1. FEPREMI.

La Federación de Prestadores Médicos del Interior – FEPREMI - Corporación Cooperativa de Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales – IAMPP, es una asociación empresarial integrada por veintidós Instituciones de Asistencia Médica Colectiva – IAMC sin fines de lucro, todas con personería jurídica. Cada una de las veintidós instituciones médicas integrantes de FEPREMI tiene asiento y área de influencia en el departamento del interior donde tienen su sede. Estas instituciones en conjunto con el Sanatorio Americano SA y el Seguro Americano - Medicina Privada, en Montevideo, instituciones propiedad de las IAMC del interior y también ambas sin fines de lucro, constituyen desde el año 1993, la Red FEPREMI de Asistencia, siendo la principal red de atención de salud integral del país.

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 integral cuyo objeto es el de brindar una asistencia de salud de calidad a la comunidad departamental a la que están insertan y forman parte, y actuando, a su vez, de manera coordinada y compartiendo una cultura federal común, en valores, principios y objetivos.

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 SA - Centro de referencia en la capital.
COCEMI - Cooperativa central de compras y abastecimientos localizada en la capital.
SEGURO AMERICANO - Medicina privada personalizada con asientos en la capital.
FOPREMI - Reaseguro de prestaciones asistenciales de alto costo y/o complejidad.
Red FEPREMI de telefonía y datos.
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
FRM - Fondo de Rétiro Médico

Cantidad de usuarios con cobertura integral		**850.000**	**40 % del sector IAMC** **25% de la población total**
Cantidad de médicos		**3.500**	
Funcionarios no médicos		**14.000**	
Red de emergencia médica móvil en todo el país	**Uruguay Emergencia**		
Gasto Salud por cobertura integral Sistema FEPREMI	**millones U$S**	**760**	
% sobre gasto salud país		**15%**	
% sobre PBI		**1,50%**	
Infraestructura disponible	**millones U$S**	**500**	
Inversiones Sistema FEPREMI 2008-2019	**millones U$S**	**300**	
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 SASA)		**1**	

La Red FEPREMI de Asistencia.

FEPREMI - a través de las 22 organizaciones asistenciales que la componen - conforma una Red de Asistencia Nacional constituida en el año 1994, que abarca:

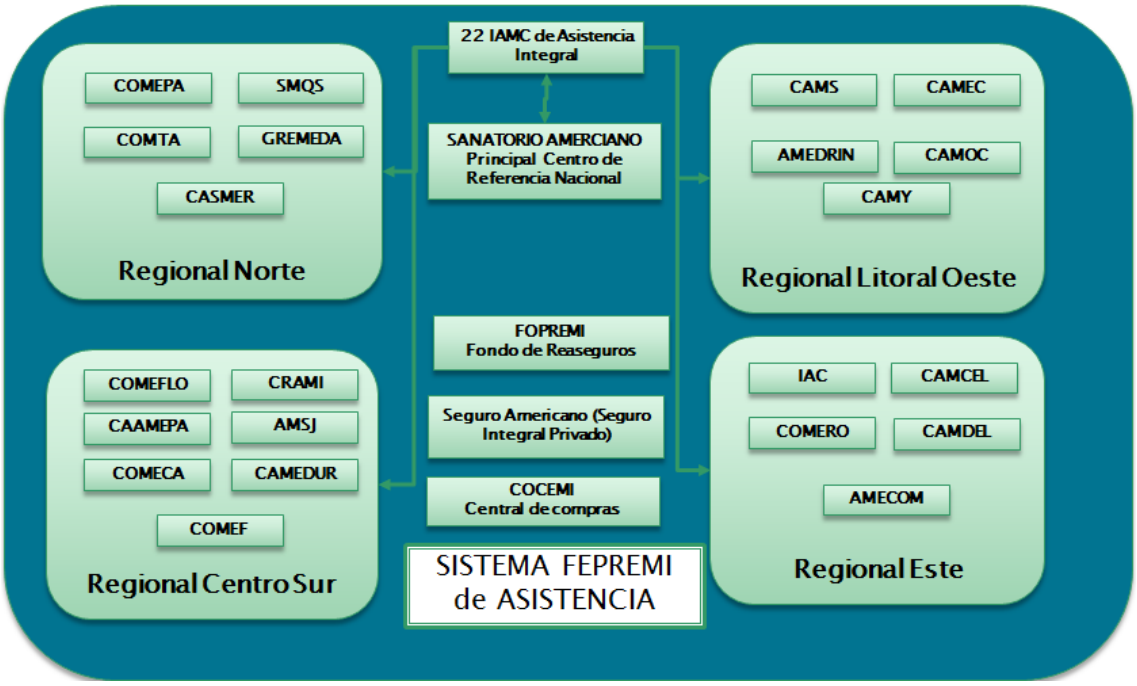
a) la atención medica del afiliado en cualquiera de las Instituciones Federadas, incluyendo la atención de la consulta ambulatoria, la urgencia y la emergencia.

