prestadores de salud, industria, academia, representantes de los usuarios y representantes de las asociaciones de pacientes.



Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud [2010]. Resolución: CD50.R9 "Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos". Ginebra, Suiza.
2. Organización Panamericana de la Salud [2011]. Manual para la Evaluación de Autoridades Reguladoras Nacionales de Referencia Regional para Medicamentos y Productos Biológicos. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19941es/s19941es.pdf>
3. Decreto-ley N° 15.443. Ley de Medicamentos. Farmacología. Registro Nacional de Leyes y Decretos; 248; 1, del 5 de agosto de 1983. Montevideo – Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-ley/15443-1983/14>
4. Decreto N° 521/984. Reglamentación de la ley 15.433 relativa a la regulación de medicamentos; 1177; 1, del 22 de noviembre de 1984. Montevideo – Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/521-1984/137>
5. Decreto N.º 324/99. Medicamentos y productos afines de uso humano. Registro Nacional de Leyes y Decretos; 951; 1, del 21 de octubre de 1999. Montevideo – Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/324-1999>
6. Decreto N.º 003/008. Requisitos para reactivos de diagnóstico, dispositivos terapéuticos y equipos médicos. Registro Nacional de Leyes y Decretos; 9; 1, del 17 de enero de 2008. Montevideo – Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/3-2008>
7. Ministerio de Salud Pública [2019]. Evaluación Sanitaria. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/evaluacion-sanitaria>
8. Organización Mundial de la Salud [2014]. Evaluación de Tecnologías Sanitarias aplicada a los dispositivos médicos. Disponible en: https://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243501369_spa.pdf
9. Stevens A, Milne R, et al. (2003) Health technology assessment: history and demand. *Journal of Public Health Medicine*, 25; 2.
10. INHATA – HTAI Glosario. Disponible en: <http://htaglossary.net/> Listado+de+t%C3%A9rminos#E. Acceso en Julio de 2019.
11. Manterola, Carlos, Otzen, Tamara, Castro, Mayra, & Grande, Luis. (2018). Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) una Visión Global del Concepto y de sus Alcances. *International Journal of Morphology*, 36(3), 1134-1142. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022018000301134>
12. Battista RN. (1989) Innovation and diffusion on health related technologies. *Int J Technol Assess Health Care*; 5: 227-48.
13. Organización Panamericana de la Salud [2010]. Resolución CD50.R9. Fortalecimiento de las Autoridades Reguladoras Nacionales de Medicamentos y Productos Biológicos. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R9-s.pdf>.

14. Comisión Para el control de calidad de medicamentos [2019]. <https://www.cccm.org.uy>
15. Decreto N° 178/018. Creación de la Unidad Especializada de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Registro Nacional de Leyes y Decretos – semestre no editado – del 20 de junio de 2018. Montevideo – Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/178-2018>
16. Organización Panamericana de la Salud. Manual para la Evaluación de Autoridades Reguladoras Nacionales de Referencia Regional para Medicamentos y Productos Biológicos [2011].
17. Organización Mundial de la Salud. Concept Note: A framework for evaluating and publicly designated regulatory authorities as WHO-Listed Authorities [2019]. Working document QAS/19.808. Disponible en: https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/qas19_808_WHO_listed_authorities.pdf?ua=1
18. Ministerio de Salud Pública. Ordenanza Ministerial 749/019. Procedimiento para la solicitud de ingreso de tecnologías sanitarias a la cobertura del Sistema Nacional Integrado de Salud. [2019] – Montevideo - Uruguay. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud_publica/institucional/normativa/ordenanza-740019
19. Ministerio de Salud Pública. Ordenanza Ministerial 1126/018. Creación del Grupo de Trabajo para la realización de informes de Evaluación de Tecnología Sanitaria; guías e informes de incorporación al SNIS. [2018]. Montevideo – Uruguay.
20. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. El desarrollo de la evaluación de tecnologías en salud en América Latina y el Caribe. Washington D.C - [1998]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16572s/s16572s.pdf>
21. International Network of Agencies for Health Technology [INAHTA]. INAHTA Members. [2019] Disponible en: <http://www.inahta.org/>
22. Organización Mundial de la Salud. WHO medical devices technical series. Global Atlas of medical devices. [2017]. Disponible en: https://www.who.int/medical_devices/publications/global_atlas_meddev2017/en/





SECCIÓN 2

AVANCES EN EL FINANCI- AMIENTO DEL SNIS





4

11 años del Seguro Nacional de Salud

Autores:

Ec. Gustavo Rak

Integrante del Área Economía de la Salud, MSP.

En el momento previo a la entrada en vigor de la Reforma de la Salud, solo una cuarta parte de la población, aproximadamente, obtenía su cobertura a través de la seguridad social. De este grupo, tres cuartas partes estaban aseguradas a través del fondo de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE). La restante población asegurada a través de la Seguridad Social estaba cubierta por la Sanidad Policial, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y un conjunto de fondos dispersos que amparaban a algunos sectores profesionales, a trabajadores de ciertos sectores productivos y de algunas empresas públicas.

La constitución de DISSE, a finales de la década del setenta del siglo pasado, fue el colofón de un paulatino proceso de centralización de un conjunto de seguros parciales preexistentes, que daban cobertura a diferentes grupos de trabajadores del sector privado formal. A partir de ese momento, los trabajadores del sector privado dispusieron de una cobertura integral en un prestador del sector privado mutual¹ de su elección y el instituto de seguridad social pagaba a dicho prestador la cuota del prepago mutual correspondiente a esa institución. 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. La cobertura se extendía a los trabajadores amparados por el Seguro de Desempleo, los patrones que no tuvieran más de un dependiente y los cónyuges colaboradores de patrones rurales que no tuvieran más de un dependiente.

Asimismo, a partir de la entrada en vigor de la Reforma de la Seguridad Social (Ley 16.713), la cobertura de DISSE se extendió, a partir del 1 de enero de 1997, a aquellos jubilados de sectores de actividad que se encontraran amparados en el seguro, que percibieran una jubilación baja y que optasen por dicha cobertura. Por último, en 2002, se incorporaron a la cobertura los maestros y luego, en 2004, los trabajadores del Poder Judicial.

En síntesis, en el escenario previo a la puesta en marcha de la Reforma, DISSE otorgaba cobertura a unos 550.000 trabajadores del sector privado formal, a unos 50.000 jubilados y aproximadamente 20.000 docentes de enseñanza primaria pública y funcionarios judiciales.

1 - Desde 1981 estos prestadores son denominados Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).



Tabla 1: Atención en salud – año 2006

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Instituciones Públicas | 50.8% |
| ASSE – MSP | 40.6% |
| Hospital de Clínicas | 0.3% |
| Sanidad Policial | 2.7% |
| Sanidad Militar | 4.1% |
| Policlínica Municipal | 2.3% |
| Área de Salud del BPS | 0.8% |
| Instituciones Privadas | 46.6% |
| IAMC | 43.6% |
| Seguro Privado Parcial | 1.2% |
| Seguro Privado Quirúrgico | 0.0% |
| Seguro Privado Total | 0.9% |
| Otro | 0.9% |
| No se atiende | 2.7% |

Fuente: ECH 2006 – INE

La Tabla 1 muestra la cobertura de salud de la población en 2006, en porcentajes de la población total, de acuerdo con información de la Encuesta Continua de Hogares. Puede verse que la población cubierta por las IAMC equivale al 43,6 por ciento. A modo indicativo, entonces, aproximadamente la mitad de estos afiliados obtenían su cobertura a través de DISSE

Financiamiento de DISSE y mecanismo de pago

El seguro constituido por DISSE se financiaba a través de cuatro fuentes. En primer lugar, a través de los aportes personales realizados por los beneficiarios del fondo. Estos, contribuían con un 3 por ciento de sus salarios nominales, en el caso de los trabajadores, o de

sus prestaciones jubilatorias en el caso de los jubilados que obtenían cobertura por este medio. La segunda fuente de financiamiento eran los aportes patronales. Los patrones de los beneficiarios del seguro realizaban un aporte del 5 por ciento de los salarios nominales. En caso de que la suma del aporte patronal y personal no llegara a cubrir el monto de la cuota mutual que DISSE debía pagar a la IAMC prestadora, los patrones debían realizar una aportación complementaria hasta la concurrencia con el valor de dicha cuota mutual.

En tercer lugar, la ley de reforma de la seguridad social estableció que aquellos jubilados que no obtuvieran cobertura, o bien porque no cumplían con las condiciones impuestas por la norma, o bien porque, cumpliéndolas, optaban por no ampararse en ese derecho, debían aportar el 1 por ciento de sus prestaciones nominales al financiamiento solidario del fondo. Por último, la cuota parte de los egresos del fondo que no era cubierta por los aportes reseñados más arriba se financiaba a través de contribuciones de Rentas Generales que se nutren de la recaudación impositiva del Estado.

Tabla 2: Financiamiento DISSE 2006 - En miles de pesos corrientes y porcentajes

| | Monto | Porcentaje |
|--|--------------|-------------------|
| Recaudación BPS | 5,579,533 | 84.50% |
| Contribuciones de pasivos | 264,578 | 4% |
| Transferencias del Gobierno | 756,270 | 11.5% |
| Otros | 0 | 0.0% |
| TOTAL | 6,600,381 | 100% |
| Transferencias del Gobierno / PIB | 0.16% | |

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS y del BCU



Como se resume en la Tabla 2, en 2006 el 88.5 por ciento del financiamiento del fondo se obtenía a partir de las contribuciones personales, patronales y de los aportes solidarios del resto de los jubilados del BPS. Las transferencias del Gobierno representaban el 11,5 por ciento de los egresos totales del seguro y significaban un esfuerzo de las arcas públicas de 0,16 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB).

Los egresos del Fondo, por su parte, estaban conformados por el pago, a cada uno de los prestadores privados, de una cuota mutual por cada uno de los beneficiarios que la hubiesen elegido como institución asistencial. Esta cuota, específica para cada IAMC, representaba entre el 85% y el 90% del promedio de las cuotas individuales de la institución, montos que estas informaban al Ministerio de Economía y Finanzas a través de una declaración jurada mensual. De esta forma, DISSE pagaba tantos valores diferentes de cuotas mutuales como instituciones existieran. En 2006 el valor aproximado de esta cuota era de \$800, entre 30 y 35 dólares, lo que representaba cerca del 14% del ingreso per cápita promedio de los hogares para ese mismo año. Para fines comparativos, a finales de 2018 el valor promedio de las cápitas del actual sistema representaba aproximadamente 13,2% del ingreso per cápita de los hogares.

A cambio del aseguramiento los beneficiarios obtenían como derecho la afiliación a una IAMC, en la que accedían a una prestación integral, si bien no estaban exentos de pagar tickets y órdenes al momento de acceder a dichas prestaciones.

Teniendo en cuenta que los beneficiarios de DISSE debían necesariamente elegir una IAMC como prestador, una forma de ver la importancia relativa del fondo es analizar su peso en el financiamiento global del subsistema mutual. Como puede verse en la Tabla 3, las cuotas de DISSE representaban aproximadamente el 42% de los ingresos de prepago de las IAMC y el 34% del total de ingresos operativos, por debajo del peso que representaban las cuotas de afiliaciones individuales y colectivas integrales y las de afiliación parcial.

Tabla 3: Ingresos del subsistema IAMC 2006

| | Porcentaje sobre ingresos de prepago | Porcentaje sobre ingresos operativos |
|---|---|---|
| Cuotas de afiliación integral o Parcial | 47.8% | 39% |
| Cuotas de afiliado DISSE | 42.3% | 34% |
| Otros ingresos de prepago | 10% | 7% |
| Órdenes y Tickets | | 11% |
| Ventas de Servicios | | 8% |
| Otros ingresos | | 1% |
| TOTAL | 100% | 100% |

Fuente: Elaboración propia en base a Estados de Resultados IAMC

Reforma de la salud: el SNS

Uno de los elementos fundamentales, sino el más importante, de la reforma de la salud que comenzó a aplicarse a partir de 2007 fue la constitución del Seguro Nacional de Salud (SNS), financiado a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Desde una perspectiva práctica el FONASA sustituyó a la vieja DISSE. De hecho, si bien la administración del Seguro recae en la Junta Nacional de Salud (JUNASA), las funciones de recaudación de aportes y pago a los prestadores continúan alojadas en el BPS.

A partir de la conformación del SNS se avanzó en los siguientes ejes de acción:

Expansión de la cobertura poblacional

Con la puesta en marcha del SNS se incorporaron inmediatamente aquellos que ya se encontraban cubiertos por DISSE, a los que se agregaron los trabajadores públicos que no se encontraban amparados por DISSE y los menores a cargo de los trabajadores beneficiarios



del sistema. Asimismo, se estableció que aquellos trabajadores beneficiarios del Seguro, al jubilarse, mantienen la cobertura.

Adicionalmente, se estableció un cronograma de incorporaciones sucesivas que incluyeron a los trabajadores de la banca pública y privada, a los cónyuges de trabajadores beneficiarios del seguro, a los profesionales en ejercicio libre de la profesión y a quienes tuvieran cobertura a partir de una Caja de Auxilio o Seguro Convencional. Finalmente, a partir de julio de 2011 y hasta julio de 2016 se fue procesando el ingreso paulatino del conjunto de jubilados y pensionistas.

Tabla 4: Población asegurada a diciembre de años seleccionados. 2007-2018

| | 12/2017 | 12/11 | 12/12 | 12/13 | 12/14 | 12/15 | 12/16 | 12/18 |
|----------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Total Activos | 696,261 | 1,087,155 | 1,122,273 | 1,150,267 | 1,164,344 | 1,148,645 | 1,141,563 | 1,132,387 |
| Privados | 671,781 | 904,679 | 934,157 | 955,786 | 964,489 | 949,126 | 940,438 | 925,281 |
| Civiles | 24,480 | 138,890 | 141,906 | 146,153 | 149,713 | 148,398 | 148,747 | 153,218 |
| Banca Púb. | | 7,010 | 7,085 | 7,419 | 7,457 | 7,122 | 7,087 | 7,005 |
| Banca Priv. | | 11,733 | 12,347 | 12,461 | 12,479 | 12,278 | 11,961 | 11,962 |
| Profes. | | 18,764 | 20,722 | 22,398 | 24,143 | 25,695 | 27,339 | 29,248 |
| Notaria-les | | 6,079 | 6,056 | 6,050 | 6,063 | 6,026 | 5,991 | 5,673 |
| Menores | | 567,964 | 593,926 | 611,418 | 622,129 | 626,622 | 612,999 | 592,610 |
| Pasivos | 52,560 | 142,735 | 319,530 | 356,288 | 398,159 | 443,907 | 578,269 | 586,598 |
| Cónyuges | | 30,027 | 73,007 | 133,389 | 184,161 | 190,528 | 202,767 | 218,000 |
| Maestros | 32,141 | | | | | | | |
| Judiciales | 3,522 | | | | | | | |
| Total general | 784,484 | 1,827,881 | 2,108,736 | 2,251,362 | 2,368,793 | 2,409,702 | 2,535,598 | 2,529,595 |

Fuente: Elaboración propia en base a información del BPS

La tabla 4 refleja la cadencia de incorporaciones, a partir de la descripción de la población asegurada a diciembre de un conjunto de años seleccionados. A finales de 2007 tenemos la situación en el momento de inicio de la Reforma. A diciembre de 2011 ya se ve reflejada la incorporación de los menores a cargo de trabajadores cubiertos (inicios de 2008), trabajadores públicos (2008), nuevos jubilados (2008), banca pública (2008), banca privada (2009), escribanos y profesionales en general (2011) y la primera oleada de cónyuges y concubinos (2011), constituida por aquellos con tres o más menores a cargo.

En diciembre de 2012 se refleja la primera etapa de la cadencia de incorporación de jubilados y pensionistas (iniciada en julio de ese año), así como la segunda oleada de cónyuges (con dos menores a cargo). En diciembre de 2013 se observa el impacto de una nueva etapa de ingresos de jubilados y pensionistas, así como la incorporación de los cónyuges con un menor a cargo. En 2014 se procesa la tercera etapa de entrada de pasivos y el ingreso de los cónyuges que faltaba incorporar. Finalmente, a en 2015 y 2016 se verifican las últimas dos etapas de incorporación de jubilados y pensionistas, de tal forma que en diciembre de 2016 podemos observar el resultado final de la cadencia de incorporaciones antes reseñada. Al finalizar 2018 la cobertura del SNS alcanza a más de dos millones y medio de personas.

Mecanismo de pago y financiamiento

Como fue dicho anteriormente, previo a la Reforma, la seguridad social pagaba a la IAMC a la que estaba adscrito el beneficiario una cuota mutua. Dicha cuota mutua era, por un lado, uniforme dentro de una IAMC independientemente de las características del beneficiario y, por otra parte, diferente entre instituciones.

El mecanismo de pago a través del cual el SNS compra el aseguramiento a los prestadores integrales se basa 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 fue 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, así como evitar la selección de riesgos por parte de los prestadores. Asimismo, esta modalidad complementa la naturaleza solidaria del aseguramiento, en virtud de que 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. Finalmente, se incentiva a las instituciones a profundizar la contención de costos.

Para la determinación de las cápitas se utilizó información histórica de las IAMC respecto a costos y a utilización en dos productos asistenciales: días cama ocupados en internación y atención ambulatoria. Adicionalmente, se contó con datos de población afiliada. Se definió un esquema de cápitas para ocho tramos de edad, tanto para mujeres como para varones (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) y se definió como cápita base la correspondiente a hombres entre 20 y 44 años.

A nivel de cada institución, se calculó el costo unitario de cada uno de los dos productos asistenciales y se distribuyó el gasto de cada producto en los diferentes tramos de edad y sexo, multiplicando este costo unitario por la utilización correspondiente a cada tramo. Posteriormente, el gasto total por tramo se dividió entre la población de cada uno de ellos, estableciendo así la cápita correspondiente a cada tramo de riesgo en cada una de las instituciones. Finalmente, las cápitas del sistema se determinaron como un promedio de las estimadas para un grupo de seis instituciones seleccionadas en base a la consistencia de su información y su eficiencia relativa. El cálculo de las cápitas se sintetiza en la siguiente fórmula:

$$C\acute{a}pita_{ij} = \sum_P \frac{[G_P / Q_P] Q_{Pij}}{B_{ij}}$$

Donde:

Cápita_{ij} es el valor de la cápita de la institución para el tramo de edad i y de sexo j

G_P es el gasto total realizado por la institución en el producto asistencial P (por ejemplo, atención ambulatoria)

Q_P es la utilización total en la institución del producto asistencial P

Q_{Pij} es la utilización del producto asistencial P por parte de la población perteneciente al tramo de edad i y de sexo j.

B_{ij} es la cantidad de beneficiarios de la institución pertenecientes al tramo de edad i y de sexo j.

De tal forma, el término entre corchetes indica el costo unitario del producto asistencial P, que multiplicado por la utilización específica del tramo de riesgo ij da el gasto en P para dicho tramo. Al dividirse entre la cantidad de beneficiarios de esa población da como resultado un gasto per cápita para el producto asistencial P. Al sumarse el resultado obtenido para cada producto asistencial considerado en este cálculo, se obtiene como resultado la cápita para el tramo de riesgo analizado.

Tabla 5: Estructura de cápitass relativas a partir de enero de 2008

| | Menos de 1 | 1 a 4 | 5 a 14 | 15 a 19 | 20 a 44 | 45 a 64 | 65 a 74 | Más de 74 |
|----------------|------------|-------|--------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| Hombres | 6.52 | 1.90 | 1.11 | 1.08 | 1 | 2.07 | 3.99 | 5.26 |
| Mujeres | 5.57 | 1.79 | 1.00 | 1.43 | 2.12 | 2.53 | 3.47 | 4.34 |

Fuente: Decreto N° 2/008 reglamentario de la Ley 18.211.



La Tabla 5 muestra la estructura relativa de cápita vigente a partir de enero de 2008. Este esquema ha ido sufriendo modificaciones como se verá más adelante, en virtud de algunas incorporaciones al paquete de prestaciones asistenciales de cobertura obligatoria por parte del Seguro. Asimismo, los valores monetarios de las cápitales son ajustados semestralmente a partir de una paramétrica de costos cuyos criterios de elaboración han sido acordados con los prestadores e incorporados a los Contratos de Gestión que estos deben firmar con la JUNASA.

Además del componente cápita recién descrito, la cuota salud se complementa con un "componente meta" destinado, desde una perspectiva conceptual, a premiar el cumplimiento de ciertos objetivos asistenciales establecidos por el regulador. El pago de dicho componente está asociado al grado de cumplimiento de las metas preestablecidas. En el origen del sistema se establecieron dos metas: una referida a objetivos asistenciales en materia de atención materno-infantil y otra a la capacitación de los recursos humanos. En la actualidad se mantiene la meta referida a atención materno - infantil (Meta 1) a la que se le han realizado modificaciones en el tiempo tendientes a focalizar la atención en grupos de riesgo. En lo que refiere a la Meta 2, desde 2009 al 2016 estuvo dirigida a fortalecer la presencia de "médicos de referencia" para la población. A partir del 2017, esta meta pasa a estar asociada al cumplimiento de indicadores que se vinculan a los Objetivos Sanitarios Nacionales. La Meta 3, destinada al control de los adultos mayores, estuvo vigente en el período 2010 - 2016. A partir del año 2014, los recursos de esta meta se fueron traspasando a la Meta 4. La Meta 4 se implementó en el 2012 y tiene por objetivo promover la creación de cargos de alta dedicación (CAD) y funciones de alta dedicación (FAD), de acuerdo a lo establecido en la negociación colectiva. La Meta 5 está vigente desde 2016, siendo su finalidad financiar el pago de la partida variable anual acordada a nivel del Consejo de Salarios, Grupo 15.

Desde la perspectiva del **financiamiento del Fondo**, la creación del SNS se acompañó con un incremento en las tasas de aportes personales estableciéndose una tasa del 3% para aquellos cuyos ingresos nominales mensuales fueran inferiores a 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC) independientemente de que dicho aporte atribuyera la cobertura a otros beneficiarios; del 4,5% para los generantes con ingresos superiores al umbral de las 2,5 BPC que no atribuyen cobertura a otro beneficiario, de 6% en caso de atribuir cobertura a menores de 18 años a cargo, o a mayores de 18 años con discapacidad y de 2% adicional en caso de atribuir cobertura a su cónyuge. Vale decir que los aportes patronales se mantuvieron en el 5% de los salarios nominales.

No obstante, a partir de la aprobación de la Ley 18.731 de diciembre de 2010, se estableció un mecanismo de tope para los aportes personales al FONASA. En tal sentido, los aportes realizados por los generantes son considerados adelantos o retenciones a cuenta de una posterior reliquidación, en la que los aportes superiores al tope establecido le son devueltos al aportante.

Para la determinación del tope de aportes, la norma creó el concepto de Costo Promedio Equivalente (CPE), un único valor representativo del gasto esperado mensual en salud en el promedio del ciclo de vida de un beneficiario. Para establecer este valor, por tanto, se tomó en cuenta el gasto esperado en cada grupo de edad y sexo, la estructura de edad y sexo de la población asegurada y la esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres, agregando también un componente de costos administrativos y la cuota correspondiente al Fondo Nacional de Recursos. El tope para un generante determinado se calcula incrementando el CPE en 25% y multiplicando el resultado por la cantidad de personas que obtienen cobertura a partir de los aportes de este generante, es decir, el propio generante más la cantidad de beneficiarios a los que este atribuye cobertura.

A modo indicativo, a mediados de 2018 el BPS devolvió por concepto de aportes “excedentarios” correspondientes al ejercicio 2017 un monto cercano a los 150 millones de dólares, de acuerdo con datos provistos por el propio instituto de seguridad social.

El financiamiento de nuevas prestaciones

Además de la población asegurada, el financiamiento del Fondo y el mecanismo de pago a los prestadores, el otro elemento fundamental del Seguro es el paquete de prestaciones cubiertos obligatoriamente por el SNS. Estas están incluidas en el Plan Integral de Asistencia en Salud (PIAS). En esta sección analizamos algunas de las incorporaciones al paquete obligatorio realizadas desde 2008, no desde la perspectiva asistencial sino desde el punto de vista de los mecanismos utilizados para su financiamiento:

- Octubre de 2010: se incorporó el procedimiento de embolización de arterias brónquicas referido en el “Protocolo – Guía para el tratamiento de la Fibrosis Quística”. No se consideró financiamiento adicional.
- Diciembre de 2010: se incorporaron los procedimientos de ligadura tubaria y vasecto-



mía por vía laparoscópica. Se estableció un incremento de cápitás y de las cuotas individuales y colectivas de 0,04 puntos porcentuales por encima del que habría correspondido por la paramétrica de costos.

- Enero de 2011: se incorporó el derecho de cada usuario a recibir trece vales anuales por anticonceptivos orales hormonales, doce vales de quince condones masculinos y tres órdenes por anticonceptivos orales de emergencia. Para esta prestación solamente se crearon dos tasas moderadoras.
- Setiembre de 2011: se incorporaron prestaciones de Salud Mental. Se determinó aumento específico de las cápitás, además de una modificación de las cápitás relativas. Adicionalmente se autorizó a las instituciones a aumentar las cuotas individuales y colectivas. Finalmente, se permitió la creación de dos valores de tasas moderadoras asociados a estas prestaciones.
- Agosto de 2012 se incorporó la colocación del Dispositivo Intra Uterino, con el único costo para las usuarias del valor de un ticket de consulta ginecológica. Dado que el impacto de financiamiento era relativamente bajo, se optó por definir un aumento de cápitás de 0,01 puntos porcentuales adicionales al que correspondería por paramétrica, sin modificar la estructura relativa. No se autorizaron modificaciones de las cuotas individuales y colectivas relacionadas con esta incorporación.
- Noviembre de 2012: se incorporó la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en las condiciones definidas por la Ley. Para el financiamiento de estas prestaciones se incrementaron las cápitás relativas de los tramos de edad y sexo correspondientes a las mujeres en edad fértil (de 15 a 19 y de 20 a 44 años).
- Noviembre de 2014: se incorporaron prestaciones de Reproducción Asistida, tanto de alta como de baja complejidad. El financiamiento de las primeras quedó a cargo del FNR, estableciéndose además un conjunto de copagos cuyos valores evolucionan de acuerdo con la capacidad económica de las parejas y al número de intentos. Para el financiamiento de las de baja complejidad se determinó un cambio en la cápita relativa de las mujeres de 20 a 44 años, un aumento de cuotas individuales, se definió un copago único para la preparación de las Relaciones Programadas y un esquema de copagos creciente con el número de intentos para la Inseminación Artificial.

- Enero de 2016: Se incorporaron la Ecografía Estructural Fetal y el procedimiento de Colectistectomía por vía laparoscópica. Para su financiamiento se habilitó un incremento diferencial de las cápitas, así como la modificación de la estructura de cápitas relativas.

Como puede verse, la estrategia definida para el financiamiento de las incorporaciones no ha respondido a un criterio único, optándose por soluciones ad hoc que van desde la no previsión de financiamiento adicional, hasta el cambio de nivel y estructura de las cápitas, aumento de cuotas y creación de copagos. El elemento central que subyace a estas soluciones está vinculado al monto global del costo de incorporación. En efecto, en aquellos casos en que los costos no parecen muy significativos, se ha optado por no crear financiamiento adicional, o bien por trasladar dichos costos a las cápitas sin modificar su estructura relativa, despreciando de este modo el hecho de que las prestaciones incorporadas estén concentradas en grupos de edad y sexo específicos. Por el contrario, cuando el monto fue significativo se optó por una solución más sofisticada y cercana a reflejar el impacto real de los nuevos costos sobre el gasto esperado de los diferentes grupos de riesgo.

Resultados del Seguro y costo fiscal

Como fuera reseñado al comienzo del capítulo, en 2006 las transferencias por parte de Rentas Generales (RR.GG.) necesarias para cubrir la brecha entre ingresos y egresos de DISSE habían representado un 11,5% de los gastos totales, aproximadamente 0,16% del PIB.

Si bien entre 2011 y 2006 el tamaño del fondo se triplicó en términos reales, en gran medida por el crecimiento de la población asegurada, el incremento de la recaudación que sobrevino como resultado, precisamente, de la ampliación de la cobertura, aunado al aumento del empleo, de los salarios reales y a las mayores tasas de aporte permitió que las transferencias representaran aproximadamente el 5% de los egresos del Fondo.

