

Exposición del Presidente de FEPREMI – Dr. Carlos Cardoso -, en el Almuerzo de Trabajo de ADM sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud realizado el 25 de setiembre de 2018

ÉTICA Y TRANSPARENCIA EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

1. La ética en el SNIS y en las IAMC

a. Los componentes éticos del diseño del SNIS y su necesario fortalecimiento.

Existen principios orientadores del SNIS que operan como guía ética de su diseño. En ese sentido son relevantes:

- Mantener la cobertura universal del aseguramiento en salud de la población orientada por el principio de protección sanitaria con independencia de los riesgos individuales de enfermar y morir;
- La mancomunación de los fondos destinados a financiar el sistema sobre la base de criterios de equidad contributiva para los aportes empresariales y del Estado que vinculen el aporte a la capacidad de pago y no al riesgo de enfermar;
- La accesibilidad a los servicios de forma oportuna y acorde a las necesidades de los individuos como elemento central de la factibilidad operativa del principio de universalidad;
- La sostenibilidad de los servicios en el tiempo mediante esquemas de financiamiento suficiente para asegurar respuestas sanitarias a las generaciones futuras y para brindar la mejor atención posible según el estado del arte y las posibilidades concretas de la sociedad;
- Asegurar la libre elección del usuario y la decisión informada de los pacientes.

Las instituciones de FEPREMI entienden que debe profundizarse en la definición de instrumentos que hagan cabalmente operativos estos principios en toda su dimensión, en tanto hacen a los componentes éticos del sistema y porque entiende que a la fecha no se han consolidado de manera integral. En este sentido se entiende clave avanzar en los siguientes aspectos:

- Asegurar la cobertura universal a través del Seguro Nacional de Salud.
- Generar mejores condiciones de acceso mediante el diseño de una política de tasas moderadoras de igual valor, para eliminar la diferencia injustificada entre los usuarios de Prestadores Privados y los del Prestador Público que son subsidiadas por el Estado.
- Dotar de rigurosidad metodológica la determinación de los mecanismos de financiamiento de las empresas de manera tal de asegurar su sostenibilidad de

mediano plazo y el desarrollo de buenas prácticas con adecuación a los avances tecnológicos de eficacia y efectividad compradas.

- Generar sistemas de evaluación de la calidad que permitan el monitoreo de los resultados de salud y de la satisfacción de los usuarios.
- Propiciar y fortalecer mejores condiciones para el desempeño profesional que redunden en un mejor ámbito de trabajo que facilite el mantenimiento o la reconstrucción del vínculo de confianza entre el profesional de la salud y el usuario.

b. Las IAMC como componentes del SNIS basado en los valores señalados.

Las denominadas genéricamente Instituciones de Asistencia Médica Colectiva son organizaciones privadas sin fines de lucro que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud, cuyo principal cometido es asegurar la cobertura integral de salud de sus afiliados y brindar los servicios de atención que ellos requieran en el momento oportuno.

La cobertura a la que están obligadas las IAMC en términos de servicios, prestaciones e intervenciones de salud está definida por el Ministerio de Salud Pública en los programas de atención en salud, siendo el más importante el llamado Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS).

Se trata de organizaciones que mayoritariamente adoptan la figura jurídica de Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales y que como tales están reguladas por la ley 18.440 en lo particular y por la ley general de cooperativismo N° 18.407, en lo que le sea aplicable.

Son entonces, organizaciones sin fines de lucro de propiedad cooperativa de un colectivo de profesionales médicos.

Las instituciones en el contexto del SNIS y dentro del margen de libertad que la regulación les deja para definir sus prioridades, deben diseñar sus procesos dentro de un marco organizativo que posibilite la generación de ámbitos de confianza entre las personas y la institución y principalmente de aquellos con el médico y con otros profesionales en el caso concreto de los procesos asistenciales.

Para ello existen cuestiones básicas que guían el diseño de las empresas a partir de un enfoque humanista de la atención, que está fuertemente condicionado por la calidad de la formación profesional y por los dispositivos de autorregulación ética de la profesión que se mencionan más adelante.