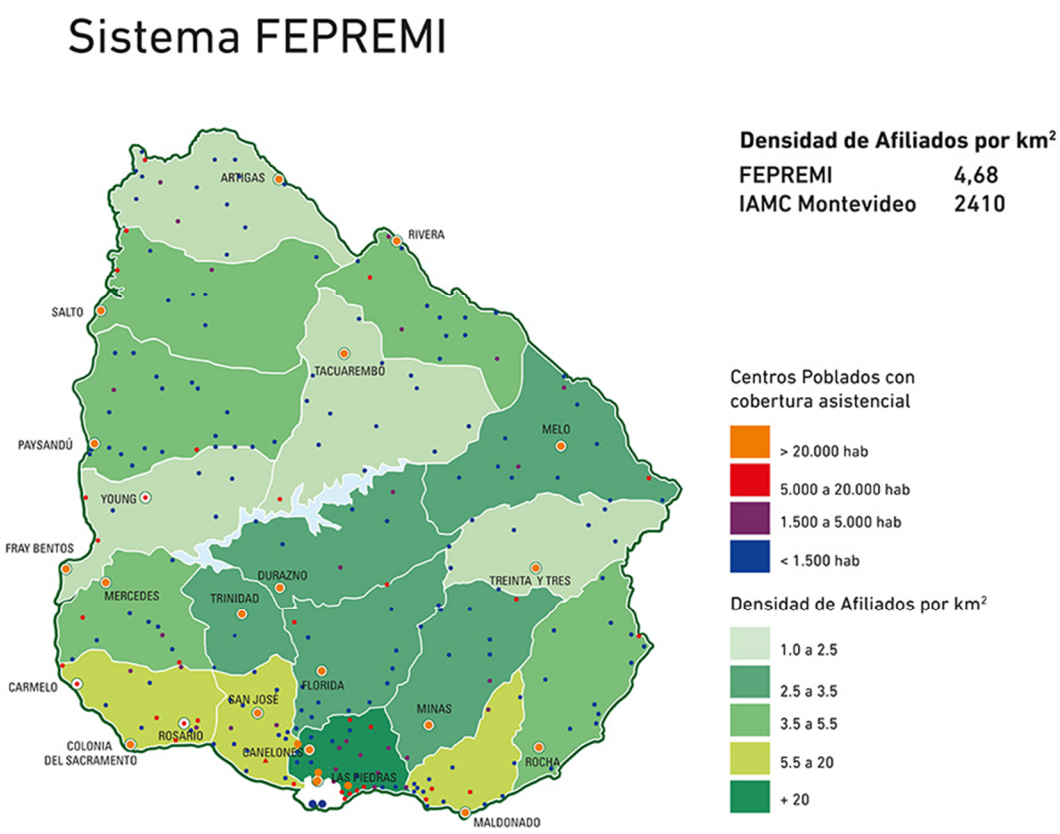
b) dicha asistencia se brinda también en caso de estadía accidental o residencia temporaria del afiliado en otro departamento.

c) la facilitación del traspaso del afiliado a otra institución del sistema.

d) la asistencia de consulta de urgencia y emergencia en Montevideo, a través del Sanatorio Americano, el cual cubre además la asistencia del tercer nivel.

Este Sistema Nacional denominado Red FEPREMI de Asistencia, es la etapa superior de un desarrollo asistencial único en el país.





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 profundo.

2. Marco de análisis

A efectos de proyectar las líneas de acción para el corto, mediano y largo plazo, necesarias para mejorar el diseño y el desempeño del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), un posible esquema de análisis es evaluar sus actuales características a la luz de los principios rectores consagrados en su ley de creación.