La elección de 2011 como punto de apoyo no es antojadiza. Representa el momento previo al inicio de la segunda oleada de ingresos de colectivos al Seguro, así como de la puesta en marcha del régimen de devolución de aportes. Para 2012 la contribución de RR.GG. fue de 9,3 por ciento de los egresos del Fondo, un crecimiento que se explica fun-



damentalmente por el impacto del régimen de devolución de aportes que fue de 3,7 por ciento de los gastos.

En los años sucesivos, conforme fue procesándose el ingreso de colectivos que son en esencia deficitarios, como es el caso de los cónyuges y de los jubilados y pensionistas, el peso de las transferencias en los egresos del Seguro fue creciendo. Debe tenerse en cuenta que, en el caso de los cónyuges, el aporte adicional de 2% suele ser inferior a las cápitas que deben pagarse por su incorporación a la cobertura. Asimismo, que en el caso de jubilados y pensionistas las cápitas, dada la edad de los beneficiarios, suelen estar entre las más altas del sistema, mientras que los aportes no lo son tanto considerando los niveles habituales que tienen las prestaciones de Seguridad Social.

Tabla 6 – Egresos Fonasa y Transferencias RR.GG en millones de pesos. Precios constantes de 2008

| | 2006 | 2008 | 2011 | 2012 | 2013 | 2015 | 2016 | 2018 |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Egresos | 7.820 | 14.114 | 20.523 | 26.249 | 30.766 | 35.964 | 39.632 | 42.727 |
| Transfe- rencias | 896 | 1.002 | 1.025 | 2.443 | 4.217 | 6.053 | 9.149 | 10.328 |
| Porcen- taje | 11.46% | 7.08% | 5% | 9.30% | 13.70% | 16.80% | 23.08% | 24.17% |

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS y serie de IPC publicada por el INE

Como puede observarse en la Tabla 6 en 2016, al momento de consolidarse la estructura poblacional actual del Seguro, las contribuciones de Rentas Generales representaron aproximadamente 23 por ciento de los egresos del FONASA, manteniéndose relativamente constante en los años sucesivos. En términos del PIB las transferencias en 2018 representaron el 1.2%, siete veces y media más de lo que significaban en el momento previo a la puesta en marcha de la Reforma.

Algunos posibles cambios metodológicos a futuro

A finales de 2012 se constituyó una Comisión de Cápitas, integrada por representantes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, de la Administración de Servicios de Salud del Estado, del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía y Finanzas. Su cometido era presentar una propuesta de cambio metodológico para la actualización del cálculo de cápitas realizado en 2006.

El trabajo de esta comisión finalizó en junio de 2016 alcanzando un acuerdo sobre el marco metodológico general, pero dejando abierta la discusión sobre los valores específicos de los parámetros del cálculo. Por esta razón, en agosto de 2016 se acordó continuar el trabajo, a partir de la constitución de un ámbito político que comenzó a funcionar desde setiembre de ese año en el que, finalmente, no se alcanzaron acuerdos explícitos sobre los valores paramétricos. No obstante, dio lugar a la presentación de una propuesta metodológica por parte de la delegación del Poder Ejecutivo que podría ser la base para una futura metodología de cálculo.

Sin ingresar en detalles técnicos que exceden los objetivos de la publicación, reseñamos a continuación algunos cambios que la propuesta introduce respecto de la metodología actual:

- **Consideración de las cápitas en el conjunto de las fuentes de financiamiento del gasto esperado:** Esto implica entender que el gasto esperado de los usuarios se financia a través de otras fuentes adicionales, tales como la recaudación por tasas moderadoras o una parte de lo que se obtiene por metas asistenciales. En este sentido, toda estimación original del gasto esperado debe ajustarse tomando en cuenta estos ingresos alternativos para arribar a una determinación del valor de las cápitas.
- **Incorporación de costos financieros asociados al capital de trabajo:** Se asume que estos costos hacen parte de los gastos necesarios para la provisión de los servicios asistenciales. Se trata del costo de financiero que se afronta por la necesidad de cubrir financiamiento requerido para la gestión cotidiana de las empresas.
- **Ajuste de gasto PIAS:** Se parte de la base que no todo el gasto que enfrentan las instituciones para la provisión de servicios asistenciales está asociado a las prestaciones



incluidas en el PIAS y provistas a los afiliados de cada institución. Por lo tanto, se requiere realizar ajustes que consideren los gastos realizados para la venta de servicios a otros prestadores o para la provisión de prestaciones no incluidas en el paquete obligatorio.

- **Ampliación de los productos asistenciales considerados:** Se recordará que en la estimación inicial toda la información de gastos y utilización se agrupó en dos productos asistenciales. En la nueva propuesta se desglosa la información en un mayor número de productos asistenciales, considerando además de la atención ambulatoria la internación domiciliaria, en cuidados moderados, en CTI pediátrico y de adultos y en Block Quirúrgico.
- **Consideración del Gasto en Administración y Ventas y de Medicamentos:** Parte del gasto que se toma en cuenta para la provisión de servicios es el que representan el GAV y el gasto en Medicamentos. Con relación al primero, se entiende que una parte de esta debe ser integrada sin considerar que depende de los niveles de utilización. Con relación al gasto en medicamentos, la información disponible permite distribuirlo entre los diferentes tramos de riesgo por separado. Estos cambios permitirían una mayor sintonía fina en las estimaciones de cápitas.
- **Ajustes por eficiencia y otros:** La idea subyacente es la necesidad de mitigar la dispersión que presenta la información de costos de los distintos prestadores, evitando así considerar valores extremos que puedan suponer eventuales engordes innecesarios de gasto. El objetivo es que la cápita no se transforme en una herramienta de convalidación de los costos actuales del sistema, sino que se aproxime en el mayor grado posible a una estimación del gasto eficiente para la provisión de los servicios.

Bibliografía

1. JUNASA (2017)- Rendición de Cuentas JUNASA 2016. JUNASA. MSP
2. Arbulo, Victoria; Pagano, Juan Pablo; Rak, Gustavo; Rivas, Laura. Giselle Jorcin (coordinadora) (2012): El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay. Evaluación y revisión del financiamiento del Sistema de Salud uruguayo. Organización Panamericana de la Salud
3. Arbulo, Victoria; Pagano, Juan Pablo; Rak, Gustavo; Rivas, Laura. Giselle Jorcin (coordinadora) (2012): El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay. Análisis de la cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional de Salud. Organización Panamericana de la Salud.



5

Las Cuentas de Salud en la construcción del SNIS.

Autores:

Ec. Laura Rivas

Encargada de Cuentas de Salud. Área Economía de la Salud, MSP.

Capítulo elaborado con la colaboración de:

Ec. Victoria Arbulo

Encargada de Departamento de Regulaciones Económicas, Área Economía de la Salud, MSP.

Ec. Ida Oreggioni

Directora Área Economía de la Salud, MSP.

Introducción

Qué tan equitativo sea el acceso de la población a la atención en salud y, por lo tanto, cuánto se acerque cada país a los objetivos de cobertura y acceso universal, dependen en gran medida de la forma en que se organice el financiamiento del sistema sanitario. Por esa razón, uno de los tres pilares de la reforma de la salud, iniciada en el año 2005 en Uruguay, es el cambio en el modelo de financiamiento. Las principales leyes de reforma del sistema aprobadas en el año 2007 se focalizan en este cambio, que vincula la incorporación gradual de colectivos al Seguro Nacional de Salud con la generación de los recursos necesarios de forma equitativa y sostenible.

La eficiencia con la que se emplean los recursos del sistema, cómo se gasta, con qué insumos y en qué se gasta, son también dimensiones críticas para el logro del objetivo de cobertura universal y alcanzar mejores niveles de salud para toda la población. Las Cuentas de Salud son una herramienta muy útil para analizar y monitorear los flujos de financiamiento del sistema de salud y, combinados con otros instrumentos, permiten identificar problemas y apoyar el diseño de políticas y regulaciones. El proceso de elaboración de las Cuentas en el Ministerio, a partir del año 2005, acompañó la implementación de la reforma y ha permitido monitorear los principales cambios propuestos en el modelo de financiamiento. Asimismo, brinda enormes potencialidades para ahondar en el análisis de nuevas dimensiones del gasto y en el desempeño de los diversos actores del sector.

Las Cuentas de Salud pueden construirse a través de una serie de dimensiones o clasificaciones. Hasta el momento, se han enfocado, por un lado, en las dimensiones del financiamiento, es decir, en cómo se financia cada agente y de qué forma se canalizan estos fondos hacia los proveedores de servicios de salud y, por el otro, en el análisis del gasto por factores productivos, esto es, cuál es la estructura de costos de los proveedores en remuneraciones, medicamentos, insumos, inversiones, etc.

Principales rasgos del financiamiento y la provisión

Una característica distintiva del sistema de salud uruguayo desde comienzos del siglo XX es la cobertura en salud de aproximadamente el 90% de la población a través de dos tipos de prestadores integrales. Por un lado, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), prestadores privados sin fines de lucro y, por el otro, el servicio público de salud,



que fue brindado en una primera instancia a través del Ministerio de Salud Pública y, luego, por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Esta organización segmentada del sistema ha resultado en diferentes modalidades de financiamiento y lógicas de afiliación y provisión, orientadas a segmentos de la población que se diferencian principalmente por su nivel de ingresos.

También se destaca la aparición temprana de mecanismos de protección financiera en salud a través de contribuciones a la seguridad social; en 1979 se crea la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), bajo la órbita del Banco de Previsión Social (BPS), que a grandes rasgos brindaba cobertura en una IAMC de elección a los trabajadores del sector privado formal (aproximadamente el 20% de la población uruguaya en 2006). En 2007 se crea el Seguro Nacional de Salud (SNS), financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y se amplía la cobertura brindada anteriormente por DISSE. (MSP, Cuentas de Salud en Uruguay 2011-2015, 2017)

El financiamiento de la cobertura en salud a través de cuotas de prepago mensual en una IAMC¹ ha sido, entonces, distintivo de nuestro sistema de salud desde hace varias décadas, a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los países de la región latinoamericana. En particular en el año 2005 la cobertura se dividía casi en mitades entre los prestadores del sector público² y el privado.

La existencia del Fondo Nacional de Recursos (FNR) desde fines de 1980 es otro rasgo destacado del sistema. El FNR brinda cobertura financiera a toda la población para un conjunto de prestaciones médicas altamente especializadas, incluyendo medicamentos de alto costo.

En lo que sigue se mostrarán los principales cambios resultantes del proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud y del SNS, recurriendo a las Cuentas de Salud. Las cifras de gasto y financiamiento son elaboradas sistemáticamente por el Área Economía de la Salud bajo el marco del Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por su sigla en inglés). Siguiendo el Manual de SHA 2011: "A fin de satisfacer las demandas crecientes de analistas y formuladores de políticas en lo que se refiere a esta información sobre el gasto en salud, el Sistema de Cuentas de Salud propone un marco de referencia para lograr una

1 - Los seguros privados con fines de lucro han mantenido históricamente un peso poco significativo en el sector.

2 - Los prestadores integrales públicos incluyen ASSE, Sanidad Militar y Sanidad Policial.

descripción sistemática de los flujos financieros relacionados con la atención de la salud. Su propósito es describir el sistema de atención de la salud desde la perspectiva del gasto, tanto para fines internacionales como nacionales.” (OCDE, 2011, pág. 5)

Gasto y financiamiento entre 2005 y 2017

En este apartado se presentan una serie de cifras derivadas de las Cuentas de Salud que permiten describir y analizar los principales cambios en el modelo de financiamiento del sistema de la salud impulsado por la reforma.

En primer término, se presenta uno de los indicadores más utilizados a nivel internacional: el gasto en salud como proporción del producto interno bruto (PIB). En términos generales, puede observarse una tendencia creciente en el período, que refleja en gran medida la decisión política de reforzar los recursos disponibles en el sector.

Tabla 1. Gasto en salud como porcentaje (%) del producto interno bruto (PIB).

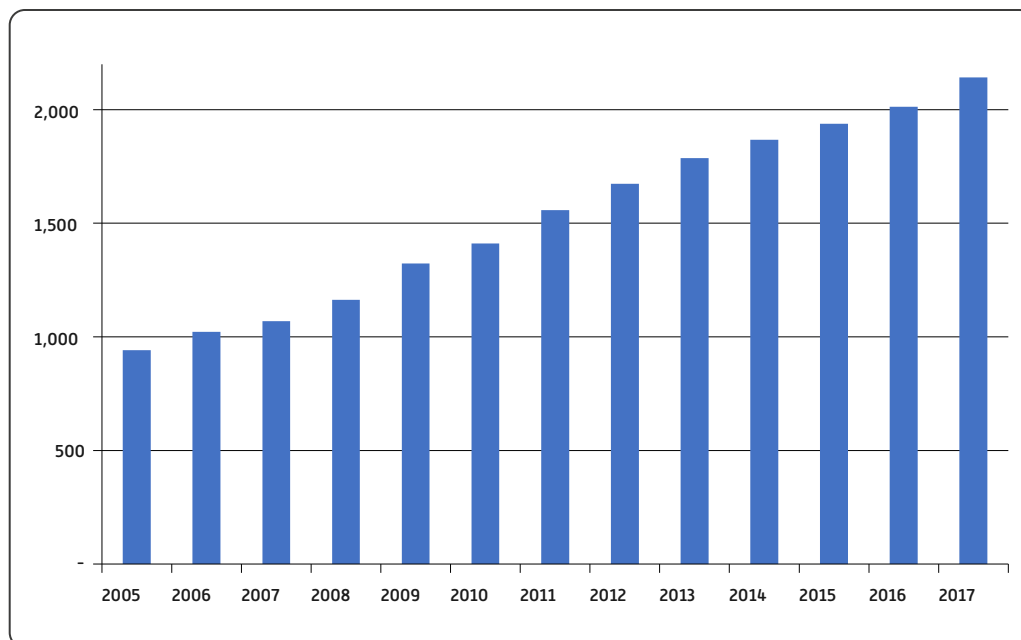
| Año | Gasto total en salud/PIB |
|------|--------------------------|
| 2005 | 8,2% |
| 2006 | 8,3% |
| 2007 | 8,0% |
| 2008 | 7,9% |
| 2009 | 8,6% |
| 2010 | 8,5% |
| 2011 | 8,8% |
| 2012 | 9,0% |
| 2013 | 9,0% |
| 2014 | 9,0% |
| 2015 | 9,2% |
| 2016 | 9,4% |
| 2017 | 9,5% |

Fuente: Cuentas de Salud, Área Economía de la Salud, MSP



En el gráfico siguiente se puede observar el aumento sostenido del gasto sanitario del país por persona, expresado en dólares comparables internacionalmente, es decir, ajustados por paridad de poder adquisitivo (PPA, o PPP por su sigla en inglés). Hacia el año 2017 se estima un gasto per cápita que más que duplica el gasto de 2005 [128% superior].

Gráfico 1. Gasto total en salud per cápita ajustado por PPA



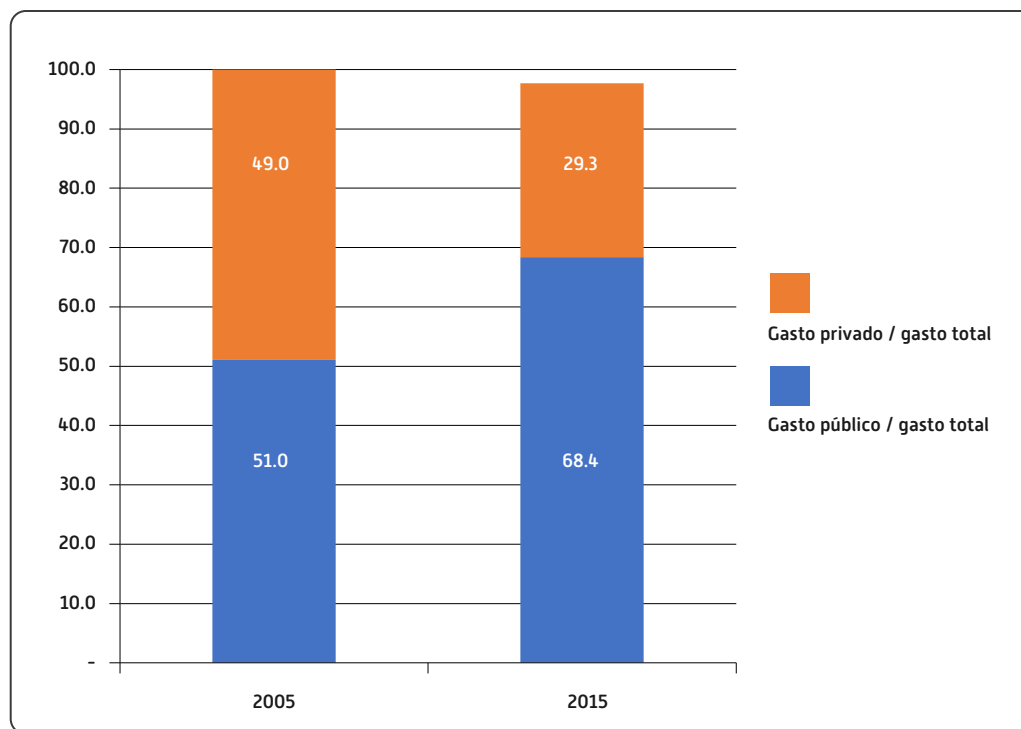
Fuente: Cuentas de Salud, Área Economía de la Salud, MSP.

En el año 2014 los países miembros de la OPS firmaron la estrategia para el acceso universal a salud y cobertura universal de salud, donde se comprometieron a aumentar el gasto público en salud hasta alcanzar una meta referencial de 6% del producto interno bruto (OPS, 2014). Esta referencia se asocia a mayores niveles de protección financiera, vinculados a una baja incidencia del gasto catastrófico y a niveles reducidos de empobrecimiento de los hogares asociados a gastos en salud.

La estrategia señala que esta meta es una referencia útil y una condición necesaria, aunque no suficiente, para reducir inequidades y aumentar la protección financiera en el mar-

co de la cobertura universal en salud. Aumentar recursos para el sector no es suficiente para eliminar las ineficiencias o inequidades, en tanto cada país tiene problemas específicos para alcanzar la salud universal, tales como la organización de los sistemas de salud, la gobernanza o incluso la gestión médica [Cid Pedraza, Matus-López, & Báscolo, 2018]. En el gráfico siguiente se presentan los resultados que arrojan las Cuentas de Salud en lo relativo a la composición del financiamiento público y privado del sector en los años 2005 y 2015 respectivamente¹.

Gráfico 2. Financiamiento público² y privado del gasto en salud como porcentaje [%] del gasto total en salud



Fuente: Cuentas de Salud, Área Economía de la Salud, MSP.

1 - Las estimaciones disponibles para los años 2016 y 2017 se focalizaron en el análisis del gasto por funciones según proveedor. El análisis de ingresos, esquemas de financiamiento, y factores de provisión, estará disponible a fines de 2019.

2 - El gasto para el año 2015 fue estimado bajo SHA 2011, mientras que las cifras del año 2005 fueron calculadas utilizando SHA1.0. SHA2011 define el gasto público como la suma de los siguientes ingresos de los esquemas: FS.1 Transferencias de los ingresos públicos internos; FS.3 Cotizaciones a la seguridad social; FS.4 Pre-pagos obligatorios (excluidos los de FS.3). El gasto privado, por su parte, corresponde a: FS.5 Pre-pagos voluntarios y FS.6 Otros ingresos del país n.c.p., mientras que los ingresos del resto del mundo se componen de: FS.2 Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno y FS.7 Transferencias externas directas.



Las fuentes públicas se incrementan, mientras que las privadas se reducen en todo el período, lo que deja en evidencia la consolidación del modelo de financiamiento impulsado por la reforma. En el año 2005, las fuentes públicas y privadas representaban aproximadamente 50% del gasto respectivamente. El mayor cambio en la estructura del financiamiento, asociado a la ampliación del seguro de salud, se dio en el año 2008, momento a partir del cual el financiamiento público superó el 60%. Según estimaciones preliminares, en el año 2016 las fuentes públicas financian cerca del 72% del gasto total en salud.

La reducción de las **fuentes privadas** responde especialmente a una disminución de los recursos destinados al prepago, en consonancia con el proceso de extensión de la cobertura a través de la seguridad social, además de registrarse una tendencia decreciente de los componentes que integran el gasto de bolsillo, es decir, aquel que es financiado mediante pagos directos de los individuos al momento de acceder a los servicios.

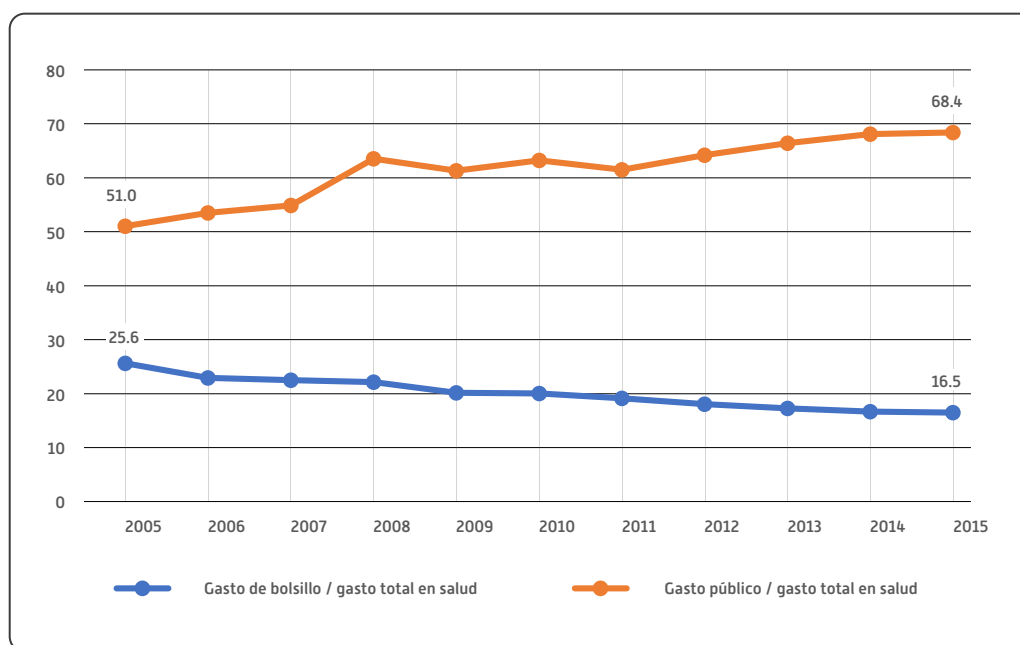
En este sentido, en el análisis del financiamiento de la salud, otro de los indicadores utilizados es cuánto representa la proporción del **gasto de bolsillo** en el gasto total en salud. El gasto de bolsillo, considerado el tipo de gasto en salud más regresivo, incluye el pago de tickets y órdenes en los prestadores de salud y la compra directa en proveedores privados tales como farmacias, clínicas médicas y odontológicas, etc., y excluye todo los gastos de prepago [cuotas individuales]. Vale mencionar que el gasto privado de los hogares se compone de gasto de bolsillo, así como también de gastos de prepago, es decir, cuotas de aseguramiento en instituciones de salud.

De acuerdo con el "Informe sobre la salud en el mundo" de la OMS (2010): *"Aunque contar con los fondos suficientes es importante, será imposible acercarse a la cobertura universal si las personas sufren dificultades financieras o se les impide utilizar los servicios porque tienen que pagar por ellos en el momento de usarlos". "La única manera de disminuir la dependencia de los pagos directos es que los gobiernos fomenten el prepago con mancomunación de los riesgos, el camino escogido por la mayoría de los países que más se han acercado a la cobertura universal. Cuando las poblaciones tienen acceso a los mecanismos de prepago y mancomunación, el objetivo de la cobertura sanitaria universal se vuelve más realista. Estos mecanismos se basan en los pagos realizados antes de sufrir una enfermedad, mancomunados de alguna manera y se emplean para financiar los servicios sanitarios de todos aquellos que tengan cobertura: tratamiento y rehabilitación de las personas enfermas y discapacitadas, y prevención y promoción para todos. Únicamente cuando los pagos*

directos están por debajo del 15-20% del gasto sanitario total, la incidencia de la catástrofe financiera y el empobrecimiento desciende hasta niveles insignificantes” (OMS, 2010, pág. 13).

En el gráfico siguiente se puede observar que en nuestro país el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud disminuye a lo largo de todo el período; pasa de 25.6% en 2005 a 16.5% en el año 2015.

Gráfico 3. Gasto público en salud y gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud 2005-2015.

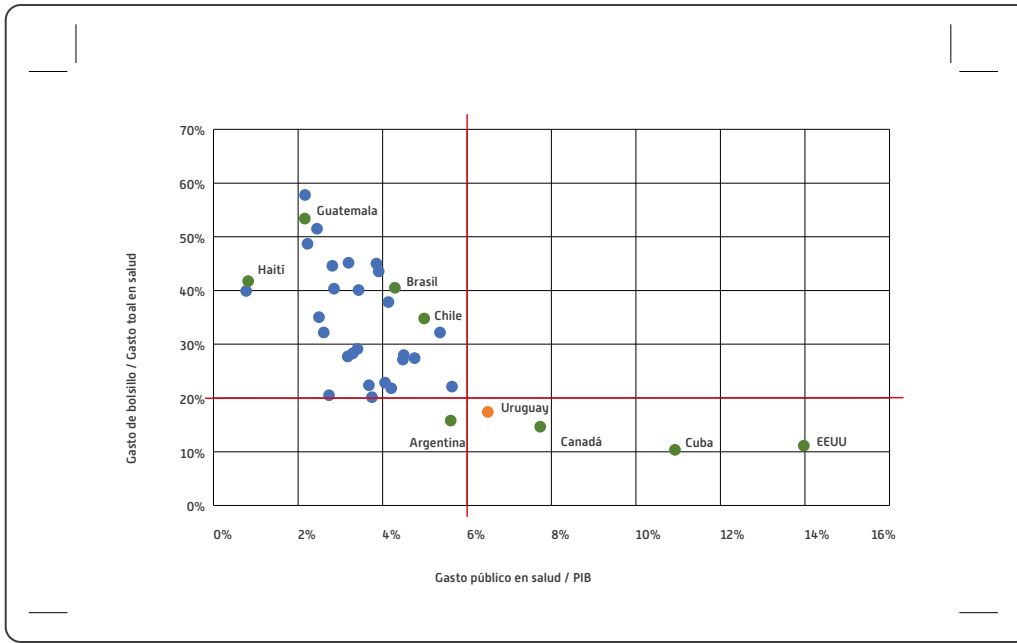


Fuente: Cuentas de Salud, Área Economía de la Salud, MSP.

En el siguiente gráfico se presenta una comparación de los países de la región de las Américas, donde se los ubica en función del valor que toman estos dos indicadores para el año 2016.



Gráfico 4. Gasto público en salud como porcentaje del PIB [eje horizontal]; gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud [eje vertical] en las Américas 2016.



Fuente: Global Health Expenditure Database (GHED), OMS. Consultado 22/05/2019

Además de constatarse una correlación entre ambos indicadores para el conjunto de la región, se observa que Uruguay es uno de los pocos países que presenta valores más favorables que los umbrales recomendados internacionalmente de 6% de gasto público en salud como porcentaje del PIB y de 20% de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud.

En un estudio reciente de OPS sobre el espacio fiscal para salud en la región, se concluye que el crecimiento económico no es suficiente por sí mismo para generar los recursos necesarios para alcanzar el umbral del 6%. Se señala los países de América Latina y el Caribe que lo han logrado son justamente aquellos que cuentan con sistemas de salud únicos, basados en acceso y cobertura universales. Se concluye que es necesario recurrir a otras fuentes de financiamiento, tales como una mayor recaudación tributaria, impuestos específicos en salud y alcanzar una mayor eficiencia en el gasto público [Cid Pedraza, Matus-López, & Báscolo, 2018].

Las Cuentas de Salud brindan otra perspectiva para el análisis del financiamiento, a través de la clasificación de los **esquemas de financiamiento**, eje del análisis bajo SHA 2011. Esta clasificación, a grandes rasgos, refleja las diferentes modalidades mediante las cuales la población accede a la cobertura de su salud, con lo cual se puede distinguir, por ejemplo, entre: los esquemas del gobierno (de cobertura universal y financiación vía impuestos); los seguros sociales de salud (por ejemplo, la cobertura del Seguro Nacional de Salud a través del FONASA, así como también Sanidad Militar y Policial, el seguro de accidentes laborales del BSE, y el FNR); los esquemas de prepago voluntario (por ejemplo, el pago de cuota particular en una IAMC o seguro privado, o emergencia móvil); los esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro; los esquemas de financiamiento de empresas; y, por último, el gasto de bolsillo con toda su desagregación.