Estos enfoques organizativos y de gestión implican:

- el diseño de dispositivos que habiliten la atención oportuna de las personas asegurando una adecuada accesibilidad;
- la provisión oportuna y equitativa de recursos para su atención;
- la generación de espacios que propicien un clima de confianza en el ámbito de la consulta médica y de la atención en internación entre el paciente, su familia y los profesionales actuantes;
- la generación de adecuadas condiciones laborales para que estos últimos desarrollen su actividad.

La posibilidad de que estos elementos que hacen a aspectos de la meso gestión institucional, se puedan llevar adelante, dependen en gran medida de cuestiones generales del sistema más allá de la voluntad de las empresas, reconociendo que existen siempre grados de libertad para que las instituciones adopten decisiones en ese sentido, más allá de las condicionantes generales del sistema y de la regulación a la que están sometidas.

Es por ello que las empresas concentran su interés en la necesidad de mejorar el acceso a los servicios mediante modificaciones en las formas organizativas de la atención ambulatoria coordinada y mediante una mayor disponibilidad de recursos humanos a través, entre otros mecanismos, de la instalación de altas cargas horarias similares a los cargos médicos de alta dedicación.

Lo hacen también a través de políticas de inversiones que como se verá luego, apuntan a fortalecer y ampliar la capacidad de respuesta institucional a la demanda asistencial mediante la mejora de su infraestructura edilicia y tecnológica y a través de desarrollos que apuntan a mejorar la información clínica de los usuarios y el acceso de estos a dicha información, en tanto derecho que les asiste (caso de la historia clínica electrónica).

Para todo ello, FEPREMI ha decidido como política común a sus empresas, avanzar en la instrumentación de modelos de gestión orientados al afiliado, lo que supone la introducción de cambios en las formas organizativas de los procesos técnico administrativos y en la aplicación de un enfoque centrado en la calidad asistencial.

Ahora bien, el desarrollo de las políticas institucionales como las señaladas basadas en valores y principios alineados con los que animan el SNIS, se puede ver dificultado por decisiones del regulador que paradójicamente van en el sentido contrario.

Tal como surge de la definición esbozada líneas arriba, una IAMPP es una institución de propiedad cooperativa en la que los profesionales que la integran como socios, están obligados al desempeño de su profesión en la institución. Esto supone un estímulo para el médico ya que implica ser responsable de la generación de su propio ámbito de trabajo y de sus condiciones de desempeño profesional.

En este último sentido, la institución como tal debe asegurar, como compromiso ético, las mejores condiciones laborales posibles para quienes se desempeñan en ella. Esto implica el diseño y la aplicación de sistemas de incentivos, monetarios y no monetarios, que fomenten el desarrollo personal y profesional que en definitiva redundará en una mejor calidad de los servicios prestados.

Este concepto alcanza a los socios de la IAMPP en tanto aun siendo propietarios son también en los hechos trabajadores de la institución y se los remunera como tales, no percibiendo ningún otro ingreso que se corresponda con trabajo. Las IAMPP no tienen fines de lucro.

La regulación sectorial alcanza también el sistema de remuneraciones del personal de las empresas a través de los acuerdos que se alcanzan en los consejos de salarios. Por tanto, el margen para introducir incentivos económicos adicionales a los que surgen de los mencionados acuerdos, es para las empresas escaso. No obstante, es necesario que estos incentivos, sea que surjan del ámbito de los consejos de salarios o de las decisiones institucionales, contemplen los méritos profesionales, las capacidades, las aptitudes y las actitudes de las personas. De no ser así, se corre el riesgo de incentivar lo contrario, es decir, desestimular el desarrollo profesional y la actitud colaborativa con los objetivos de la institución, afectando en definitiva la calidad de la atención.

Lo señalado se relaciona directamente con el criterio general que pretende guiar los acuerdos que se vienen negociando en los consejos de salarios, que se resume en la expresión "convergencia hacia el laudo". Esto se traduce lisa y llanamente en propiciar acuerdos en los que se establezcan menores incrementos de remuneración para quienes por nivel de calificación y responsabilidad asumida, perciben mejores salarios, y mayor incremento a quienes perciben menores remuneraciones en razón de las menores responsabilidades y exigencias que los cargos que ocupan implican.