La ley 18.211 puede considerarse como la ley madre del SNIS, no sólo porque en ella se crea esta figura y el Seguro Nacional de Salud (SNS), sino porque se establecen los principios programáticos que los rigen y que se supone conducen los cambios iniciados en el año 2007.

Por tanto, el marco de análisis de las propuestas que se hacen en este documento, apuntan a identificar las brechas existentes entre la institucionalidad del sistema alcanzada hasta la fecha desde el inicio del proceso, y la que deviene de la consideración de los principios, objetivos e instrumentos consagrados en la ley, más allá de ciertas incongruencias que el texto legal presenta en cuanto la consistencia y la necesaria subsidiariedad que debe existir entre estos.

A partir de los desvíos señalados, surgen las líneas de acción[1] cuya instrumentación se entiende imprescindible si se pretende cumplir con los principios del SNIS y mejorar su diseño de forma tal de generar condiciones que propicien mejoras en su desempeño y en sus resultados.

[1] Las estimaciones y cálculos incluidos en el presente documento, cuando no es señalada la fuente expresamente, surgen de trabajos e informes del Grupo de Investigaciones Económicas de FEPREMI-GRIEF.

3. Los usuarios del SNIS y los beneficiarios del SNS.

El artículo 3º de la Ley 18.211 en su literal c), menciona como un principio rector del sistema, "la cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud".

La cobertura de salud en el sistema uruguayo históricamente tuvo un alcance cuasi universal a través de diferentes modelos de aseguramiento que se definían según determinadas características de los colectivos a los que estaban destinados dichos modelos. Esto llevó a que se señalara como un problema del sistema la fragmentación de su cobertura sanitara.

La creación del Seguro Nacional de Salud - SNS hacía suponer que éste sería el modelo de aseguramiento general para el conjunto de la población en el entendido que la mancomunación de los recursos en un único fondo destinado a cubrir los diferentes riesgos de enfermar del conjunto de la sociedad, era un instrumento idóneo para contribuir a la equidad y la eficiencia del sistema.

Sin embargo, existen en este sentido cuentas pendientes que hacen que transcurridos más de diez años de iniciado el proceso de cambio, se pueda decir que aún existe un sistema de cobertura fragmentado, con colectivos que por definición (según la Ley 18.211) son usuarios del SNIS pero que quedan fuera del alcance del SNS.

Sin dejar de desconocer los avances en la cobertura a través del SNS, éste está lejos de ser de alcance universal. Es así que quedan fuera de la cobertura del SNS:

- Los funcionarios de los Gobiernos Departamentales que como es sabido, la ley prevé su inclusión pero la deja librada a la oportunidad que el Poder Ejecutivo (PE) entienda más conveniente (el artículo 74 lo faculta pero no lo obliga). A más de diez años de promulgada la ley, el PE no ha considerado aún oportuna su incorporación al SNS sin causa aparente o expresa. Este conjunto de trabajadores, con variantes según los casos, mantienen sistemas de cobertura a través de convenios colectivos con Instituciones de Asistencia Médica Colectiva con las que contratan directamente su seguro de salud.
- Las personas que no cumplen con las condiciones establecidas en la ley para quedar amparados en la cobertura del SNS ya sea por su bajo nivel de ingresos o por la informalidad de su actividad laboral, que son las dos variables que definen a los beneficiarios del SNS. Este colectivo es integrado, entre otros, por las personas desocupadas, los estudiantes mayores de 18 años e inactivos y los menores de 18 años con padres desocupados o informales. En la actualidad este conjunto de personas representa alrededor de 24% de la población y está

integrado por individuos que por defecto la ley establece que sean usuarios de ASSE y su cobertura de salud se financia con recursos presupuestales.