La identificación de los esquemas de financiamiento que integran el sistema de salud se complementa con el análisis de los ingresos que los financian. Del cruce de estas dos clasificaciones se puede conocer, por ejemplo, cómo se compone el financiamiento de los esquemas gubernamentales de la salud, dentro de los cuales hay esquemas del gobierno central y esquemas de los gobiernos departamentales y, a su vez, el gasto destinado a servicios de atención a la población en general se diferencia del gasto para los funcionarios. Profundizando el análisis, como ya fue señalado, mayores recursos no garantizan mejor acceso ni mejores resultados de salud para la población. Por ello, es necesario analizar cómo se utilizan los recursos con los que cuenta el sector. Las Cuentas de Salud ofrecen una serie de dimensiones que permiten analizar la perspectiva del gasto.

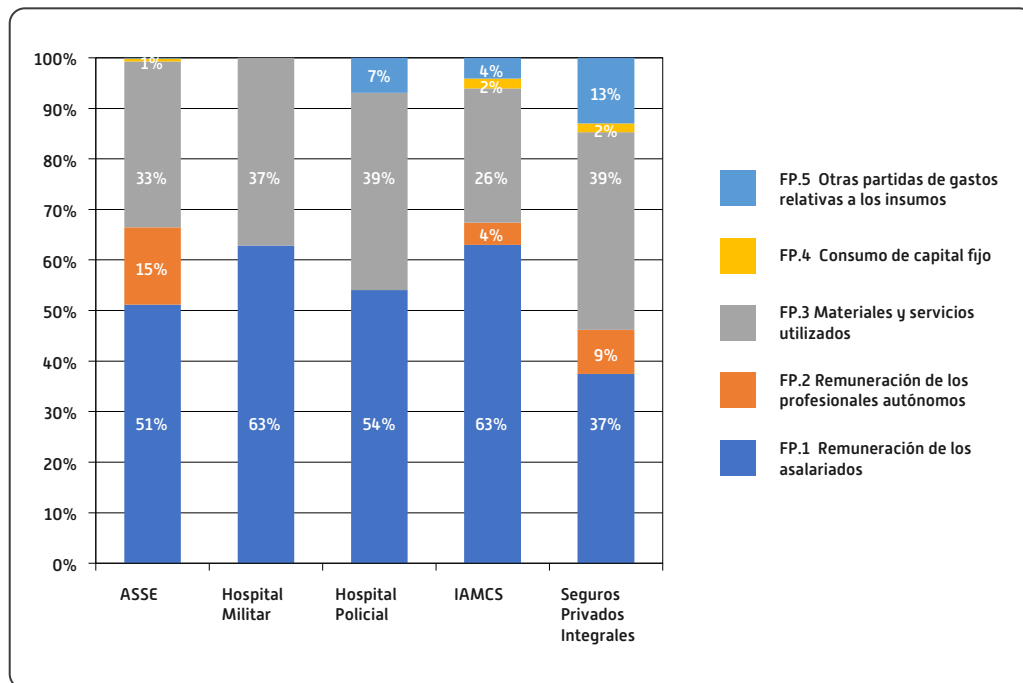
En primer término, se destaca que el gasto corriente representa cerca de 98% del gasto total en salud en el período 2011-2015, mientras que las inversiones corresponden a 2% aproximadamente. Las Cuentas permiten conocer cuánto de la inversión corresponde a infraestructura, cuánto a maquinaria y equipos, cuánto se invierte en la adquisición de productos de propiedad intelectual y en qué medida se consume el capital fijo (depreciación).

Al interior del gasto corriente, por su parte, el análisis que las Cuentas han ofrecido desde que se elaboran en el MSP hace foco en el costo de los factores utilizados en la producción. En este sentido, la clasificación de costos de los factores permite conocer cuánto destina el sector, y cada uno de sus proveedores, en la remuneración de trabajadores, en medicamentos, insumos, etc.



El siguiente gráfico presenta la estructura de costos de los prestadores integrales en el año 2015. El análisis de estos resultados podría complementarse con estudios específicos, que relacionen los resultados de las Cuentas con las políticas del mercado de trabajo y de la industria farmacéutica, por ejemplo.

Gráfico 5. Estructura de costos de los prestadores integrales según factores de provisión en 2015. En porcentajes y en miles de pesos corrientes.



Fuente: Cuentas de Salud, Área Economía de la Salud, MSP

Además de las dimensiones presentadas en este apartado, el Sistema de Cuentas de Salud brinda una serie de clasificaciones adicionales, igualmente relevantes para el análisis del uso de los recursos en el sistema, tales como la distribución del gasto por Funciones de la Salud, por enfermedades o por grupos de beneficiarios. La clasificación del gasto por Funciones de la Salud, o servicios, permite conocer cuánto gastan los proveedores de salud en los distintos tipos de atención (curativa, rehabilitación, larga duración y los distintos niveles de atención), cuánto destinan a la prevención, cuánto gasta el sistema en guber-

nanza y rectoría, etc. Esta clasificación constituye una herramienta de valiosa utilidad para monitorear la asignación de recursos en el marco del cambio en el modelo de atención. A continuación, se presentan los principales resultados de las estimaciones del gasto por Funciones, relativas a los años 2016 y 2017. Aproximadamente 72.5% del gasto corriente corresponde a la atención curativa y 5.4% para atención preventiva. El gasto en rehabilitación alcanza el 5.3% del total. A la gobernanza y administración del financiamiento del sistema le corresponde sólo un 0.5% del gasto corriente. El gasto en bienes médicos (medicamentos, artefactos e insumos) que no fue posible asociar a una función concreta representa el 7% del gasto del sistema y en servicios auxiliares corresponde a 0.7% del gasto

Tabla 2. Estructura del gasto corriente por Funciones en 2016 y 2017

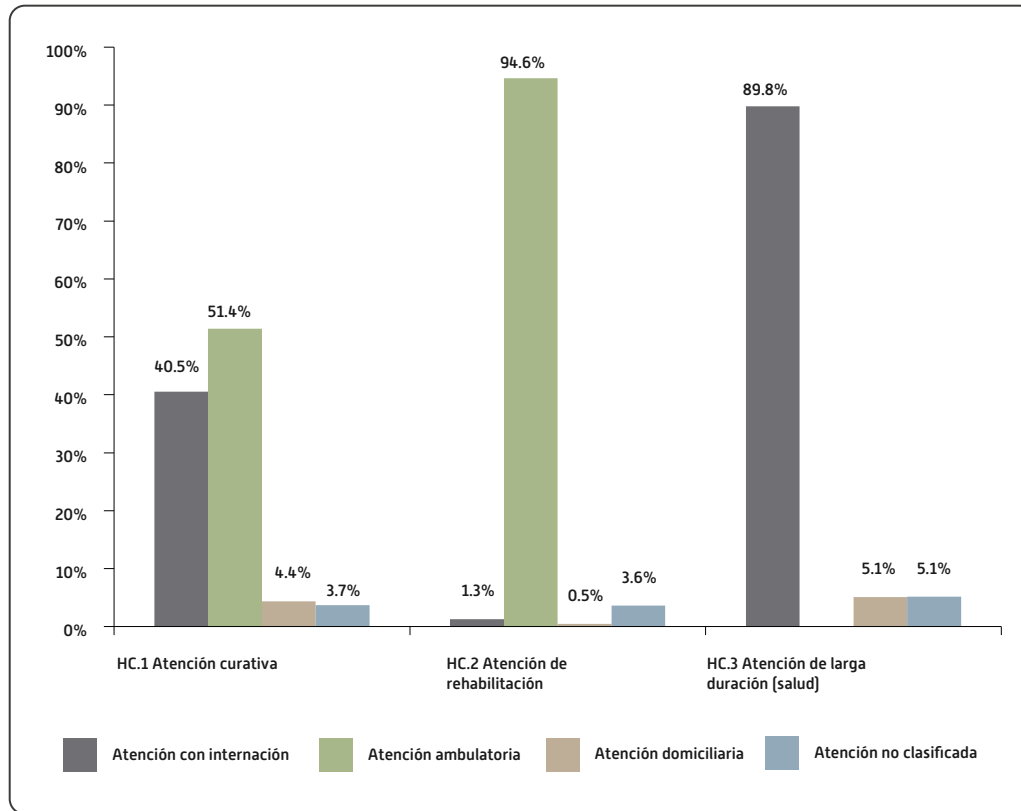
| Funciones | 2016 | 2017 |
|--|-------------|-------------|
| HC.1 Atención curativa | 72,3% | 72,6% |
| HC.2 Atención de rehabilitación | 5,2% | 5,3% |
| HC.3 Atención de larga duración (salud) | 2,0% | 2,0% |
| HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función) | 0,6% | 0,7% |
| HC.5 Bienes médicos (no especificados por función) | 7,0% | 7,0% |
| HC.6 Atención preventiva | 5,4% | 5,4% |
| HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud | 0,5% | 0,5% |
| HC.9 Otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.) | 6,8% | 6,5% |
| | 100% | 100% |

Fuente: Cuentas de Salud, Área Economía de la Salud, MSP

La mayoría del gasto de la función de rehabilitación se destina al ámbito ambulatorio, mientras que la atención de larga duración concentra su gasto en internación. La atención curativa muestra poco más de la mitad de su gasto (51.4%) en atención ambulatoria y 40% en internación.



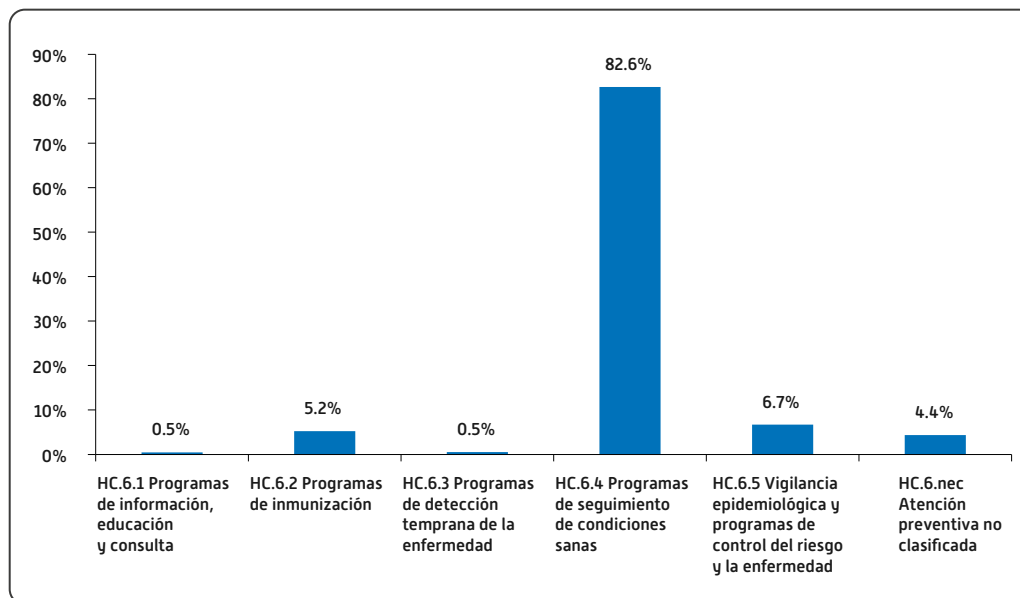
Gráfico 6. Gasto en atención por modo de provisión, año 2017



Fuente: Cuentas de Salud, Área Economía de la Salud, MSP.

El gasto corriente del país destinado a acciones de prevención se concentra en el seguimiento de condiciones sanas, realizado fundamentalmente a través de consultas de control en el primer nivel de atención (83%). El gasto en vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad, ejecutado a través del Ministerio de Salud, representa el 6.7% del gasto preventivo. La provisión de vacunas y su administración en los centros de salud implicó el 5.2%.

Gráfico 7. Gasto en prevención, año 2017



Fuente: Cuentas de Salud, Área Economía de la Salud, MSP.

En términos generales, los resultados de las Cuentas dan indicios sobre temas fundamentales del sistema, aunque la eficiencia del sector o la protección financiera de la población se deben abordar mediante investigaciones específicas más profundas que integren otras fuentes de datos y metodologías.

Institucionalización de las Cuentas de Salud

Las Cuentas de Salud son construidas por el Ministerio desde el año 2006, momento en el que se elaboraron las cifras correspondientes al año 2004. En 2010 se presentaron las Cuentas para el periodo 2005-2008. En el año 2015, se publicaron las “Cuentas Nacionales de Salud 2009-2010 Uruguay” (con estimaciones preliminares de algunos agregados del gasto para los años 2011 y 2012). Estos informes fueron elaborados bajo el marco SHA 1.0, siguiendo la Guía del Productor de Cuentas Nacionales de Salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios (OMS, 2004), con algunas adaptaciones a la especificidad del sistema de salud de nuestro país.



En el año 2011 la OMS presenta un nuevo marco, el SHA 2011, que constituye la evolución del Sistema de Cuentas a los cambios en los sistemas sanitarios a nivel mundial. La OMS publica entonces el manual SHA 2011, junto con la OCDE y Eurostat, y da comienzo a una serie de acciones de apoyo a los países para la transición hacia ese nuevo marco metodológico y para la institucionalización del trabajo de Cuentas.

A fines de 2017 el equipo de Cuentas presentó el trabajo “Cuentas de Salud 2011-2015”, primer informe nacional con cifras de gasto y financiamiento a partir de la aplicación del nuevo marco SHA 2011. Dada la importancia que reviste contar con cifras históricas que permitan analizar la evolución del financiamiento y gasto del sistema a más largo plazo, se hace necesario convertir las cifras del período 2000-2010 a los criterios de la nueva metodología.

Cabe destacar el trabajo realizado en los últimos años en el ámbito del Comité Técnico Interinstitucional de Cuentas Nacionales de Salud. El Comité, creado en el año 2011, está compuesto por los principales organismos públicos del sector salud, así como por instituciones estratégicas en materia estadística: Sanidad Policial, Sanidad Militar, Hospital de Clínicas, Ministerio de Economía y Finanzas, Banco Central del Uruguay, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Banco de Previsión Social, Banco de Seguros del Estado, Fondo Nacional de Recursos, Administración de Servicios de Salud del Estado. A partir del año 2015, el Comité se consolida como el espacio de intercambio entre los proveedores de la información utilizada en las Cuentas de Salud.

Cada año el equipo de Cuentas reporta a la OMS las cifras de gasto y financiamiento de la salud. La OMS revisa las cifras reportadas e intercambia con los equipos técnicos de los países, con el objetivo de publicarlas en su base de datos mundial de gasto en salud [GHED, por su sigla en inglés]¹, que ofrece información internacionalmente comparable sobre cerca de 190 países para el período 2000-2016. En los últimos años los intercambios técnicos entre el MSP y los especialistas de la OMS han sido permanentes y fluidos; esto ha reforzado el proceso de trabajo del equipo de Cuentas y ha significado que las cifras reportadas sean publicadas en la GHED. Todo el material producido por el equipo de Cuentas de Salud se encuentra disponible en el portal del MSP², acompañado por una sección de novedades sobre los avances y el trabajo en curso.

1 - Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en/>

2 - Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/cuentas-de-salud>

La OMS ha intentado aproximarse a través de las Cuentas de Salud, y en particular mediante la clasificación de Funciones, a la medición del gasto en atención primaria, pero la metodología de estimación aún se encuentra en discusión. Al disponer de una definición operativa de la atención primaria sería posible monitorear el gasto del sistema de salud a lo largo del tiempo y compararlo a nivel internacional. Asimismo, al vincularlo con las fuentes de ingresos, permitiría determinar cuánto del financiamiento público se destina a APS, por ejemplo.



Bibliografía

1. Arbulo, V., Pagano, J., Rak, G., & Rivas, L. (2012). El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay. Análisis de la cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional Salud. Montevideo.
2. Arbulo, V., Pagano, J., Rak, G., & Rivas, L. (2012). El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay. Evaluación y revisión del financiamiento del Sistema de Salud uruguayo. Montevideo: OPS.
3. BM. (2011). ¿Dónde está el dinero y qué estamos haciendo con él? Creación de una base de evidencia para mejor financiamiento de salud y mayor rendición de cuentas. Guía estratégica para la institucionalización de las Cuentas Nacionales de Salud. BM.
4. Cid Pedraza, C., Matus-López, M., & Báscolo, E. (2018). Espacio fiscal para salud en las Américas: ¿es suficiente el crecimiento económico? Revista Panamericana de Salud Pública.
5. Jowett, M., Saksena, P., Xu, K., Evans, D., Kutzin, J., & Indikadahena, C. (2010). Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. Geneva: World Health Organization.
6. MSP. (2010). Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008, División Economía de la Salud. Montevideo. Montevideo.
7. MSP. (2010). Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo.
8. MSP. (2015). Cuentas Nacionales de Salud 2009-2010 Uruguay. Montevideo.
9. MSP. (2017). Cuentas de Salud en Uruguay 2011-2015. Montevideo.
10. OCDE, E. W. (2011). A System of Health Accounts, 2011 Edition. OECD Publishing.
11. OMS. (2004). Guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios. Ginebra.
12. OMS. (2010). Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la Cobertura Universal. Ginebra.
13. OMS. (2010). Informe sobre la salud en el mundo. Resumen. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
14. OPS. (2014). Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage. Washington, D.C.
15. Trylesinski, F., Cervini, M., & Estellano, M. [s.f.]. Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento en Salud. Años 1999-2000. Facultad de Ciencias Económicas y de Administración. Proyecto Fortalecimiento Institucional Sector Salud Ministerio de Salud Pública. Montevideo.





SECCIÓN 3

AVANCES Y DESAFÍOS EN EL MODELO DE ATENCIÓN





6

Oportunidades y desafíos del trabajo en redes y la complementación para superar la fragmentación

Autores:

Dra. Adriana Brescia

Directora general DIGECOOR- MSP.

Lic. Soc. Soledad Bonapelch

DIGECOOR-MSP.

Lic. Mg. Sandra Moresino

DIGECOOR-MSP.

Uno de los principales problemas a los que se enfrentó la implementación de la reforma de la salud en el Uruguay fue el de la fragmentación en el sistema de salud. Se entiende por fragmentación “la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial” (OPS-OMS, 2007, p. 319). “La fragmentación de los servicios de salud se manifiesta de múltiples formas en los distintos niveles del sistema de salud. En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. (...) En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios” (OPS, 2010, p. 21).

Para superar la fragmentación del sistema hay múltiples intervenciones posibles, todas ellas orientadas bajo la premisa de dejar de promover la competencia y alentar la cooperación entre profesionales y organizaciones. La competencia “muchas veces [está] exacerbada a nivel de la alta especialización (...) alienta inversiones innecesarias, que se trasladan irremediablemente hacia los costos de los servicios” (ASSE, 2014).

Desde el Ministerio de Salud Pública se han instrumentado una serie de acciones enmarcadas en la estrategia de redes, entre las que se cuentan: acuerdos de complementación, maternidades únicas, derecho a la asistencia en situaciones de urgencia y de emergencia, centros de referencia, desarrollo de la historia clínica electrónica nacional (HCEN) y fortalecimiento de generación de información del MSP, incorporación de tecnologías en salud.

Acuerdos de complementación

La consolidación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), por la propia definición de sistema, implica lograr por medio de acuerdos de complementación entre prestadores de salud, instituciones y organizaciones de diversos ámbitos, sinergias, acuerdos y articulaciones de distinto porte para obtener resultados superiores en el campo de la salud a los que se obtendrían por la mera suma de las prestaciones que cada institución brinda por separado.

Desde un enfoque general, se entiende por complementación de servicios y acciones de salud, a la instalación y/o coordinación de servicios y acciones en salud, con carácter



eventual o permanente, a partir de recursos humanos y/o materiales pertenecientes a las partes que acuerdan. El objetivo es mejorar la calidad de vida y el nivel de salud de la población usuaria de las instituciones u organizaciones convenientes y/o del conjunto de las personas que habitan en la localidad, ciudad, región o territorio nacional que se defina en el convenio. Los acuerdos pueden suscribirse entre instituciones públicas, entre instituciones públicas y privadas y entre privadas entre sí. Existen diversas modalidades en la suscripción de acuerdos de complementación. El principio central que promueve el MSP es el de agotar todas las posibilidades para conveniar en la modalidad *intercambio de prestaciones o servicios* antes de considerar otras modalidades.

Los acuerdos de complementación contribuyen a reducir la fragmentación dado que son una herramienta útil para mejorar la accesibilidad del sistema de salud. La complementación tiene como objetivos: realizar un uso eficaz, eficiente y equitativo de los recursos que el país destina a la atención de las necesidades de salud de su población, lo cual implica evitar duplicaciones innecesarias de servicios e infraestructuras; fortalecer la capacidad de cobertura y acceso real de la población beneficiaria; coordinar acciones de prevención de enfermedades y promoción de salud con base territorial; aumentar la eficiencia del conjunto a través de las sinergias y la economía de escala que se genera; integrar en forma horizontal la atención en salud.

A partir de 2016 el MSP a través de la Dirección General de Coordinación y las direcciones departamentales de salud se propuso dos líneas de trabajo: diseñar, desarrollar y consolidar una base de datos para el registro de los acuerdos de complementación en el país y, brindar asesoramiento, instrumentos y participación en las reuniones en territorio entre instituciones para lograr acuerdos. Esta base se actualiza periódicamente lo que ha permitido una mejora en cantidad (más acuerdos registrados respecto del dato informado en 2016) y en calidad de datos (baja en la categoría "sin datos" en algunas variables de la base). A 2019 la base registra **580 acuerdos de complementación** en todo el país¹. En una segunda etapa de mejora de los registros se diseñó y desarrolla actualmente un software de alcance nacional e implementación local para monitorear los acuerdos desde el planteo de la inquietud de complementación hasta la firma del acuerdo. Esta etapa se lleva adelante junto a Gobierno Electrónico del MSP y a partir del documento sobre los requerimientos de software para el registro de acuerdos de complementación en el que se

1- Hay subregistro en el dato de complementación entre instituciones del sector privado. El dato de la totalidad de convenios incluye tanto a los que están en ejecución como los que no lo están, es decir, todos los acuerdos de los que hay registro.

identificaron, describieron y organizaron las variables de registro, se definieron los roles de carga y los tipos de reporte a emitir por el software.

La existencia de mayores recursos de los que se necesitan desde el punto de vista sanitario es hoy aún una realidad explicada fundamentalmente por una lógica de competencia. La tensión existente entre *seguro* y *sistema*, entre *competencia* y *complementación* exige definir y sostener una estrategia de construcción de sistema que se visualice por la sociedad en su conjunto como necesaria e imprescindible para mejorar la calidad del gasto en salud que llega ya al 9 % del PBI. Los avances en la construcción de sistema deberán incluir el estudio y establecimiento de precios y aranceles, el adecuado balance entre los recursos físicos y la población a atender y la compensación entre prestadores.

Maternidades únicas

El Ministerio de Salud Pública promueve la estrategia de maternidades únicas en todo el territorio nacional. Se definen los servicios de maternidad como aquellos destinados a la atención del trabajo de parto, nacimiento y del recién nacido [MSP, 2012].

Esta estrategia para superar la fragmentación parte de la necesidad de racionalizar recursos teniendo en cuenta que en el país existen distintas localidades con bajo número de nacimientos diarios en las que, sin embargo, hay más de una maternidad. Se suma a esto que en el interior del país son escasos los recursos humanos en salud, en particular, de los especializados. A la vez, la cantidad de partos que se asisten mejora sensiblemente la adquisición de habilidades, competencias y destrezas por parte de los profesionales para el ejercicio de la técnica. La mejora de las capacidades técnicas impacta directamente en la mejora de la calidad de la atención. En aquellas localidades con bajo número diario de nacimientos y más de una maternidad esta posibilidad se ve disminuida.

En función de su organización y capacidad de resolución se reconocen dos tipos de maternidades: de baja complejidad y alta complejidad. Las maternidades de baja complejidad son aquellas maternidades de menor complejidad destinadas a la atención de mujeres con embarazos y partos que inicialmente se cataloguen de bajo riesgo y que pueden garantizar el adecuado seguimiento de la situación clínica tanto materna como fetal. En este tipo de maternidades se debe contar o ser capaz de acceder, en caso de que sea necesario, a un sistema de traslado que garantice la derivación en condiciones adecuadas a una maternidad de complejidad superior. Las maternidades de alta complejidad son todas aque-



llas que además de cumplir con los requisitos anteriores, cuentan con estructura, recursos humanos y organización adecuados para un nivel de atención terciario. Es decir, disponen de: CTI neonatal propio y CTI obstétrico o polivalente propio o rápido acceso (MSP, 2012). El MSP continúa la promoción de acuerdos de complementación para el establecimiento de maternidades únicas. Existen varios documentos promovidos por las direcciones departamentales de salud y firmados entre prestadores en la modalidad carta de intención, que aspiran a desarrollar esta línea de trabajo (como es el caso de Soriano, Colonia y Rocha, por ejemplo).

En 2018 se lanzó el proyecto “Reconocimiento de calidad en las maternidades”. Esta iniciativa califica cinco dimensiones de los servicios que ofrecen las instituciones sanitarias de todo el país: buenas prácticas de alimentación del lactante y niños pequeños, pesquisa neonatal, transmisión vertical de VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas, humanización del parto e índice de cesáreas. Uno de los objetivos del proyecto apunta a la optimización de recursos y servicios [57 % de las maternidades del país atienden menos de un parto por día] y la evaluación de la necesidad del procedimiento de cesáreas, cuyo índice en general es elevado.

Asistencia en situación de Urgencia y Emergencia

Otra estrategia de redes para superar la fragmentación, en el sentido de propender a la coexistencia de varias unidades o establecimientos integrados dentro de la red sanitaria asistencial y facilitar la coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención evitando la duplicación de servicios e infraestructura es la implementación de los artículos 145 a 149 de la ley N° 19.535 que en su artículo 145 reconoce el derecho a la asistencia en situaciones de urgencia y emergencia en todo el territorio nacional, a todos los habitantes residentes.

La emergencia es una situación clínica de deterioro agudo de la salud que pone en peligro la vida y que requiere asistencia inmediata. La urgencia es la situación clínica que requiere atención en el menor tiempo posible y no está en riesgo inminente la vida. La ley y su decreto reglamentario N° 211/018 prevén que, en una situación de urgencia, si el usuario no está en su lugar de residencia tiene derecho a la atención, aunque su prestador no esté presente en esa localidad en la que se encuentra. Según el artículo 18 del referido decreto y en el marco de la longitudinalidad de la atención en la historia clínica del usuario deben constar las instancias del proceso asistencial.

La implementación de la ley implicó además el diseño y desarrollo de un software al que se le precargaron los datos de los convenios de complementación entre prestadores sobre urgencia y emergencia. Este software, que funciona dentro de la lógica del sistema general desarrollado para la complementación, permite entre otras posibilidades, la comunicación entre la institución prestadora de la atención y la institución de origen a la que pertenece al usuario. Una funcionalidad del sistema permite al usuario identificar rápidamente el servicio donde atenderse en estos casos.

Centros de Referencia

Otra alternativa para superar la fragmentación del sistema es la implementación de centros de referencia. La fragmentación es una desventaja porque hay esfuerzos parciales que no aportan a la acumulación de experiencia para el tratamiento de múltiples patologías. En este sentido, los centros de referencia aprobados según la ley n.º19.666 garantizan la equidad en el acceso a la atención de calidad de patologías, el uso de tecnologías o la realización de técnicas y procedimientos que requieran un nivel de especialización que aconseje la concentración de los casos a tratar en un número reducido de entidades. Se define por centro o servicio de referencia a la entidad o parte de ella que se aboque exclusivamente a la atención de patologías, el uso de tecnologías o la realización de técnicas y procedimientos que reúnan una o más de las siguientes características:

- a. son generalmente complejas y de baja prevalencia.
- b. requieren para su adecuada prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, de elevado nivel de especialización, tanto en materia de recursos humanos como materiales, así como de experiencia acumulada que se alcanza preferentemente a través de ciertos volúmenes de actividad.
- c. demandan recursos tecnológicos de alta especialización, que en atención a la ecuación costo-efectividad precise de la concentración de un número mínimo de casos.

De esta manera los centros y servicios de referencia dan cobertura a todo el territorio nacional y permiten el acceso a quienes requieran de sus servicios en igualdad de condiciones, asegurando la calidad de la atención en forma equitativa.