El criterio que se pretenden imponer en la negociación no genera condiciones para mejorar la calidad de la atención en tanto no reconoce el papel central que juega el médico en las instituciones de salud por su indiscutible rol como agente de confianza en el vínculo con el afiliado y las enormes implicancias que ello tiene en la calidad de la atención. Desestimular a quienes constituyen el corno de los procesos asistenciales no parece una estrategia inteligente que apunte a la potenciación de los valores institucionales señalados y a la necesaria mejora de la calidad.

La Constitución de la República, en su artículo 8º establece que todas las personas son iguales ante la ley, no reconociéndose otra distinción entre ellas sino la de los talentos o las virtudes. Los niveles de remuneración recogen este precepto al reconocer diferencias que hacen a esos talentos y virtudes. Dicho en términos más actuales, los niveles de remuneración se corresponden con el nivel de calificación profesional, con las actitudes y las aptitudes de las personas en el desempeño de su trabajo, es decir con

sus capacidades, y lo que es más importante con el valor agregado intelectual que en razón de esas capacidades, aportan a los procesos y a los resultados de las instituciones.

Al decir de Sábato, “no hay dos hombres siquiera iguales en el mundo” y no reconocerlo es no entender que la equidad como valor, supone tener en cuenta esas diferencias superando un criterio igualitarista que en ocasiones se contrapone con la equidad. Como lo señala Stuart Mills: “No es reduciendo forzosamente a la uniformidad todo lo que hay de individual en el hombre, sino cultivándolo y desenvolviéndose en los límites impuestos por los derechos e intereses de otros, como los seres humanos se convierten en un noble y digno objeto de contemplación; y como la obra adquiere el carácter de los que la ejecutan, por el mismo procedimiento la vida humana se enriquece y diversifica”.

Las empresas de FEPREMI siempre han sido ajenas a la utilización de mecanismos de captación de afiliados que no quedarán enmarcados en políticas de promoción de sus servicios y de su perfil institucional. Es decir, nunca estuvieron involucradas en mecanismos de captación de afiliados mediante la contratación de intermediarios. En este sentido y por motivos de carácter más general quizás debería a empezar a discutirse la posibilidad de avanzar en la elaboración de un manual de conducta y buenas prácticas que oficie como instrumento de autorregulación de las empresas, tal como sucede en otros sectores de la economía.

c. El rol de los médicos en la ética institucional

Las particularidades de los procesos de trabajo que se desarrollan en las IAMC como sucede en cualquier otra organización de salud en cualquier sistema, hacen de ellas un caso particular ya que los procesos asistenciales (equivalentes a los procesos de producción de cualquier otro tipo de empresa) son llevados adelante por su más calificado recurso humano, esto es, el médico.

El médico en el desempeño de sus funciones dentro del ámbito organizacional está sujeto a normas propias de la institución pero no por ello deja de estarlo por otras normas de carácter general y más abarcativo que hacen a su comportamiento ético y que por tanto permean la institución y su forma de trabajo desde el nivel operativo en que se desempeñan los médicos hacia el resto de la estructura organizacional.

Por tanto, el análisis de las cuestiones éticas relacionadas con el desempeño de las empresas del SNIS debe considerarse desde dos perspectivas diferentes: la de los médicos y la de las organizaciones como tales.

La actividad médica está fuertemente regulada. Existen diversos estamentos que aplican al control de los médicos y su desempeño profesional.

Por un lado está aquella normativa general de aplicación a cualquier ciudadano que naturalmente alcanza al médico en su profesión. Por otro, existe una institucionalidad propia de la profesión médica que regula su conducta ética.

Comisión de Salud Pública del MSP. En este último sentido, se destaca como primer antecedente la Comisión de Salud Pública del MSP, creada en la ley que dio origen al Ministerio en el año 1934. El artículo 26 de la norma le confiere a esta Comisión la potestad de constituirse en tribunal disciplinario para “juzgar y reprimir las faltas cometidas por los médicos”.

