FEPREMI
Federación de Prestadores Médicos del Interior



SNIS:
La mirada de FEPREMI

Indice

Propuestas de FEPREMI 05

FEPREMI Propone además 05

Breve reseña del funcionamiento del SNIS 06

1. El SNIS. Caracterización 06

2. El Sector de la Salud Privada de atención integral 06

3. Evolución del gasto Salud en el país y su comparativo con el gasto en salud en el mundo 10

4. Indicadores sanitarios 11

5. **Sustentabilidad del Seguro Nacional de Salud –** Evolución de las transferencias del Estado (Rentas generales) al FONASA 13

6. El FONASA, los fondos públicos, los prestadores integrales y el afiliado 15

7. El gasto Salud ASSE. Gasto PIAS por usuario o Cuota Salud promedio equivalente 15

8. El Sector privado de atención colectiva 17

9. La Situación económica, financiera y patrimonial de las IAMC 24

10. FEPREMI – Federación de Prestadores Médicos del Interior 27

SNIS: La mirada de FEPREMI

En octubre de 2024 la ciudadanía concurrirá a las urnas para elegir a las autoridades que habrán de integrar el Poder Legislativo y el Poder Ejecutivo de nuestra República por el quinquenio 2025 - 2030.
Los distintos partidos políticos ya han elaborado o se encuentran en proceso de confección de sus propuestas programáticas.
En esta instancia FEPREMI hace pública, su mirada sobre el estado de situación del SNIS y las propuestas que desde su punto de vista deberían aplicarse para su mejora.

Propuestas de FEPREMI

- Las propuestas de FEPREMI necesarias para la mejora del SNIS son, resumidamente, las siguientes.
- Mantener inalterados los principios de autonomía de gestión de las instituciones prestadoras (art. 14º| Ley 18.211), así como el de libertad de elección del prestador por el usuario y su correlativo derecho al cambio (art. 50° Ley 18.211).
- Fortalecer las redes territoriales de atención en salud como forma eficiente de favorecer la mayor accesibilidad a los servicios por parte de los usuarios en las instituciones a las que se encuentran afiliados (arts. 39° y 40° de la Ley 18.211).
- Eliminar las coberturas múltiples a cargo a fondos del Estado, evitando el sobrecosto injustificado (art. 50° Ley 18.211).
- Ratificar el modelo de determinación de los precios de las cápitas por factores de riesgo, incluyendo el componente distancia, dada la diferente densidad poblacional de usuarios (2.410/km^2 Montevideo vs. 4,48 km^2 Interior), tomando como ejemplo el sistema israelí.
- Este aspecto incide, tanto en la atención en pequeñas comunidades rurales, como en el fomento para la mayor presencia y arraigo de especialistas.
- Reafirmar el objetivo de la universalización del sistema FONASA a toda la población, procediéndose a incluir gradualmente a los funcionarios de los gobiernos departamentales y a los tenedores de carné de asistencia gratuito al sistema de financiamiento del SNS.
- Mantener las normas que aseguran un mercado de libre competencia entre los prestadores, basados en la libertad de elección del usuario y en la exigencia del cumplimiento de las mismas obligaciones asistenciales a todos ellos, incluyendo a ASSE (art. 56° Ley 18.211).
- Confirmar la validez del modelo de las IAMC asumiendo la doble condición de Asegurador y Prestador.

FEPREMI PROPONE ADEMÁS:

- La definición de indicadores de Calidad Asistencial que posibiliten evaluar la continuidad de los procesos de atención, la oportunidad con que se brindan los servicios, la equidad entendida ésta como la razonable equivalencia entre los recursos aplicados y la situación clínica específica del usuario; así como los resultados esperados y la adecuación de la estructura al desarrollo eficiente de los procesos y su contribución a los resultados esperados. Esto posibilitará que la calidad opere como incentivo a la eficiencia, la difusión de datos útiles para la población, la mejora de las condiciones de competencia entre Prestadores y la promoción de la aplicación de herramientas de gestión clínica en las instituciones.
- Reducción del rezago tecnológico. Actualización del PIAS[1] y FTM[2] , comenzando por aquellas prestaciones que se encuentran pendientes de protocolización o normatización, teniendo presente el informe de la Comisión Internacional de Energía Atómica
- Pasaje de las Metas 4 y 5 a las cápitas; no existe un estudio que logre demostrar el resultado esperado de ambas metas como incentivos, tal como lo define la ley.
- Delimitación clara entre los planes de asistencia médica y los de cuidados, de manera de evitar la ineficacia e ineficiencia de recursos por atribuir al sector sanitario el brindar prestaciones de cuidado personal que están fuera de sus cometidos.

[1] Plan integral de atención en salud.
[2] Formulario terapéutico de medicamentos.

- Políticas de inversiones. El rezago tecnológico referido anteriormente y el envejecimiento de las infraestructuras sanitarias, se explican, entre otras razones, por la ausencia en la estructura del costo de las cuotas salud del componente inversiones. Se debe incluir este factor en la cuota salud y en la paramétrica de ajuste de precios.

- Régimen de copagos.- Tal como establece la Ley 18.211, tender hacia la disminución del valor de los copagos, manteniendo su función moderadora, que tiene como fin evitar el abuso, reconociendo su incidencia económica en la estructura de costos de la cuota salud.

- Sustituir el ingreso por recaudación de copagos (gastos de bolsillo del usuario) hacia la cuota salud, en el caso que la tasa moderadora tenga su origen en una indicación médica.

- En este mismo sentido parece razonable que, en tanto se apunta a la universalización de la cobertura, se avance en la aplicación de iguales precios de copagos, con independencia de la modalidad de afiliación de los usuarios.

- Admisión en la legislación de nuevas formas jurídicas para las IAMC que superen las históricas, con sus problemáticas. Salvo las IAMPP de reciente existencia, la forma que tienen la mayoría de las IAMC responde a realidades hoy superadas. No hay tampoco actualización de modalidades de cooperación económica, dadas las rigideces regulatorias y normas tributarias, imprescindibles para articular redes de asistencias territoriales.

- Promover e incentivar la gestión clínica como herramienta prioritaria para el manejo del futuro, dada la situación demográfica del Uruguay.

Breve reseña del funcionamiento del SNIS

A continuación, se expone una breve reseña del funcionamiento del SNIS, en particular de la Salud Privada, explicitando las bases y conceptos que fundamentan las propuestas presentadas.

1. El SNIS. Caracterización.

Los soportes básicos en los cuales se sustentó la creación del SNIS pueden resumirse en tres pilares, los que, en ese momento, se suponía debían operar de forma armónica y coordinada.

- Acceso universal de las personas a servicios integrales de salud.
- Nivel de prestaciones suficientes, brindadas en un contexto de eficiencia y eficacia general.
- Sostenibilidad financiera del sistema.

2. El Sector de la Salud Privada de atención integral

2.1. Cobertura y empleo en el sector de la Salud Pública y Privada

A marzo de 2024 la cantidad de coberturas de salud integral brindada por las 34 IAMC existentes en el Uruguay converge a 2.164.000, significando un 58% del total de coberturas, cifra que a la misma fecha asciende a 3.758.558.
La Red FEPREMI de Asistencia integrada por 22 de las 34 IAMC mencionadas, incluyendo además al Sanatorio Americano Cooperativa brinda 850.000 coberturas.

Prestadores integrales - Agrupamientos
Evolución de Afiliados totales - 2015-2024 (marzo)

	2015	Composición	2024	Composición	Variación %
IAMC FEPREMI	812.556	23%	831.376	22%	2%
IAMC interior no FEPREMI	66.792	2%	75.400	2%	13%
IAMC Capital	1.257.832	35%	1.257.214	33%	0%
Sub Total Sector IAMC	2.137.180	60%	2.163.990	58%	1%
Medicina Privada	97.703	3%	120.588	3%	23%
ASSE	1.312.298	37%	1.473.980	39%	12%
Totales	**3.547.181**	**100%**	**3.758.558**	**100%**	**6%**

Fuente: M.S.P. (web)

Por su parte, a través del FONASA son 2.643.000 las coberturas y la Red FEPREMI atiende aproximadamente a 767.000 de ellas, nuevamente considerando al Sanatorio Americano Cooperativa.

[3] IAMC, Institución de Asistencia Médica Colectiva.
[4] FONASA, Fondo Nacional de Salud,

Prestadores integrales - Agrupamientos
Evolución de Afiliados FONASA - 2015-2024

	2015	Composición	2024	Composición	Variación %
IAMC FEPREMI	713.044	30%	758.066	29%	6%
IAMC interior no FEPREMI	58.689	2%	69.055	3%	18%
IAMC Capital	1.132.551	47%	1.164.616	44%	3%
Sub Total Sector IAMC	1.904.284	79%	1.991.737	75%	5%
Medicina Privada	61.175	3%	83.296	3%	36%
ASSE	444.243	18%	568.653	22%	28%
Totales	**2.409.702**	**100%**	**2.643.686**	**100%**	**10%**

Fuente: M.S.P. (web)

En lo que refiere a personal empleado, tal como se expone en los siguientes cuadros, el sector de la salud, en su conjunto, ocupa el tercer lugar en cantidad de personas en actividad, solamente superado por el comercio y la industria.

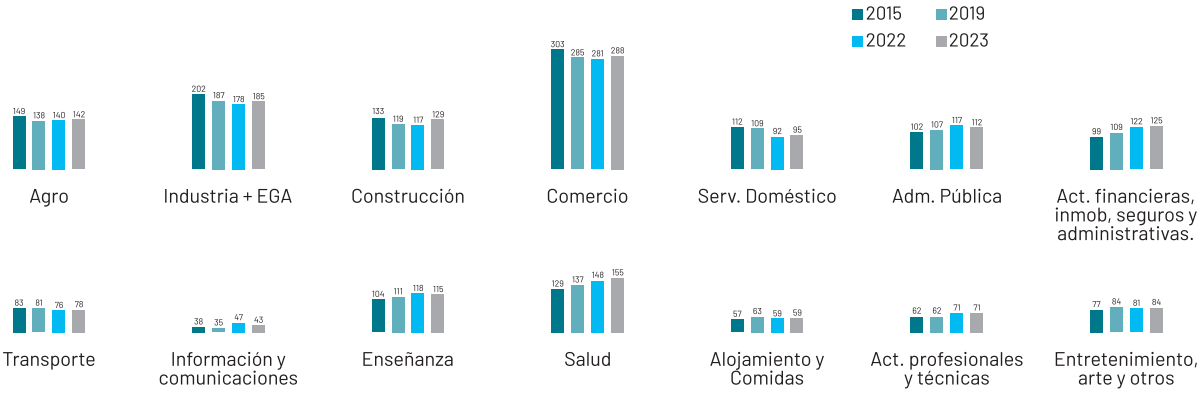
A su vez, de acuerdo con los datos recabados del reporte SIPS[5] presentado trimestralmente por las instituciones a MSP en forma obligatoria, la cantidad promedio de personal dependiente en el sector IAMC de la salud privada para el año 2023, superó las 55.000 personas en todo el país.

Cantidad de Funcionarios en los prestadores privados - 2023

Grupo de Especialidad	Interior Fepremi	Interior Otras	Capital	Seguros Privados	Total general
Médicos	3.300	378	8.335	285	**12.298**
Enfermería	6.227	528	8.807	730	**16.292**
Técnicos	2.728	233	4.792	145	**7.898**
Administración	3.716	361	4.907	767	**9.751**
Servicios y oficios	3.121	231	4.412	504	**8.268**
Otros	257	18	342	32	**649**
Total general	**19.349**	**1.749**	**31.595**	**2.463**	**55.156**

Fuente: M.S.P. - SIPS agosto 2023

Empleo por sector de actividad
(en miles; promedio anual)



Fuente: CED

[5] SIPS - Sistema de información del personal de la salud.

Las coberturas de atención de salud integral que el Sector IAMC presta, de 58% sobre el total general o de 75% sobre las coberturas del FONASA, así como su incidencia en el empleo, evidencian el impacto que el sector tiene en la economía global del país.

2.2. Marco regulatorio de financiamiento del sector IAMC.

El MSP es el regulador de la asistencia médica en el país, tanto pública como privada. La JUNASA[6] es quien administra el Fondo Nacional de Salud – FONASA.