Esta estrategia concibe al sistema como un todo en el que quedan todas las organizaciones prestadoras implicadas y alineadas dentro de un mismo sistema integrado y coordinado, puesto que, una vez aprobada esta ley, todos los prestadores integrales deben obligatoriamente derivar a los pacientes que corresponda a los centros de referencia.



Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN)

El MSP —con el Programa Salud.uy— fortalece el SNIS con la conformación de la red asistencial por medio del uso de las TIC. Se crean herramientas que contribuyen a mejorar el acceso de los ciudadanos a los servicios de salud de calidad en todo el país.

Bajo la rectoría del MSP, Salud.uy, además, tiene como finalidad desarrollar los mecanismos, las acciones transversales y la infraestructura necesaria, a los efectos de generar las condiciones para que los prestadores de salud puedan brindar sus servicios centrado en el usuario, en forma integrada y favoreciendo la complementación de dichas instituciones.

El modelo unificado de HCEN tiene como principal cometido promover y mejorar la continuidad del proceso asistencial de los usuarios del sistema de salud uruguayo mediante un mecanismo que permita poner a disposición la información clínica del usuario desde cualquier punto conectado al sistema de salud. Esto implica trabajar en los contenidos clínicos asistenciales y en un marco de referencia tecnológico que soporte esta definición. Se debe entonces asegurar un intercambio de información clínica eficiente, que sea interpretable desde los distintos puntos asistenciales del sistema por los sistemas de información de salud de cada organización que integra el SNIS. Para ello, es necesario promover la interoperabilidad sintáctica y semántica, normalizando los documentos de registro y la información clínica con base en la utilización de estándares de codificación.

Se definieron cuatro etapas de trabajo asociadas a la ruta operativa del Plan de Adopción de HCEN: identificación, normalización, publicación y modelo unificado. Se han cumplido las dos primeras etapas, relativas al detalle del plan de trabajo con la institución y a los pasos que esta debió dar para la carga de su padrón de usuarios en el registro de usuarios, y a la generación de los documentos clínicos electrónicos de acuerdo con las guías técnicas de HCEN disponibilizadas por el programa Salud.uy

El artículo 194 de la ley N° 19.670 de Rendición de Cuentas y Balances de Ejecución Presupuestal, ejercicio 2017, del 15 de octubre de 2018 prevé el derecho a que “toda persona, en cualquier momento, podrá oponerse al acceso a su información clínica a través de la Plataforma de Historia Clínica Electrónica Nacional, manifestación que será revocable. Esta oposición impedirá el acceso a la información clínica, salvo en las excepciones legalmente previstas”. El decreto 122/019 del 29 de abril de 2019 regula los aspectos referidos a la

incorporación de las instituciones de salud públicas y privadas a la plataforma de Historia Clínica Electrónica y en el capítulo IV señala el derecho de las personas a gestionar el acceso a su información clínica a través de dicha plataforma.

Incorporación de tecnología en salud

Las políticas de salud se han definido como “los cursos de acción (y la inacción) que afectan al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y mecanismos de financiación del sistema de salud y la atención de salud” (Buse, Mays y Walt, 2012, p. 6). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) también se puede definir como las decisiones, planes, y acciones que se llevan a cabo para lograr los objetivos específicos de la salud (2015).

La denominación tecnologías en salud se refirió inicialmente a los medicamentos, a los equipos y dispositivos médicos, a los procedimientos médicos y quirúrgicos, y a los modelos organizativos y sistemas de apoyo necesarios para su empleo en la atención a los usuarios. Desde que fue formulada esta definición se ha ampliado hasta la actualidad donde se incluyen todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas) y resaltan la importancia de las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso, algo no suficientemente explícito en la definición anterior.

La falta de transparencia de los mercados y las asimetrías de información constituye uno de los mayores retos a los que hay que enfrentarse para lograr crear condiciones que faciliten la sistematización, incorporación y mejora en el acceso de nuevas tecnologías en los sistemas nacionales de salud de forma planificada y coherente con las necesidades sanitarias reales y basadas en evidencia.

Se debería exigir que la introducción de nuevas tecnologías se acompañe desde un principio de una evaluación sistemática de su correcta aplicación y de sus beneficios. De esta manera se evitarán, por lo menos en parte, muchos de los problemas actuales. Los avances del SNIS en ese sentido se han desarrollado en los capítulos 2 y 3.

Se debe fortalecer el uso racional de las tecnologías sanitarias, el desarrollo y aplicación de los formularios terapéuticos, las directrices y guías de práctica clínica que sustenten el uso clínico y que propicien la cultura del uso racional de los medicamentos y de los equipos y dispositivos terapéuticos.



En el Ministerio de Salud Pública se creó en 2015 la Junta de Pertinencia para la incorporación de tecnologías en salud. Esta junta está integrada por los directores generales del MSP y actúa con criterio de racionalidad de acuerdo con mapa sanitario y bajo la lógica de construcción de sistema. El cometido de esta junta es evaluar la pertinencia de las solicitudes de habilitación o renovación de habilitación de servicios de salud y/o incorporación de equipos médicos, incorporación/ampliación de servicios de salud para su posterior habilitación, sustitución de equipamiento médico de mediano y alto porte presentados por los servicios de salud y/o particulares. Las solicitudes de incorporación de tecnologías se realizan on line. Cada prestador dispone del acceso necesario para completar y enviar su solicitud por esta vía lo que le da agilidad y facilidad al proceso evitando las demoras y complejidad en los procesos tradicionales.

Bibliografía

1. Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) (2014). Plan Estratégico RIEPS 2014-2020. Montevideo: ASSE.
2. Buse, K., Mays, N. y Walt, G. (2012). Making health policy (Understanding Public Health). [Segunda edición]. UK: Mc Graw Hill.
3. Decreto N° 211/018 de 9 de julio de 2018 (reglamentario ley N° 19.535). Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/>
4. Ley N° 19.535 de 25 de setiembre de 2017. Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal, Ejercicio 2016. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/>
5. Ley N° 19.666 de 22 de octubre de 2018. Aprobación de normas para la designación y funcionamiento de los centros o servicios de referencia en salud que garanticen la equidad en el acceso a la atención de calidad de patologías complejas. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/>
6. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2007). Salud en las Américas, volumen I, regional. Washington D.C.: OPS-OMS.
7. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2010). La Renovación de la Atención de Salud en las Américas n.º 4. Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington D.C. OPS-OMS.
8. Ministerio de Salud Pública (2012). Documento técnico Maternidades. En Ordenanza N° 693 del 23 de noviembre de 2012. Montevideo: MSP



7

Fortalecimiento de la regionalización de ASSE desde una perspectiva de redes integradas de servicios de salud

Autores:

Lic. Estela Harispe

Directora de Redes y Procesos Asistenciales de ASSE

Dr. Miguel Fernández Galeano

Adjunto a la presidencia del Directorio de ASSE

ASSE en el SNIS

En el año 2005 Uruguay inicio una transformación profunda del sector salud. El proceso de cambio se empezó a consolidar a partir de 2007 con la Ley 18.161 [Poder Legislativo, 2007] de creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado, y a partir del 2008 con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el marco de la Ley 18.211 [Poder Legislativo, 2007].

Luego de más de 10 años se constatan avances sustantivos en un nuevo modelo de financiación que asegura cobertura universal a toda la población del país, disminuyendo la segmentación socioeconómica en el acceso a la cobertura de salud. Se produce una notoria mejoría en la capacidad instalada y la calidad de los servicios en el sector público. Sin embargo, está aún pendiente la profundización del cambio en el modelo de atención y gestión para superar sus rasgos de fragmentación, respuesta reactiva a la enfermedad y centralidad de la atención curativa y hospitalaria.

El cambio requerido en el modelo de atención implica una construcción colectiva, cultural, social e ideológica, en el sentido de cómo entendemos el cuidado de la salud y el ejercicio profesional, tanto desde la perspectiva clínica como desde el abordaje de la gestión y el cumplimiento de las funciones inherentes del ejercicio de la rectoría.

En el momento actual este componente pendiente en el proceso de reforma condiciona fuertemente los objetivos esperados para el conjunto del SNIS, sometiéndolo a la tensión entre la lógica de mercado-mercancía y la lógica del derecho a la salud. Es un desafío salud-derecho versus salud-mercancía, que se expresa en aspectos como la concentración de presupuesto o distribución salarial en la tecnología de alto precio que está cuestionando la sostenibilidad del sistema.

Es necesario avanzar en las transiciones desde un esquema hospitalocéntrico insular a un modelo de cercanía, que incluya servicios en territorio y una dinámica de redes. El actual proceso de regionalización de ASSE se encuadra en esta tensión estratégica. La perspectiva de gestión regionalizada y de cercanía, incluye además una lógica de complementación entre instituciones, que permita superar la compraventa mercantilista como único modo de interactuar entre prestadores



Culminado la segunda década del siglo XXI, en el marco de un proceso sostenido de fortalecimiento de la respuesta pública, la presencia en todo el territorio nacional, con funcionamiento en redes integradas entre niveles de atención de diferente complejidad, y un compromiso fuerte con el ciudadano en la construcción del derecho a la salud, configuran a ASSE como un eje central en la construcción y en la propia sostenibilidad del SNIS.

Redes de salud con población y territorio a cargo

ASSE cuenta con una vasta y extendida red de servicios distribuidos en todo el territorio nacional para brindar cobertura a más de 1.371.267 usuarios [ASSE. Dir. Sistemas de Información, Mayo 2019]. Sus 826 unidades asistenciales de Primer Nivel de Atención están presentes en todas las localidades de más de 1.000 habitantes a una distancia no mayor a 60 minutos caminando. Los 28 hospitales de segundo nivel están distribuidos en todos los departamentos del país. Cuenta también con 11 Hospitales de tercer nivel presentes en las cuatro Regiones (Sur, Este, Norte y Oeste), 4 hospitales especializados (localizados en Montevideo), 21 Centros de Rehabilitación, 7 hogares residencia y un sistema de atención medicalizada de traslados de emergencia.

Lograr el cambio de modelo de atención y gestión en base a la organización y funcionamiento en red, de estos servicios, es un desafío permanente en el que se han dado pasos importantes.

El SNIS dispone en su ley constitutiva [18.211], Art. 34. *“El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención”.*

En el año 2010, el Directorio de ASSE crea a través de la Ley Presupuestal 18.719 Art.722, [Poder Legislativo, 2010] una Unidad Ejecutora de Primer Nivel de Atención en cada Departamento del país denominada Red de Atención Primaria (RAP). Se busca garantizar el desarrollo de un primer nivel con enfoque de APS cumpliendo sus funciones sustantivas; puerta de entrada, longitudinalidad y continuidad de la atención, enfoque familiar y comunitario, participación comunitaria y trabajo interinstitucional, entre otras. Estas RAPs tienen el cometido de organizar y dirigir todos los servicios de primer nivel del departamento con un enfoque de APS, asumiendo para ello, la gestión de recursos y rubros

[previamente a cargo de los Hospitales y Centros Auxiliares en la mayoría del país]¹. Este proceso, aun inconcluso, ha permitido a la institución acumular gran cantidad de experiencias y aprendizajes.

Las RAPs organizan sus servicios (Consultorios de Salud Familiar y Comunitaria, Policlínicos y Centro de Salud) con una lógica geográfica que favorece la accesibilidad de los usuarios a distintos recursos sanitarios. Los Centro de Salud actúan como cabecera sanitaria de un área, ofreciendo mayor concentración de recursos de atención y de gestión.

El concepto de “población y territorio a cargo”, es un modelo de organización que pone énfasis en la salud como un derecho de los individuos y las comunidades, y asigna a una unidad (de gestión y/o de atención) la responsabilidad de brindar los servicios que esta población necesita, tomando en cuenta sus necesidades y los recursos disponibles. No son responsables de atender solo al usuario que “llega” al servicio sino de toda la población que vive en ese territorio. De esta manera el Equipo de Salud debe buscar activamente a su población de responsabilidad y desarrollar actividades que van desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos cuando corresponda. La importancia de la “territorialidad” del modelo radica también en que permite conocer los factores demo epidemiológicos y los determinantes estructurales y sociales de la salud, empleo, educación, trabajo, ambiente, etc. Los Equipos de Salud pueden entonces, planificar sus acciones desde el conocimiento de estos determinantes y con la participación de los usuarios y comunidades, así como la de organizaciones e instituciones del territorio asignado. (Elis Borde, 2017) [Larissa Galas Justo, 2017]

Para su delimitación territorial y asignación de recursos, se toman en cuenta diversos aspectos: sociales, culturales, demográficos, epidemiológicos de accesibilidad y de recursos disponibles.

La esencia del cambio de modelo de atención está centrada sin duda en los Equipos de Salud. Es sustantivo avanzar en su constitución y en la adecuación de sus competencias. En este sentido ASSE está transitando un proceso de incorporación al Primer Nivel de

1 - Desde la década del 40 hubo diversos avances en la constitución del Primer Nivel de ASSE, con la creación de Centros de Salud en varios departamentos del país con un enfoque hacia la atención Materno Infantil. En Montevideo hubo un desarrollo mayor de servicios y es donde se crea la primer RAP en el año 2005 absorbiendo todos los dispositivos de primer nivel bajo una única estructura organizacional. (Benia, 2011)



Atención, de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Lic. y Auxiliares de Enfermería, Parteras, Lic. en Trabajo Social entre otros y se han realizado cursos de formación en APS para todo el personal de la salud. Continuar trabajando en esta dirección permitirá lograr un primer nivel resolutivo que sea la puerta de entrada al sistema y coordine efectivamente el tránsito de los usuarios a través de los servicios asegurando la continuidad asistencial.

Un camino de regionalización recorrido

En el marco de la Planificación Estratégica, ASSE comenzó en el 2010 un profundo proceso de reflexión, que le permitió a la institución definir su misión y visión, sus perspectivas de futuro y las estrategias para alcanzarlas en el nuevo contexto del SNIS.

El Directorio de ASSE aprobó en diciembre del 2012, el proyecto de Redes Integrada de Servicios de Salud de base Regional (RISS-R) para implementar el primer objetivo estratégico del plan:

“Planificar la red de servicios de salud de ASSE, basada en regiones de salud, que favorezca la accesibilidad y continuidad asistencial, alineada al cambio del modelo de atención y a la implementación del SNIS”. [ASSE, 2015]

Esta propuesta implicó el comienzo de un cambio en la organización de los servicios de la institución, impulsando en el marco de las políticas nacionales, la regionalización y la descentralización como forma de potenciar el desarrollo equitativo del país y la eficiencia en el uso de los recursos.

Por otra parte supuso una estrategia para operativizar el cambio de modelo de atención basado en los valores y principios de atención primaria y superar la fragmentación de la atención, tomando como base la propuesta de la OPS, que define una Red Integrada de Servicios de Salud como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.” [OPS, 2010]

El cambio propuesto, iba más allá de las estructuras administrativas y/o jerárquicas. Im-

plicaba un cambio cultural en los trabajadores y en los usuarios.

Para los trabajadores, implicaba ser parte de una red de servicios, en la que cada uno aporta su perspectiva y competencias para satisfacer las necesidades de los usuarios y de la red.

Para los usuarios, implicaba apropiarse activamente de su salud, analizar y transformar sus determinantes sociales/territoriales y participar en la construcción de los servicios necesarios desde un enfoque de derechos.

El proyecto estableció un diseño organizacional con 4 Regiones definidas como unidades organizativas asistenciales y administrativo- financieras, geográficamente delimitadas, que con base en la gestión de sus recursos debía hacerse cargo de la atención a la salud de una población definida.

Las regiones agruparon los servicios de primer nivel (que respetan los límites departamentales salvo excepciones) y de segundo y tercer nivel. La estructura organizacional pasó de estar basada en niveles de atención, con direcciones centralizadas en Montevideo, a una organización basada en regiones de salud con direcciones cercanas a su población y territorio

La dimensión y población cubierta por cada Región, permitía asegurar resolutivez, adecuadas curvas de aprendizaje en las prácticas asistenciales y un pool de riesgo suficiente para asegurar la sustentabilidad económico-financiera de cada región. Se consideró también que cuatro regiones ofrecían un adecuado número de ámbitos de control para la descentralización de la gestión. Cada Región se organizó funcionalmente en subregiones, consideradas como espacios privilegiados para la coordinación de sus servicios.

El proyecto estableció líneas de acción para el cumplimiento de los atributos del modelo de atención, organización y gestión, gobernanza y estrategia y asignación de recursos. Algunas de estas propuestas fueron:

- El fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde un enfoque familiar y comunitario.
- La articulación de los servicios para mejorar la resolutivez y continuidad de la atención, contemplando los recursos regionales existentes y potenciar la complementación en el SNIS.
- El desarrollo de una gobernanza regional colaborativa con participación de Unidades



Ejecutoras de todos los niveles de atención en igualdad de condiciones, como un ámbito privilegiado para el diseño negociado, del plan de salud regional, en base a las necesidades de los usuarios y de la red en su conjunto (equipo de gestión regional).

- La participación social organizada como aliados estratégicos de la construcción (consejos consultivos regionales).
- La descentralización administrativa de algunos procedimientos y recursos y del poder de decisión correspondiente.

La creación y desarrollo de redes de servicios regionales, fue definido como un proyecto de mediano y largo plazo. Propuso una transformación gradual, que, partiendo de la situación existente, construyera su viabilidad alcanzando el mayor consenso posible.

En la primera etapa, se apostó a fortalecer los componentes funcionales y definir un diseño de la organización, con una arquitectura jurídica y normativa, que permitiera dar pasos hacia la descentralización de la gestión administrativa y mejorar la resolutivez y eficiencia de los procesos asistenciales. Esta arquitectura se definiría según los requerimientos, objetivos y alcances en cada etapa del proceso. La gradualidad y el cambio por aproximaciones sucesivas permitirían enriquecer el proceso, e ir ajustando las formas organizativas con los aportes de sus protagonistas.

El funcionamiento regional tuvo desarrollos importantes en el fortalecimiento del primer nivel de atención logrando una acumulación de experiencias en todo el país que permiten a la institución posicionarse como líder del cambio de modelo de atención. También se han desarrollado e implantado sistemas de información asistencial que facilitan la articulación de los servicios y la continuidad de la atención y posibilitan contar con valiosa información para mejorar la gestión de los servicios regionales y nacionales. La gobernanza regional ha tenido desarrollos heterogéneos con experiencias que permiten pensar en modelos de trabajo a futuro. En cuanto a la distribución de recursos y descentralización si bien se han logrado algunos avances, son aspectos claves a seguir desarrollando en el próximo período.

Integrando nuevas perspectivas de regionalización

La asignación de población y territorio de responsabilidad se sustenta en el primer nivel de atención, pero vertebra todo el funcionamiento de la institución. La dimensión y exten-

sión organizacional de ASSE requiere un diseño que favorezcan la continuidad de la atención cuando los usuarios requieren prestaciones de diferentes efectores. Esta articulación se logra cuando se desarrollan los atributos de las redes integradas de servicios de salud. La definición de competencias y responsabilidades de cada efector de segundo y tercer nivel respecto a las unidades población/territorio de las RAPs, se vuelve sustantivo para satisfacer la necesidad de atención de la población con la mayor eficacia y eficiencia posible, evitando super posiciones y vacíos asistenciales y logrando una atención coordinada. En este sentido en el año 2018 el Directorio de ASSE firmó un convenio de colaboración con OPP, MVOTMA/DINOT, OPS/OMS. Se propuso entre sus objetivos: "Realizar un análisis crítico de la base territorial de las RISS-R de ASSE tomando en consideración los procesos de planificación y ordenamiento ambiental del territorio desarrollados por la Dirección Nacional de Ordenamiento Territorial (DINOT) y la actual oferta de servicios de ASSE."

Este convenio permitió comenzar un proceso de diálogo entre el Sistema Urbano Nacional (SUN) (MVOTMA, UDELAR, 2015) y el proceso de regionalización de ASSE comprobando la potencialidad de dicho Sistema para la planificación de servicios.

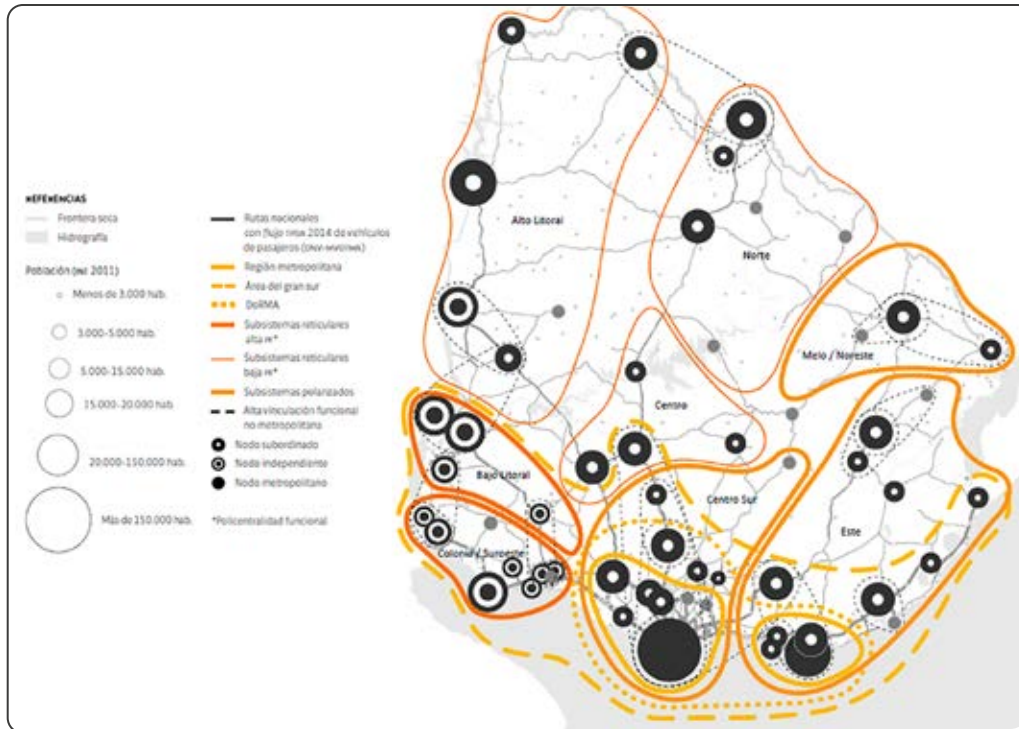
El SUN, definido en el 2015 a partir de una investigación ITU²-DINOT estudió los vínculos entre los principales centros urbanos del país, a partir de la movilidad de las personas y definió la existencia de ocho sistemas, a partir de tres variables: los centros poblados, los flujos (movilidad de las personas) y el área asociada a relaciones de influencia.

El SUN mostró una estructura jerárquica altamente polarizada en torno al área metropolitana de Montevideo, en primer término, y a lo largo de la costa sur, en segundo orden. Los niveles de vinculación entre los nodos, fuera de las regiones metropolitanas son, por el contrario, medios y bajos. La conectividad más intensa y con mayores niveles de asociación se da al sur del Río Negro -a lo largo de la costa-, mientras que al norte los valores generales de flujo son significativamente menores y se evidencian mayores vacíos conectivos. [Mapa 1 SUN]

2 - ITU, Instituto de teoría y urbanismo, facultad de arquitectura diseño y urbanismo, UdelAR.



Mapa 1. Sistema Urbano Nacional (SUN)



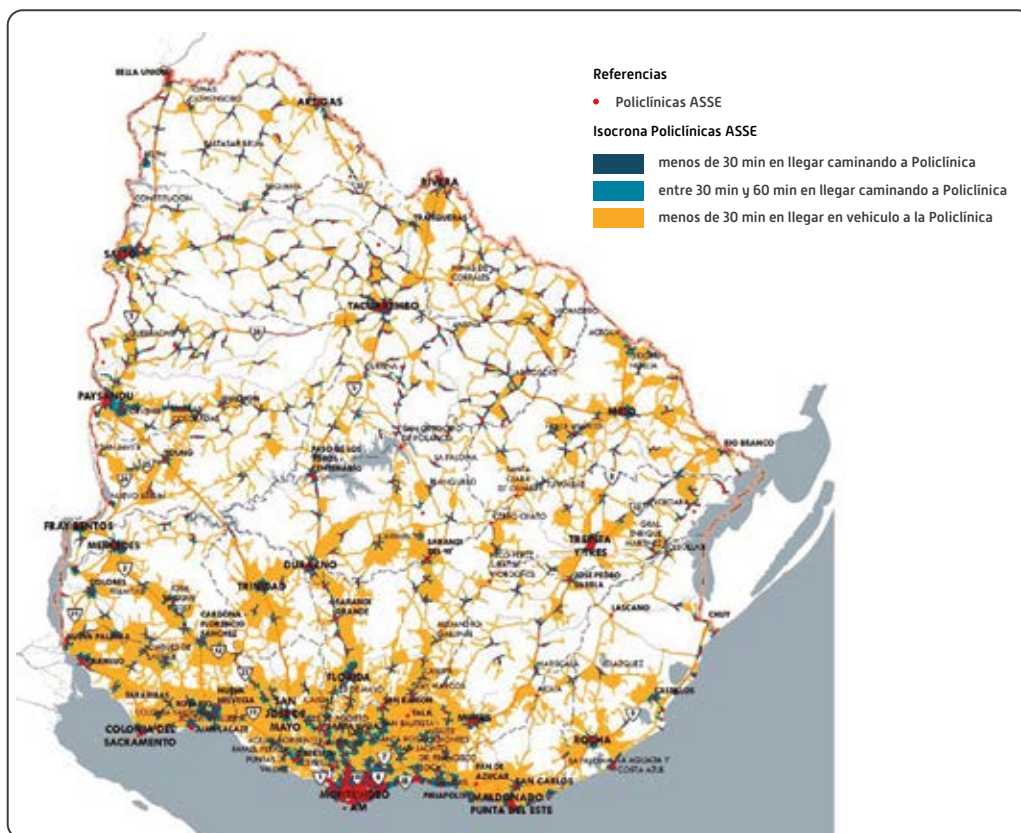
Conocer la dinámica poblacional en cada territorio aportó un valor importante en la definición de las áreas geográficas que deben complementar sus servicios de salud para asegurar ciertos niveles de resolutivez deseables, permitiéndole a ASSE repensar la base territorial de sus regiones y subregiones.

El trabajo consideró la definición institucional de las regiones de ASSE y la cobertura de los diferentes niveles de atención, particularmente el tercer nivel (CTI) y dentro de éste la presencia de centros públicos y privados. Esto fue puesto en diálogo con los subsistemas urbanos (ITU- DINOT) como ámbitos subnacionales que referían a aspectos funcionales del territorio, definidos por la movilidad y estructura circulatoria, por fuera de los límites políticos-administrativos.

Luego se estudió la cobertura de atención basado en tiempos de acceso a los servicios,

estableciendo mapas de isócronas³. Esto permitió la lectura del territorio cubierto por los diversos niveles de atención de ASSE y del subsistema privado (complementaciones potenciales), simulando todas las rutas posibles por las que puede ir un usuario en el tiempo transcurrido hasta llegar a un servicio. Para ello se consideraron los centros asistenciales como el punto de llegada, distintos medios de traslado (vehículo o caminando), y los valores límite de los tiempos de asistencia necesarios en minutos. (Mapas 2 Isócronas)

Mapa 2. Territorio cubierto por el PRIMER NIVEL DE ASSE en 30 y 60 minutos caminando 30 minutos en auto

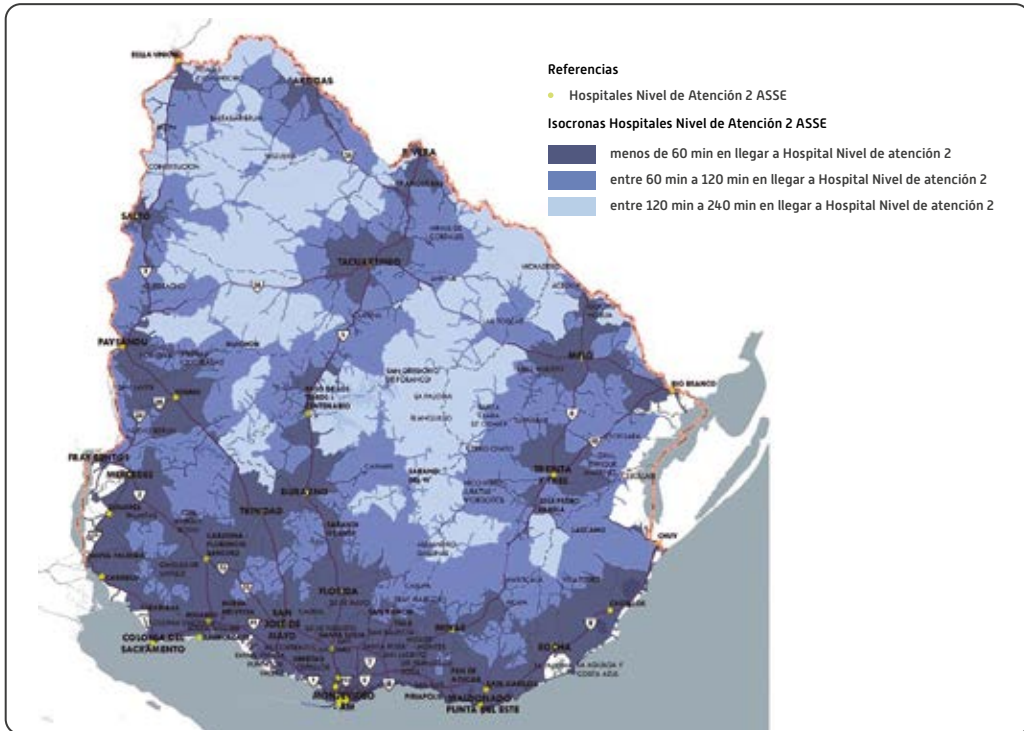


A partir del trabajo con los mapas isócronos fue posible valorar y redefinir el rol de las subregiones, reafirmando su mayor riqueza y potencialidad para trabajar de forma integrada los procesos asistenciales, propiciando articulaciones entre niveles de atención y acceso a equipamiento y recursos humanos y potenciales complementaciones dentro del SNIS.