Colegio Médico del Uruguay. En segundo lugar, se destaca sin duda, el Colegio Médico del Uruguay, creado por ley N° 18.591 de 18 de setiembre de 2009, cuyo principal cometido es “garantizar al médico y a la comunidad, el ejercicio de la profesión dentro del marco deontológico establecido”.

A efectos de valorar el alcance de su cometido principal es importante recorrer aquellos que la ley señala como cometidos específicos que como se verá tienen un amplio alcance que incluye el interés por el bienestar y el derecho de los usuarios. Estos son:

- 1) Velar para que el médico ejerza su profesión con dignidad e independencia.
- 2) Vigilar que el ejercicio de la profesión médica se cumpla dentro de los valores y reglas del Código de Ética Médica.
- 3) Garantizar la calidad de la asistencia brindada por los médicos, así como la protección de los derechos de los usuarios.
- 4) Proporcionar las garantías legales y sociales necesarias para asegurar un marco deontológico adecuado, que evite el riesgo de incurrir en prácticas corporativas.
- 5) Establecer los deberes del médico para mantener actualizado su conocimiento.
- 6) Resolver sobre los casos sometidos a su jurisdicción en los asuntos relativos a la ética, deontología y diceología médicas que le sean requeridos por el Estado, personas físicas o jurídicas o por integrantes del Colegio.
- 7) Organizar actividades de educación médica continua y desarrollo profesional médico continuo, vinculados al ejercicio profesional y los preceptos éticos aplicables.
- 8) Procurar la mejora continua de la calidad en el ejercicio profesional de los médicos colegiados.

En tanto la colegiación es obligatoria y constituye requisito para el ejercicio profesional, todos los médicos están alcanzados por los principios del Colegio Médico y que se expresan en sus cometidos.

Es importante destacar que la creación del Colegio Médico fue el resultado de un largo proceso iniciado hace más de cincuenta años con las primeras propuestas a instancias del propio colectivo médico. Esto finalmente se concretó con la aprobación de la

referida ley proceso en el cual el rol de los gremios médicos como promotores e impulsores del instrumento legal fue determinante.

La ley de creación del Colegio Médico preveía la posterior aprobación de un Código de ética Médica con rango de ley cuya propuesta debía provenir precisamente del Colegio a partir de un proyecto que debía ser refrendado por la mayoría de los colegiados para que pudiese remitirse al Parlamento. El Código finalmente fue ley en setiembre de 2014 (ley N° 19.286)

Autorregulación de los médicos. El Código de Ética Médica, representa un instrumento de autorregulación que ninguna otra profesión tiene al menos con fuerza de ley. En este sentido, es decir como instrumento de autorregulación es preciso recordar que con anterioridad al proceso de derivó en la creación del Colegio Médico y del Código de Ética Médica, las dos principales gremiales médicas del país, esto es la Federación Médica del Interior y el Sindicato Médico del Uruguay contaban con sendos códigos de ética como marco ético de actuación de sus asociados.

La historia indica que la profesión médica ha estado históricamente preocupada por la conducta ética de sus integrantes y ha sido tempranamente consciente en términos comparativos con otros sectores de actividad, de la necesidad de autorregular su desempeño profesional sobre bases éticas.

La formación universitaria. Sin embargo, existe un elemento fuertemente condicionante del comportamiento ético de los médicos y de los profesionales de la salud en general y es el que deriva de la calidad de su formación de grado y de posgrado. En este sentido, las orientaciones de los planes de estudio y los énfasis que en ellos se hagan a nivel de las instituciones formadoras de recursos humanos son condicionantes cuando no determinantes de la calidad de la atención en su componente ético. Difícilmente una organización de salud podrá modular el comportamiento de los médicos si estos no se alinean a pautas éticas claras, si su formación no contempló un enfoque humanista que ponga por centro la salud y el bienestar de las personas.

2. La transparencia del sistema: ida y vuelta entre regulado y regulador.

a. La transparencia en las IAMC como entidades reguladas y en su vínculo con el afiliado.

Las IAMC incorporadas al SNIS (que son el 100% de las existentes) representan en conjunto el principal actor del sistema.

La regulación sectorial alcanza de manera muy especial a las IAMC en diversas dimensiones de su organización, funcionamiento y gestión.