- Los beneficiarios de los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior que reciben la cobertura de salud a través de sistemas sanitarios propios financiados con recursos presupuestales, por fuera del SNS.
- Los rentistas que representan un colectivo de personas de 14 y más años de edad que no tienen una ocupación remunerada y perciben como único ingreso, algún tipo de renta. Estos ingresos pueden provenir de rentas asociadas al capital físico, capital financiero o algún otro tipo de inversión. Se trata de un colectivo estimado en unas 12.000 personas.
- Otro colectivo fuera del FONASA son los empresarios[2]. Los titulares socios no administradores de sociedades personales (SRL, Comandita, Capital e Industria, etc.) o accionistas de sociedades de capital (SA por acciones nominativas o al portador), no están amparados por la cobertura del FONASA para la atención integral de su salud. Solo los titulares de empresas unipersonales con hasta 5 empleados, acceden a la cobertura FONASA de acuerdo al marco normativo vigente. Aquellas personas que no tienen el derecho a la financiación de la cobertura a través del FONASA, si desean adquirirla, deben abonar una cuota individual de bolsillo cuyo monto no distingue edad y sexo y que genera asimetrías, en general mayores costos para los prestadores, distorsionando el sistema de financiación imperante.

Resulta claro que se mantiene aún una fragmentación de la cobertura aunque de menor magnitud que la existente antes del año 2007

El segundo problema que se genera a partir de esta fragmentación es la existencia de múltiples coberturas por persona beneficiaria. El Ministerio de Salud Pública (MSP) reconoce tal situación[3] y calculó que a abril de 2017 existían 241.808 personas con más de una cobertura. Eran 103.517 los beneficiarios de Sanidad Militar y 98.291 los beneficiarios de Sanidad Policial lo que representaba que el 82% y 75% del total de beneficiarios de esos sistemas, respectivamente, contaban por lo menos con más de una cobertura. Pero lo más relevante de esta situación de múltiples coberturas por beneficiarios, es la existencia de múltiples coberturas financiadas con recursos públicos ya que esto claramente va en detrimento de la eficiencia y equidad del sistema. De esta doble cobertura financiada con fondos públicos se estimó[4] que en 2017 un total de

[2] Información del BPS para 2017 establece que el total de empresas cotizantes ese año según tamaño fueron 203.770. Estas se distribuyeron en 96.331 unipersonales, sin empleados; 71.749 micros empresas, hasta 10 empleados; 28.698 pequeñas entre 11 y 49; 6.004 medianas, entre 50-250 y 988 grandes, más de 250 empleados.
[3] Informe cobertura poblacional del SNIS según prestador. DES- MSP- 2017
[4] Ídem trabajo citado.

122.546 eran usuarios de Sanidad Militar y de Sanidad Policial y además en forma simultánea tenían su cobertura financiada por el FONASA.

El último inciso del artículo 50 de la ley dispone que "no se admitirá la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema, debiendo los usuarios optar por una de las que eventualmente les correspondiera". El texto refiere a la doble cobertura a cargo del "Sistema", lo que hace suponer que refiere al SNIS, y no a la doble cobertura a cargo del SNS. Esto quiere decir que la inadmisibilidad de la doble cobertura es amplia y no queda limitada a la doble cobertura dentro del seguro, que parece haber sido la interpretación utilizada hasta el momento para justificar la existencia de la realidad señalada anteriormente.

La incorporación del colectivo de personas que hoy día no reúnen los requisitos para quedar dentro de la cobertura del SNS, al financiamiento a través del FONASA, esto es, los denominados usuarios No FONASA de ASSE, es un elemento central de la profundización de la universalización del seguro público.

Esto supone que el presupuesto de ASSE integre los recursos del FONASA y que la JUNASA le transfiera desde ahí las cuotas salud que le correspondan de acuerdo a la estructura de edad y sexo de su población afiliada como a los demás prestadores integrales que integran el SNS.

Debe tenerse presente que una medida de este tipo no generaría incrementos en el gasto del Estado. Si se divide el presupuesto de ASSE del año 2018 entre la cantidad total de sus usuarios, con independencia del modo de financiamiento de su cobertura, y se le deduce el presupuesto de las Unidades Ejecutoras que por las características del servicio que brindan exceden las obligaciones del PIAS, se obtiene un gasto promedio por usuario que es prácticamente igual al que surge de su cálculo a partir de los valores de cápitas y pago de metas según la estructura de edad y sexo de la población usuaria de ASSE.