Dentro de las principales regulaciones hacia el Sector Privado de la atención integral (Sector IAMC- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva-Decreto-Ley 15.181), se encuentran:

- Las IAMC deben prestar asistencia integral a sus afiliados a cambio del cobro de una cuota prepaga mensual.
- Cada prestador integral debe firmar un contrato de gestión con la JUNASA. El contrato vigente rige desde el año 2012. En este documento se establecen los derechos y obligaciones de los prestadores de salud integrales.
- Por los afiliados con derecho a la cobertura FONASA, el BPS -por cuenta y orden de la JUNASA- abona cápitas, que representan el precio a pagar por el riesgo de atención de las personas, según la edad y sexo de las mismas. Además, por cada afiliado FONASA se pagan metas prestacionales que se establecen en línea con los objetivos sanitarios definidos para el país. La cápita más la meta conforman la llamada Cuota Salud.
- Además de las cuotas salud FONASA, hay cuotas individuales de personas sin derecho al FONASA y que son abonadas de su propio bolsillo. También están los convenios colectivos, como el del Ministerio del Interior - Sanidad Policial, por la cobertura de los policías en actividad y jubilados en el interior.
- Todos los precios que las IAMC perciben de sus afiliados, por las prestaciones incluidas en el PIAS, están regidos por el Contrato de Gestión (cápitas, metas, tasas moderadoras, copagos, etc.), en el caso de los afiliados FONASA (art. 15º de la Ley 18.211) o son precios administrados por el Estado, en el caso de las cuotas individuales y las cuotas de los convenios colectivos.
- Todos los precios se ajustan a enero y julio de cada año a partir de una paramétrica que surge de la estructura de costos de las IAMC, de acuerdo con los estados contables consolidados de las seis IAMC con mayor masa salarial en cada año.
- Las prestaciones que las IAMC deben obligatoriamente brindar están incluidas en el Plan Integral de Atención de Salud – PIAS que decreta el Poder Ejecutivo.
- El catálogo de medicamentos obligatorio a dispensar está incorporado en el Formulario Terapéutico de Medicamentos – FTM que integra el PIAS.

2.3. Los costos de atención de salud y las cápitas

El proceso de reforma del sistema de salud implantado en el país, implicó entre otros aspectos una modificación en la forma de financiamiento a los prestadores de salud por el costo insumido en asegurar y brindar la cobertura sanitaria a la que tienen derecho sus usuarios, a través de la seguridad social (FONASA).

Esta nueva forma de financiamiento a los prestadores se tradujo en la introducción de precios diferenciales por tramos de edad y sexo (cápitas), en el entendido que estas dos variables implicaban una adecuada aproximación al perfil de riesgo sanitario para los colectivos bajo cobertura.

Las cápitas se definieron como el costo esperado, según el tramo de edad y sexo establecido, del conjunto de prestaciones de salud necesarias, que un prestador de salud integral debe proveer, para la atención de sus beneficiarios con cobertura financiada a través del FONASA.

Se definieron dieciséis valores de cápitas, de acuerdo con la edad y sexo de las personas. Adicionalmente se agregaron una serie de metas prestacionales, que cada prestador debía cumplir con la totalidad de sus afiliados y, en dicho caso, percibiría además un monto fijo adicional por afiliado, que en la actualidad representa en el entorno del 9% de la cápita promedio.
Si bien se estableció en la ley que las metas prestacionales eran de ejecución opcional para los prestadores privados, la forma de financiación elegida, implicó en los hechos que, si no cumplían con las metas, los prestadores veían disminuir sus ingresos.

[6] JUNASA, Junta Nacional de Salud, creada por la Ley 18.211 de fecha 5 de diciembre de 2007 en su Capítulo III (Art. 23 al 33).

La estructura de cápitas definida en el año 2007, se ha mantenido prácticamente incambiada hasta el día de hoy, a pesar de que las características demográficas y sobre todo, su comportamiento sanitario, podrían haber sufrido cambios en estos 17 años.

El valor de la cápita así establecido, más el valor de la Meta Prestacional cumplida, conforman, como se expresó, la denominada Cuota Salud.
A continuación, se expresa la estructura relativa y de pagos por cada tramo de edad y sexo, que abona la JUNASA.

Los valores expuestos son los vigentes a Mayo 2024, los cuales se establecen y ajustan mediante decretos del Poder Ejecutivo.

Ministerio de Salud Pública

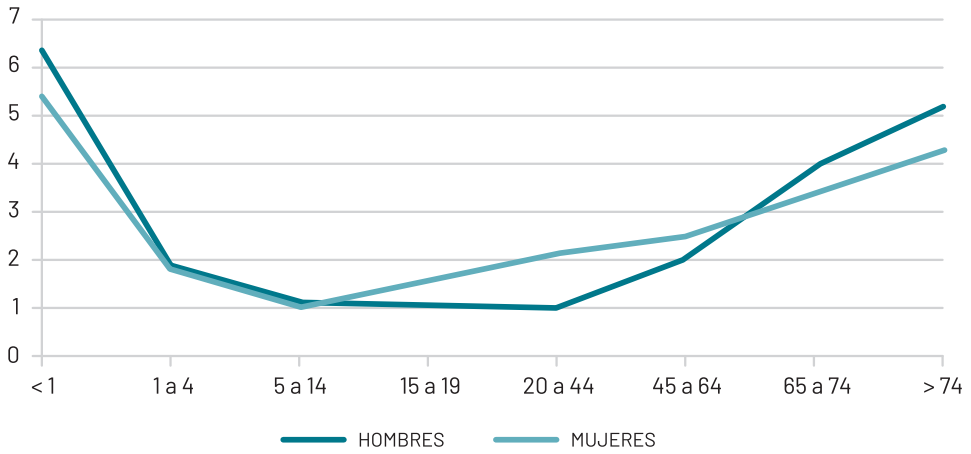
Mayo 2024 - Decretos 113/024, 114/024, 115/024 y 116/024

Incremento de cápitas FONASA	
Nueva cápita base ($)	1607,03

Estructura de cápitas relativas		
EDAD	HOMBRES	MUJERES
<1	6,4095	5,4752
1 a 4	1,8771	1,7693
5 a 14	1,1155	1,0080
15 a 19	1,0855	1,4410
20 a 44	1,0000	2,1335
45 a 64	2,0492	2,5052
65 a 74	3,9319	3,4222
>74	5,1757	4,2729

Estructura de cápitas absolutas		
EDAD	HOMBRES	MUJERES
<1	10300,21	8798,76
1 a 4	3016,55	2843,39
5 a 14	1792,71	1619,84
15 a 19	1744,36	2315,78
20 a 44	1607,03	3428,61
45 a 64	3293,06	4026,00
65 a 74	6318,68	5499,57
>74	8317,58	6866,73

CUOTAS AFILIACIÓN INDIVIDUAL Y COLECTIVAS IAMC	
Máximo autorizado para el aumento de cuotas de afiliación individual	**$ 4,95**



3. Evolución del gasto Salud en el país y su comparativo con el gasto en salud en el mundo

El gasto salud en el Uruguay se encuentra prácticamente estabilizado desde hace una década y media, en un rango de convergencia que se aproxima al 8% - 9% del PBI. A su vez, el gasto público en salud supera el 6% y el gasto de bolsillo es inferior al 20%[7] del gasto total, que son los límites que recomienda la OMS.
El gasto per cápita en pesos corrientes, en 2022, fue de $ 6.183 por mes.

Gasto y financiamiento de la Salud en el país

	Gasto Salud millones de $ corrientes	Gasto Salud en $ corrientes per cápita	Gasto Salud total en % del PBI	Gasto público en Salud % PBI
2005	34.915	10.415	7,53%	3,55%
2010	68.629	10.205	7,78%	4,84%
2015	134.625	38.830	8,48%	5,84%
2016	152.686	43.873	8,81%	6,15%
2017	166.642	47.705	8,79%	6,12%
2018	182.686	52.107	9,10%	6,32%
2019	207.233	58.897	9,45%	6,32%
2020	208.212	58.968	9,23%	6,64%
2021	239.747	67.667	9,06%	6,74%
2022	263.753	74.194	9,13%	6,48%
2023	253.096	73.510	8,44%	6,16%

Fuente: 2005-2022-CNS-AES-MSP y 2023- Estimación propia

Gasto Salud en el mundo - 2021
Países seleccionados % sobre el PBI y per capita en euros

	PBI	per capita	Modelo
Estados Unidos	16,6%	10113	seguros privados
Cuba	13,8%	5172	único público
Alemania	12,7%	4953	seguridad social
Francia	11,9%	3911	seguridad social
Japón	11,5%	3188	seguro público único
Gran Bretaña	11,3%	5493	público Impuestos grales
Finlandia	10,2%	3714	Impuestos generales
Brasil	9,9%	293	mixto
Argentina	9,7%	562	mixto
Panamá	9,7%	665	público mixto
Chile	9,3%	907	mixto públio y seguro privado
Uruguay	9,2%	1015	seguridad social
Rusia	5,3%	563	único público
China	2,9%	307	único público

Fuente: Statista y otras

[7] La OMS, Organización Mundial de la Salud, prevé un gasto de bolsillo inferior al 20% del gasto corriente en salud, debiendo financiarse el resto con fuentes públicas. Este esquema pretende reducir el riesgo financiero de los hogares, y por lo tanto, evitar contribuir a escenarios empobrecedores o catastróficos.

En esta lista se hallan países que han adoptado diferentes sistemas de salud, en donde prepondera algún atributo, tales como: ser de modelo único o que coexiste con otro; la forma de financiamiento a través de seguro público o de impuestos generales; el alcance de su cobertura, universal o según niveles de ingresos de las personas, entre otros.

Una clasificación habitual de los diferentes modelos en el mundo es la siguiente: modelo de seguro público-Bismarck; modelo público de impuestos generales - Beveridge; modelo de libre mercado o de seguros privados; modelo fragmentado o único; modelo mixto, donde coexisten el esquema público y el de seguro privado, con más o menos similar incidencia.

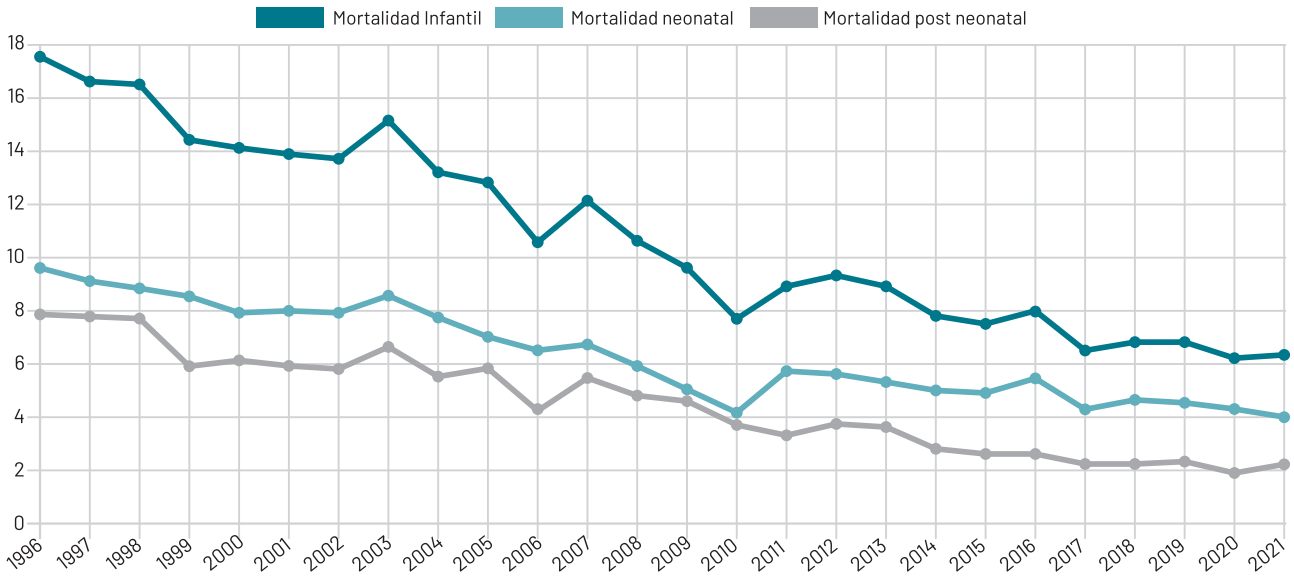
4. Indicadores sanitarios

4.1. El rol que desempeñan los Prestadores en el logro de los objetivos sanitarios que se expresan en indicadores mundialmente utilizados son elocuentes. Se pasa a exponer dos de ellos.

4.2. Esperanza de vida al nacer y Mortalidad infantil

Uruguay - Esperanza de vida al nacer			
Fecha	Esperanza de vida - Mujeres	Esperanza de vida - Hombres	Esperanza de vida
2022	81,69	74,15	78,00
2021	79,26	71,65	75,44
2020	81,91	74,69	78,43
2019	81,30	73,58	77,51
2018	81,28	73,75	77,61
2017	81,32	73,73	77,63
2016	81,36	73,59	77,57
2015	81,39	73,39	77,48
2014	81,36	73,20	77,37

4.2. Mortalidad infantil



Tasa de mortalidad infantil, neonatal y posneonatal cada mil nacidos vivos. Total país.
Fuente: MSP Estadísticas vitales | Fecha: 31/07/2024

La incidencia del sector IAMC en estos indicadores que distinguen al país a nivel continental y mundial, es indiscutible.

4.3. Evolución e incidencia en los costos de la actividad asistencial.

La actividad asistencial de las IAMC ha tenido una tendencia creciente, antes y luego de la desaceleración general impuesta por la pandemia. En efecto, si se miden todos los servicios básicos que prestan las IAMC al afiliado, uniformizados en términos de policlínica (servicio de mayor incidencia y peso en los costos), el crecimiento de la actividad de 2023 respecto a 2019 (pre pandemia), ha sido del 5,35% en términos globales.