Las IAMC están obligadas a suministrar al MSP información referida a su desempeño asistencial y económico financiero. Es el MSP en tanto organización del Estado depositaria de esta información, la que en función de las normas de transparencia la hace pública ya sea a través de mecanismos de transparencia activa o pasiva.

Datos de producción asistencial. Las IAMC están obligadas a informar mensualmente al MSP datos referidos a la producción asistencial en sus diferentes modalidades de atención según edad y sexo de los afiliados que utilizaron los servicios. A partir de esta información, el MSP a través del SINADI, publica con periodicidad variable pero nunca menor a un año, el consolidado regional y a nivel país, y el detalle por institución, de las tasas de uso de los distintos servicios y prestaciones que conforman ese sistema.

Indicadores de desempeño. En materia asistencial, las IAMC informan al MSP todos los datos relacionados con el sistema de pago por cumplimiento de metas que incluye una importante batería de indicadores que el MSP audita aleatoriamente, pero que se publican anualmente en la Rendición de Cuentas de la JUNASA de manera consolidada y por institución

Cantidad y perfil de los afiliados. Asimismo, también en forma mensual las IAMC están obligadas a informar el censo de afiliados, esto es la cantidad de afiliados según edad y sexo y modalidad de afiliación (Integral financiado por FONASA; integral de contratación directa por convenio colectivo o individual; de cobertura parcial). Esta información se publica en la página web del MSP de forma cuatrimestral y como consolidado anual para el conjunto de las empresas, por región (Montevideo e Interior) y por institución.

Disponibilidad y remuneración de los recursos humanos. Adicionalmente, se debe remitir dos veces año la lista (innominada) de todos los recursos humanos vinculados a la institución, sea con carácter de dependiente o de contratación de servicios profesionales, según el tipo de cargo o actividad que realizan con sus correspondientes remuneraciones (fijas y variables) desagregadas por el tiempo de dedicación a cada modalidad de atención en caso que corresponda.

Desempeño económico financiero. Respecto a su desempeño económico financiero, las instituciones están obligadas a remitir al MSP sus estados contables mensuales. Asimismo, deben enviar al Ministerio el estado de resultados y el estado de situación patrimonial anuales debidamente auditados, que además deben ser publicados en el Diario Oficial, los que se publican en la página web del MSP de manera consolidada para el total de las empresas, desagregada por conjunto de empresas de la Capital y del Interior e individual por institución.

Costos de atención. Existe además otra información que recaba el MSP, si bien no publica, que refiere a los Estado Contables de Atención a los Socios (ECAS) a los que no se da publicidad pero que supone una registración extracontable con información organizada por centros de costos.

Toda la información reseñada es publicada por el MSP en su página web, por lo que está disponible para la ciudadanía.

Infraestructura, servicios asistenciales y recursos disponibles. Además de estar obligadas a suministrar esta información al MSP, las IAMC publican en sus páginas web, información relativa a su capacidad instalada, su red de servicios según complejidad y ubicación, la organización de su consulta ambulatoria y la disponibilidad de médicos por especialidad.

Datos generales de la empresa y cartilla de deberes y derechos de los usuarios. Incluidos en sus páginas web.

De lo expuesto se desprende que el nivel de control del regulador sobre la organización, la disponibilidad de recursos, las formas contractuales de sus recursos humanos y sus niveles de remuneración, sus costos de producción, sus niveles de producción asistencial, su desempeño en las áreas que el MSP ha definido como relevantes (caso de las metas prestacionales), hace que la información relativa a todas estas dimensiones de la gestión tengan carácter público y que en tanto la mayoría de los datos que hacen a estos aspectos se publican en la página web del MSP, están a disposición del escrutinio de la ciudadanía.

Cierto es que las empresas no publican en general datos de su actuación o desempeño en su página web. Sin embargo, la información a publicar de manera sistemática debería responder o relacionarse con lo que los usuarios podrían estar demandando, lo cual implica identificar sus preferencias y necesidades, o con aquella que el regulador entiende necesaria para el afiliado, lo cual ya se aplica.

b. La transparencia del regulador

Los conceptos de transparencia activa y pasiva aplican a la administración pública. La transparencia activa es aquella a la que la organización está obligada y que implica la publicación de determinada información referida a cuestiones organizacionales y de desempeño. La transparencia pasiva representa la obligación de las organizaciones a suministrar la información que se le solicite de acuerdo a determinados criterios regulados por la ley N° 18.381, de acceso a la información pública y su reglamentación.