Comparativo Gasto medio PIAS y Cuotas Salud, por afiliado - 2018

	IAMC	ASSE
Gasto PIAS promedio	**2.669**	**2.129**
Cuota Salud promedio – Total de Afiliados	**2.333**	**2.129**
Cuota Salud promedio - Solo Afiliados FONASA	**2.345**	**2.518**

Fuente: GRIEF

En suma, el gasto PIAS promedio en ASSE y su cuota salud promedio, considerando el total de sus usuarios, son a 2018 similares, por lo que no habría un mayor gasto para el Estado si se incorporaran todos los usuarios de ASSE a la cobertura del SNS.

Visto esto, resulta claro que la decisión de inclusión de este colectivo en la cobertura del SNS pasa por la consideración de otras variables que no son las económicas y que podría pensarse tienen relación con su eventual impacto en el funcionamiento y la organización de ASSE.

Primera línea de acción: Se debe avanzar en la universalización de la cobertura a través del SNS y la eliminación de la doble cobertura financiada con fondos públicos. Para ello es necesaria la inclusión de los colectivos que hoy permanecen fuera del SNS trasladando al FONASA los recursos presupuestales con que se financia su atención para que éste reembolse al prestador que los beneficiarios hayan elegido, las cápitas que les correspondan.

4. La accesibilidad a los servicios

El mismo principio que consagra la universalidad menciona la accesibilidad. La situación actual del SNIS todavía está lejos de asegurar una adecuada accesibilidad a los servicios, dimensión sin la cual el valor de la cobertura universal queda en entre dicho.

El prestador público no tiene tasas moderadoras. A pesar de esto, de acuerdo a datos del INE, los usuarios de ASSE destinan una proporción no despreciable de sus ingresos, para la compra de medicamentos en la red de farmacias comunitaria. A su vez, en el sector privado las tasas moderadoras como elemento relacionado con la accesibilidad económica, han sido objeto de permanentes ajustes a la baja, así como de supresiones y exoneraciones en determinados casos. Estas medidas, que no siempre han ido acompañadas de la necesaria evaluación del impacto potencial en la sustentabilidad económica de los prestadores del SNIS, no se han enmarcado en una política expresa y claramente definida que permita hacerla previsible.

Se mantienen además, diferencias en los sistemas de tasas moderadoras, tanto en su alcance como en sus precios, no sólo según la modalidad de afiliación de los individuos, a través de convenios colectivos o mediante el SNS (FONASA), sino también al interior de este último grupo de beneficiarios.

La misma normativa que en su momento llevó a ciertos colectivos de individuos a incorporarse al SNS, y que previamente tenían acuerdos bajo la modalidad de convenios colectivos de cobertura con IAMC que incluían menores precios de tasas o exoneraciones, obligó a los prestadores a mantener estos beneficios al cambiar su modalidad de cobertura. Como consecuencia, se han generado inequidades en el acceso, con aplicación de tasas de diferente precio para personas cubiertas por el mismo seguro (SNS) sin otra justificación que su antecedente de pertenencia a un grupo en particular.

Por otra parte, la muy fuerte disminución del precio nominal y real de las órdenes en todas las especialidades que impulsó el regulador a lo largo del período 2007-2018[5], hacía esperar un aumento en las tasas de utilización de los usuarios y por ende reforzar la hipótesis teórica de partida de existencias de barrera de accesos a los servicios. Transcurrido más de diez años de aplicación de esta política, a la luz de lo que arroja el análisis de la información disponible, tal hipótesis no se habría verificado en la práctica, ni en el global de las consultas centralizadas (policlínicas), ni en las consultas de medicina general, pediatría y especialidades médicas. Podría solo sostenerse, como una explicación posible, a cuenta de otros estudios, en el caso de las consultas ginecológicas en la capital y para los menores de un año. De todos modos en ambos casos la Meta 1 de control del recién nacido y de la embarazada, seguramente ha incidido en el mayor uso de esos grupos.

Debería avanzarse en la determinación de una política homogénea respecto a la aplicación de tasas para todo el SNIS, incluyendo al prestador público, sustentada en su rol, como el nombre lo indica, de moderadoras de la demanda innecesaria, que vaya más allá de lo expresado en la ley en cuanto a propender a su reducción, y que se enmarque en los conceptos de mejora de la accesibilidad y de la equidad.