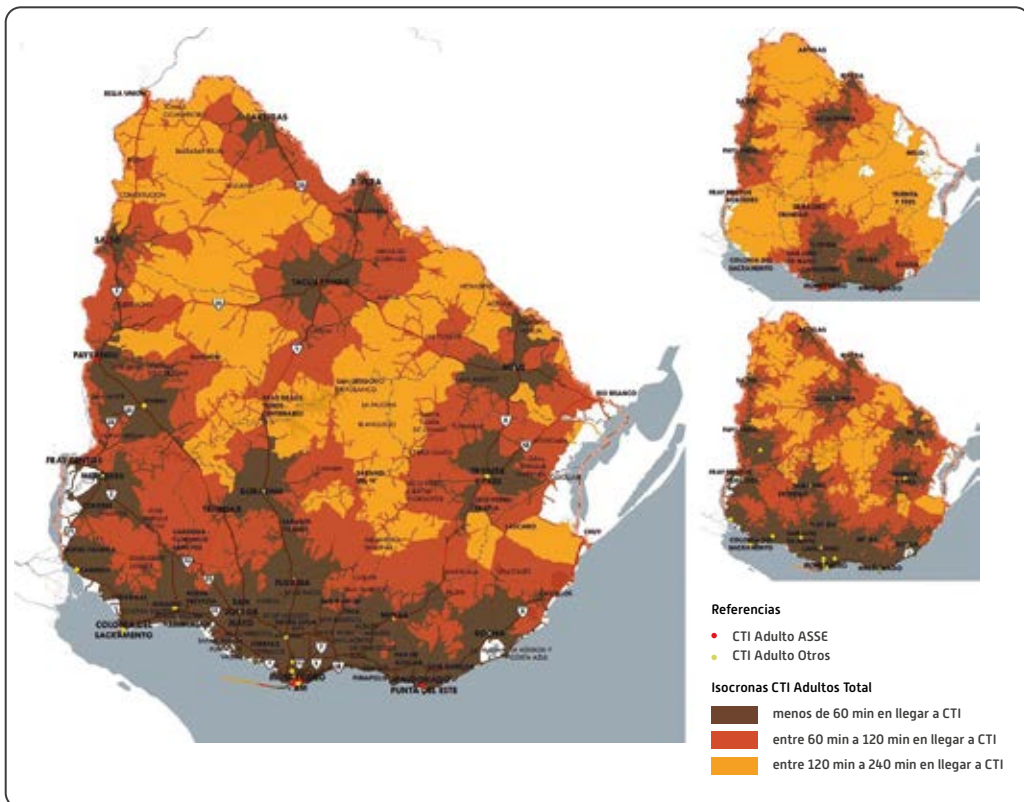
3 - Isócrona refiere a aquello que se produce o se hace con un ritmo constante, con intervalos o períodos de igual duración, o en tiempos de igual duración a los de otra cosa. Para el análisis espacial esta construcción permite definir “una línea dibujada en entorno a los puntos de conexión en que algo ocurre o llega a la misma hora”.



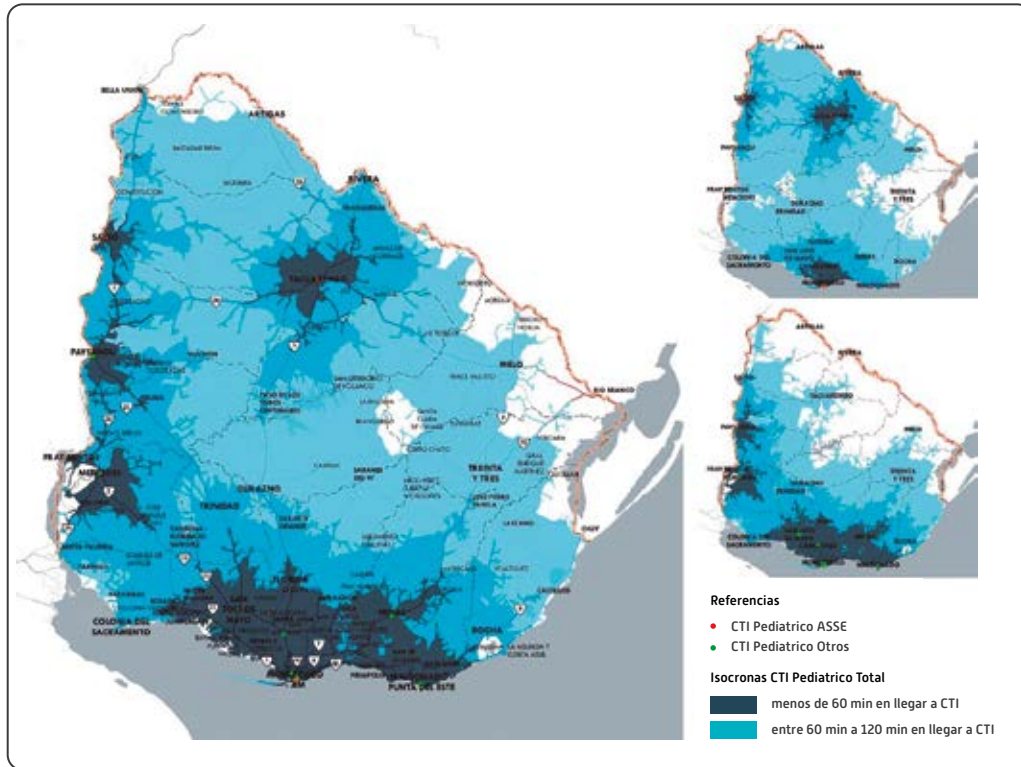
Mapa 2a. Territorio cubierto por el SEGUNDO NIVEL DE ASSE en 60, 120 y 240 minutos en auto



Mapa 2b. Territorio cubierto por TERCER NIVEL ADULTOS de ASSE y OTROS PRESTADORES en 60, 120 y 240 minutos en auto



Mapa 2c. Territorio cubierto por TERCER NIVEL PEDIATRICO de ASSE y OTROS PRESTADORES en 60, 120 y 240 minutos en auto

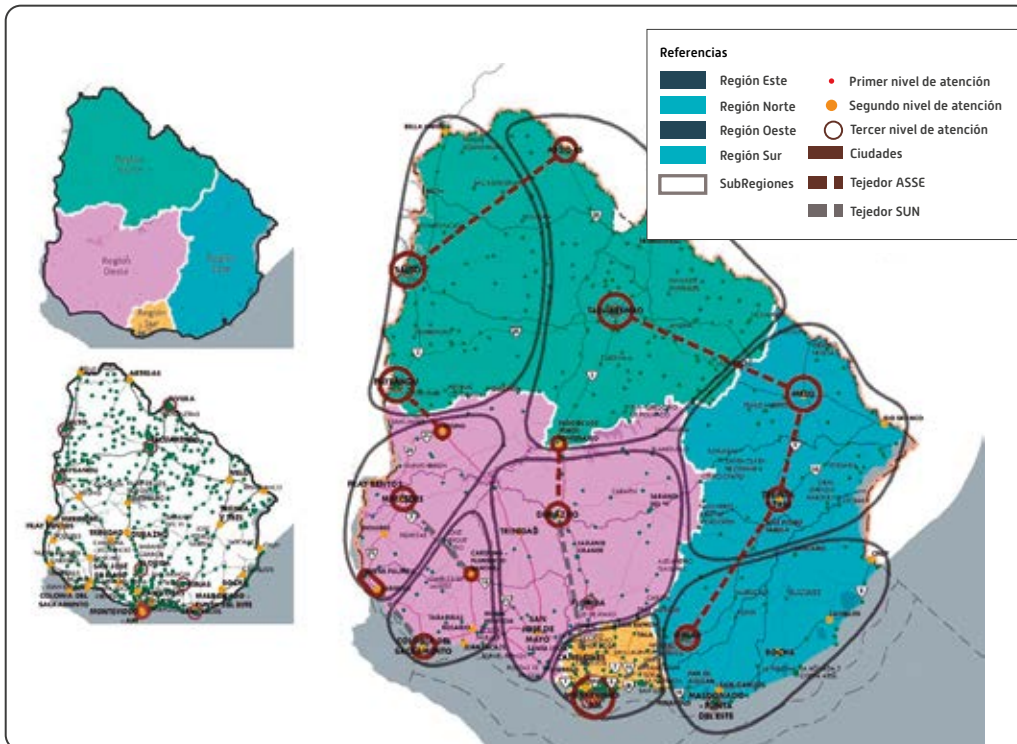


La conceptualización de la subregión como ámbito flexible y adaptativo y las lecturas funcionales del territorio surgidas del estudio SUN, dieron lugar a la relectura de las regiones a escala nacional.

Se propuso, por tanto, un ajuste a las Regiones y subregiones de ASSE. (DINOT, Mayo, 2019). [Mapa 3 Regionalización nueva]



Mapa 3. Propuesta de Regionalización de ASSE con Regiones y Subregiones



La modificación de su anterior delimitación implica desandar (para el ámbito subregional), una estructura de matriz “departamental”, a una nueva definición que responda a la conformación de los corredores viales y el sistema de ciudades. Sobre esta delimitación se están construyendo los Procesos Asistenciales Integrados, Mapas de Coordinación y Corredores Asistenciales.

Los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) son una herramienta de gestión con un enfoque centrado en el usuario. Establecen, qué, cuándo, quién, cómo y dónde, deben realizarse las actividades y brindarse las prestaciones para resolver oportunamente una condición de salud, buscando garantizar la calidad y continuidad asistencial. Una de las claves del éxito en su formulación, radica en que contemplen las necesidades y expectativas de los usuarios, e integren a gestores y técnicos de distintas disciplinas y niveles de atención. Deben explicitar criterios y mecanismos para la coordinación de los usuarios de un nivel a otro, incluyendo criterios de priorización. Si bien no son guías de práctica clínica, ni protocolos clínicos, se basan en los mismos para su diseño.

ASSE ha comenzado en el 2019 la definición de PAI para cuatro condiciones de salud, embarazo, niñez de 0 a 1 año, hipertensión, ansiedad y depresión. Se definirán en las regiones y subregiones, los **mapas de coordinación** de cada proceso, entendiendo por tal, el circuito que debe recorrer el usuario para resolver su condición de salud. Este complejo proceso, requiere acordar entre las distintas unidades asistenciales, quién brindará la prestación necesaria en cada etapa evolutiva de la condición de salud y cuál es el mecanismo de coordinación que se utilizará. Cuando una condición de salud requiere servicios de mayor complejidad tecnológica y/o rápida resolución, por criterios de priorización clínicos temporales, se establecerán los **“corredores asistenciales”**, que deben incluir la definición de la ruta geográfica y el medio de traslado, cuando corresponda, así como los tiempos de respuestas de los servicios involucrados.

En suma, la complejidad actual de la organización sanitaria requiere comprender e interactuar con múltiples factores que se interrelacionan dinámicamente. La incorporación de nuevas conceptualización y herramientas metodológicas de análisis sobre las dinámicas territoriales, sumadas a herramientas de gestión clínicas centradas en las necesidades de los usuarios, que utilizan la mejor evidencia científica disponible, ofrecen una perspectiva auspiciosa para avanzar en un modelo de atención y de gestión sostenible con adecuados resultados sanitarios y mayor satisfacción para los usuarios y para los trabajadores de la salud.

Desafíos

El cambio de modelo de atención tiene como principal desafío la transformación cultural. La concepción de la salud como un derecho, con individuos familias y comunidades que participan activamente en la búsqueda transformadora de su propia salud y del contexto que la determina, impone la deconstrucción de prácticas cotidianas de los ciudadanos, de los usuarios y del personal sanitario.

ASSE ha decidido integrar a su modelo organizacional burocrático y jerárquico, algunas características de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Ha determinado una gestión centrada en el usuario, participativa, que habilita los desarrollos locales de acuerdo a realidades cambiantes, y se sustenta en la interacción colaborativa y transformadora de los componentes de la red. Esta nueva forma de organización no está exenta de desafíos y tensiones en tanto interpela viejas prácticas de atención y de gestión, concentradoras de poder.



Un aspecto sustantivo del cambio es la gobernanza de la red. Esta construcción compleja requiere liderazgos colectivos. Para ello es necesario desarrollar competencias en todos los niveles de la institución. En la conducción político-estratégica, los equipos de gestión, los equipos de salud y los usuarios. Este liderazgo se basa en reconocer el aporte del “otro” para el cumplimiento de los objetivos comunes y se nutre de las competencias y “saberes” singulares de cada actor de la red. Esta práctica poco habitual en nuestra sociedad requerirá enérgicos estímulos que interpelen la forma de relacionamiento e interacción y construyan nuevos tejidos vinculares.

Otro aspecto a profundizar es la definición de competencias y responsabilidades de los efectores y profesionales de la red. Deben ser acordes a las necesidades de la población a la que asiste y a la red vista como un conjunto y centrarse en solucionar los problemas de salud en el lugar más adecuado. Esto facilita el trabajo colaborativo y asegura la sustentabilidad del sistema.

La asignación de recursos debe estar en consonancia con estas definiciones. En este sentido, el Primer Nivel de Atención aún no cuenta con los recursos necesarios para desplegar toda su potencialidad y se han mantenido las asimetrías de presupuesto de las Regiones del interior del país con relación a la Región Sur, que concentra los principales centros de referencia nacional y especialistas. Pensar en un desarrollo equitativo de los servicios y en un modelo que favorezca la eficiencia, requiere un cambio en la forma actual de asignación presupuestal. Esto tiene como principal dificultad la necesaria transferencia de recursos de una Región a otra (que podría determinar dificultades en los servicios) o el aumento de recursos asignados a ASSE (que no parece viable en el actual marco de restricción presupuestal). Por tal motivo sería necesario ensayar escenarios gradualistas que logren los objetivos propuestos.

Los equipos de salud son claves para el cambio. Es necesaria la integración de diferentes profesiones que aporten una mirada integral de la salud, abandonando el modelo médico hegemónico que prevalece aún en el SNIS. La ampliación de competencias de los profesionales no médicos puede aportar mayor accesibilidad y resolutivez al sistema combinado con el uso de tecnologías que posibilitan consultas y diagnósticos a distancia y el intercambio de conocimiento de los equipos de salud en puntos distantes.

Un elemento central para el funcionamiento de los equipos de salud es evitar los estímulo-

los económicos dirigidos a la acción y/o al logro individual. Debemos comenzar a desarrollar estímulos y reconocimientos a los logros colectivos y en sintonía con los objetivos de la red.

Por último, ASSE es un prestador fundamental en el SNIS presente en todo el territorio nacional y debe coordinar la Red de Efectores Públicos de Salud fortaleciendo sus potencialidades y posibilitando desde allí la complementación con los otros prestadores del SNIS para asegurar la sostenibilidad del sistema.



Bibliografía

1. ASSE. (2015). *Hacia una nueva dinámica institucional. 2010-2014*. Montevideo: IMPO.
2. ASSE. (marzo de 2017). *Plan de Acción 2017-2018*. Recuperado el 10 de septiembre de 2017, de <http://www.asse.com.uy>: <http://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-presento-Plan-de-Accion-2017-2018-9696>
3. ASSE. Dir. Sistemas de Información. (Mayo 2019). *Informe descriptivo*. Boletín estadístico mensual de usuarios.
4. Benia, W. Medina G. (2011). *Construcción de una red continente. APS y Primer Nivel en el Cambio de Modelo de Atención en Montevideo. Uruguay, 2005-2009*. En E. Lewcovitz, G. Antoniol, & D. & S. Sánchez, *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. (págs. 99-131). Montevideo: OPS.
5. DINOT. (Mayo, 2019). *Fortalecimiento del Proceso de Regionalización de ASSE. Informe de avance*. Montevideo.
6. Elis Borde, M. T.-T. (2017). *El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública*. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000600264&script=sci_abstract&lng=es
7. Junta de Andalucía. Consejería en Salud. (2009). *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales*. Obtenido de <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/guia-diseno-pai-segunda-ed.html>
8. Larissa Galas Justo, A. K.-S. (2017). *La territorialización en la Atención Básica: un informe de experiencia en la formación médica*. Obtenido de DOI: 10.1590/1807-57622016.0512: http://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/es_1807-5762-icse-21-s1-1345.pdf
9. MVOTMA, UDELAR. (2015). *Sistema urbano nacional del Uruguay*. Obtenido de http://www.otu.opp.gub.uy/sites/default/files/docsBiblioteca/Sistema%20urbano%20nacional_UY.pdf
10. OPS. (2005). *Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015 Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas*. Toronto: OPS.
11. OPS. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington.
12. OPS/OMS. (2008). *Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N°1. Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Pag. . Washington D.C.: Washington D.C.: OPS.
13. Poder Legislativo. (2007). *Ley 18.161 Creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado*. Obtenido de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18161-2007/5>
14. Poder Legislativo. (13 de diciembre de 2007). *Ley 18211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado el 19 de 02 de 2018, de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
15. Poder Legislativo. (2010). *Ley N° 18.719. Presupuesto nacional de sueldos gastos e inversiones. Ejercicio 2010-2014*. Obtenido de IMPO: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18719-2010>





SECCIÓN 4

AVANCES Y DESAFÍOS EN EL MODELO DE GESTIÓN



8

Sistema de agenda de consulta externa.

Autores:

Lic. Inés Reyes

Integrante del Área Economía de la Salud, MSP

Capítulo elaborado con la colaboración de:

Soc. Alejandra Toledo

Integrante del Área Economía de la Salud, MSP.

Ec. Ida Oreggioni

Directora Área Economía de la Salud, MSP.

Antecedentes

A partir de la reforma del Sistema de Salud se fueron elaborando diferentes instrumentos para mejorar la accesibilidad de los usuarios al Sistema y promover cambios en los modelos de atención y de gestión.

En dicho contexto surgió el Decreto del Poder Ejecutivo N° 359/007 de tiempos de espera, donde se establecieron tiempos máximos aceptables para otorgar cita en consulta externa en las distintas especialidades médicas¹. A raíz del mismo, y de la necesidad de fiscalizar los tiempos de espera informados por las instituciones al SINADI Asistencial (Sistema Nacional de Información), se desarrollaron durante el período 2008-2011 una serie de relevamientos y auditorías desde diferentes áreas del MSP (Fiscalización, Economía de la Salud, etc.), con el objetivo de evaluar la gestión de consultas externas, el proceso de asignación de citas y la medición de los tiempos de espera.

En esa oportunidad se realizó un diagnóstico de situación, identificando diversidad de situaciones en cuanto a los sistemas de agenda utilizados (agendas abiertas con apertura de duración variable vs. agendas cerradas con apertura en días específicos en el mes), formas de adjudicación de citas, variables registradas, grados de ausentismo en la consulta, modalidades de policlínica o de nuevos cupos para dar respuesta a la demanda insatisfecha (policlínicas supernumerarias, policlínicas de atención inmediata, sistema de “cupos sobrantes”), etc.

Las principales conclusiones obtenidas de dicho proceso fueron:

- Las instituciones relevadas no contaban con los registros ni los procedimientos necesarios para medir (con transparencia y en forma estandarizada), monitorear e informar los tiempos de espera para consulta externa.
- La mayoría de los sistemas de agenda de consulta externa relevados mostraban disponibilidad de lugares libres (al menos uno) para el acceso al primer especialista disponible dentro de una especialidad médica, en los plazos previstos por la normativa. Sin em-

1 - El Decreto del Poder Ejecutivo N° 359/007 establece en su artículo 3° que los prestadores integrales de salud deben otorgar cita para consulta, desde el momento de la solicitud, en los siguientes plazos como máximo: Medicina General, Pediatría y Ginecoobstetricia (1 día); Cirugía General (2 días); otras especialidades médicas y quirúrgicas (30 días). Estos plazos máximos deben ser cumplidos por el prestador con al menos uno de los especialistas disponibles dentro de cada especialidad.



bargo, disponer de un único lugar libre no implicaba la capacidad de satisfacer la demanda real de cada especialidad (no significa que se pueda satisfacer la totalidad de solicitudes de los usuarios para la especialidad).

- Para que el MSP pudiera realizar un correcto seguimiento de los tiempos de espera para consulta externa, se consideró necesario establecer algunos requerimientos mínimos a los prestadores integrales: registro de la fecha en que el usuario contacta al sistema de citas de la institución para solicitar la consulta, registro de la fecha en que el usuario accede a la cita, informes de monitoreo de tiempos de espera.

Ordenanza N° 603 de agenda de consulta externa

A partir de las conclusiones mencionadas anteriormente y dada la variabilidad observada en los sistemas de agenda utilizados por las distintas instituciones, surgió entonces la necesidad de establecer un marco normativo que posibilitara una gestión de agenda de consulta externa homogénea para todas las instituciones prestadoras integrales del SNIS, de modo de garantizar a los usuarios la accesibilidad funcional a la consulta médica. A dichos efectos, se conformó un grupo de trabajo multidisciplinario compuesto por diferentes Divisiones del MSP, que durante los años 2011-2012 trabajó en una primera propuesta de Sistema de Agenda de Consulta Externa, fundamentada en la necesidad de lograr un sistema que mejorara aspectos vinculados a la accesibilidad organizativa a la consulta externa (el acceso a la consulta en tiempo adecuado aumentaría la satisfacción del usuario con la institución prestadora), y en que una mejora del sistema de agenda y su adecuada planificación contribuiría a la disminución de los usuarios en espera de otorgamiento de cita y permitiría la medición de los tiempos de espera y de la demanda insatisfecha reales. Luego de la presentación de esta primera propuesta a los prestadores integrales y de la recepción de observaciones y sugerencias realizadas por los mismos, se retomó la discusión y el trabajo interno y se redactó la versión final de resolución ministerial, Ordenanza N° 603 de octubre de 2012, que incluía los siguientes elementos:

- La agenda se abriría de forma gradual: en una primera etapa por tres meses y para las siguientes especialidades como mínimo: medicina general, pediatría, cirugía general y ginecología.
- La puesta en marcha del nuevo sistema, que tenía como plazo el 1° de marzo de 2013, implicaba la implementación de un sistema informático en el que se debían registrar una

serie de variables estandarizadas respecto al usuario, al médico y al proceso de otorgamiento de la cita.

- Se creaba la Comisión de Seguimiento de Agenda de Consulta Externa, integrada por representantes del MSP, de los prestadores integrales (IAMC y ASSE) y de los trabajadores y usuarios de la salud. La misma tenía como cometidos revisar y analizar el funcionamiento del sistema de agenda, proponer recomendaciones y brindar asesoramiento en cuanto a posteriores modificaciones.
- Se establecían plazos para ir incorporando las diferentes especialidades, hasta que al final del año 2013 las agendas de todas las especialidades médicas funcionarían bajo el nuevo sistema.
- Se habilitaba la utilización de mecanismos de penalización contra el ausentismo de los usuarios a las consultas: penalización con suspensión por el plazo de un mes en el uso de los medios no presenciales de reservas de citas y cobro de la tasa moderadora de la consulta, en los casos en que éste estuviera habilitado. Se sugería además la implementación de un sistema de recordatorio de las citas programadas, de modo de contribuir a disminuir los niveles de ausentismo.
- Se definía la medición del tiempo de espera para el primer especialista disponible, tomando en cuenta la fecha de solicitud de la cita y la fecha de la cita médica otorgada, exceptuando aquellos casos en que existieran circunstancias especiales (definidas en la normativa) por las cuales no coincidiera la fecha de la cita otorgada con el primer hueco disponible en la agenda de la especialidad médica solicitada.
- Se establecían como vías obligatorias para la asignación de citas, la vía presencial y telefónica, autorizándose además mecanismos adicionales optativos, como ser la vía informática.
- Se establecía que en los casos en que el médico titular fuera sustituido por un suplente, las instituciones debían comunicarse con el usuario para informarle dicha situación y en caso de que el usuario planteara su no concurrencia, no se lo penalizaría por ausentismo y se debería reagendar la cita en el menor plazo posible.



En octubre de 2016, como producto del trabajo de la Comisión de Seguimiento, surge la nueva Ordenanza de Agenda de Consulta Externa, Ordenanza N° 830 que modificó parcialmente la original, incorporando como principales cambios la modificación del plazo mínimo de apertura de la agenda, pasando a ser de 45 días (manteniéndose la actualización diaria), la obligatoriedad de la aplicación del Sistema de Agenda de Consulta Externa para todas las especialidades médicas que brinden los prestadores a sus usuarios y la reafirmación del sistema de aviso obligatorio al usuario cuando el médico titular sea sustituido por un médico suplente.

Relevamiento de información

Desde julio del año 2013 se comenzó con la medición de los tiempos de espera para Consulta Externa a partir de la información recogida en el nuevo sistema de agenda. Desde ese momento se ha recibido información de tiempos de espera y características generales del sistema de agenda en forma periódica (trimestralmente en un comienzo y semestralmente en la actualidad), se ha procesado y analizado la misma confeccionándose los informes correspondientes, y se han realizado devoluciones a las instituciones prestadoras de salud.

Las principales variables relevadas en dichas solicitudes de información son:

- N° total de citas solicitadas en policlínica para la especialidad.
- N° de citas solicitadas en policlínica consideradas para el cálculo del promedio de tiempo de espera para el primer especialista disponible.
- N° de citas solicitadas en policlínica excluidas del cálculo del promedio de tiempo de espera para el primer especialista disponible (con circunstancias especiales por las cuales no coincida la fecha de la cita otorgada con el primer hueco disponible en la agenda de la especialidad médica solicitada).
- Promedio de tiempo de espera para el primer especialista disponible.
- Tiempo mínimo y máximo de espera para el primer especialista disponible.
- Datos de tiempos de espera para médico de referencia y otro médico de elección.
- Porcentaje de ausentismo para la especialidad.

Estos datos fueron solicitados originalmente para las 4 especialidades básicas: Medicina General, Pediatría, Cirugía General y Ginecología. Luego se agregaron un grupo de

especialidades consideradas críticas en lo que a tiempo de espera refiere: Oftalmología, Traumatología, Psiquiatría y Cardiología. Posteriormente se incluyeron las especialidades de Medicina Familiar y Geriátrica, y finalmente la especialidad de Oncología, constituyéndose las 11 especialidades de las que actualmente se reportan datos por parte de las instituciones.

Además de estas variables, otra información relevada a lo largo del proceso y publicada en la web del MSP (“A tu servicio”), son datos vinculados a características generales del sistema de asignación de citas que utiliza cada institución: vías de asignación de citas; realización de recordatorio de citas; existencia de caída de la reserva de citas en determinado plazo; existencia de mecanismos de penalización para el usuario en caso de falta sin aviso. A partir de la información recibida se calculan una serie de indicadores, entre los que se destacan: promedio de tiempos de espera para el primer especialista disponible, porcentaje de citas con tiempos de espera para el primer especialista disponible por fuera de la normativa, porcentaje de ausentismo.

En términos generales se ha visto una mejora de la calidad de la información recibida a lo largo del proceso, más allá de lo cual se siguen observando datos muy heterogéneos en casi la totalidad de los indicadores, lo que alerta de la necesidad de seguir monitorizando el proceso de definición de las variables y recolección de los datos.