En ese sentido, el regulador, (a los efectos de esta presentación circunscripto a la figura del MSP, aunque conceptualmente incluye también a otros organismos como el MEF, el BPS, el MTSS, por solo nombrar algunos), está alcanzado por las normas de transparencia de la administración pública. No corresponde hacer una evaluación del cumplimiento del MSP de estas normas a las que está sometido, pero sí corresponde hacer una valoración respecto a aspectos que si bien pueden no estar directamente alcanzados por la normativa obligatoria debería considerarse como un elemento básico de transparencia en la gestión pública.

La exigencia de información debería ser un camino de ida y vuelta. Las empresas están obligadas como ya se vio a brindar determinada información al MSP, pero éste no siempre cumple con la debida transparencia de los procesos y procedimientos que involucran directa o indirectamente a las empresas del sistema.

Es así que existen procesos que requieren la intervención y autorización del MSP que en determinadas etapas se transforman en verdaderas “cajas negras”, sin plazos explícitos para que el regulador se expida y en las que existe una suerte de discrecionalidad burocrática que dificulta el acceso a información relevante para el interesado. Tales los casos relacionados con:

- La evaluación y habilitación de servicios,
- La evaluación y autorización de proyectos de desarrollo e inversión,
- La reposición de tecnología por obsolescencia,
- La incorporación de nuevas tecnologías.

Similares situaciones se han generado en torno a procesos relativos a:

- Los criterios aplicados en ocasión de instancias de determinación de precios de cápitas o de sus ajustes,
- Los criterios por los cuales se modifica la canasta de prestaciones.
- La forma en que el regulador realiza, cuando la hace, la estimación del impacto en los costos de las empresas de cambios en la canasta de prestaciones y en cómo debería reflejarse en el precio de las cápitas;
- Las modificaciones de los copagos, sea por supresión, exoneración o criterios de ajuste de sus precios, cuya evaluación ex ante en los costos de las instituciones no resultan claros.

Un capítulo particular lo constituye el proceso de determinación de altas de los medicamentos al FTM, sea que pasen a integrar el capítulo de fármacos a financiar por el FNR, sea que integren el capítulo de los medicamentos que deben proporcionar los prestadores integrales. En el primer caso (medicamentos de alto costo), el principal problema que se advierte es que el proceso está diseñado de forma tal que quien evalúa la factibilidad de su incorporación en términos de impacto presupuestal y costo beneficio o utilidad es quién se hace cargo eventualmente de su financiación.

Debe considerarse además, que la asimetría de algunos aspectos del marco regulatorio según se aplique a las empresas privadas o a el prestador público, o aun el criterio asimétrico de aplicación de una misma normativa, afecta la transparencia del sistema cuando no su componente ético.

Ejemplos de ellos son:

- El rol negociador que en ocasiones asume el MSP en representación de ASSE, lo que afecta la autonomía de esta última como servicio descentralizado y afecta la necesaria equidistancia de quién regula respecto a los agentes regulados.
- La imposición de proyectos de complementación o de instalación de servicios únicos por parte del MSP cuyo principal fin parece ser disimular las ineficiencias de ASSE más que la mejora de la atención a nivel local.
- La alteración de las condiciones de libre elección de los usuarios, de por sí restringida, mediante el cierre del período de movilidad regulada
- La adscripción de oficio exclusivamente a ASSE de los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud que no realizan su elección en el plazo establecido, como forma de asegurar una masa crítica de usuarios que sostenga la institución.
- La asimetría que supone que los beneficiarios del SNS puedan cambiar de institución en cualquier momento del año siempre que lo hagan desde una IAMC hacia ASSE o un Seguro Privado pero no puedan hacerlo en sentido inverso más que en las condiciones impuestas por el decreto de movilidad regulada.
- Los problemas de transparencia de procesos de gestión de ASSE que afectan la de todo el sistema con una actitud poco firme del MSP como regulador.