SECTOR IAMC	EVOLUCIÓN UTILIZACIÓN ANUAL POR AFILIADO PROMEDIO EN UNIDADES DE POLICLÍNICA (se pondera en base al costo de policlinicas ECAS[8])								
Ponderador	**Atención Ambulatoria**	**10/16 - 09/17**	**10/17 - 09/18**	**10/18 - 09/19**	**10/19 - 09/20**	**10/20 - 09/21**	**10/21 - 09/22**	**10/22 - 09/23**	**2023 vs 2019**
1,000	Policlínica	5,306	5,329	5,273	4,605	4,975	5,123	5,222	
0,046	Domicilio no urgente	0,006	0,008	0,008	0,008	0,009	0,010	0,009	
0,275	Urgencia/Emergencia	0,299	0,294	0,304	0,223	0,210	0,321	0,322	
0,045	Domicilio Urgente	0,007	0,007	0,006	0,006	0,006	0,007	0,006	
	Medicamentos								
0,236	Medicamentos	4,245	4,291	4,392	4,303	4,440	4,686	4,936	
	Internación								
0,053	Internación Domiciliaria	0,007	0,007	0,007	0,007	0,008	0,008	0,009	
0,455	Cuidados Moderados	0,219	0,212	0,206	0,176	0,170	0,191	0,193	
0,279	CTI / CI Total	0,013	0,014	0,013	0,011	0,014	0,013	0,013	
	Centro Quirúrgico								
0,386	Block - Coordinación	0,021	0,020	0,021	0,016	0,015	0,020	0,021	
0,386	Block - Urgente	0,008	0,008	0,008	0,008	0,007	0,008	0,008	
	Servicios de Diagnóstico								
	Laboratorio *								
0,164	Laboratorio	0,995	1,046	1,064	0,947	1,083	1,144	1,169	
	Radiología								
0,087	Radiología	0,037	0,038	0,039	0,031	0,031	0,039	0,040	
	Otros Estudios Diagnósticos								
0,015	Ecodopler	0,001	0,001	0,001	0,000	0,001	0,001	0,001	
0,040	Ecografía	0,013	0,013	0,013	0,011	0,011	0,013	0,014	
0,027	Endoscoia	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	
0,032	Resonancia	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	
0,059	Tomografía	0,005	0,006	0,006	0,006	0,006	0,008	0,008	
	Total Interacciones	11,184	11,293	11,364	10,360	10,989	11,593	11,972	**5,35%**
	Variaciones		0,98%	0,63%	-8,83%	6,07%	5,50%	3,27%	
	Afiliados Promedio	818.501	815.689	809.087	813.496	817.513	829.538	828.907	2,45%
	Variaciones		-0,34%	-0,81%	0,54%	0,49%	1,47%	-0,08%	

Según conclusiones de un estudio reciente, desde el ámbito técnico de FEPREMI, mediante la aplicación de un modelo econométrico de regresión lineal[9] , se obtuvo una correlación entre la variación de la actividad asistencial y los costos asistenciales operativos incurridos para la prestación de esos servicios. La relación mencionada establece una proporción de 5 a 1, lo que implica que, en el momento actual, por cada 1% de incremento en la actividad asistencial, se elevan los costos de atención en 0,2%.

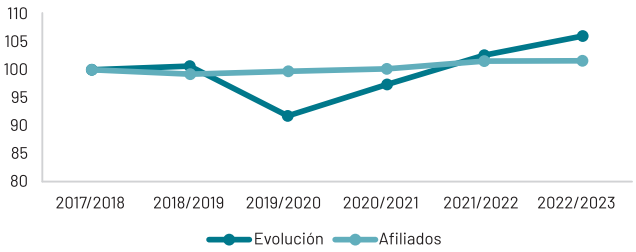
Tomando como base la evolución acumulada de la actividad asistencial que muestra el cuadro anterior, desde el 2016/2017 hasta el 2022/2023, se obtiene la siguiente relación:

[8] ECAS, Estudio de Costos para la Atención en Salud es un informe anual obligatorio presentado por las IAMC al MSP con periodicidad anual.
[9] El trabajo fue presentado a las autoridades del MSP y JUNASA, así como al equipo técnico de Economía de la Salud del MSP en el año 2023.

Evolución Actividad Asistencial
Ponderada en unidades de policlínica (costo ECAS)
2017/2018=Base 100

Ejercicio	Evolución	Afiliados
2017/2018	**100,00**	100,00
2018/2019	**100,63**	99,19
2019/2020	**91,74**	99,73
2020/2021	**97,31**	100,22
2021/2022	**102,66**	101,70
2022/2023	**106,01**	101,62

Evolución Actividad asistencial y Afiliados
Base 100=2018/18



Como se observa tomando Base 100 en el ejercicio económico 2016/2017, la actividad asistencial hasta el último ejercicio económico completo cerrado en 2022/2023, ha acumulado un crecimiento de 6,01%. En efecto, luego de la caída en la atención sanitaria global, fruto de la menor movilidad social que acompañó a la pandemia, la actividad no solo se recuperó por encima de los niveles pre pandemia sino que, además, muestra una tendencia creciente que se mantiene en lo que va de 2024.
Aplicando entonces la regla obtenida a partir del trabajo de regresión lineal realizado, se concluye qué dado el incremento de la actividad asistencial por afiliado, se ha producido durante el período 2018-2023, un aumento en los costos de atención por afiliado de 1,20%.
Este incremento, a la fecha, no ha sido reconocido en la cápita y demás precios regulados.
No cabe duda de que el pasaje por la pandemia y los esfuerzos por controlarla, provocaron cambios no solo por el surgimiento de nuevas prácticas o nuevas formas de producir, como puede ser el teletrabajo y la telemedicina, sino que también, dejó instalados cambios en el comportamiento social, que afectan particularmente a la salud. Desde el punto de vista de las IAMC, el comportamiento de la demanda y de una sociedad más propensa a la prevención en salud, o bien, más proactiva al tratamiento de dolencias, han afectado al alza a la actividad en términos de producción asistencial y por lo tanto, ha impactado también en el aumento de los costos de atención al socio y por supuesto de la inversión hacia dentro de las instituciones prestadoras.

4.4 Gestión Clínica

En 2006 Shannon Brownlee y M. Porter publicaron respectivamente las obras "Sobretratados" y "Redefinir el cuidado en salud".
En 2007 se publicó "Reseteando los tratamientos". Estas publicaciones generaron un estallido de críticas a una provisión de servicios asistenciales basada en el consumo, en vez de en el VALOR. A partir de aquí se ha ido introduciendo el concepto porteriano de valor, como la percepción que las personas tienen de la efectividad en relación al costo del proceso.

En el 2017 se publicó en la prestigiosa revista The Lancet un trabajo de Kleinert y Horton denominado "Cuidado Correcto" en el que sus autores definieron el nuevo concepto de gestión clínica como la atención a la salud que aporta más beneficios que efectos no deseados; teniendo en cuenta las circunstancias de cada paciente, sus valores e idiosincrasia, y que además se sustenta en la mejor evidencia disponible, incluyendo los estudios de costo/efectividad. En el mismo trabajo se asegura que las prácticas clínicas de bajo valor pueden representar entre un 25% y 33% de los gastos de salud, derroche que atraviesa a todos los prestadores.

En tiempos de aumento del porcentaje de la población mayor de 65 años, multitratada, plurimedicada y sobrediagnosticada, se nos presentan las herramientas de la gestión clínica como aquellas conductas médicas que deben tomar en cuenta a la persona, a los profesionales de la salud, a la sociedad que financia sistemas de salud y al sector político que debe administrar las restricciones presupuestales.

FEPREMI considera que, -dada la situación demográfica del Uruguay-, el regulador debe promover e incentivar la gestión clínica, así definida, como herramienta prioritaria para el manejo de la práctica médica a futuro.

5 Sustentabilidad del Seguro Nacional de Salud – Evolución de las transferencias del Estado (Rentas generales) al FONASA

Interesa analizar este tema, que ha sido objeto de diversas opiniones y que intentan, en algunos casos, demostrar que el financiamiento del FONASA correspondiente a rentas generales es creciente y ponen en duda su sustentabilidad.
Se demostrará que dicha duda no es consistente.
Los ingresos, gastos y las transferencias de Rentas Generales al FONASA, se ejecutan en moneda nacional. Por consiguiente, las comparaciones, para que sean consistentes, deben realizarse en esta moneda. A su vez, para eliminar el efecto inflación, se deben confeccionar a precios constantes.

Procediendo de esta forma, se evidencia que el desequilibrio financiero del FONASA, se encuentra, desde el año 2017, en una meseta, en el entorno de los 32.000 millones de pesos anuales. Esta cifra oscila, según el año, en el 25% de los egresos totales, lo que significa aproximadamente un 1% del PBI y representa un tercio del déficit global de las cuentas públicas del país.

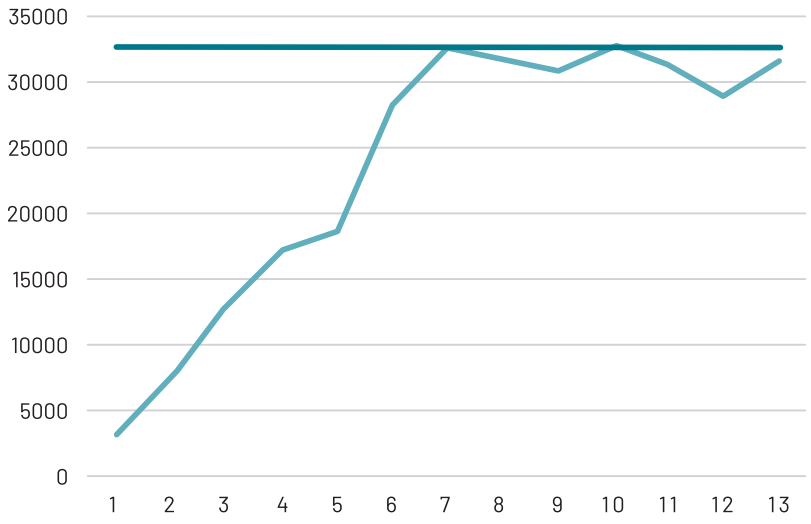
Esta situación ya era conocida desde el año 2012, cuando se votó por parte de todos los partidos políticos, la incorporación gradual de los jubilados y pensionistas a la cobertura del fondo (Ley Nº.18.731). Este proceso de incorporación a la cobertura culminó precisamente en 2016, con el ingreso previsto del último contingente de aquel grupo.

Seguro Nacional de Salud - FONASA
Evolución de Ingresos y Egresos 2011 - 2023
Millones de pesos constantes de 2023

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ingresos	99,053	100,151	100,142	96,123	96,263	99,852	105,324
Egresos	131,643	132,076	131,182	128,753	127,727	128,762	137,199
Transferencias	-32,590	-31,925	-31,041	-32,631	-31,464	-28,910	-31,875
Transf./Egresos	25%	24%	24%	25%	25%	22%	23%
Transf./PBI	-1,12%	-1,10%	-1,06%	-1,18%	-1,06%	-0,96%	-1,07%
Déf. Fiscal (DF) / PBI	-3,50%	-4,00%	-4,90%	-5,90%	-4,40%	-3,20%	-3,10%
Transf. Fonasa / DF	32%	27%	22%	20%	24%	30%	34%

	Transferencias Rentas Generales
2011	3169
2012	7552
2013	13034
2014	17337
2015	18711
2016	28282
2017	32590
2018	31925
2019	31041
2020	32631
2021	31464
2022	28910
2023	31875

Transferencias al FONASA a precios constantes 2023 millones de pesos



En conclusión, las versiones alarmistas de un "supuesto déficit record" del FONASA en 2023, carece de asidero. Medido correctamente, desde el año 2017, el sistema se encuentra estabilizado.

6. El FONASA, los fondos públicos, los prestadores integrales y el afiliado

El FONASA es un fondo financiero que se nutre del aporte de los trabajadores, los empleadores, los jubilados y el Estado. Se trata de un fondo contributivo público de seguridad social, creado con un fin específico, que es el de financiar las prestaciones integrales de salud a aquellos beneficiarios que adquieren dicho derecho por ley.

Los prestadores integrales de salud integrantes del Seguro Nacional de Salud (SNS) que es financiado por el FONASA, son las IAMC, ASSE y los seguros privados. En total 41 prestadores de salud integrales. Estas empresas asumen el rol de brindar la atención de salud de las personas que se adhieran. El FONASA abona al prestador seleccionado la cuota mensual, determinada según la edad y sexo de la persona (cuota salud). Con dicha cuota percibida corresponde a cada prestador brindar la atención comprometida y desarrollar la gestión de esos dineros para financiarla.

A la vez, ese mismo prestador, desarrolla en simultáneo la función de reasegurador y es quien administra en exclusivo el riesgo económico que supone la atención de salud de aquellas personas que lo eligieron como tal.

Como se ve, la función aseguradora del SNS se transfiere íntegramente al Sector de los Prestadores y al Fondo Nacional de Recursos, mediante un régimen de reaseguro total.