Principales resultados 2013 - 2018

El siguiente cuadro muestra la distribución de los **tiempos de espera promedio** para el primer especialista disponible, por especialidad y por tipo de institución para el 1er. semestre del año 2018 (último dato procesado).



Cuadro 1. Tiempo de espera promedio (en días) según especialidad y tipo de institución.

1er. semestre de 2018.

| ESPECIALIDAD | IAMCs MONTEVIDEO | | | IAMCs INTERIOR | | | SEGUROS PRIVADOS | | |
|-----------------|------------------|---------|----|----------------|---------|----|------------------|---------|---|
| | Media | Mediana | n | Media | Mediana | n | Media | Mediana | n |
| Med. Gral. | 0,2 | 0,1 | 11 | 0,8 | 0,4 | 24 | 0,2 | 0,1 | 6 |
| Pediatría | 0,4 | 0,3 | 11 | 1,3 | 0,7 | 24 | 0,2 | 0,2 | 6 |
| Med. Fliar. | 0,9 | 0,7 | 6 | 3,0 | - | 2 | 0,0 | - | 1 |
| Geriatría | 6,9 | 1,9 | 10 | 6,5 | 5,6 | 12 | 1,8 | 1,4 | 5 |
| Cirugía Gral. | 1,2 | 0,8 | 11 | 1,9 | 1,7 | 24 | 0,8 | 0,5 | 6 |
| Ginecotocología | 0,7 | 0,3 | 11 | 2,4 | 1,5 | 24 | 0,6 | 0,3 | 6 |
| Oftalmología | 5,9 | 6,6 | 11 | 9,8 | 6,6 | 24 | 4,1 | 0,7 | 6 |
| Traumatología | 3,7 | 2,6 | 11 | 4,6 | 3,7 | 24 | 1,1 | 0,6 | 6 |
| Psiquiatría | 1,7 | 0,5 | 11 | 5,4 | 4,3 | 24 | 1,5 | 0,5 | 6 |
| Cardiología | 3,5 | 1,1 | 11 | 4,7 | 3,7 | 24 | 1,1 | 0,5 | 6 |
| Oncología | 4,1 | 2,0 | 11 | 6,7 | 5,7 | 24 | 1,6 | 1,3 | 6 |

Fuente: Informe Sistema de Agenda de Consulta Externa – Análisis del Sistema de información, Tiempos de espera y Ausentismo. Diciembre 2018. Economía de la Salud-JUNASA-MSP.

* La columna n refiere al número de instituciones consideradas para el cálculo en cada especialidad.

En cuanto al comportamiento del promedio de tiempo de espera de las IAMC para el periodo 2013-2018, un primer grupo de Especialidades (Medicina General, Cirugía General, Psiquiatría, Ginecotocología, Medicina Familiar y Oncología) muestran a lo largo de la serie un promedio más bajo para las IAMC de Montevideo respecto de las IAMC del interior. La evolución a lo largo del período considerado muestra en el caso de Medicina General, Cirugía General y Psiquiatría, en ambos grupos de IAMC, un descenso semejante en el promedio de tiempos de espera.

En el caso de Ginecotocología el descenso es un poco más pronunciado en las IAMC del interior; en cambio en Medicina Familiar el descenso es un poco más pronunciado en las IAMC de Montevideo. Para Oncología sólo se dispone de información para los últimos cuatro semestres, y se observa un descenso leve en las IAMC de Montevideo y una tendencia estable en las IAMC del interior.

Un segundo grupo de especialidades (Pediatría, Oftalmología, Traumatología y Cardiología) muestra un comportamiento y evolución similar en el periodo considerado, el cual se destaca por promedios de tiempos de espera más altos en las IAMC de Montevideo al inicio del periodo, los cuales descienden sostenidamente para ubicarse por debajo de los promedios de las IAMC del interior al final de la serie, dada una tendencia estable en el promedio de tiempos de espera de éstas últimas.

Con relación a los Seguros Privados, la mayor parte de las especialidades (Medicina General, Pediatría, Geriátrica, Ginecología, Traumatología y Psiquiatría) muestran un descenso en el promedio de tiempos de espera, con excepción de Oftalmología y Cardiología que aumentan. En cuanto a Oncología sólo se dispone de información para los últimos cuatro semestres, observándose una tendencia leve de descenso del promedio de tiempos de espera. En el caso de Medicina Familiar, se cuenta con información de un solo Seguro Privado.

Respecto al **porcentaje de ausentismo** de los usuarios a la consulta, debe tenerse en cuenta que los mecanismos de registro y medición del ausentismo son diferentes entre las instituciones, lo que puede llevar a diferencias en los resultados. Algunas instituciones lo miden a partir del sistema informático de reserva de citas, identificando las órdenes para consulta que fueron reservadas, pero no fueron posteriormente emitidas o asignadas, en relación al total de órdenes reservadas. En este caso el ausentismo puede estar subvalorado, porque hay casos de usuarios que, habiendo retirado la orden, luego no asisten a la consulta. Por otra parte, hay instituciones que realizan una medición más ajustada a partir del control de asistencia post-consulta, donde se identifica cuales usuarios citados a consulta realmente asistieron. En la Cuadro 2, se muestra el porcentaje de ausentismo de los usuarios por especialidad y por tipo de institución, para el semestre enero-junio 2018.



Cuadro 2. Porcentaje de ausentismo según especialidad y tipo de institución (media y mediana).

1º semestre de 2018.

| ESPECIALIDAD | IAMCs MONTEVIDEO | | | IAMCs INTERIOR | | | SEGUROS PRIVADOS | | |
|-----------------|------------------|---------|----|----------------|---------|----|------------------|---------|---|
| | Media | Mediana | n | Media | Mediana | n | Media | Mediana | n |
| Med. Gral. | 12,4 | 13,4 | 11 | 8,6 | 8,1 | 18 | 5,8 | 5,3 | 6 |
| Pediatría | 16,7 | 17,6 | 11 | 12,8 | 12,6 | 18 | 4,5 | 3,1 | 6 |
| Med. Fliar. | 16,9 | 16,7 | 6 | 5,4 | 5,4 | 2 | 0,0 | 0,0 | 1 |
| Geriatría | 14,0 | 13,8 | 10 | 13,5 | 9,6 | 9 | 6,3 | 4,6 | 5 |
| Cirugía Gral. | 11,9 | 10,7 | 11 | 10,0 | 8,1 | 18 | 4,4 | 2,6 | 6 |
| Ginecotocología | 18,4 | 18,7 | 11 | 12,8 | 10,7 | 18 | 6,9 | 7,0 | 6 |
| Oftalmología | 19,3 | 20,1 | 11 | 13,1 | 11,2 | 18 | 6,9 | 5,7 | 6 |
| Traumatología | 18,5 | 18,9 | 11 | 9,2 | 8,7 | 18 | 5,9 | 5,7 | 6 |
| Psiquiatría | 20,9 | 22,4 | 11 | 14,9 | 13,9 | 18 | 7,4 | 8,8 | 6 |
| Cardiología | 15,7 | 15,5 | 11 | 8,1 | 7,2 | 18 | 4,3 | 4,0 | 6 |
| Oncología | 9,9 | 9,1 | 11 | 4,6 | 4,1 | 17 | 2,2 | 1,0 | 6 |

Fuente: Informe Sistema de Agenda de Consulta Externa – Análisis del Sistema de información, Tiempos de espera y Ausentismo. Diciembre 2018. Economía de la Salud-JUNASA-MSP.

*La columna n refiere al número de instituciones consideradas para el cálculo en cada especialidad. En el interior del país hay instituciones que no informan datos de ausentismo, siendo esta una variable no obligatoria de informar a la fecha.

Del análisis de la evolución de este indicador durante el período enero 2015 – junio 2018 se puede observar en primer lugar que en todas las especialidades las IAMC de Montevideo presentan mayor porcentaje de ausentismo que las del interior del país. A su vez las IAMC de Montevideo muestran una tendencia descendente o constante del porcentaje de ausentismo en la mayor parte de las especialidades [8], mientras que en Medicina Familiar, Geriatría y Psiquiatría se observa una tendencia ascendente. En las IAMC del interior

la situación es similar, con ocho especialidades que muestran tendencia descendente o constante del porcentaje de ausentismo, y tres especialidades (Cirugía General, Geriátrica y Oftalmología) donde se observa una tendencia ascendente.

Considerando el total de las IAMC del país, los porcentajes promedio de ausentismo del último semestre informado (ene-jun 2018) varían según la especialidad entre 6.7% (Oncología) y 17.7% (Psiquiatría).

En los Seguros Privados el porcentaje de ausentismo es considerablemente menor al registrado en las IAMC y bastante homogéneo entre las diferentes especialidades. El rango según especialidad para el semestre ene-jun 2018 varía entre 2.2% (Oncología) y 7.4% (Psiquiatría), iguales especialidades que en las IAMC. Con respecto a la evolución en el tiempo en este grupo de instituciones, no hay una tendencia uniforme que agrupe a la mayoría de las especialidades informadas: cuatro de ellas muestran una tendencia levemente ascendente, otras cuatro una tendencia levemente descendente y finalmente dos especialidades muestran tendencia constante.

En relación a ASSE, mediante el Sistema de Gestión de Consultas (SGC) se registran las consultas ambulatorias no urgentes, conformando la agenda electrónica utilizada para gran parte de las Unidades Asistenciales (UA) de la institución. Dicha herramienta permite programar consultas, registrar las consultas realizadas tanto programadas como espontáneas, registrar y gestionar la demanda en espera, registrar datos trazadores de las consultas y obtener indicadores asistenciales básicos.

El sistema inició su implantación en 2012 y aún continúa expandiéndose. A agosto de 2018 existían 460 UA implantadas (de un total de 897), incluyendo las UA de mayor porte del interior del país, RAP Metropolitana y los hospitales de referencia nacional. Si bien ASSE ha seguido las especificaciones metodológicas definidas por el MSP, se considera que existen ciertas dificultades para poder trabajar con los datos obtenidos e introducirlos en el análisis y comparación con el resto de las instituciones, por un lado, porque aún no son representativos del total de la red asistencial de ASSE, y por otro, porque los tiempos de espera informados por ASSE surgen de considerar la oferta disponible a nivel local, criterio diferente al utilizado en la mayor parte del sector privado.

Satisfacción de los usuarios

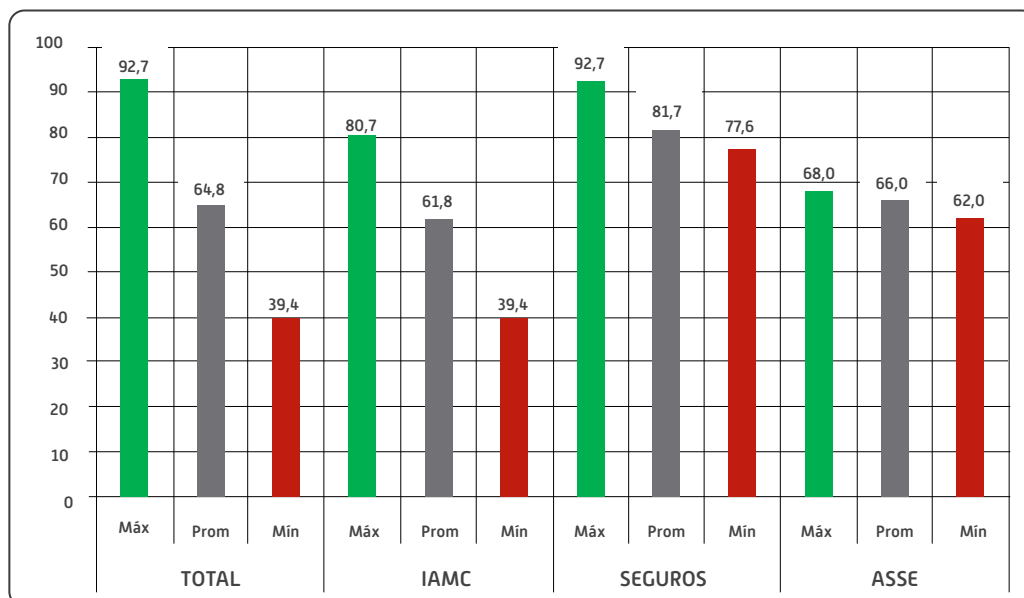
Los dos contratos de gestión entre los prestadores y la JUNASA introducen la puesta en práctica de la evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios en el primer



nivel de atención. La satisfacción resulta de la comparación por parte de los usuarios de sus expectativas y de la percepción sobre la atención efectivamente recibida. En los resultados de la encuesta, la JUNASA relevó entre otras variables de análisis la disponibilidad de agenda y los tiempos de espera para acceder a la consulta.

El indicador de Disponibilidad de Agenda se construye a partir de la siguiente pregunta: Cuando Ud. pide hora en su Institución para consultar médico -personalmente, por teléfono o por Internet- ¿Cómo diría que es la disponibilidad de horarios para ver al médico/especialista que quiere consultar? En este caso, los datos presentados refieren al porcentaje de usuarios que indicaron como Muy Buena y Buena la disponibilidad de horarios para la consulta médica, los cuales representan el 64.8% en promedio para el total de instituciones. Los Seguros Privados presentan un porcentaje bastante superior al promedio, siendo de 81.7%. En segundo lugar aparece ASSE con un 66% y en tercer lugar las IAMC con 61.8%. Nuevamente cabe destacar la variabilidad al interior de las IAMC; la institución con peor evaluación alcanza un 39.4%, mientras que la IAMC con mejor evaluación llega al 80.7%.

Gráfico 1: Porcentaje de usuarios que indicaron como muy buena/buena la disponibilidad de horarios para la consulta médica. Valor máximo, promedio y mínimo por tipo de institución, año 2017.



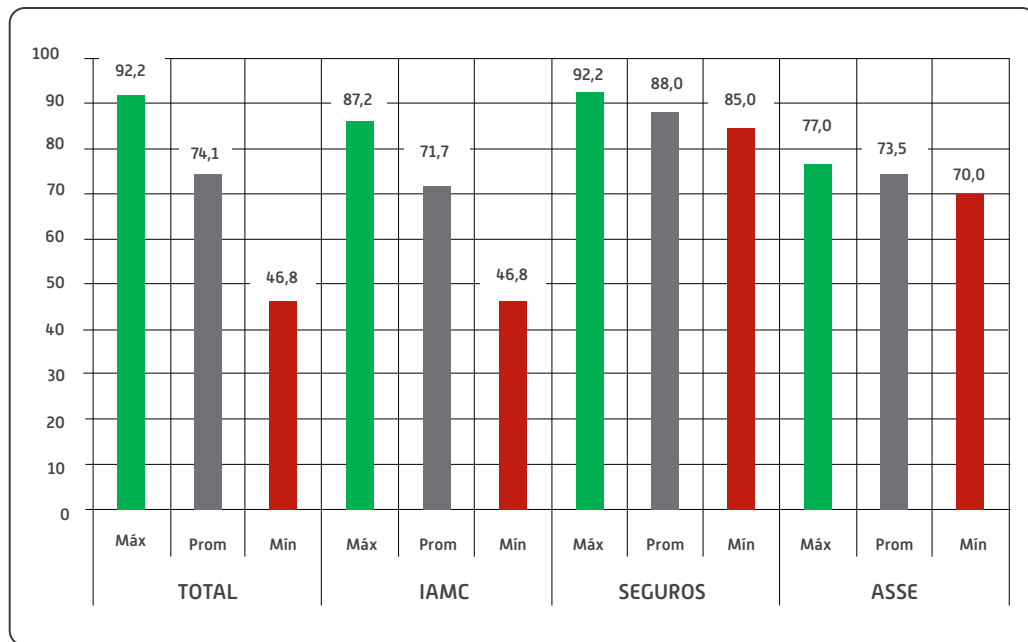
Fuente: Encuesta de satisfacción con los servicios del 1er. Nivel de Atención - Informe de resultados 2017. Economía de la Salud-JUNASA-MSP.

Tiempo de espera

El indicador de tiempo de espera surge de la siguiente pregunta, referida a la última consulta realizada: ¿el tiempo de espera desde el día que Usted pidió hora hasta la fecha que le dieron le pareció...Muy corto/ corto/ razonable/ largo/ muy largo? El mismo refiere al porcentaje de usuarios que respondieron que el tiempo esperado les pareció muy corto, corto o razonable. En promedio, el 74.1% de los usuarios evaluaron positivamente el tiempo que tuvieron que esperar para acceder a la última consulta médica que realizaron. Mientras que la institución con peor evaluación alcanzó un 46.8%, la mejor evaluada obtuvo un 92.2%.

En promedio, los Seguros Privados obtuvieron una mejor evaluación del tiempo de espera [88%]. En segundo lugar, aparece ASSE con 73.5% y en tercer lugar las IAMC con 71.7%.

Gráfico 2: Porcentaje de usuarios que indicaron como muy corto/corto/razonable el tiempo esperado para la última consulta realizada. Valor máximo, promedio y mínimo por tipo de institución, año 2017.



Fuente: Encuesta de satisfacción con los servicios del 1er. Nivel de Atención - Informe de resultados 2017. Economía de la Salud-JUNASA-MSP.



Perspectivas de trabajo

A lo largo del proceso de implementación del nuevo Sistema de Agenda y en el análisis y evaluación de su funcionamiento, han ido surgiendo algunos desafíos y necesidades de mejora que merecen la pena destacarse, buscando servir de disparador para problematizar sobre dicho sistema y permitir avanzar en la definición de una estrategia de trabajo que busque la reorientación del mismo.

Ausentismo de los usuarios.

Uno de los temas planteado insistentemente en la Comisión de Seguimiento de Agenda de Consulta Externa, así como en otras instancias de intercambio, fue el del ausentismo de los usuarios a la consulta. Gran parte de las instituciones prestadoras integrales de salud señalaban la existencia de una correlación positiva entre el mayor tiempo en que la agenda quedaba abierta (tres meses) y los elevados índices de ausentismo registrados, identificándose como posibles razones el olvido y la desaparición del motivo que originó la solicitud de consulta. Si bien se entendía que dicho problema no surge a partir de la implementación del nuevo sistema de agenda, genera inconvenientes en su desarrollo y posibles insatisfacciones a los usuarios.

Los principales mecanismos mencionados por las instituciones para contrarrestar el ausentismo fueron: sistemas de recordatorio de la consulta; caída de reservas de citas previamente a la fecha de la consulta si no se retira la orden; reasignación de lugares generados por la liberación de reservas no confirmadas ni canceladas en el plazo estipulado; disponibilidad de número telefónico gratuito para cancelaciones de reserva; utilización de penalizaciones contra ausentismo (baja de órdenes bonificadas por convenios, cobro de tasa moderadora en los casos en que éste esté habilitado, suspensión temporal de formas no presenciales de agendar); difusión al usuario de los mecanismos implementados por la institución para gestionar el ausentismo. La discusión se centra en la existencia de una gran asimetría entre las instituciones por la utilización de alguno/varios/ninguno de estos mecanismos, y la necesidad de homogeneizar y hacer obligatoria la utilización de aquellos que se identificaran como efectivos, así como evaluar la posibilidad de la implementación de otros mecanismos, como pudiera ser la penalización económica.

Otro aspecto vinculado al tema es la importancia de la difusión hacia el usuario del correcto uso de los sistemas de agenda, con énfasis tanto en los Derechos como en las

obligaciones de los usuarios, especificando las responsabilidades y consecuencias que un mal uso puede traer.

Distribución geográfica de la oferta de consultas en policlínica: ¿cómo considerarla?

Una necesidad que surge al trabajar con los datos de tiempos de espera es lograr incorporar la distribución geográfica de la oferta de consultas en la medición de los mismos. A la hora de considerar el primer hueco disponible en la agenda de una especialidad es diferente el impacto en el tiempo de espera si se consideran todas las dependencias de la institución, sin importar zonas geográficas que si se ofrece el primer hueco disponible en la agenda de una especialidad dentro de ciertos límites geográficos.

La metodología actual del cálculo de tiempos de espera presenta limitaciones para considerar la dispersión geográfica de los servicios de los prestadores, resultando en un indicador más adecuado de calidad y acceso en aquellos prestadores cuya oferta de servicios está centralizada.

En el caso específico de ASSE este supuesto no se cumple dada su gran dispersión territorial, con lo cual no es razonable esperar que los usuarios se trasladen grandes distancias. En tal sentido, es posible que existan horas disponibles para una determinada especialidad en Unidades Asistenciales de la red, pero que se encuentran alejadas del lugar de residencia del usuario, y ASSE no las toma en cuenta a la hora de informar los tiempos de espera. Esta situación también está presente en varias IAMC, en particular algunas de Montevideo con sedes secundarias a lo largo de todo el país, y la forma de considerar la oferta de consultas en policlínica es variable.

En función de todo lo anterior se plantea entonces como pendiente, la necesidad de establecer por parte del MSP algún criterio homogéneo en cuanto a cómo considerar esta variable geográfica de la oferta a la hora de medir los tiempos de espera. Pero en esta discusión hay varios puntos a considerar: en algunos casos los límites departamentales encierran mayores distancias que lugares de departamentos contiguos; el usuario vive y trabaja en zonas diferentes, pudiendo preferir consultar en zonas geográficas diferentes a las de su lugar de residencia; existen especialidades que no se encuentran disponibles en todas las dependencias de la institución; el usuario puede acceder a desplazarse si el lugar disponible es anterior en el tiempo, etc. Asimismo, la descentralización y complementación de servicios aparecen como otros aspectos a considerar.



Resolutividad en la consulta y priorización de pacientes.

También relacionado con los tiempos de espera, se ha discutido la necesidad de aumentar la resolutividad de los médicos en el primer nivel de atención y racionalizar el acceso a los especialistas. En algunos casos puede ser necesaria la apertura de más policlínicas, y más centros de primer nivel.

Se mencionan en la discusión diferentes factores de la realidad actual de la atención médica que inciden en el elevado pase a especialista: gran desarrollo de subespecialidades médicas muy específicas; relación médico paciente enmarcada en una realidad de “sobreinformación” del paciente y medicina defensiva por posibles demandas; políticas institucionales de restringir la posibilidad de indicar determinados estudios o medicamentos únicamente a especialistas.

Complementariamente a lo anterior, surge la necesidad de desarrollar protocolos de referencia a especialistas y contra referencia, de manera de organizar los servicios de salud de una forma más eficiente y eficaz. Otro de los puntos señalado como de gran importancia en el manejo de las agendas médicas, es la priorización de pacientes, planteándose que debería ser realizada por los profesionales médicos, combinando criterios clínicos y sociales a la hora de determinar la necesidad de aquellos. Los mecanismos de priorización contribuyen a una mayor equidad en el acceso y a una mejora en la situación de los pacientes que están esperando.

Tiempos de espera para médico de referencia o para otro médico de elección.

Se evidencia la necesidad de profundizar en el estudio de los tiempos de espera de las citas que quedan por fuera del primer especialista disponible (solicitud para médico de referencia u otro médico de elección), ya que en la mayoría de los casos representan el mayor porcentaje dentro del total de solicitudes de cita. Si bien el Sistema de Agenda prevé el registro de estas variables, y de hecho se solicita información sobre tiempo de espera para médico de elección y médico de referencia, es preciso definir criterios para el registro en forma adecuada y la realización de una medición válida de los tiempos de espera correspondientes. Estas variables no fueron consideradas desde un principio en el sistema de información de Agenda con su correcta definición y alcance, ya que los objetivos iniciales del mismo eran otros. Sin embargo, frente al objetivo de promover la figura del médico de referencia como un integrante clave de los equipos de salud en el primer

nivel de atención asegurando la continuidad y calidad de la atención, resulta relevante analizar las condiciones de acceso a estos profesionales y evaluar posibles regulaciones. Iguales consideraciones caben para otros médicos de elección, en particular aquellos que realizan el seguimiento de determinadas condiciones de salud. Este tema está claramente vinculado a la definición de criterios de priorización de pacientes.

Necesidad de revisión de la normativa de tiempos de espera para el primer especialista disponible vigente.

Se entiende que la problemática de los tiempos de espera es un tema de alta sensibilidad. De acuerdo con la última Encuesta de Satisfacción con el Primer Nivel de Atención del 2017, realizada por la JUNASA, en promedio el 74.1% de los usuarios de los prestadores integrales evaluaron positivamente el tiempo que tuvieron que esperar para acceder a la última consulta médica que realizaron. La disponibilidad de servicios en forma oportuna debe ser el objetivo y ello implica considerar cuál es el tiempo de espera posible o razonable según las condiciones o necesidades de los usuarios. ¿Cuánto sería lógico esperar para una atención médica no urgente? ¿Se ha acompasado la oferta de policlínicas a la mayor demanda debido al ingreso de afiliados FONASA al SNIS y a la reducción de pacientes atendidos por hora en algunas especialidades?

En este contexto se ha cuestionado y discutido el Decreto de tiempos de espera del año 2007, en cuanto a la pertinencia de los plazos, así como a las posibilidades de cumplir con el mismo de manera uniforme en todo el territorio nacional (sobre todo por la disponibilidad de RRHH) y en todas las circunstancias. Por todo lo anterior aparece como línea de trabajo la revisión de la citada normativa.

Revisión y ajustes del sistema de información y formato de envío de datos.

Ha surgido desde hace ya algún tiempo en el equipo de trabajo de Agenda de Consulta Externa del MSP la discusión en relación a la necesidad y oportunidad de iniciar un proceso de reconfiguración del Sistema de Información de Agenda de Consulta Externa vigente, con miras a transformarlo en un sistema de información más amplio, con la posibilidad de incluir otras variables o aumentar el detalle de las ya incluidas, de manera de trascender el objetivo inicial vinculado a la estimación de los tiempos de espera para el primer especialista disponible, y ampliar los cometidos del mismo: medición de otros tiempos de espera, del ausentismo de los usuarios, de la referencia y contra referencia, de algunos aspectos



de la resolutiveidad de la atención médica, de la capacidad de oferta de las instituciones, etc.. A esto además se suman los acuerdos alcanzados en las comisiones de los Consejos de Salarios del grupo N° 15, tendientes al cambio del modelo de trabajo médico, que establecen el aumento del tiempo de consulta por paciente (se reduce a cuatro el número de pacientes atendidos por hora), mejoras en el funcionamiento de la agenda médica y estímulo al funcionamiento del médico de referencia.

Por otra parte, se entiende que otro cambio necesario sería recibir la información en formato de base de datos, con un registro por cada solicitud de cita, requiriéndose previamente un análisis detallado de las variables necesarias a registrar por parte de las instituciones. Este formato de recolección de datos permitiría un tratamiento más homogéneo de los mismos, así como un procesamiento y análisis más ajustado a los diferentes objetivos que se puedan plantear.

La Comisión de Seguimiento se reunió en febrero del presente año, reunión en donde se retomó el contacto y se hizo una primera presentación de la fundamentación de la necesidad de rediseño del sistema de información de Agenda de Consulta Externa. A partir de allí, se ha seguido trabajando a la interna del equipo del MSP – Programa Salud.uy en una propuesta de dicho rediseño, y se espera que en los próximos meses se abra la discusión en el ámbito de la mencionada Comisión.



9

Las políticas de personal de salud en la última década.

Autores:

Ec. Lucía Aicardi

División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA, MSP)

Soc. Cyntia Buffa

DEMPESA, MSP

Ec. Cecilia Cárpena

Directora del Departamento de Mercado de Trabajo

Ec. Joaquín Méndez

DEMPESA, MSP

Soc. Sergio Nuñez

Director del Departamento de Planificación del Personal de Salud

Ec. Cecilia Regueira

DEMPESA, MSP

Ec. Gabriela Pradere

Directora de la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud

Ec. Mijail Vapor

DEMPESA, MSP

R. A. P. Río
Virginia Espinoza
Doctora

Introducción

Los trabajadores son la esencia del sistema de salud. Su formación, disponibilidad y distribución condicionan el acceso universal a una atención integral y de calidad por parte de la población. Previo a la reforma, no existían políticas sanitarias explícitas focalizadas en los trabajadores de la salud. Recién con la instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 2007 el Ministerio de Salud Pública (MSP) asume su rol rector en esta materia, coordinando y liderando los espacios intersectoriales desde donde se implementan medidas de diferente tipo que inciden en los distintos aspectos vinculados a los trabajadores de la salud: niveles salariales, organización del trabajo, regulación del ejercicio profesional, Comisión de Residencias Médicas, trabajo interinstitucional con el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) para la regulación del sector privado de formación, etc.