3. El caso particular de las inversiones en las instituciones del SNIS

La normativa vigente obliga a las IAMC a que cualquier proyecto de inversión, sea de desarrollo o de reposición tecnológica, así como los acuerdos contractuales con cualquier otra institución de salud para la prestación de servicios, deben ser presentados al MSP para su consideración y aprobación previo a su puesta en marcha.

Como ya se mencionó el principio que guía a las empresas en la definición de prioridades de sus proyectos de inversión está alineado con la necesidad de dar una mejor respuesta asistencial a sus afiliados, sea por un incremento de la demanda por crecimiento de su padrón de afiliados, sea por la necesidad de actualizar sus infraestructura edilicia o tecnológica, sobre la base de una mejora en el acceso a los servicios.

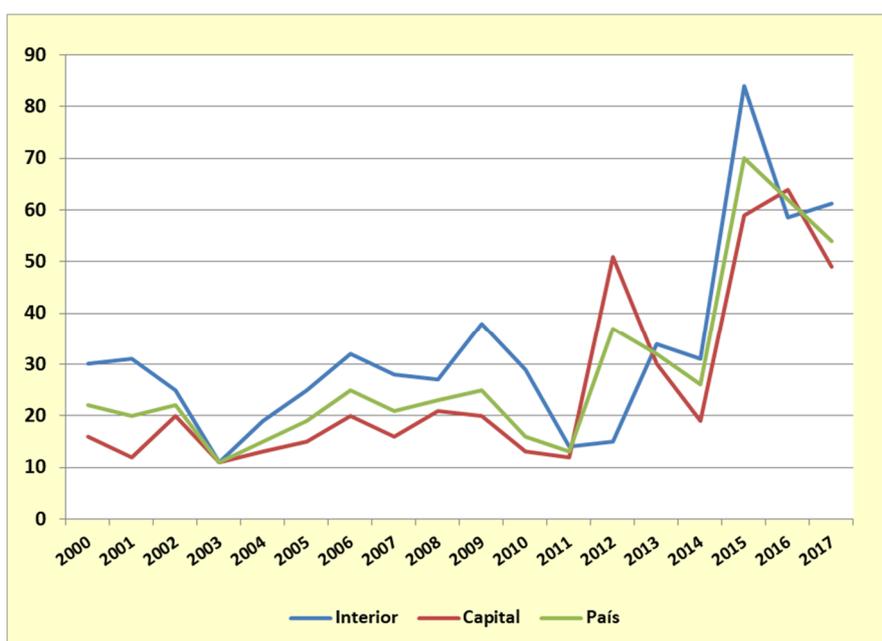
Las empresas de FEPREMI en conjunto, entre los años 2008 y 2017 invirtieron por un total de U\$S 265:000.000. 63% en obras edilicias, 34 % en equipamiento y tecnología de reposición y 3% en el desarrollo de la historia clínica electrónica y otros proyectos.

Los recursos destinados a inversión representan 4% de los ingresos operativos netos percibidos por las instituciones de FEPREMI en el consolidado de todo el período. La mitad de estos recursos están incluidos en el precio de la cápita ya que corresponden a las amortizaciones del capital instalado, pero del restante 2%, 75% proviene de los resultados de la gestión de las empresas lo que evidencia una actitud responsable y proclive a la reinversión para la mejora de las condiciones asistenciales de sus afiliados.

La inversión de las instituciones de FEPREMI representa 30% del total del sector constituido por las instituciones de cobertura integral (el total de las IAMC más ASSE).

Si se considera la inversión realizada en dólares constantes a 2008 con relación a la cantidad de afiliados, se observa que las instituciones del interior del país en su conjunto han destinado más recursos por cada afiliado que sus pares de Montevideo en casi todos los años de la serie y que sólo en algunos años, ASSE ha superado en este indicador a las empresas del Interior.

Inversión por afiliado Sector IAMC – en U\$S constantes de 2008



Inversión por afiliado Sector IAMC y ASSE – en U\$S constantes de 2008