En efecto, el SNS no toma el riesgo asegurador pagando los actos médicos, sino que abona a cada Prestador, como se dijo más arriba, una cápita que comprende *el costo esperado, según el tramo de edad y sexo establecido, del conjunto de prestaciones de salud necesarias, que un prestador de salud integral debe proveer, para la atención de sus beneficiarios con cobertura financiada a través del FONASA.*

Algo similar sucede con el FNR. Por cada usuario de un prestador privado el FNR recibe una cuota mensual, con cuyo fondo paga a los IMAE los actos médicos que demanden los pacientes por las técnicas cubiertas por dicha persona de derecho público no estatal.
Para los usuarios de ASSE que requieren atención de técnicas cubiertas por el FNR, el Poder Ejecutivo transfiere a éste periódicamente de Rentas Generales, una suma específica calculada en función del número de casos atendidos en los IMAE perforando la lógica del seguro general.

Por lo tanto, en última instancia, la frontera entre los fondos públicos provenientes del FONASA y la administración del riesgo de atención mediante dicha financiación (esto ya en la órbita privada, propia y específica de la gestión de cada entidad prestadora), la dirime **la libre elección** de las personas, que optan por uno de los 41 prestadores integrales de salud existentes. Dicha gestión de salud del prestador está reglada en un contrato que firma con la JUNASA. Es por tanto la decisión libre de las personas, la que direcciona hacia qué prestador deben canalizarse esos fondos, para financiar su atención de salud. Libertad que, -junto con la autonomía de gestión de los Prestadores (art. 14º ley 18.211), debe respetarse.

7. El gasto Salud ASSE. Gasto PIAS por usuario o Cuota Salud promedio equivalente.

7.1. Los criterios de medición

De forma recurrente se suele, en diversos ámbitos, medir la evolución del gasto de ASSE en la atención y cobertura de salud de sus usuarios. Adquiere relevancia entonces, describir la forma de como medir ese gasto y comparar su evolución.
Es decir, los criterios a aplicar para comparar, en el tiempo, de forma precisa y consistente, la evolución de dicho gasto, tanto en términos absolutos, como en términos de usuario per cápita.

7.2. El Gasto PIAS por usuario

Se denomina gasto PIAS a aquel gasto derivado del cumplimiento del Plan Integral de Atención en Salud – PIAS. Es decir, refiere al gasto que un prestador integral del SNIS, realiza, en cumplimiento del paquete de prestaciones de salud obligatorias que debe brindar a sus usuarios.

En el caso del prestador integral ASSE, ese gasto puede tener diversos orígenes, a saber:

- Gasto Presupuestal correspondiente al inciso 29 del presupuesto nacional, que es la principal fuente de financiamiento.
- Gasto que las Intendencias Municipales en todo el país, aplican en sus respectivas jurisdicciones departamentales, a usuarios de ASSE, en las denominadas policlínicas municipales.
- Gasto proveniente del Fondo Solidario COVID para el refuerzo del combate a la pandemia en 2020-2021 y 2022.
- Otras fuentes, como donaciones, tanto internas, como externas al país.

Una vez determinado el gasto PIAS total de ASSE, en sus diversas fuentes, se divide entre la cantidad de usuarios integrales promedio, en base a la información del MSP y se alcanza el gasto PIAS mensual medio, promedio por usuario.

Se detalla a continuación la evolución de dicho gasto por usuario en ASSE y se lo compara con el mismo gasto, en términos de afiliado, para el sector IAMC.

Gasto medio por usuario - ASSE - IAMC - 2015 - 2023

	ASSE	IAMC	ASSE/IAMC
2015	1.666	2.019	0,83
2016	1.962	2.321	0,85
2017	2.102	2.508	0,84
2018	2.167	2.669	0,81
2019	2.367	3.119	0,76
2020	2.541	3.332	0,76
2021	3.150	3.480	0,91
2022	3.268	3.781	0,86
2023	**3.215**	3.910	0,82

- **Gasto PIAS ASSE** – Ejecución presupuestal de ASSE, excluyendo el gasto de unidades no PIAS (Piñeiro, Privados de libertad, Vilardebó). Incluye Fondo COVID, para 2020-2021 y 2022 y gasto de Intendencias Municipales.
- **Gasto PIAS IAMC** – ER - Estado de Resultados, a valores históricos, excluyendo del costo operativo, la venta de servicios a no afiliados.

Por consiguiente, de este análisis, se desprendería que el gasto medio PIAS de ASSE por usuario, en 2023, sería un 18% inferior, al mismo gasto medio por afiliado, que realizan las IAMC de FEPREMI.

7.3. Comparativo en base a Cuota Salud FONASA promedio equivalente

La reforma de la salud de 2008, entre otras variantes, introdujo como criterio de medición del gasto esperado de atención de la salud de un usuario, las denominadas cápitas. Esto es, en el entendido que el riesgo de atención de la salud de las personas, no es uniforme en el tiempo y por ende el costo generado no es igual entre los usuarios, se definieron valores unitarios que representan el costo esperado para un prestador integral, según la edad y sexo de las personas. A estas cápitas, se le agrega una partida fija denominada Metas Asistenciales que, en caso de ser cumplidas, se le abonan al prestador, conformando la cuota salud, según franjas de edades y sexo.

Por consiguiente, a partir de la reforma de la salud por la ley 18.211, para la medición del gasto PIAS por usuario, es necesario, por considerarse una aproximación más precisa que el costo medio unitario y constante para cualquier usuario, aplicar las cuotas salud según la edad y sexo de cada persona, y deducir de esta forma, la cuota salud promedio equivalente.

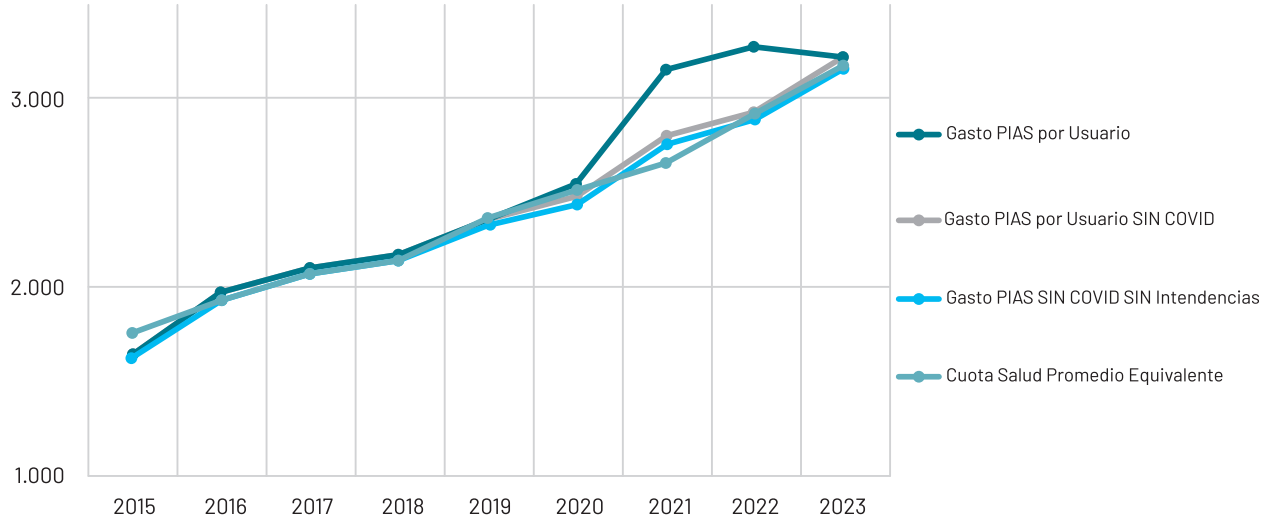
A continuación, se compara la evolución del Gasto PIAS ASSE por usuario, según la medición lineal anterior, en las variantes, Presupuesto Nacional, con COVID e Intendencias, sin COVId, sin COVID e Intendencias, con el gasto medido a través de la Cuota Salud promedio equivalente.

Evolución del Gasto ASSE por usuario - Gasto PIAS y Cuota Salud FONASA equivalente

Año	Gasto PIAS por Usuario	Gasto PIAS por Usuario SIN COVID	Gasto PIAS SIN COVID SIN Intendencias	Cuota Salud Promedio Equivalente	Gasto PIAS sin COVID Sin INTEN/Cuota Salud
2015	1.666	1.666	1.636	1.747	0,94
2016	1.962	1.962	1.926	1.929	1,00
2017	2.102	2.102	2.065	2.065	1,00
2018	2.167	2.167	2.129	2.129	1,00
2019	2.367	2.367	2.326	2.351	0,99
2020	2.478	2.478	2.440	2.514	0,97
2021	3.150	2.796	2.758	2.656	1,04
2022	3.268	2.929	2.889	2.905	0,99
2023	3.215	3.215	3.163	3.172	0,9972

De esta forma, el gasto PIAS presupuestal de ASSE por usuario, columna antepenúltima, comparado con el gasto PIAS medido por la Cuota Salud equivalente, para esta serie 2015-2023, son prácticamente similares, como se visualiza en el cociente de la última columna del cuadro anterior, que es 1 o muy cercano.

Evolución del Gasto ASSE por Usuario



La evolución de las curvas es prácticamente similar en todo el período, excepto la curva del gasto PIAS ASSE, con COVID e intendencias, para 2021-2022, que son más altas.
Debe notarse, que al comparar el gasto salud por usuario, en base a las cuotas salud según la franja de edad y sexo de las personas, que le corresponde a cada prestador, pierde relevancia la comparación en valores absolutos de cuota salud promedio, entre prestadores, ya que diferirán estrictamente, de acuerdo con el perfil de edad y sexo de los usuarios. Tener un valor de Cuota Salud promedio más alto o más bajo dependerá si el perfil de usuarios es más joven o más envejecido o si son mayoritariamente hombres o mujeres.

Se concluye entonces que la comparación del Gasto PIAS por usuario, sobre la base a dividir el gasto total entre la cantidad de usuarios, es errónea. La reforma introdujo las cápitas por edad y sexo, más las metas asistenciales. Es por tanto, a través de la cuota salud promedio equivalente, en que se debe medir y comparar con el gasto actual. Procediendo de esta manera, se verifica que el prestador público, está gastando por usuario, por la vía presupuestal, lo mismo que gastaría si la cobertura se financiara a través del FONASA.

8. El Sector privado de atención colectiva

8.1. Las IAMC. Caracterización y tipos.

La conformación del Sector IAMC en el país, parte del objetivo común de brindar una atención colectivizada e integral de salud a la población asociada. En los orígenes, hay en general factores que distinguen y luego pautan la trayectoria e historia de cada entidad. Entre estos factores están la nacionalidad, las creencias comunes, la localización física, el pertenecer a un gremio o empresa, como los más destacados. Es así que a fines del siglo XIX comienza a implantarse en el Uruguay el Sistema de Asistencia Médica Colectiva. Grupos de inmigrantes, vinculados por un origen étnico común y con el objetivo de cubrirse mutuamente en caso de enfermedad, crearon las instituciones que iniciaron el Mutualismo en el Uruguay. Posteriormente otros grupos, nucleados en general por algún factor aglutinador común (religioso o gremial), formaron nuevas instituciones, con el mismo objetivo.
En el interior del país, promediando el siglo XX, los médicos decidieron brindar ellos mismos asistencia médica colectiva, y con tal fin crearon las Sociedades de Producción Sanitaria sin fines de lucro. Se trató de órganos asistenciales de los gremios médicos que fueron surgiendo en los distintos departamentos del país. A partir de 1966 estas instituciones se nuclearon y constituyeron la Federación Médica del Interior (FEMI) como entidad representativa de los gremios médicos y de las asistenciales médicas. A su vez a partir del año 1981 por el Decreto Ley 15.181, que reguló las IAMC, se exigió a las sociedades de producción sanitaria transformar su forma jurídica, pasando en su mayoría a ser cooperativas de profesionales. En el año 2008, la nueva Ley de Cooperativas Nº 18.407, obligó a una nueva transformación de la forma jurídica de esas entidades que se constituyeron en las actuales IAMPP (Ley 18.440).

Por otro lado, en el año 2016, se constituye FEPREMI como la entidad gremial empresarial representativa de las IAMPP federadas del interior, quedando FEMI como la entidad que congrega a los gremios médicos del interior.

La Red FEPREMI de Asistencia es la primera y mayor red de asistencia médica integral del país desde el año 1994, integrada por 22 IAMPP y con su centro de referencia en Montevideo, el Sanatorio Americano Cooperativa de Consumo.

Conformación del Sector IAMC - 2024

			CAPITAL	INTERIOR	TOTAL
CANTIDAD de IAMC			10	24	34
POR AGRUPAMIENTO Y POR IAMC					
FEPREMI				22	22
GREMEDA	CASMER	COMTA			
SMQS	COMEPA	CAMY			
AMEDRIN	CAMS	CAMOC			
CAMEC	AMSJ	COMEFLO			
COMEF	CAMEDUR	CRAMI			
COMECA	CAAMEPA	CAMCEL			
IAC	CAMDEL	COMERO			
AMDM					
CIES			4	2	6
EVANGELICO	COSEM	CIRCULO			
CRAME	COMERI	CASMU			
PLENARIO			3		3
CUDAM	UNIVERSAL	SMI			
UMU			2		2
ESPAÑOLA	GREMCA				
IAMC NO AGRUPADAS					
Médica			1		1
TOTALES			**10**	**24**	**34**

Formas jurídicas de las IAMC - Por región geográfica

	IAMPP	Sociedades médicas (ley 10.384)	Mutualistas	Totales
Capital	2	5	3	**10**
Interior FEPREMI	22			**22**
Interior Otros	2			**2**
Totales	**26**	**5**	**3**	**34**

Dado que las 34 IAMC existentes en el país tienen diferente naturaleza jurídica, corresponde brevemente señalar sus diferencias, siendo que todas ellas son instituciones sin fines de lucro.