En el presente capítulo, se brinda una caracterización de los trabajadores de la salud, focalizando en la evolución de los principales indicadores de mercado de trabajo. Asimismo, se presentan dos de las principales políticas que impulsó el MSP en el período de referencia: reforma del régimen de trabajo médico y plan de capacitación para los trabajadores del sector salud.

Características generales de los trabajadores del sector

El sector salud emplea 110.495 trabajadores, representa el 6,8% del empleo total según datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) de 2018, cifra superior a la registrada en 2008 que ascendió a 5,9%. Se trata de un sector fuertemente feminizado, en tanto en cada una de las categorías de trabajadores evaluadas las mujeres representan más del 50% de la fuerza laboral. A pesar de ello se destaca el descenso de su participación de 2008 a 2018 en las licenciadas y auxiliares en enfermería pasando de 96% a 91% y de 83% a 80% respectivamente.

En términos etarios, a excepción del caso de las auxiliares en enfermería se registra un descenso en la edad de la fuerza laboral entre el 2008 y 2018.

En lo que refiere a la calidad del empleo, al tratarse de un sector fuertemente regulado, presenta una amplia cobertura a la seguridad social y se han registrado mejoras en todas las categorías de ocupación en el período analizado.



Tabla 1: Estructura de los recursos humanos del sector salud

| Categoría de ocupación | Estructura de los RHS | | Mujeres | | Ratio >40/<40 años de edad | | Cobertura Seguridad Social | |
|--------------------------|-----------------------|------|---------|------|----------------------------|------|----------------------------|------|
| | 2008 | 2018 | 2008 | 2018 | 2008 | 2018 | 2008 | 2018 |
| Médicos | 13% | 13% | 56% | 60% | 2,5 | 1,6 | 99% | 99% |
| Licenciadas enfermería | 4% | 5% | 96% | 91% | 1,4 | 1,2 | 98% | 99% |
| Otros profesionales | 12% | 17% | 79% | 78% | 1,7 | 1,3 | 88% | 94% |
| Auxiliares de enfermería | 19% | 13% | 83% | 80% | 1,1 | 1,3 | 95% | 99% |
| Otras categorías | 52% | 52% | 75% | 73% | 1,7 | 1,6 | 87% | 94% |
| Total | 100% | 100% | 75% | 74% | 1,6 | 1,5 | 91% | 96% |

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2008 y 2018 del INE.

Se detallan a continuación distintas dimensiones asociadas a la calidad del empleo que a excepción del multiempleo que se mantuvo en los médicos, muestran un avance significativo. Si bien el multiempleo en el sector (27%) continúa siendo elevado en comparación al resto de los sectores (8%), el mismo se redujo con respecto a 2008, instancia en la que alcanzaba 32%. Se destaca la mejora en el período analizado en el subempleo y la reducción de la decisión de buscar otro trabajo para todas las categorías de ocupación.

Tabla 2: Precariedad laboral y multiempleo. 2008 - 2018

| Año | Médicos | Lic. enfermería | Otros profs. | Aux. de enfermería | Otras categorías | Resto | Total |
|--|---------|-----------------|--------------|--------------------|------------------|-------|-------|
| Subempleo | | | | | | | |
| 2008 | 7% | 13% | 19% | 12% | 15% | 12% | 14% |
| 2018 | 3% | 5% | 14% | 8% | 9% | 10% | 8% |
| Horas semanales promedio trabajadas | | | | | | | |
| 2008 | 55,1 | 45,3 | 37,2 | 44 | 40,2 | 41,4 | 42,7 |
| 2018 | 51,3 | 43,8 | 36,5 | 43,8 | 39,2 | 38,8 | 41,1 |
| Busca otro trabajo | | | | | | | |
| 2008 | 18% | 18% | 16% | 15% | 22% | 21% | 19% |
| 2018 | 4% | 9% | 12% | 8% | 13% | 16% | 11% |
| Algún tipo de precariedad | | | | | | | |
| 2008 | 2% | 2% | 13% | 7% | 16% | 39% | 12% |
| 2018 | 1% | 1% | 6% | 1% | 7% | 28% | 5% |
| Multiempleo | | | | | | | |
| 2008 | 72% | 38% | 43% | 30% | 20% | 13% | 32% |
| 2018 | 72% | 26% | 33% | 28% | 14% | 8% | 27% |
| Nº. de empleos promedio | | | | | | | |
| 2008 | 2,3 | 1,4 | 1,6 | 1,3 | 1,2 | 1,2 | 1,4 |
| 2018 | 2,2 | 1,3 | 1,4 | 1,3 | 1,2 | 1,1 | 1,4 |

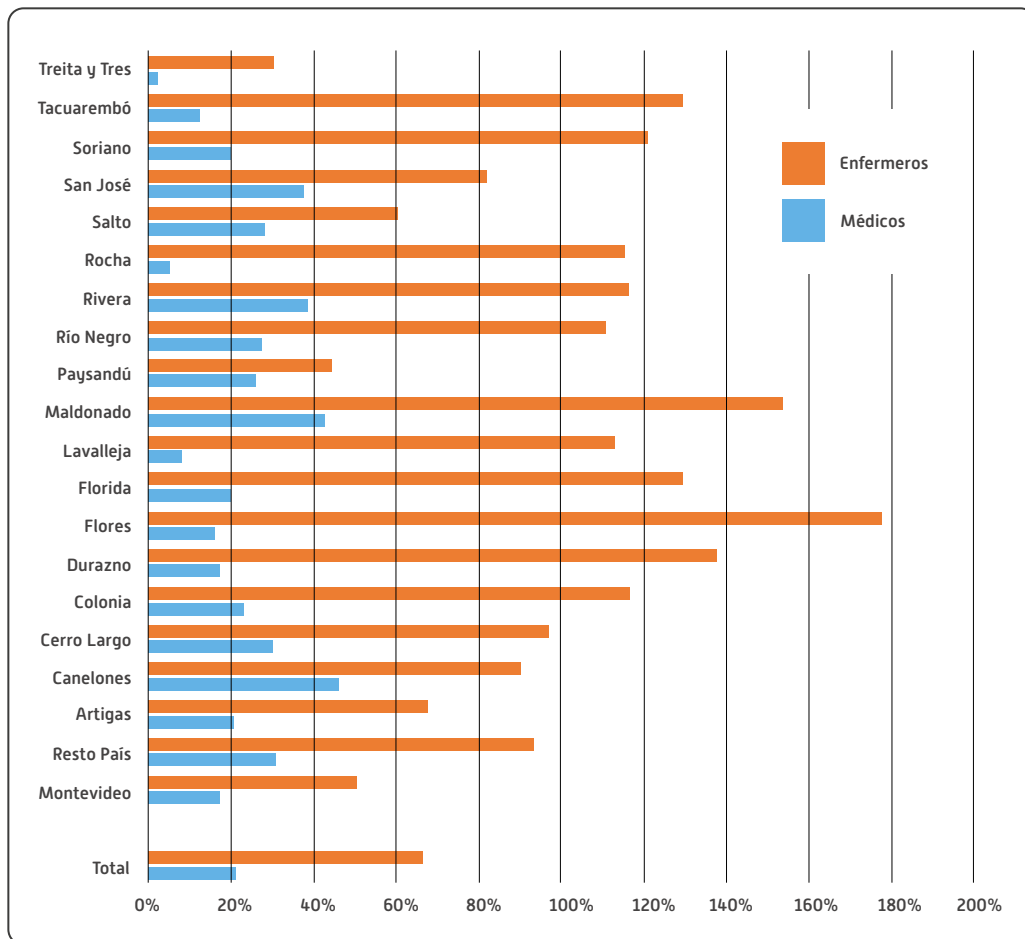
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2008 y 2018 del INE.



Distribución territorial y por niveles asistenciales de los trabajadores de la salud

En cuanto a la distribución territorial de los profesionales de la salud, se observa que en el período analizado se registró una mejora en la distribución tanto del personal médico como de enfermería. Para estas últimas, a excepción de Treinta y Tres y Paysandú, la variación en los departamentos del interior fue superior que la registrada en Montevideo. Los médicos presentan variaciones menos significativas, pero en la mayoría de los departamentos fueron superiores a la de la capital, lo que redonda en una mejor distribución de los recursos.

Gráfico 1: Variación de las densidades cada 10.000 habitantes por departamento 2008 -2017



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

Si se analiza la distribución del personal profesional en el territorio por grupos de especialidades médicas (Especialidades básicas (EB), Especialidades Médicas (EM) y Especialidades Anestésico – Quirúrgicas (AQ)), se observa que la zona sur¹ es la que presenta mayor cantidad de profesionales con excepción de las EB en las Instituciones de Asistencia Médicas Colectivas (IAMC). Adicionalmente, se observa que la densidad de especialidades cada 10.000 usuarios aumentaron significativamente entre 2008 y 2018 en todas el país. Es importante aclarar que la cantidad de usuarios en el período analizado aumentaron tanto en las IAMC como en ASSE.

Tabla 3: Densidad de personas cada 10.000 usuarios por zona geográfica²

| | ASSE 2018 | Variación 2018/2008 ASSE | IAMC 2018 | Variación 2018/2008 IAMC |
|-------------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|--------------------------------|
| Especialidades Básicas | | | | |
| Sur | 24,8 | 1,2 | 25,8 | 1,1 |
| Este | 19,8 | 1,1 | 27,3 | 1,4 |
| Oeste | 22,9 | 1,1 | 32,9 | 1,7 |
| Norte | 13,1 | 1,2 | 21,7 | 1,0 |
| Direcciones especializadas | 1,1 | 1,1 | - | - |
| Total EB | 21,3 | 1,1 | 25,3 | 1,1 |
| Especialidades Médicas | | | | |
| Sur | 16,0 | 1,2 | 22,9 | 1,0 |
| Este | 7,7 | 1,0 | 15,2 | 1,2 |
| Oeste | 10,6 | 1,0 | 23,2 | 1,4 |
| Norte | 6,7 | 1,0 | 13,0 | 0,9 |
| Direcciones especializadas | 1,4 | 0,9 | - | - |
| Total EM | 12,4 | 1,1 | 19,3 | 1,1 |

1 - 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

2 - Las direcciones especializadas agrupan los centros de referencia nacional de ASSE. Dentro de las mismas 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.



| Especialidades Anestésico-Quirúrgicas | | | | |
|--|------|-----|------|-----|
| Sur | 11,5 | 1,4 | 18,0 | 1,3 |
| Este | 7,2 | 0,9 | 13,6 | 1,2 |
| Oeste | 9,9 | 1,0 | 14,5 | 1,2 |
| Norte | 5,7 | 1,0 | 10,0 | 0,9 |
| Direcciones especializadas | 0,5 | 0,9 | - | - |
| Total AQ | 9,1 | 1,1 | 14,5 | 1,2 |

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de control y análisis de recursos humanos (SCARH) del MSP, Lotus notes de ASSE y Censo de usuarios 2008 y 2018.

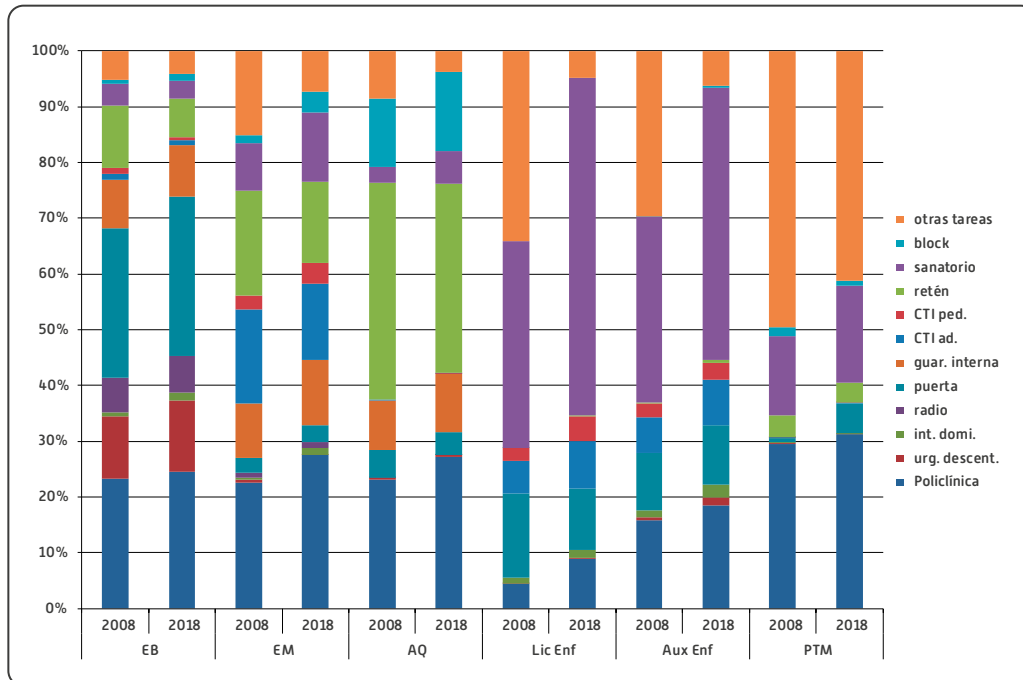
Las densidades presentadas en la tabla permiten el análisis dentro de cada subsector, pero en la comparación entre subsectores es importante considerar que el indicador no necesariamente refleja diferencias en disponibilidad de recursos en la medida que los regímenes de trabajo y cargas horarias son muy distintos entre ambos subsectores. Las personas como unidad de medida no sirven para comparar la disponibilidad intersectorial.

En lo que tiene que ver con el cambio de modelo de atención, uno de los objetivos de la reforma sanitaria, uno de los pocos indicadores que se pueden medir con la información disponible es la asignación de horas entre las distintas áreas de trabajo.

Se muestra a continuación la evolución de la estructura horaria en el período 2008-2018 por categoría laboral y áreas asistenciales para las IAMC³. Se destaca el incremento de las horas policlínica para todos los grupos de trabajadores considerados. Adicionalmente, como consecuencia de la disminución de horas dedicadas a otras áreas, para el personal de enfermería y para los profesionales de tecnologías médicas se registra un aumento en las horas sanatorio. Esto probablemente refleje una mejora en la calidad de los registros para la asignación de horas entre las actividades.

3 - La información que se presenta corresponde al subsector privado dado que no se cuenta con los datos sobre la cantidad de horas totales por categorías laborales y áreas asistenciales para ASSE.

Gráfico 2: Variación de la distribución de horas por área



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH 2008 – 2018.

Si se analizan las horas totales en el período para las IAMC, se concluye que la estructura se mantiene, en tanto los médicos representan un 28% de la carga horaria total y el personal no médico el restante 72%. Se destaca el aumento de la carga horaria en las EB, con un incremento de un 73% como consecuencia del énfasis que se ha puesto en el primer nivel de atención. Asimismo, la cantidad de horas totales de los licenciados en enfermería aumentó un 64% entre 2008 y 2018.



Tabla 4: Estructura Horaria por grupo de especialidad

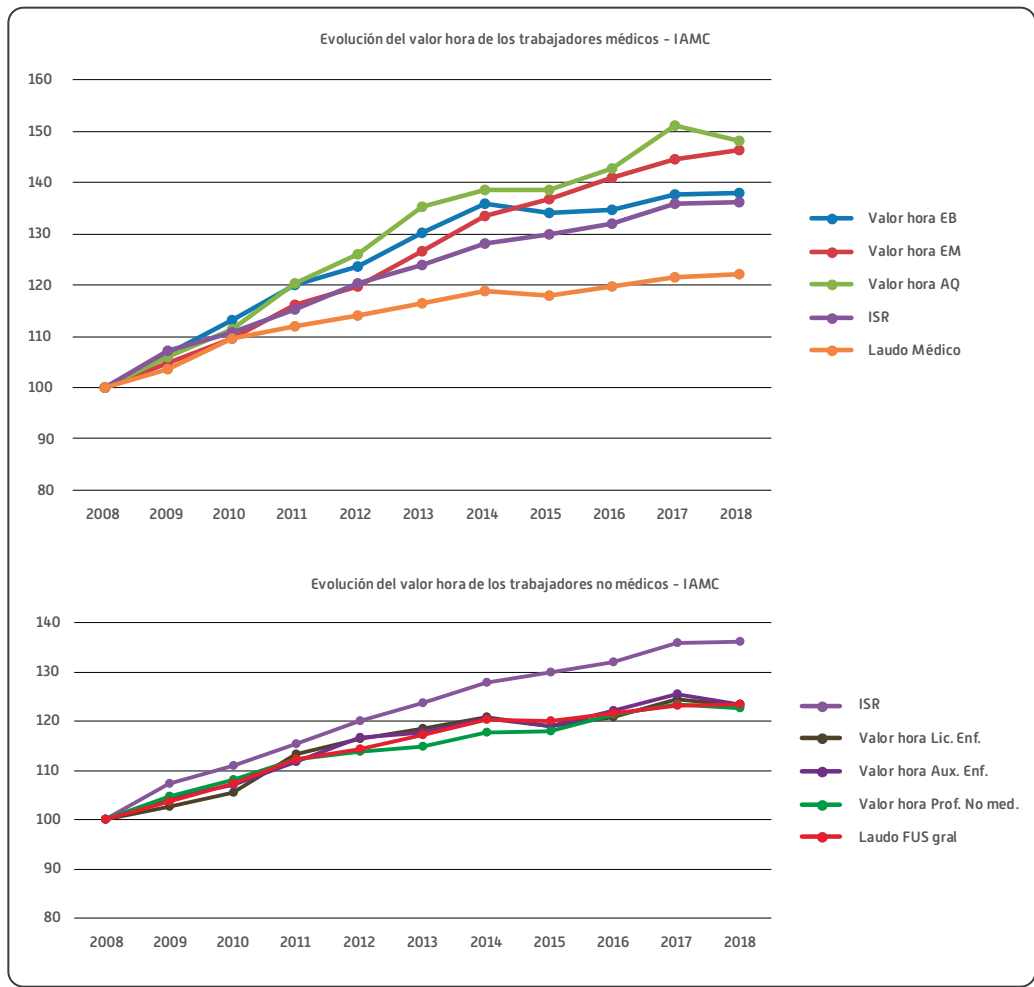
| Categoría laboral | 2008 | | 2018 | | Variación 2008-2018 |
|--------------------|------------------|-------------|-------------------|-------------|------------------------|
| | Horas totales | % | Horas totales | % | |
| EB | 913.737 | 11% | 1.581.632 | 12% | 73% |
| EM | 845.254 | 10% | 1.264.225 | 9% | 50% |
| AQ | 681.899 | 8% | 917.037 | 7% | 34% |
| Médicos | 2.440.889 | 28% | 3.762.894 | 28% | 54% |
| Lic. Enfermería | 899.991 | 10% | 1.472.334 | 11% | 64% |
| Aux. Enfermería | 3.832.709 | 44% | 5.650.896 | 42% | 47% |
| PTM | 1.492.090 | 17% | 2.730.168 | 20% | 83% |
| No Médicos | 6.224.790 | 72% | 9.853.398 | 72% | 58% |
| Total IAMCs | 8.665.679 | 100% | 13.616.292 | 100% | 57% |

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH 2008 – 2018.

Niveles y distribución salarial

En materia salarial para las IAMC, se muestra a continuación, que tanto para los trabajadores médicos como los no médicos, el salario real crece por encima de lo establecido en los Consejos de Salarios, y la distancia con el laudo es más significativa a partir de 2010. Es importante recordar que los primeros cinco años desde la reinstalación de los Consejos de Salarios, los propios laudos incorporaron un fuerte componente de recuperación salarial, que a partir de 2010 se moderaron. De esta forma se observa que en cierta medida los menores incrementos reales a nivel de los laudos fueron compensados por aumentos mayores a nivel del mercado, y que el mercado como es de esperar, distribuye los ajustes de manera desigual entre los distintos colectivos médicos. Si se evalúa por especialidad, se muestra que hasta el año 2011 los AQ, presentaban un valor hora similar al de las EB y posteriormente está por encima del resto de las especialidades. Se muestra asimismo que desde mediados de 2014 el valor hora de las EM supera el de las EB.

Gráfico 3: Evolución del valor hora en las IAMC en el período 2008-2018



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH

Por su parte, para los trabajadores no médicos, la evolución del valor hora al igual que en el caso de los médicos, presenta un crecimiento mayor al ajuste establecido en el laudo. En este caso las conclusiones son similares a las del caso anterior; en la medida que opere mayoritariamente el mercado los ajustes difieren entre grupos de acuerdo con su capacidad de negociación.

Se presenta a continuación información referente al salario promedio mensual y cantidad de trabajadores por categoría laboral para las IAMC. En cuanto a la distribución de la



masa salarial entre los distintos grupos de trabajadores, se tomaron deciles de ingresos mensuales¹.

De la información surge que los anestesistas tienen un salario promedio más elevado que el resto de los grupos. Su promedio salarial duplica al de las especialidades básicas y es cinco veces superior al de enfermería. Por su parte, el promedio salarial de la cirugía general se ubica en segundo lugar.

Si se observa la distribución interna de los salarios por grupo, los trabajadores médicos presentan una distribución más desigual que los no médicos, y dentro de los primeros la cirugía general y otros AQ son las especialidades con mayor nivel de desigualdad intra grupo. En el primer caso, el 10% de mayores salarios ganan prácticamente 14 veces más que los que se ubican en el decil inferior de la distribución.

Tabla 5: Salario y brecha 90-10 de las IAMC - 2018

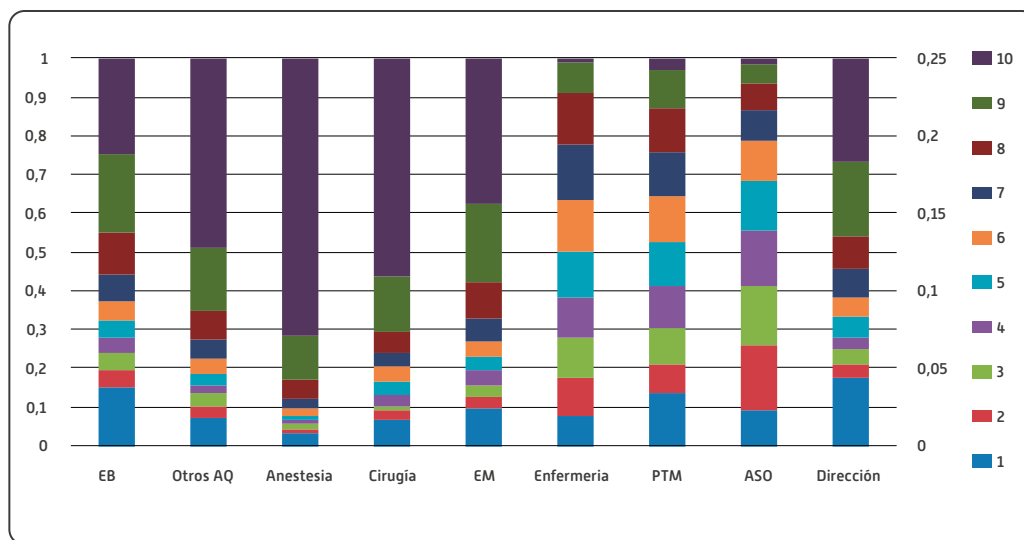
| Categoría | Salario promedio | Masa Trabajadores | Masa salarial | Percentil 10 | Percentil 90 | Brecha 90/10 |
|------------|------------------|-------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| EB | 104,984 | 10% | 15% | 21,555 | 239,988 | 11 |
| Otros AQ | 181,245 | 4% | 9% | 31,980 | 392,352 | 12 |
| Anestesia | 270,700 | 1% | 3% | 56,624 | 539,053 | 10 |
| Cirugía | 230,367 | 1% | 3% | 36,791 | 511,052 | 14 |
| EM | 141,631 | 7% | 14% | 27,829 | 302,029 | 11 |
| Enfermería | 53,458 | 31% | 22% | 28,439 | 84,725 | 3 |
| PTM | 55,462 | 13% | 10% | 22,893 | 94,766 | 4 |
| ASO | 48,390 | 31% | 20% | 27,300 | 73,538 | 3 |
| Dirección | 128,133 | 2% | 4% | 18,224 | 274,079 | 15 |
| Total | 73,406 | - | - | 27,043 | 144,523 | 5 |

Nota: salarios promedio mensual 2018, a precios de enero 2019, según incremento pautado en consejo de salarios. Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH

1 - Para el cálculo se consideran aquellos casos que superan los laudos mínimos de las categorías más bajas de cada especialidad y aquellos que tienen como mínimo 10 horas y como máximo 300 horas mensuales.

En las siguientes gráficas se muestra para cada grupo de trabajadores la distribución entre los distintos deciles de ingreso mensual y el porcentaje de personas que componen cada decil discriminado por grupo de trabajadores. Se destaca que más del 50% de aquellos trabajadores que tienen como especialidad cirugía, anestesia, otros AQ y EM se encuentran en los dos últimos deciles de ingreso. Por su parte, las enfermeras se apropian del 22% de la masa salarial total y representan el 31% de los trabajadores del sector, seguido por el personal de administración, servicios y oficios (ASO) que captan el 20% y son el 31%. Si se evalúa la composición de los deciles, se encuentra que, en los primeros ocho deciles de ingreso, más del 50% son de ASO y enfermería. El último decil está principalmente compuesto por personal de EM, EB y otros AQ. El personal médico se apropia del 44% de la masa salarial y representa el 23% de los trabajadores.

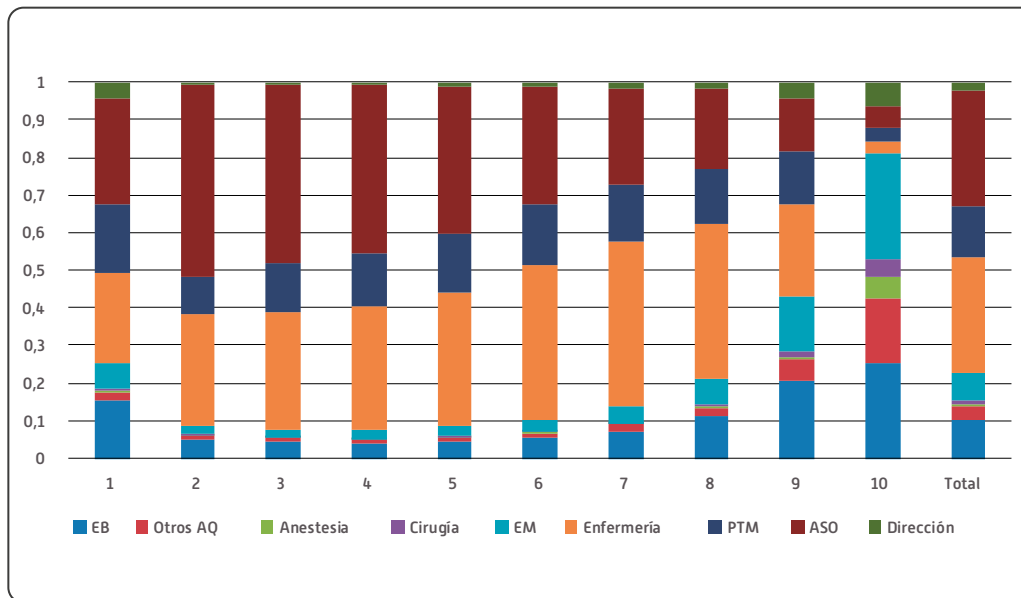
Gráfico 4: Composición de categorías laborales en deciles de ingreso mensual - IAMC 2018



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH



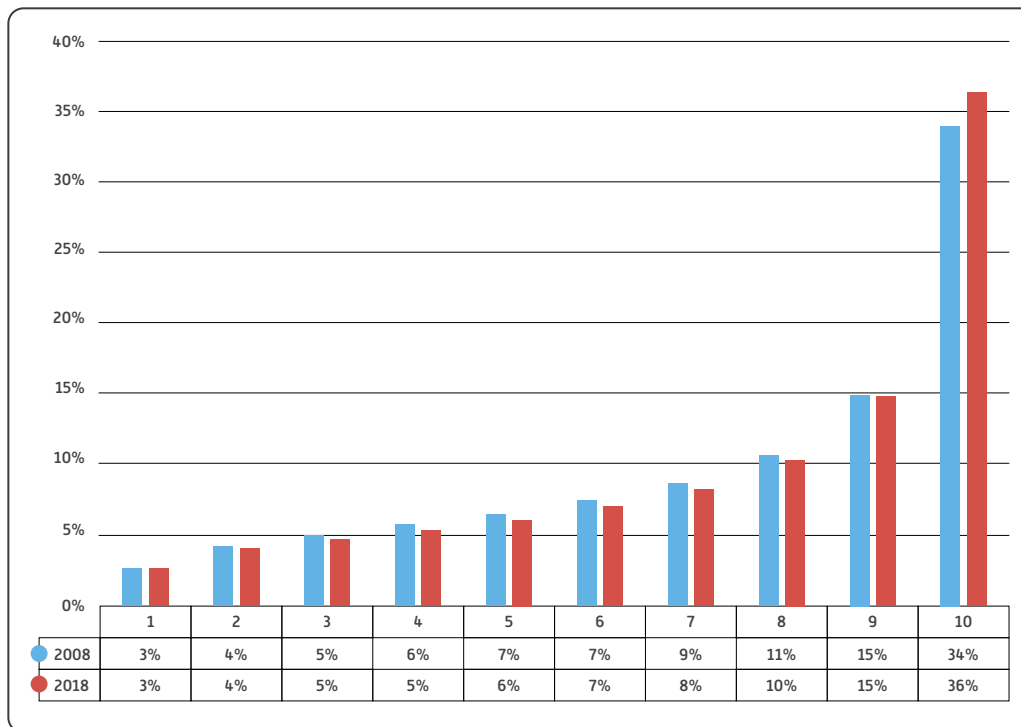
Gráfico 5: Composición de los deciles de ingreso según categoría laboral – IAMC 2018



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH

Los gráficos que siguen muestran los cambios en la distribución de la masa salarial para el período de análisis, tanto desde el punto de vista de los deciles de salario como desde las categorías laborales. Según se observa en el gráfico 6, 10% de trabajadores de mayores salarios concentran 36% de la masa salarial del subsector IAMC en 2018, lo que representa un aumento del 2% respecto de 2008. Esta mayor apropiación de salarios se complementa con una caída en la participación de los deciles medios, manteniéndose incambiada la cola izquierda de la distribución.