- FEPREMI: 22 Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales (Ley 18.440) proporcionan, sin fines de lucro, asistencia médica a sus afiliados y en las que el capital social haya sido aportado por los profesionales que obligatoriamente trabajen en ellas. La base de estas IAMC está inspirada y funciona de acuerdo con las disposiciones que regulan el cooperativismo.

- Hospital Evangélico, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y el Círculo Católico de Obreros y Empleados son Asociaciones Asistenciales, que inspiradas en los principios del mutualismo y mediante seguros mutuos otorgan a sus asociados asistencia médica y cuyo patrimonio esté afectado exclusivamente a ese fin. Decreto Ley 15.181.

  GREMCA se encuentra bajo la administración de la Asociación Española Primera de Soco rros Mutuos.

- COSEM - CRAME - COMERI y CASMU - IAMPP Ley 18.440.

- GREMCA - MÉDICA URUGUAYA - CUDAM - SMI - UNIVERSAL. Se les llama sociedades médicas de asistencia a las organizaciones constituidas por uno o más profesionales para prestar asistencia médica a sus suscriptores mediante el pago de retribución periódica, en las que el capital social pertenece a los técnicos, y que no actúan inspiradas exclusivamente por un sentimiento de humanidad. Ley 10.384.

Sedes secundarias de entidades de salud capitalinas con asiento en el interior del país.

De acuerdo con información del MSP[10] , hoy existen 148 sedes secundarias y otros centros asistenciales, de entidades montevideanas, instaladas en el interior de la República.

8.2. La regulación del Sector IAMC

El Sector IAMC es uno de los sectores de actividad más regulados en el país.

El marco regulatorio de los Prestadores Privados IAMC del Seguro Nacional de Salud es muy amplio y abarca todas las áreas de gestión (sanitaria, usuarios, económica, financiera, patrimonial, costos, cumplimiento de obligaciones, recursos humanos, agenda, cuotas y tasas, habilitaciones, entre otras).

El Poder Ejecutivo recaba información asistencial y económico financiera de las IAMC en forma regular y sistemática.

El cumplimiento del envío de dicha información es condición necesaria para acceder mensualmente al pago de las cuotas salud que abona el FONASA administrado por el BPS, los cuales a nivel país, significan el 72% de los ingresos operativos netos de las IAMC.

La rectoría en salud se organiza -en el área de control- entre las siguientes dependencias del MSP y del MEF.

1. A la Dirección General de la Salud del MSP le compete controlar la calidad de los servicios asistenciales para garantizar una atención de calidad y con seguridad.

Los Prestadores tienen como obligación enviar mensualmente al Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF) los datos de sus padrones de usuarios lo que permite caracterizar a la población con indicadores demográficos y económicos.

2. A la Dirección General del SNIS y a la Junta Nacional de Salud les compete, entre otros cometidos:
   - Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.
   - Controlar la calidad de los servicios y los procesos asistenciales brindados en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.
   - Evaluar el cumplimiento de los requisitos establecidos por ley a los prestadores para integrar el SNIS.
   - Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme.
   - Realizar los estudios económicos necesarios para la ampliación, desarrollo y regulación del Seguro Nacional de Salud.

La Junta Nacional de Salud evalúa, además de los requisitos establecidos en el literal B) del artículo 5º y en los artículos 12 y 13 de la ley 18.211, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico-financiero, según criterios que fija la reglamentación.

Por diversos decretos del Poder Ejecutivo, Ordenanzas del MSP y el propio Contrato de Gestión las instituciones tienen la obligación de implementar los siguientes Comités para asegurar la mayor calidad de atención y seguridad:

[10] https://atuservicio.msp.gub.uy/

- Comité de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina (Co.Se.Pa.).
- Comité de Infecciones Hospitalarias.
- Comité de Gestión de Residuos Sanitarios.
- Estrategia de Cirugía Segura.
- Conformación de la Unidad de Epidemiología dentro de las Instituciones de Salud. El Prestador deber tener una Unidad de Epidemiología dentro de la Institución, integrada por un equipo técnico que será responsable de realizar las notificaciones de las enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria, las Infecciones intrahospitalarias, las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG), la codificación de egresos por CIE-10 y todos los demás eventos que se definan como de carácter obligatorio.
- El prestador está obligado a entregar la información solicitada por el SINADI de acuerdo a lo establecido en el artículo 542 de la Ley No.18.719, así como toda información solicitada por la JUNASA de conformidad con el Decreto No. 47/010 y/o la normativa vigente. La omisión en el envío de la información, así como el envío de la misma fuera de los plazos establecidos, o la constatación de errores u omisiones, dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en el artículo No. 543 de la Ley No. 18.719, así como en la normativa correspondiente.

El Prestador debe presentar ante el Ministerio de Salud Pública sus estados contables anuales auditados, en el formato establecido por el MSP, dentro de los 90 (noventa) días siguientes al cierre de cada ejercicio, a excepción de ASSE quién presentará un plan de adecuación que la JUNASA deberá aprobar.

La publicación de los estados contables de acuerdo a lo dispuesto por el art. 33 de la Ley Nº 18.211 y por los Decretos No. 95/001 de 20 de marzo de 2001 y No. 320/003 de 18 de setiembre de 2003, en el marco de los ámbitos reglamentarios citados, deberá ser efectivizada dentro de los 30 (treinta) días de realizado el visado por parte del Ministerio de Salud Pública.

El prestador debe comunicar a la JUNASA, antes de la fecha de cierre del ejercicio de cada año, los datos identificatorios de la empresa auditora, a excepción de ASSE. Los auditores independientes deben cambiar cada tres años.

Codificación de egresos. El prestador debe entregar al MSP, con el formato y frecuencia que determinen las disposiciones aplicables, la siguiente información sobre el egreso hospitalario de pacientes inscriptos en sus padrones: edad y sexo de la persona, fecha de ingreso y egreso, días de internación, condiciones al egreso y código correspondiente a la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).
En el caso de los egresos hospitalarios codificados dentro del capítulo XIX (S00 - T98) de la CIE-10: "Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas", se debe agregar una segunda codificación utilizando el capítulo XX (V01-Y98) "Causas externas de morbilidad y de mortalidad".

En el caso de los egresos que requirieron procedimientos quirúrgicos, se debe enviar el procedimiento quirúrgico codificado de acuerdo al código de procedimiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica (CIE- 9-CM).

Estos requisitos son obligatorios y se envían anualmente una vez cerrado el ciclo cronológico (31 de diciembre), dentro de los tres meses subsiguientes.

3. **Unidad de Fiscalización.**- En la última Ley de Presupuesto Nº 19.924, artículo 390, fue creada la Unidad de Fiscalización y se la dotó de los recursos económicos y del personal necesario para el cumplimiento de sus fines.

La Unidad de Fiscalización tiene como cometido primordial: A) Desarrollar un sistema de fiscalización, centralizando la dirección, planificación, coordinación y ejecución de todas las actividades inherentes a la fiscalización y control del cumplimiento de la normativa sanitaria de competencia del Ministerio de Salud Pública, así como la aplicación de las sanciones que correspondan.

8.2.1. Detalle de la información que recaba el MSP regularmente y que las IAMC obligatoriamente remiten.

8.2.1.1. SINADI Asistencial

Detalle individual de los Beneficiarios

Por distribución etaria y por sexo, discriminado por tipo de afiliación.

- Atención. Ambulatoria
  Traslados
- Atención Internación
  Ingresos y egresos sanatoriales
  Días de internación
  Ocupación día cama
  Disponibilidad de camas
  Atención en "Hospital de Día"
- Atención Quirúrgica y Partos
  Atención según tipo de intervención
  Atención sala de partos
  Tiempo de espera de atención de Block
- Técnicas de diagnóstico y tratamiento
- Consumo de medicamentos
  Plazo: Todos los 15 de cada mes.

8.2.1.2. SINADI Financiero – Ingresos y gastos mensuales

Plazo: Todos los 15 de cada mes.

8.2.1.3. Complemento de Tasas Moderadoras

Complemento de tasas moderadoras, se realiza un informe de Expedición de recetas, ordenes de consultas y tique de análisis y estudios discriminado por tipo de descuento otorgado al afiliado.
Plazo: Todos los 15 de cada mes

8.2.1.4. Sistema de Información del Personal de la Salud (SIPS)

Se envía de acuerdo con el cronograma dado por el MSP. Son tres informes en el año.

8.2.1.5. Censo anual

Se presenta en enero de cada año mes de cargo diciembre.

8.2.1.6. Declaración Jurada de Cuota mensual y anexos de tasas moderadoras

Se presenta en el MEF los 25 de cada mes.

8.2.1.7. RUCAF

Se presenta antes del 5 de cada mes.

8.2.1.8. Archivos del FNR

Antes del 5 de cada mes.

8.2.1.9. Informes de Quejas y Reclamos Atención al Usuario

Se envía vía mail al MSP antes del 15 de cada mes.

8.2.1.10. Informe de Metas Asistenciales

Cuatrimestralmente se envía el informe de cumplimiento de metas al MSP mediante carga al sistema RCIE (recepción y control de información externa) destinado a tal fin. El MSP establece una fecha para entrega en plazo y otra para entrega tardía. De quedar omiso en ambos, la institución perderá el ingreso correspondiente a las metas del período omiso a informar o informado, el cual le será descontado de pagos futuros.

8.2.1.11. SIP - Sistema de información Perinatal.

Mensualmente al MSP antes del 10 de cada mes.

8.2.1.12. Informe sobre cesión de derechos de créditos

En forma trimestral junto con el SINADI financiero.

8.2.1.13. Estados contables al 30 de setiembre de cada año con informe de auditoría independiente

Plazo: 31 de diciembre de cada año.
Publicación. Art. 33º ley 18.211.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud publicarán anualmente los estados de situación y balance de resultados de su gestión.
Estas entidades deberán poseer sistemas de información contable ajustados a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes y proporcionar a la Junta Nacional de Salud toda la documentación que ésta le solicite. El MSP los publica en su página web y se encuentran a disposición de toda la población.

8.2.1.14. Declaración jurada de Cuotas

Confeccionada en formulario por el MEF / MSP conteniendo la siguiente información.

a. todas las cuotas básicas de afiliaciones individuales no vitalicias discriminadas por categorías, sin el aporte del Fondo Nacional de Recursos, adjuntando la descripción que define a cada categoría y la población a la que está referida. Se consideran cuotas básicas aquellas por las cuales el usuario adquiere el derecho a las prestaciones incluidas en el Anexo II del Decreto N° 465/008, de 3 de octubre de 2008, y demás normas concordantes, modificativas y complementarias;
b. todas las cuotas básicas de afiliaciones colectivas;
c. todas las cuotas de afiliaciones parciales; y
d. todas las tasas moderadoras.

El número de:

a) afiliados individuales por categoría;

b) afiliados colectivos por categorías; y

c) afiliados parciales.

8.2.1.15. Certificados mensuales obligatorios

Para realizar cualquier tipo de gestión ante los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social y de Salud Pública, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva deberán:

a. Presentar certificado de cumplimiento de la información mensual SINADI detallada, exigida por el BPS, para acceder al cobro de las cuotas FONASA (70% de los ingresos de las IAMC).
b. Exhibir certificado que acredite estar al día en el cumplimiento de sus obligaciones con el Fondo Nacional de Recursos;
c. Exhibir certificado que acredite que la Institución se encuentra al día en el cumplimiento de sus obligaciones con el Banco de Previsión Social.

8.2.1.16. Responsabilidad de los directores.

Por último, los directores de las IAMC se encuentran sometidos a un régimen de responsabilidad específica para el sector, como establece el art. 279 de la Ley 15.903, normativa que es excepcional para empresas privadas.

"Los directivos de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) cuyos cargos podrán ser rentados, responderán civilmente hacia la institución, los socios y los terceros, por los daños y perjuicios resultantes, directa e indirectamente, de la violación de la ley, el estatuto o el reglamento, por el mal desempeño de su cargo en los casos en que actúen con deslealtad o falta de la debida diligencia media de un buen padre de familia, y por aquellos producidos por abuso de facultades, dolo o culpa grave. Dicha responsabilidad no le corresponderá a los directivos que hubieren dejado constancia de su voto discorde en referencia a los actos denunciados.

Lo dispuesto en los incisos anteriores será sin perjuicio de la responsabilidad que correspondiere a la institución a la que pertenecen.

Con esta breve reseña de la información contable y estadística de control y superintendencia del Poder Ejecutivo sobre las IAMC, se puede concluir que existen suficientes organismos y dependencias técnicas de vigilancia, auditoría, intervención y control de las actividades sanitarias y económicas por los servicios que prestan las IAMC, con el propósito de que estas actividades y servicios se sujeten al ordenamiento jurídico y atiendan al interés público. Se puede afirmar que no hay actividad en el país con tanta regulación.

Es claro que plantear nuevas entidades de control significaría aumentar el gasto en salud para actividades no asistenciales, cuando por otro lado existe un importante rezago tecnológico por la no asignación de recursos económicos genuinos para financiarlos.

8.3. Normas de cumplimiento obligatorio para los Prestadores.

8.3.1. PIAS – Plan Integral de Atención en Salud

Conjunto detallado de las prestaciones obligatorias que las IAMC deben brindar.

8.3.2. FTM – Formulario Terapéutico de Medicamentos

Listado de fármacos y medicamentos obligatorios que las IAMC deben proveer a sus afiliados.

8.3.3. El Contrato de Gestión.

De conformidad con lo establecido en el art. 15 de la Ley N 18.211 cada Prestador debe suscribir un contrato de Gestión con la Junta Nacional de Salud, previa aprobación por parte del Poder Ejecutivo. Dicho contrato contiene el conjunto de derechos y obligaciones de los Prestadores.

8.3.4. Consejos de Salarios.

Este sector se integra con los gremios de trabajadores médicos y no médicos, las IAMC, del interior y de la capital y el Poder Ejecutivo (MSP, MTSS, MEF), quien autoriza o no el pasaje a cuota de los costos salariales que surjan. La masa salarial global representa el 69% de los costos operativos de las instituciones.

8.4. Ingresos de los Prestadores.

Prácticamente el 90% de los ingresos de las IAMC se fijan a partir de una paramétrica sobre los costos operativos. En esa estructura constituida por diversos rubros de costos (Salarios, Honorarios, Consumos de Medicamentos y Materiales, Servicios Contratados, Funcionamiento, Mantenimiento y Amortizaciones), no se contempla la financiación de los costos financieros, imprescindibles para el buen financiamiento de toda organización productiva; la financiación de nuevas tecnologías, de importancia crucial para adoptar la creciente renovación de equipamiento que se produce en la salud a escala mundial; ni tampoco la generación de un margen de excedente o rentabilidad, imprescindible para asegurar eficiencia y sostenibilidad a toda organización empresarial.

Los precios que las IAMC perciben son:

- Cápitas y metas.
- Cuotas individuales y colectivas.
- Tasas moderadoras.

El 10% restante de los ingresos son generados por:

- Venta de Servicios a terceros. Se trata de ventas institucionales con aranceles regulados por el FNR en el caso de los IMAES (Institutos de Medicina Altamente Especializados) – Ley 16.343.
- Ventas a organismos públicos regulados en general mediante licitaciones u otro mecanismo público de contratación.
- Ventas interinstitucionales.

8.5. Las IAMC, la finalidad de lucro y los precios

8.5.1. La finalidad de lucro.

En el debate sobre el funcionamiento del SNIS, y particularmente de las IAMC, se involucra en forma frecuente el concepto de ser "instituciones sin fines de lucro". Dicho concepto, que no admite dudas en el campo jurídico, es utilizado muchas veces en forma equívoca por diferentes medios de opinión pública.

En efecto, que no tengan fines de lucro no significa que no lo puedan tener, sino que no lo deben distribuir a sus socios o afiliados. Es decir, el excedente, de existir, se debe reinvertir en la empresa.
Cualquier empresa, de la rama que sea, si no genera excedentes económicos, no progresa, no se sostiene e inexorablemente desaparece.

Las ganancias son indispensables en cualquier IAMC y más en un sector donde el avance de la tecnología y aumento de la demanda son constantes, y la actualización es imprescindible.

Hoy día, el rezago tecnológico en materia de prestaciones obedece -entre otros factores- al escaso o nulo margen que tienen la IAMC para invertir en equipamiento y tecnología y brindar nuevas prestaciones, o bien, las prestaciones actuales de una manera más eficiente y eficaz.

Muestra de todo ello es que la cápita que paga por afiliado el SNS y la paramétrica que las ajusta, no consideran el factor inversión como uno de sus componentes.

Es en este contexto que, desde diversos ámbitos de opinión, se maneja el concepto erróneo que las IAMC, al no tener finalidad de lucro, no tendrían un incentivo a la eficiencia y por ende dilapidarían los recursos asignados.
Por el contrario, las IAMC no fijan los precios de los servicios de atención de salud que brindan.
A su vez, los costos en su gran mayoría vienen dados; por el Consejo de Salarios en instancias tripartitas, siendo el factor que mayor peso tiene en la composición del gasto (salarios y honorarios); por el listado obligatorio de medicamentos (FTM) y por las prestaciones a brindar (PIAS), las que están reguladas en un catálogo preceptivo. A su vez, la paramétrica que establece los precios a cobrar, deja de lado rubros esenciales para cualquier organización productiva, como se exponía más arriba.
Por otro lado, el patrimonio de las IAMC no es propiedad de sus socios médicos. En la IAMPP, los médicos aportan al ingresar una Cuota Social, que se le reintegra cuando egresan, en la forma y plazo que la ley y los estatutos establezcan.

De la descripción anterior queda explícito que con precios por cuotas salud que no contemplan rentabilidad, sino que, además, no cubren la totalidad de los costos, sin una gestión adecuada, sin el aprovechamiento de economías de escala, más la venta de servicios, las IAMC no podrían subsistir de forma genuina.

Por consiguiente, la única manera de sustentarse en el tiempo por parte de una IAMC, con solvencia patrimonial y equilibrio económico y financiero, es siendo eficiente en el manejo de los fondos asignados, gestionando dichos recursos de manera adecuada y sosteniendo niveles satisfactorios de calidad asistencial, en un marco de escasa autonomía de gestión y con libre movilidad de los afiliados que lo eligieron, como variable crítica para la definición de sus ingresos.

8.6. Las IAMC y el sector de los no transables

Resulta obvio que la adecuada atención de la salud de la población, a través de las acciones de salud colectiva y de la atención médica individual, tiene como efecto mantener y extender en el tiempo las capacidades y habilidades de las personas y aún contribuir a mejorarlas. Un ejemplo de ello es el permanente aumento de la esperanza de vida en el país y en el mundo. Otro ejemplo, la reciente extensión de la edad para obtener causal jubilatoria, entre otros.

Desde los años 90 del siglo pasado a impulsos sobre todo de la publicación del "Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en salud" del Banco Mundial, en que señalaba que "la buena salud aumenta la productividad económica de las personas y la tasa de crecimiento económico de los países y [que por tanto] invertir en salud es uno de los medios para acelerar el desarrollo" , se fue imponiendo el concepto de que el gasto en salud es inversión en capital humano. Sin embargo, lo que sucede en la vida cotidiana y en los ámbitos de negociación y de decisión política, no necesariamente es coincidente. En efecto, la gestión de necesidades múltiples con restricciones cuantitativas, lleva en muchos casos a visualizar la inversión en salud como uno de los gastos destinados a un sector de la economía que produce un bien no transable.

Por lo expuesto, resulta habitual sostener que el gasto en salud es inversión en capital humano. Si se acepta que esto es así, entonces debe aceptarse que las acciones del sistema sanitario impactan positivamente en la actividad laboral de las personas y genera condiciones para un mayor rendimiento por hora trabajada.
De esta manera entonces la relación entre la mejora de la salud y el aumento de la productividad del trabajo parece clara. Por lo tanto, debería concluirse que el Sector Salud, como integrante del llamado sector de bienes o servicios no transables de la economía, más que una carga para el sector de los bienes o servicios transables, es un factor que contribuye a su mejor bienestar y desempeño.

En tal sentido, a la hora de pretender comparar o medir competitividad y eficiencia en los mercados, no puede

ignorarse el marco regulatorio existente para el sector de la salud privada, descrito más arriba, que parte de la premisa, aceptada en general, que la salud es un bien público no mercantilizable.

8.7. Diferenciar la atención a la salud de los cuidados generales

No existe una definición del concepto salud que sea unánimemente aceptada. La OPS lo hizo como el completo bienestar biopsicosocial y éste se impuso como una utopía que se ha devenido en dogma; sin embargo, es casi nula su aplicabilidad operativa a la hora de la determinación de las políticas públicas.

Ello conlleva el riesgo de pretender que las políticas de salud en relación a la asistencia en salud incluyan cuestiones que no le son propias, sino que sean de otro ámbito de conocimiento y correlativamente de sus respectivas políticas públicas.

Los cuidados requeridos por personas que dependen de otras para su vida cotidiana, tienen límites difusos con los de la atención sanitaria pero claramente éstos existen y deben de tenerse presentes, a la hora de definir dichas políticas y su atención.

La distinción no es menor, ya que el financiamiento de cada una de ellas debe estar perfectamente delimitado y evitar que los recursos en materia de atención médica se redireccionen a cuestiones vinculadas al estado de bienestar psicosocial, pero ajenas al campo médico.

La normativa para las IAMC debe ser clara y explícita para que no quede sujeta a la interpretación del regulador de turno. Esto supone establecer con claridad qué prestaciones y condiciones deben existir para brindárselas a sus afiliados.

España, Alemania y Japón han desarrollado en las últimas tres décadas sistemas de cuidados de carácter social que pueden servir de referencia al respecto.

En Uruguay los cuidados de carácter social son apenas incipientes a través de la ley 19.353 y sus decretos reglamentarios número 117/016 y 427/016 y están relacionados o dirigidos a personas con dependencia severa.

Se propone establecer límites más precisos entre ambas obligaciones y tomar como referencia lo que la OMS plantea: los sistemas de salud, de cuidado de largo plazo y de protección social tienen funciones que se cruzan y superponen y a menudo resulta difícil establecer distinciones claras, y que el sistema de cuidados de largo plazo, aplicable a personas con dependencia y limitación de la autonomía es una interfase entre otros dos sistemas, pero con actores y recursos propios.

El tratamiento adecuado con el paciente informado, siempre será parcial en lo que a la vida de esa persona se refiere por lo que el desarrollo de los servicios sociales destinados a las personas con dependencia dentro de un programa bien estructurado, y evitar de esta forma la ineficacia e ineficiencia de cometer al sector sanitario particularmente a los prestadores integrales del SNIS, la atención social de estos pacientes.

La revisión y el desarrollo de un sistema de cuidados sociales harán que se trascienda el sistema de APS (Asistencia Psico Social), esto es, la respuesta organizada más eficiente de recursos y servicios para los problemas prevalentes de la población uruguaya.

La experiencia muestra que no es suficiente tener definido el PIAS ni los incentivos, es necesario que las definiciones en un modelo de atención sean las de la atención médica y tengan una relación armónica entre ellas.

Para ello, en forma simultánea deben generarse indicadores de calidad, que comprenden la eficiencia y eficacia de forma tal de poder medir la evolución de las decisiones tomadas.

9. La Situación económica, financiera y patrimonial de las IAMC

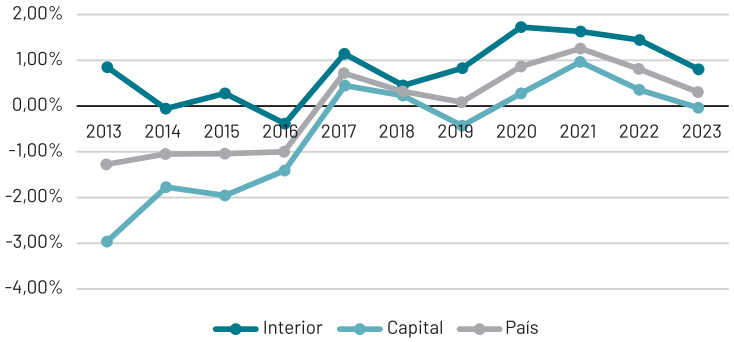
En referencia a cuál es la real situación económica, financiera y patrimonial del sector IAMC en su conjunto en el momento actual, si nos valemos de la evolución de una serie que comprenda el período 2013-2023, observamos lo siguiente:

[11] Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud.
http://documents1.worldbank.org/curated/en/282171468174893388/pdf/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf

Resultado Operativo

	Interior	Capital	País
2013	0,83%	-2,98%	-1,29%
2014	-0,07%	-1,78%	-1,08%
2015	0,26%	-1,97%	-1,07%
2016	-0,39%	-1,44%	-1,02%
2017	1,13%	0,41%	0,70%
2018	0,44%	0,23%	0,32%
2019	0,82%	-0,45%	0,07%
2020	1,72%	0,25%	0,85%
2021	1,62%	0,97%	1,24%
2022	1,43%	0,35%	0,80%
2023	0,78%	-0,05%	0,29%

Resultado Operativo - Sector IAMC



A partir de 2017, los Resultados Operativos y los Resultados Totales, para el conjunto de IAMC del interior y del consolidado de IAMC país, son positivos; para las instituciones de la capital se observan valores por debajo de cero en los años 2019 y 2023.