Gráfico 6: Distribución de la masa salarial por deciles de ingresos IAMC 2008-2018

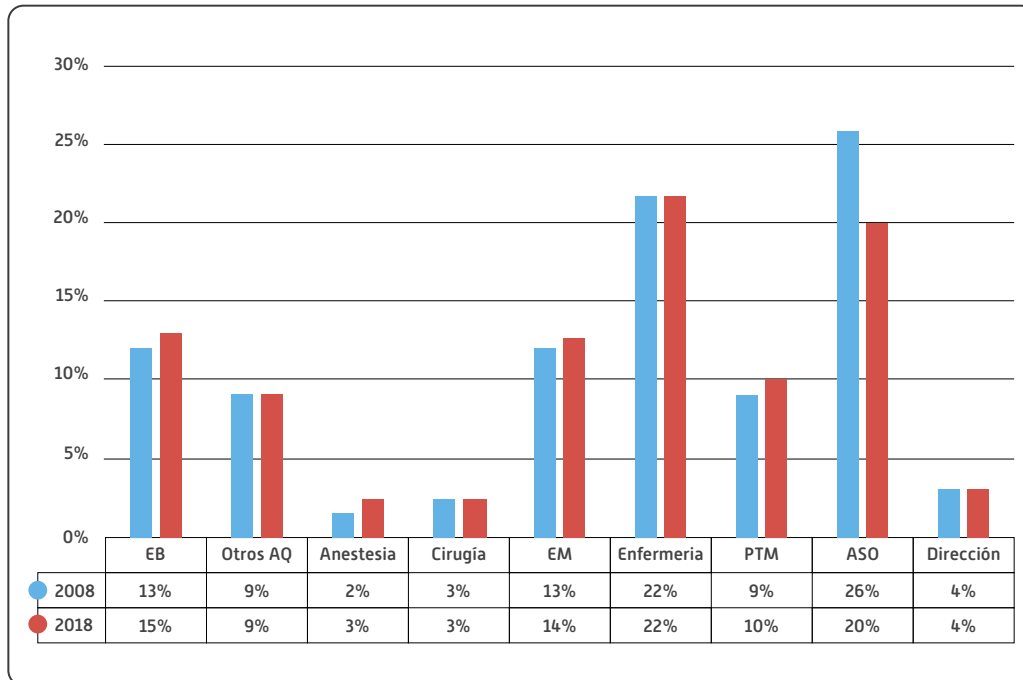


Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH

Este relativo aumento en la concentración de los salarios se explica, al menos en parte, por una mayor apropiación salarial de aquellos trabajadores con mayores niveles salariales. Según puede verse en el gráfico siguiente, entre 2008 y 2018 aumenta la participación en la masa salarial de los trabajadores médicos [los mejor remunerados en el sistema, que pasan de representar un 39% de la masa salarial a un 43%] y cae la participación de los trabajadores administrativos (que poseen en promedio menores salarios, de 26% a 20%). Cabe destacar que en este período la estructura de cargos se ha mantenido relativamente estable entre las categorías, por lo que este incremento leve en la concentración salarial probablemente se deba a un efecto precio, motivado por los ajustes salariales diferenciales mayores en el sector médico respecto del no médico, tal cual se analizara al comienzo de esta sección.



Gráfico 7: Distribución de la masa salarial según categoría laboral IAMC 2008-2018



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH

Nuevo régimen de trabajo médico

Con el fin de mejorar la calidad asistencial y las condiciones laborales de los médicos, se crean como eje principal del Nuevo Régimen de Trabajo Médico (NRTM) los cargos de alta dedicación (CAD) en el sector privado y las funciones de alta dedicación (FAD) para el caso de ASSE. Las especialidades comprendidas en el NRTM son aquellas que cuentan con acuerdos firmados en Consejo de Salarios y han evolucionado del siguiente modo.

Acuerdos en el sector privado

| | |
|-------------|--|
| 2010 | Acuerdo de Consejo de Salarios – Marco General |
| 2012 | Medicina General - Medicina Familiar y comunitaria - Pediatría - Ginecología |
| 2013 | Medicina Interna - Medicina Intensiva Adultos - Medicina Intensiva Pediátrica - Neonatología |
| 2015 | Psiquiatría adultos - Psiquiatría pediátrica - Servicios de emergencia - Especialidades médicas en general - Cirugía General |
| 2016 | Anatomía Patológica |
| 2017 | Imagenología |

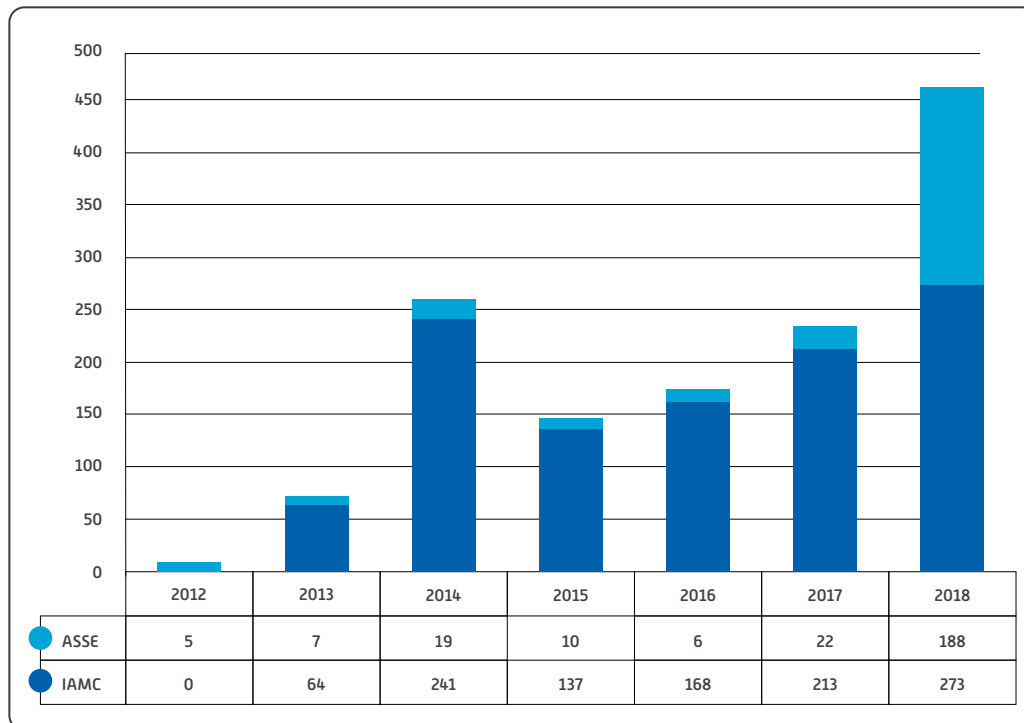
Acuerdos en ASSE

| | |
|-------------|--|
| 2012 | Acuerdo firmado en Presidencia con ASSE, MSP, MEF, MTSS y SMU, donde se instala la necesidad de convergencia entre los subsectores público y privado. |
| 2014 | Medicina General - Medicina Familiar y comunitaria - Pediatría |
| 2015 | Medicina Intensiva Adultos - Medicina Intensiva Pediátrica - Neonatología |
| 2016 | Medicina Interna |
| 2017 | Psiquiatría adultos - Psiquiatría pediátrica - Servicios de emergencia - Especialidades médicas en general - Cirugía General - Anestesia - Medicina Rural - Neonatología en cuidados moderados |
| 2018 | Ginecología - Imagenología |



Se muestra a continuación la incorporación de estos cargos en las instituciones privadas y de funciones en ASSE, destacándose en esta última el fuerte ingreso ocurrido en 2018 con 188 nuevas funciones de alta dedicación.

Gráfico 8: Evolución de la incorporación de CAD/FAD 2012-2018



Fuente: elaboración propia en base a RCIE

A diciembre de 2018, 35 instituciones del Seguro Nacional de Salud del subsector privado (11 de Montevideo y 24 del interior del país) realizaron contrataciones de cargos de alta dedicación, totalizando 1016 cargos. Por su parte, ASSE realizó contrataciones para 45 Unidades Ejecutoras ascendiendo a 255 funciones de alta dedicación. Como consecuencia, a diciembre de 2018 se cuenta con 1271 cargos y funciones de alta dedicación que se desagregan por región y especialidades de acuerdo a la tabla que sigue.

Tabla 6: Distribución de los CAD/FAD por región y sector público y privado

| | Norte | Oeste | Este | Sur | IAMC | ASSE | Total |
|------------------------------|--------------|--------------|-------------|------------|-------------|-------------|--------------|
| Medicina general | 26 | 40 | 29 | 181 | 256 | 20 | 276 |
| Medicina familiar | 4 | 6 | 1 | 35 | 18 | 28 | 46 |
| Pediatría | 33 | 31 | 44 | 162 | 216 | 54 | 270 |
| Ginecología | 10 | 10 | 6 | 0 | 15 | 11 | 26 |
| Medicina intensiva adultos | 8 | 14 | 14 | 84 | 111 | 9 | 120 |
| Medicina intensiva pediatría | 0 | 2 | 1 | 30 | 28 | 5 | 33 |
| Medicina interna | 8 | 20 | 22 | 84 | 99 | 35 | 134 |
| Neonatología | 5 | 2 | 6 | 37 | 42 | 8 | 50 |
| Psiquiatría | 7 | 12 | 4 | 27 | 44 | 6 | 50 |
| Cirugía General | 2 | 2 | 0 | 3 | 4 | 3 | 7 |
| Otras espec. médicas | 25 | 30 | 31 | 160 | 178 | 68 | 246 |
| Imagenología | 1 | 0 | 3 | 2 | 5 | 1 | 6 |
| Anestesia | 1 | 3 | 3 | 0 | 0 | 7 | 7 |
| Total | 130 | 172 | 164 | 805 | 1016 | 255 | 1271 |

Plan de Capacitación para los trabajadores de la salud

Desde el año 2016 se viene desarrollando una experiencia de capacitación que incluye al conjunto de trabajadores del subsector privado y a una proporción importante de trabajadores del subsector público, aquellos trabajan en ASSE.

Esta capacitación surge de la sexta ronda de negociación colectiva (2015) del subsector privado de la salud, donde los trabajadores médicos y no médicos, los empresarios y el gobierno acordaron promocionar la capacitación a través del pago de una partida salarial variable, y de los acuerdos alcanzados en la negociación del ámbito público de ASSE que incluyeron cláusulas similares. Aunque a diario algunas instituciones y trabajadores reali-



zan esfuerzos personales y colectivos de capacitación, esta política innovadora representa una oportunidad de incorporar a aquellos trabajadores que por distintos motivos no habían tenido acceso a la misma.

Los acuerdos de Consejo de Salarios del subsector privado asignan la responsabilidad de garantizar la implementación de los mismos al Poder Ejecutivo y prevén instancias de participación tripartita como ámbito decisorio de todo el proceso. En función de estas competencias asignadas al Poder Ejecutivo, el MSP ha venido desarrollando los cursos, tanto en lo que tiene que ver con los contenidos como en los aspectos de gestión necesarios para la implementación.

Los contenidos de los cursos se han desarrollado en base a los “Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2015-2020” de los que se desprenden los ejes longitudinales que han constituido el marco conceptual para el desarrollo de los Cursos 2016, 2017 y 2018:

1. Calidad en la atención sanitaria
2. Políticas y estrategias de promoción de salud y acceso
3. Atención de salud en el curso de vida

Los cursos se han dictado de forma virtual y auto administrada. Para los años 2016 y 2017 fueron los mismos para ASSE y el subsector privado y a partir de 2018 ASSE ha desarrollado uno específico para sus trabajadores. A continuación, la tabla 7 presenta un resumen de estos.

Tabla 7: Cuadro comparativo de ediciones - subsector privado

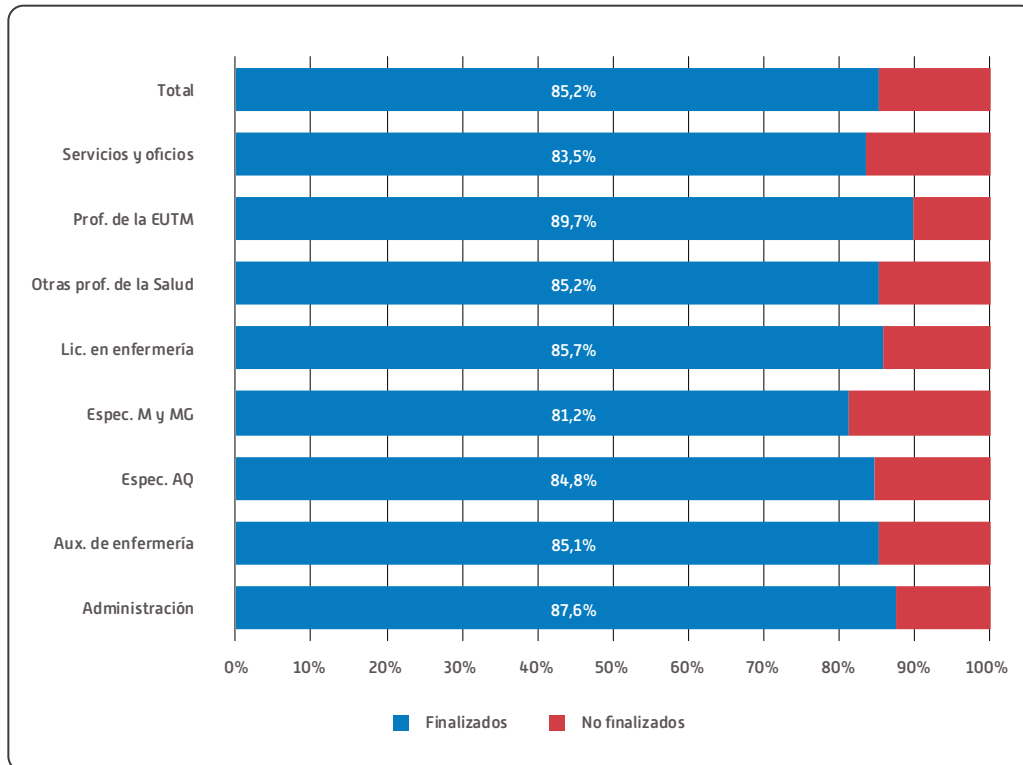
| 2016 | |
|---|---|
| Título del Curso | "Seminario Introductorio 2016" |
| Objetivo general | Fomentar las actividades de capacitación continua a los recursos humanos en salud asegurando el acceso a través del uso de las herramientas tecnológicas disponibles, enfatizando en aspectos y problemáticas relacionadas al cuidado de la salud de las personas, familia, y comunidad con un enfoque integral de la salud laboral y los procesos organizacionales de las instituciones sanitarias |
| Estructura curricular y contenidos generales | Curso único con 6 módulos: (1) Familiarización del uso las TIC y Plataforma Virtual; (2) Fundamentos del SNIS; (3) Bioética; (4) Uso racional de recursos, preventivos, diagnósticos y terapéuticos; (5) Seguridad del Paciente; (6) Cultura del Trabajo. |
| Carga horaria | 6 horas obligatorias y 4 opcionales |
| Cobertura Matriculados | 54.115 |
| Desempeño Finalizados | 47.520 |
| Finalizado/ matriculados | 88% |
| 2017 | |
| Título del Curso | "El trabajo en salud con enfoque en calidad de vida" |
| Objetivo general | Desarrollar competencias genéricas que apuntan a fortalecer las capacidades sociales, ciudadanas y de comunicación, promoviendo competencias y actitudes que apuntan al desarrollo de un trabajo digno, con énfasis en la calidad del desempeño y la calidad social. |
| Estructura curricular y contenidos generales | Un módulo transversal "El trabajo en equipo con enfoque en calidad de vida" y 6 Curso específicos: (1) El equipo de trabajo en el primer nivel de atención en salud; (2) Gestión Aplicada; (3) Organización del tiempo y del espacio de trabajo en salud; (4) Gestión Clínica; (5) Introducción a la calidad y seguridad del paciente en el SNIS; (6) Sistemas de Información y Aplicación de las TIC en salud. |
| Carga horaria | 9 horas obligatorias y 5 opcionales |
| Cobertura Matriculados | 63.561 |
| Desempeño Finalizados | 54.484 |
| Finalizado/ matriculados | 86% |



| | |
|---|--|
| 2018 | |
| Título del Curso | "Avance para una calidad de atención superior" |
| Objetivo general | Capacitar a los equipos de salud en el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) para contribuir a la profundización de la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), promoviendo el cambio de modelo de atención. |
| Estructura curricular y contenidos generales | Curso único, [Modulo común transversal] estructurado en 3 Macro competencias: [1] "Identificar las determinantes sociales de la población involucrada"; [2] "Mejorar la calidad y resolutiveidad integrando las condicionantes organizacionales"; [3] "Aprender a resolver con foco en la atención a la persona" y 6 Canastas de contenidos (actividades elegibles): [1] Técnicas de comunicación para los equipos de salud; [2] Técnicas de comunicación para los equipos de salud Gestión de Conflicto en los equipos de trabajo; [3] El derecho a la consulta oportuna a Cuidados paliativos; [4] Promoción de la Salud y prevención de las enfermedades cardiovasculares: "la hipertensión arterial"; [5] Promoción de actividades saludables y prevención de enfermedades no transmisibles; [6] Promoción de salud en ambientes libres de humo. |
| Carga horaria | 9 horas obligatorias y 5 opcionales |
| Cobertura Matriculados | 68.610 |
| Desempeño Finalizados | 58.453 |
| Finalizado/ matriculados | 85% |

Desde el comienzo de esta experiencia se observa un nivel muy alto de adhesión por parte de los trabajadores, llegando a 68.610 inscritos en 2018 de los cuales 85% finalizaron el curso. En términos demográficos, las características de los estudiantes son similar a la descrita en apartados anteriores para el conjunto de los trabajadores del sector.

Gráfico 9: Desempeño según categoría ocupacional – 2018



Fuente: Elaboración propia en base a bases de datos del Moodle MSP-INEFOP, 2018

En lo que tiene que ver con la formación, según datos que surgen de la plataforma de capacitación, más del 34,3% de los trabajadores menciona tener estudios Universitarios completos o superior (postgrados o doctorados, completos o incompletos), mientras que un 7,2% tiene estudios que no alcanzan a la educación media básica.

Antes del desarrollo del primer curso de capacitación en el año 2016, denominado “Seminario Introductorio”, más de 7 de cada 10 trabajadores (75%) nunca había interactuado ni participado en cursos online¹ si bien la amplia mayoría de los trabajadores mencionó que

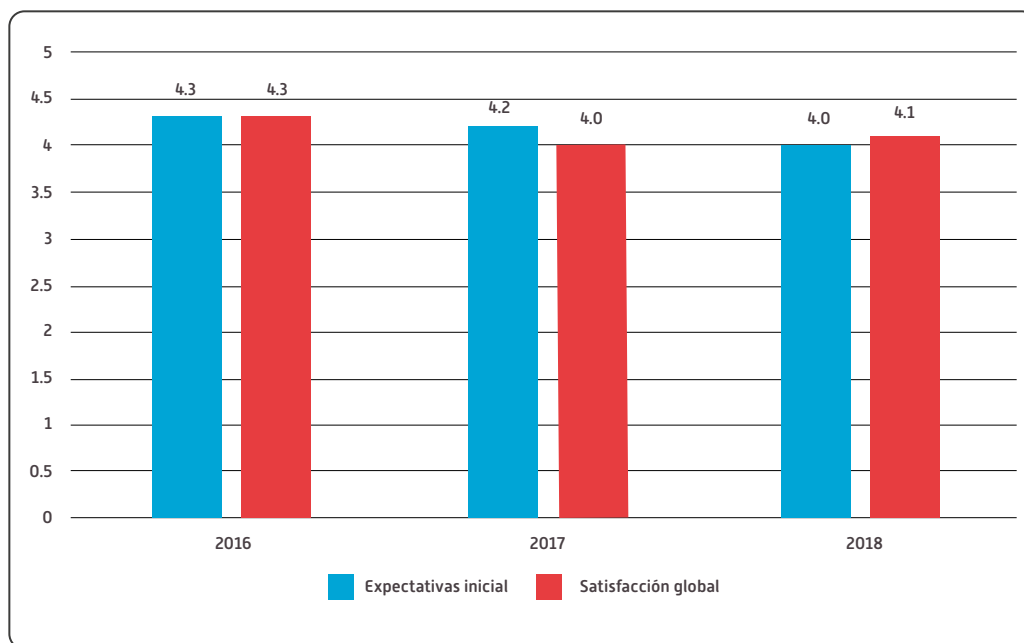
1 - Información recabada en la primera edición de cursos “Seminario Introductorio 2016”



dada las tareas que desarrolla diariamente necesitaría capacitación continua [92,8%]².

Tanto las expectativas iniciales como las valoraciones globales de los cursos asumen valores elevados dentro de la escala utilizada de 1 a 5, siendo el 5 el valor más positivo. El promedio de satisfacción global de las tres ediciones de los cursos es de 4,1, valoración que puede ser entendida como muy positiva.

Gráfico 10: Expectativas y satisfacción global según cursos dictados

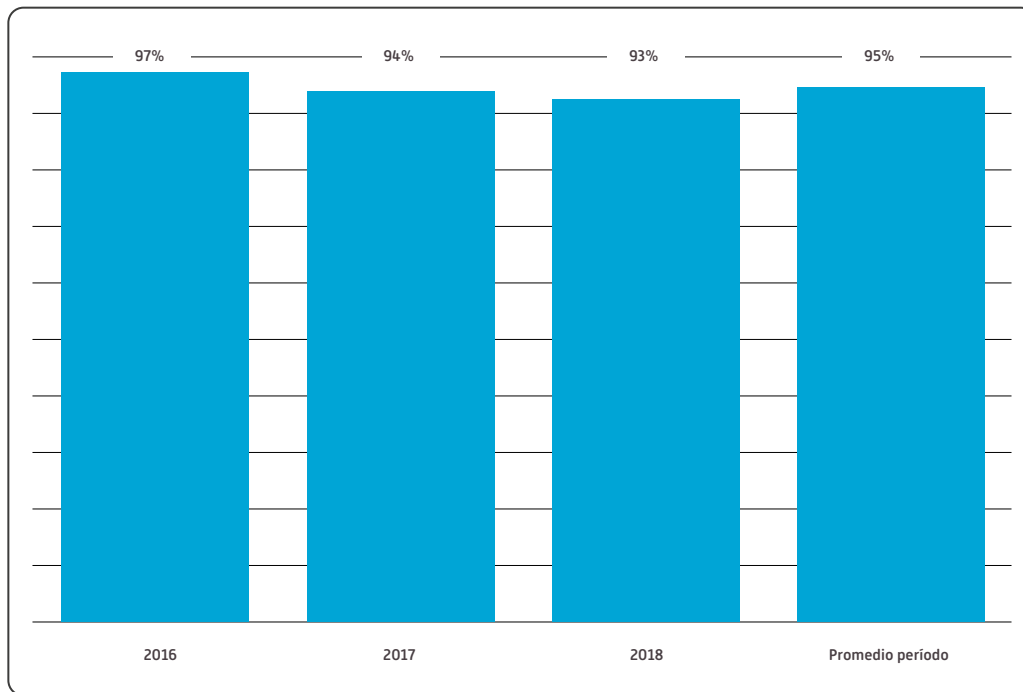


Fuentes: Elaboración propia en base a bases de datos del Moodle MSP 2016, MSP-INEFOP, 2017 - 2018

En todas las ediciones de los cursos más de 9 de cada 10 trabajadores de la salud recomendarían el curso a otro compañero.

2 - Información recabada en la tercera edición de cursos “Avances para una calidad de atención superior”

Gráfico 11: Recomendación de los cursos



Fuentes: Elaboración propia en base a bases de datos del Moodle MSP 2016, MSP-INEFOP, 2017, 2018

Desafíos futuros

De la información presentada en el presente capítulo, se desprende que nuestro país tiene grandes fortalezas en materia de recursos humanos que permitirían avanzar en los desafíos que quedan pendientes.

En primer lugar, resulta clave potenciar el rol rector del MSP en esta materia. La alta regulación del sector ha demostrado tener un efecto positivo sobre la calidad del empleo y los salarios, pero en materia laboral es necesario repensar la negociación colectiva para evitar que se sigan profundizando las desigualdades salariales y la concentración del ingreso. Si bien la heterogeneidad en los niveles de calificación requeridos para las distintas funciones que son necesarias cubrir en el sector puede justificar niveles salariales diferentes entre categorías, en los últimos años se ha dado un proceso de concentración de ingresos y de aumentos diferenciales entre categorías que es necesario revisar. Asimismo, en lo que refiere a la regulación del mercado de trabajo, si bien el sector salud tiene indicadores de



precariedad favorables el desafío está en lograr trabajos de calidad ligado a las condiciones y medioambiente de trabajo, los riesgos psicosociales asociados a la tarea de cuidado, potenciar el trabajo en equipo multidisciplinario así como la capacitación continua, lo que redundará en una mejora de la calidad asistencial.

Otro desafío clave en lo que refiere a la rectoría es lograr la incorporación de todas las instituciones, tanto del sector público como del privado a un sistema de información único de los trabajadores del sector salud. Contar con datos comparables, certeros y de calidad es esencial para el diseño de políticas en la materia. Para la toma de decisiones basada en evidencia es necesario contar con información sobre las características de los trabajadores del sector y sus condiciones de trabajo, la dotación por categorías ocupacionales, la distribución territorial y por niveles asistenciales con una mirada sistémica.

Por otro lado, la distribución de los trabajadores implica un doble desafío: mejorar la disponibilidad en el territorio de forma de dar acceso a una cobertura de calidad e integral y al mismo tiempo promover la complementación de servicios y la generación de centros de referencia nacional, que potencien las capacidades de los trabajadores. Respecto a los cambios en la organización del trabajo dentro del sector, el avance en el régimen de trabajo médico presenta como desafío universalizar la política al conjunto de los médicos. Al mismo tiempo se debe avanzar a través de la negociación colectiva en incorporar la alta dedicación al resto de los integrantes de los equipos de salud.

Por último, el plan de capacitación anual de los trabajadores de la salud ha significado un gran avance en lo que refiere a la alfabetización digital, y a la incorporación de competencias transversales asociadas a las especificidades de nuestro sistema de salud, que generalmente no integran las currículas de la educación formal. A través de esta política se le ha dado acceso a capacitación a un conjunto muy importante de trabajadores que de otra manera no hubiesen podido acceder. El desafío en este sentido es ver cómo se logra canalizar estas capacidades hacia procesos endógenos de capacitación permanente que no necesariamente impliquen la participación del MSP o la existencia de incentivos salariales.







ISBN: 978-9974-8602-6-1



9 789974 860261