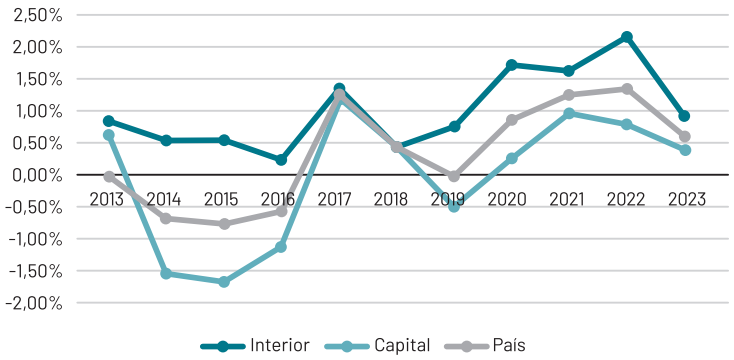
Se destaca para toda la serie, qué para los resultados operativos las instituciones del interior presentan valores por encima de cero en 9 de las 11 observaciones, con dos períodos apenas por debajo.

En tanto que, para los totales las IAMC del interior están por encima en los 11 cierres observados.

Resultado Total

	Interior	Capital	País
2013	0,83%	0,62%	-0,03%
2014	0,54%	-1,53%	-0,69%
2015	0,54%	-1,66%	-0,77%
2016	0,24%	-1,12%	-0,57%
2017	1,36%	1,18%	1,25%
2018	0,43%	0,44%	0,43%
2019	0,75%	-0,49%	-0,02%
2020	1,72%	0,25%	0,85%
2021	1,62%	0,97%	1,24%
2022	2,15%	0,80%	1,35%
2023	0,91%	0,39%	0,61%

Resultado Total - Sector IAMC

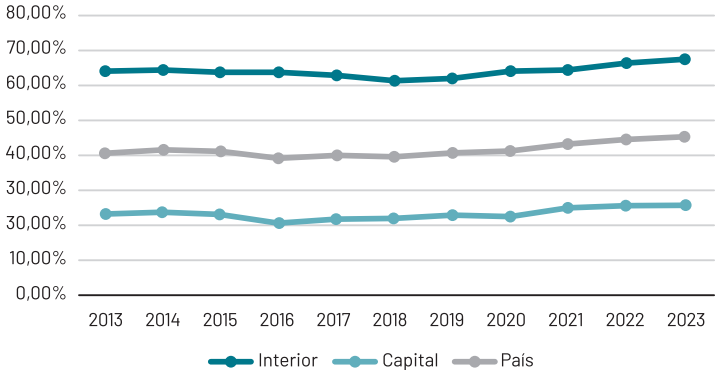


A su vez, para valorar la solvencia o no del sector, es decir la capacidad que tiene cualquier entidad productiva de financiar con fondos propios la totalidad de la infraestructura requerida, tomando el llamado Indicador de Solvencia, que es el cociente entre el Patrimonio sobre la totalidad de los Activos, se observa la siguiente evolución, para la serie 2013-2023

Indice de Solvencia = Patrimonio / Activo

	Interior	Capital	Pais
2013	63,42%	23,02%	40,17%
2014	63,90%	23,56%	41,12%
2015	63,33%	22,98%	40,61%
2016	63,23%	20,29%	39,08%
2017	62,52%	21,78%	39,79%
2018	61,03%	21,81%	39,30%
2019	61,64%	22,75%	40,08%
2020	63,56%	22,38%	40,82%
2021	64,03%	24,95%	42,80%
2022	65,79%	25,49%	44,21%
2023	66,83%	25,50%	44,95%

Sector IAMC - Evolución Indice de Solvencia



La tendencia del indicador es creciente o sea a mayor solvencia, encontrándose en 2023 el índice en 45%. Sobresale la situación firme y estable del interior cerca del 70% y, en la capital, se observa una tendencia de lento fortalecimiento desde 2016.

A partir del valor patrimonial contable que surge del último balance consolidado de las IAMC del país, podemos aproximarnos al monto del valor neto invertido en el sector.

Patrimonio Sector IAMC consolidado al 39/09/23

	$	U$S
FEPREMI	23.028.093.425	591.616.828
no FEPREMI	774.361.370	19.894.188
Capital	10.210.512.379	262.319.196
País	**34.012.967.174**	**873.830.212**

A partir de estas cifras de libre acceso público, parece al menos carente de lógica la suposición de diversos medios de opinión del país, que califican como crítica la situación actual del sector.

10. FEPREMI – Federación de Prestadores Médicos del Interior

La Federación de Prestadores Médicos del Interior – FEPREMI - Corporación Cooperativa de Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales –, es una asociación gremial empresarial integrada por veintidós Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales, categoría que integran las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva del Decreto Ley 15.181.

Son todas IAMC sin fines de lucro, con personería jurídica. Cada una de las veintidós IAMPP integrantes de FEPREMI tienen asiento y área de influencia en el departamento del interior donde tienen su sede principal.

Estas instituciones, en conjunto con el Sanatorio Americano en Montevideo, institución cooperativa propiedad de las veintidós IAMC y entidad también sin fines de lucro, constituyen desde el año 1994 la Red FEPREMI de Asistencia, primera y única red privada de salud integral del país. Desde diciembre 2019 el Sanatorio Americano es prestador integral con contrato de gestión vigente con la JUNASA.

La red es un modelo de organización flexible en el que cada uno de sus componentes cumple un determinado rol, con un amplio margen de autonomía, manteniendo entre sí múltiples vínculos o enlaces de coordinación y cooperación y estableciendo flujos continuos de recursos y de información, como elemento central para la toma de decisiones, en cada uno de ellos.
Se trata entonces de un conjunto de instituciones de asistencia médica colectiva integral cuyo objeto es el de brindar una asistencia de salud de calidad a la comunidad departamental en la que están insertas y forman parte y actuando, a su vez, de manera coordinada y compartiendo una cultura federal común, en valores, principios y objetivos.
Aun cuando en el interior existen 148 sedes secundarias y centros de atención de entidades capitalinas que brindan una asistencia limitada, en el año 2005 no le fue autorizado a las IAMC de FEPREMI constituir una IAMC en el departamento de Montevideo para retener en su Red Asistencial a los afiliados que anualmente se trasladan a la capital para continuar su vida laboral o de estudios.

La Red FEPREMI - Primer Sistema de Asistencia de Salud Integral Privado del País

22 Instituciones de Asistencia Médica en todo el interior del país.

SANATORIO AMERICANO Cooperativa de Consumo - Centro de referencia en la capital y Prestador integral del SNS - Medicina Privada en régimen de libre contratación.

COCEMI - Cooperativa central de compras y abastecimientos, localizada en la capital.

RTA - Servicio de Radioterapia Avanzada para uso de los afiliados propios y terceros del interior del país.

FOPREMI I - Reaseguro de prestaciones asistenciales de alto costo y/o complejidad, complemento del FNR.

FOPREMI II - Reaseguro federal para el financiamiento de la Radio Terapia de Avanzada.

Red FEPREMI de telefonía, datos, internet y asesoramientos (data center, e factura, correos, servidores web, seguridad)

FEPREMI Salud Digital. Implantación de la historia clínica digital con 100% de instalación en todo el país.

CONSORCIOS - Para convenios de prestación de servicios de salud específicos en el interior del país.

SEMI - Seguro de Enfermedad de los Médicos del Interior-Caja de Auxilio

Cantidad de usuarios con cobertura integral		**850.000**	**40 % del sector IAMC**
			25% de la población total
Cantidad de médicos		3.300	
Funcionarios no médicos		16.000	
Red de emergencia médica móvil en todo el país	Uruguay Emergencia		
Gasto Salud por cobertura integral Sistema FEPREMI	millones U$S	1.100	
% del gasto salud país		15%	
% del PBI		1,50%	
Infraestructura disponible	millones U$S	600	
Inversiones Red FEPREMI 2008-2023	millones U$S	400	
Sanatorios en todo el país		35	
CTI de adultos en todo el país		23	
CTI neonatológicos		7	
CTI pediátrico		4	
IMAES de hemodiálisis en el interior		10	
IMAES en Sanatorio Americano SA		8	
IMAE Cardiológico en Salto (extensión del SAcoop)		1	
IMAE Cardiológico en Maldonado (extensión de SAcoop)		1	
IMAE Cardiol. en Durazno-Hemodinamia Interior (extensión de SAcoop)		1	
IMAE cadera y rodilla en Rosario - (extensión del UNCO-SAcoop)		1	
IMAE cadera y rodilla en San José - (extensión del UNCO-SAcoop)		1	
IMAE cadera y rodilla en Salto - (extensión del UNCO-SAcoop)		1	
IMAE cadera y rodilla en Maldonado - (extensión del UNCO-SAcoop)		1	
IMAE cirugía rodilla en Paysandú - (extensión del UNCO-SAcoop)		1	
RTA SAcoop		1	
RTA Norte - Salto		1	
RTA - ONCOSUR - Florida		1	

SISTEMA FEPREMI DE ASISTENCIA

22 IAMC de Asistencia Integral

Regional NORTE	Regional LITORAL OESTE	Regional CENTRO SUR	Regional ESTE
COMEPA	CAMS	COMEFLO	IAC
SMQS	CAMEC	CRAMI	CAMCEL
COMTA	AMEDRIN	CAAMEPA	COMERO
GREMEDA	CAMOC	AMSJ	CAMDEL
CASMER	CAMY	COMECA	AMDM
		CAMEDUR	
		COMEF	

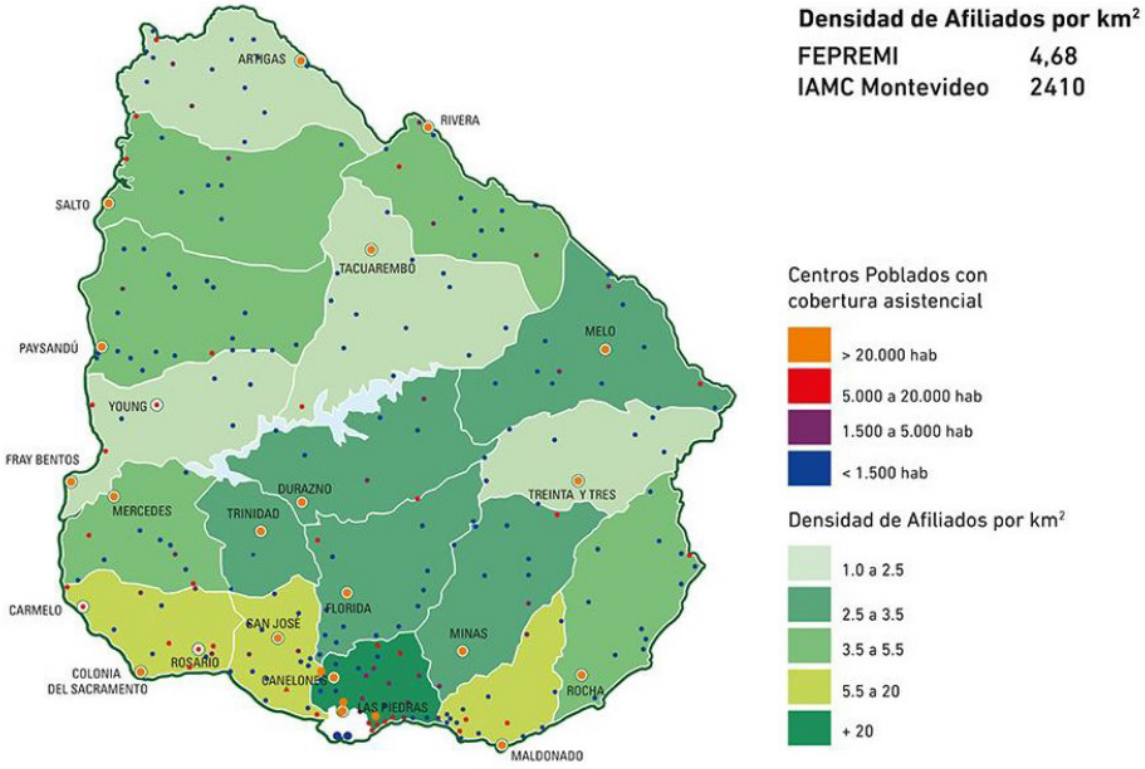
SANATORIO AMERICANO
Principal Centro de Referencia Nacional

FOPREMI
Fondo de Reaseguros

Seguro Americano
(Seguro Integral Privado)

COCEMI
Central de compras

Sistema FEPREMI



10.1 La Red FEPREMI de Asistencia

La Red FEPREMI de asistencia médica integral abarca todo el territorio del interior del país, brindando cobertura en las **18 capitales departamentales,** en los **40 centros poblados de más de 5000 habitantes**, en las **407 pequeñas localidades urbanas existentes de menos de 5000 habitantes** (villas, pueblos, localidades y parajes) y **también en las zonas rurales del Uruguay.**

La Red FEPREMI de Asistencia es el resultado de un proceso de larga data que surge a iniciativa de las organizaciones que la integran y se ajusta a lo establecido en el artículo 39 de la ley 18.211.

El sistema FEPREMI encuadra en la definición de red de servicios de salud pautadas por OPS, cuyas características principales señalamos:

- Población y territorio definidos a cargo de la red y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
- Extensa red de establecimientos de salud que presta servicios integrales, y que incluye los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública.
- Primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado .
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
- Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad.
- Un sistema de gobernanza único para toda la red sin pérdida de autonomía de sus IAMPP.
- Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.
- Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
- Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red.

Como se podrá apreciar la Red FEPREMI de Asistencia se diferencia notoriamente de la RIEPS (Red Integrada de Efectores Públicos de Salud) integrada por la Ley 18.719 art. 741 por ASSE, el BPS, el Hospital de Clínicas, la Dirección Nacional de Sanidad Policial, la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, el BSE y las Intendencias Municipales.

Dicha Red pública no enmarca en la definición de red.
FEPREMI, a partir de la concepción federal que la anima, es un conjunto de organizaciones autónomas que cumplen roles específicos, que obviamente comparten principios y valores (sea por su naturaleza jurídica, porque forman parte de un mismo sistema,- el SNIS -, sea por el "affectio societatis" que deriva de formar parte de una misma institución), que están orientadas a un fin común (la cobertura y la atención integral de sus afiliados), que mantienen vínculos entre sí a través de los cuales intercambian información y recursos (datos, pacientes y servicios) y que cuenta con un sistema de gobernanza único con decisiones estratégicas en las que participan todos los "nodos" de la red.

Es así qué del punto de vista asistencial, FEPREMI constituye una organización en red encargada de la cobertura de salud y de la atención sanitaria de una población bien definida en un territorio específico. Esto es, alrededor de 850.000 personas distribuidas en todo el territorio nacional cuyo perfil por edad y sexo es bien conocido por la organización. La inserción de cada institución en su territorio de referencia, es decir su departamento, hace posible su conocimiento de las realidades locales y facilita la identificación de las necesidades de salud de su población.

Además, FEPREMI está integrada por 22 instituciones de asistencia médica colectiva, cada una de ellas con hospitales y centros de atención ambulatoria distribuidos en localidades de diversa magnitud poblacional (desde menos de 1500 habitantes hasta más de 30.000) y un centro hospitalario de referencia nacional para la atención de situaciones clínicas complejas y de alto costo, lo que representa una extensa red de servicios de atención de diferente complejidad, dispuesta para brindar atención de carácter integral.
La organización federal por regiones constituye otro elemento de territorialidad que facilita la implementación de proyectos asistenciales de mayor escala sustentado en el concepto de red regional.

Adicionalmente, el sistema FEPREMI cuenta con un mecanismo de cobertura de costos compartidos similar a un reaseguro (FOPREMI), para la atención de patologías o situaciones clínicas de baja prevalencia y alto costo, que apunta a asegurar la atención de la población en estas circunstancias y a dar sostenibilidad a sus organizaciones aprovechando la escala del conjunto de la red.

Por último, FEPREMI ha constituido una de las importantes redes de voz y datos del país que mantiene interconectadas en forma permanente a las instituciones integrantes de la red, a través de 250 nodos, con la más moderna tecnología, indispensable para mantener la seguridad de las historias clínicas de sus 850.000 afiliados.

10.2 Los especialistas en FEPREMI

Cantidad de especialistas médicos cada mil afiliados

		Q Especialistas x 1.000 Afil.					
Año / Mes	Especialidad	Mvd	Interior	Este	Norte	Oeste	Sur
2023/02	ESP. AQ	2,61	1,69	1,45	1,40	2,23	1,95
	ESP. BASICAS	2,71	2,93	2,77	2,79	2,88	3,26
	ESP. MEDICAS	3,19	2,06	1,57	2,10	2,32	2,44
	TOTAL	8,52	6,68	5,80	6,30	7,43	7,64
2023/05	ESP. AQ	2,47	1,68	1,45	1,44	2,15	1,91
	ESP. BASICAS	2,89	2,83	2,69	2,77	2,89	3,01
	ESP. MEDICAS	2,54	2,09	1,52	2,10	2,36	2,56
	TOTAL	7,90	6,60	5,67	6,31	7,40	7,49
2023/08	ESP. AQ	2,58	1,71	1,47	1,49	2,19	1,95
	ESP. BASICAS	3,02	2,83	2,68	2,79	2,78	3,04
	ESP. MEDICAS	2,69	2,11	1,53	2,11	2,40	2,60
	TOTAL	8,29	6,65	5,68	6,38	7,36	7,59
2023/11	ESP. AQ	2,62	1,73	1,48	1,50	2,15	2,02
	ESP. BASICAS	2,98	2,79	2,64	2,75	2,53	3,12
	ESP. MEDICAS	2,70	2,14	1,58	2,11	2,21	2,73
	TOTAL	8,30	6,66	5,71	6,36	6,89	7,87
PROMEDIO	ESP. AQ	2,57	1,70	1,46	1,46	2,18	1,96
	ESP. BASICAS	2,90	2,84	2,70	2,77	2,77	3,11
	ESP. MEDICAS	2,78	2,10	1,55	2,10	2,32	2,58
	TOTAL	8,25	6,64	5,71	6,34	7,27	7,65

ESP.AQ: Especialidades anestésico-quirúrgicas

ESP. BÁSICAS: Medicina general; Pediatría; Ginecología; Cirugía general

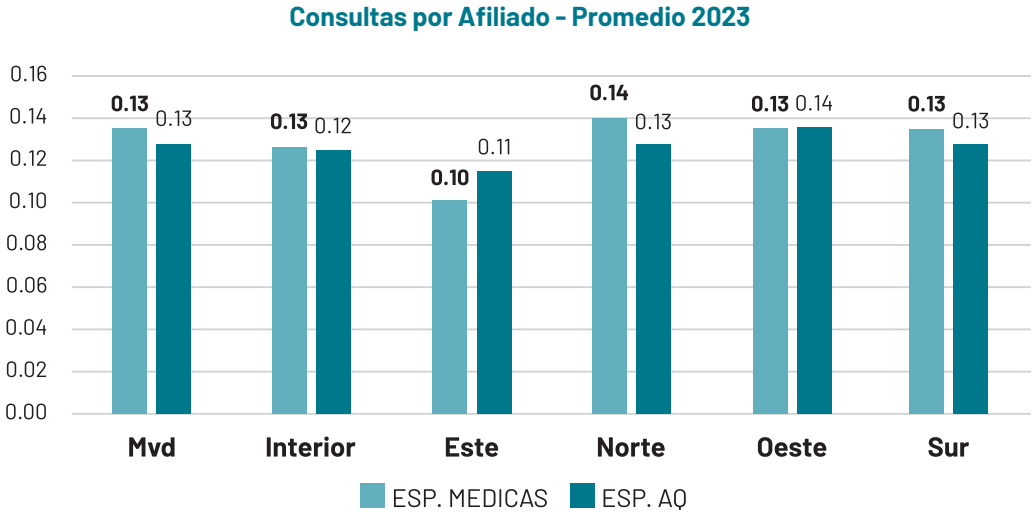
ESP MÉDICAS. Abarca a todo el resto de las especialidades médicas existentes.

Para el año 2023:

- En promedio, el Interior cuenta con un menor **número total de especialistas por cada mil afiliados** respecto de Montevideo (6.64 vs. 8.25).
- Las regiones Oeste y Sur aparecen mejor posicionadas según el indicador, que las Este y Norte.
- El Interior está por debajo de Montevideo en todos los grupos de especialidad (EAQ, EB y EM).
- La mayor brecha entre el Interior y Montevideo se visualiza en las EAQ, seguidas por las EM y por último las EB.

Cantidad de consultas especialistas médicos por afiliado

		N° de Consultas x Afil.					
Año / Mes	Especialidad	Mvd	Interior	Este	Norte	Oeste	Sur
2023/02	ESP. AQ	0,12	0,11	0,11	0,11	0,12	0,12
	ESP. BASICAS	0,16	0,18	0,15	0,15	0,20	0,23
	ESP. MEDICAS	0,13	0,11	0,09	0,13	0,11	0,12
	TOTAL	0,41	0,41	0,36	0,39	0,43	0,46
2023/05	ESP. AQ	0,12	0,12	0,11	0,13	0,14	0,13
	ESP. BASICAS	0,16	0,20	0,15	0,19	0,25	0,24
	ESP. MEDICAS	0,13	0,13	0,10	0,14	0,14	0,13
	TOTAL	0,41	0,45	0,36	0,46	0,53	0,50
2023/08	ESP. AQ	0,13	0,13	0,12	0,14	0,14	0,13
	ESP. BASICAS	0,18	0,21	0,17	0,20	0,28	0,24
	ESP. MEDICAS	0,15	0,13	0,11	0,15	0,14	0,14
	TOTAL	0,46	0,48	0,39	0,49	0,56	0,52
2023/11	ESP. AQ	0,13	0,13	0,12	0,13	0,14	0,13
	ESP. BASICAS	0,16	0,20	0,16	0,18	0,25	0,25
	ESP. MEDICAS	0,13	0,13	0,10	0,13	0,15	0,14
	TOTAL	0,42	0,46	0,38	0,45	0,53	0,51
PROMEDIO	ESP. AQ	0,13	0,12	0,11	0,13	0,14	0,13
	ESP. BASICAS	0,16	0,20	0,16	0,18	0,24	0,24
	ESP. MEDICAS	0,13	0,13	0,10	0,14	0,13	0,13
	TOTAL	0,43	0,45	0,37	0,45	0,51	0,50



Para el año 2023:

- En promedio, el Interior atiende un mayor **número total de consultas por afiliado** respecto de Montevideo (0.45 vs. 0.43).
- Las regiones Oeste y Sur aparecen mejor posicionadas para el indicador, que las Este y Norte.
- El Interior está por debajo de Montevideo únicamente en el grupo de especialidad EAQ.
- La mayor brecha a favor del Interior con Montevideo se visualiza en las EB, con igualdad en las EM y un punto por debajo en las EAQ.

Comentarios y observaciones

En base a la información anterior, se puede afirmar que para el año 2023:

- El Interior cuenta con un menor número total de especialistas por cada mil afiliados (6.64 > 8.25).
- Sin embargo, supera en producción a Montevideo (0.45 > 0.43).
- De lo anterior se desprenden 2 observaciones:
  1. El comportamiento de la demanda es similar en el Interior y en Montevideo, volcando la balanza para el lado del Interior en términos de consultas por afiliado.
  2. Por lo tanto, el interior resuelve su demanda con un número mucho menor de especialistas cada mil afiliados, lo que presupone niveles de productividad más elevados para los recursos disponibles, en comparación con Montevideo.

10.3 El principio de autonomía. Artículo 14º de la Ley 18.211. La capacidad de gestión.

El Sistema está construido sobre principios que reconocen o consagran libertades: 1. La libertad del usuario de elegir el Prestador, 2.) la de determinar su cambio y 3.) la autonomía de gestión de los Prestadores.

El artículo del subtítulo establece que *"La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa."*
En cualquier punto de la República, el sistema de salud colectiva se desarrolla en un marco de competencia. En particular en el interior, ASSE tiene 311.000 usuarios FONASA y las instituciones de Montevideo tienen más de 148 sedes secundarias y centros de atención de sus afiliados.

Por ello es que la sexta propuesta de FEPREMI está enfocada hacia lograr un sistema de libre y sana competencia, con las mismas reglas para todos los prestadores públicos y privados. Tal fue el espíritu del legislador en el artículo 56 de la Ley 18.211: ***La Administración de los Servicios de Salud del Estado adecuará las prestaciones de salud a las exigidas a las restantes entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, en forma progresiva, no pudiendo exceder este período de adecuación el 31 de diciembre de 2009.***

Pese a las limitadas capacidades que les impone el estricto marco regulatorio, y su máxima autonomía dentro de una red de asistencia federal, las IAMC de FEPREMI se rigen por normas y reglas acordadas entre ellas, con el fin de brindar, con eficacia y eficiencia, los mejores estándares de asistencia en sus respectivas localidades y tienen por fin último dar la mejor y oportuna calidad de asistencia en salud a su población usuaria.

Es en base a este concepto de autonomía que reconoce el art. 14 de la ley 18.211 que cualquier tipo de complementación de servicios de salud, que no surja de una fuente contractual, en un marco de compraventa de servicios, será lesiva de sus más legítimos derechos.

Tal lo que recoge además la cláusula Trigésimo Cuarta del Contrato de Gestión en aplicación del principio de autonomía que les reconoce a los Prestadores la ley de creación del SNIS. La capacitación de las personas que tienen a su cargo la responsabilidad de gestionar las IAMC de FEPREMI ha sido históricamente una exigencia inexcusable.

Desde FEMI primero se organizaron Cursos de Gestión de Servicios de Salud con UDELAR y con el CLAEH, que fueron cursados por 68 personas, en su gran mayoría médicos.

Entre los años 2015 y 2023 se han llevado a cabo cinco cursos para Formación de Dirigentes en FEPREMI , de los que culminaron el curso y obtuvieron su certificado 275 médicos.

Como podrá verse, los cuadros dirigenciales que componen los Consejos Directivos de sus 22 IAMC están integrados por personas que -además de su conocimiento como profesionales de la salud- se han preparado para las responsabilidades de gestión en salud.

Los resultados sanitarios y económico financieros que arrojan las IAMC de la Red FEPREMI de Asistencia son fruto del trabajo de directivos que obtienen su legitimación de las elecciones de sus más de 1500 socios médicos que integran sus respectivas asambleas.

FEPREMI

Federación de Prestadores Médicos del Interior