Segunda línea de acción: En el corto plazo, se debe homogeneizar la aplicación de las tasas moderadoras sin que exista discriminación de sus precios según la modalidad de cobertura de los beneficiarios, y definir criterios y procesos de evaluación de impacto "ex ante" de forma trasparente, de eventuales cambios de precios, exoneraciones de aplicación o de nuevas prestaciones alcanzadas por éstas o por otros copagos, de forma tal de anticipar y corregir los posibles efectos negativos en la ecuación económica de las empresas.

En el mediano y largo plazo, deberá definirse, luego de un proceso de análisis profundo y de definición del objeto y el alcance de los copagos en general como instrumento relacionado con la accesibilidad a los servicios y en conjunto con los principales actores del SNIS, una política que contemple criterios claros y expresos en cuanto a las prestaciones alcanzadas, su relación con los costos de producción, las condiciones clínicas y de salud de los beneficiarios, las exoneraciones aplicables, sus precios y eventualmente su relación con la capacidad de pago de los usuarios, así como la institucionalidad del proceso de sus actualizaciones y adecuaciones que siempre deberán prever de manera ex ante su eventual impacto económico financiero en las empresas prestadoras.

[5] Tasas Moderadoras y Copagos. Los costos compartidos en el SNIS. GRIEF. Julio 2018

Otro elemento a considerar a la hora de analizar la accesibilidad, es su dimensión organizacional, sobre todo en lo que se vincula a la disponibilidad de recursos para la atención de los beneficiarios.

En este sentido, la capacidad instalada resulta determinante y ésta es función de las posibilidades de inversión en infraestructura y tecnología.

La discontinuidad de la política de promoción de inversiones mediante el sistema de pago de una sobre cuota contra presentación, evaluación y seguimiento de proyectos específicos (más allá de ciertos condicionantes coactivos que impuso el regulador durante la vigencia de este sistema), supone, en un contexto de recursos acotados, un riesgo cierto de adecuación de los recursos de los prestadores a las necesidades de salud y a la demanda de los usuarios, con el consiguiente riesgo de comprometer el acceso oportuno a los servicios.

Pese a esto, es preciso señalar que en conjunto las IAMC de FEPREMI en el período 2008 – 2018, han destinado cerca del 4% de sus ingresos operativos a proyectos de inversión.

Como es sabido, desde mayo de 2016 se encuentra en el Parlamento, una iniciativa legislativa del PE, destinada a dar continuidad al sistema de sobre cuota de inversión como instrumento que facilite la adecuación de la capacidad de respuesta de las IAMC a las crecientes y nuevas demandas de sus afiliados. Este instrumento debe valorarse a la luz de otros inconvenientes que se consideran más adelante, como lo es la falta de previsión de un margen de rentabilidad en el cálculo de la cápita que posibilite la necesaria inversión en desarrollo de los prestadores.

Tercera línea de acción: Definir una política de inversiones de mediano y largo plazo que trascienda la mera reposición de tecnología para mejorar el acceso y la calidad de los servicios y asegurar el desarrollo de los prestadores público y privados y de las redes integradas de servicios.

5. La sustentabilidad de los servicios y del sistema

Como ya se mencionó el literal c) del artículo 3º de la ley establece que la sustentabilidad de los servicios es otro principio rector del SNIS. A esto se agrega el literal l) del mismo artículo que indica como tal "la sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud."

La sustentabilidad de los servicios es función de la suficiencia de su financiamiento y de la eficiencia de su gestión.

Debe reconocerse que se ha desarrollado un largo proceso de trabajo en la comisión de cápitas tendiente a modificar este estado de cosas acordándose en ese ámbito la necesidad de mejorar sustantivamente la calidad de la información de costos a partir de una nueva planilla ECAS (Estudio de Costos para la Atención de la Salud) como instrumento clave para la determinación de las cápitas.

La inclusión del pago por cumplimiento de metas asistenciales, pensado originalmente como un incentivo a la calidad o al logro de resultados devino en un incentivo negativo por el cual los prestadores IAMC reciben menos recursos por su incumplimiento, en lugar de un plus por su buen desempeño.

Esto no opera de igual manera en el caso del prestador público y de los Seguros Integrales, en los que sí funciona como un premio por buen desempeño. En el primer caso porque el pago de las metas cumplidas es un adicional a sus ingresos presupuestales. En el segundo, porque naturalmente en empresas que fijan libremente el precio de sus cuotas el cumplimiento de las metas es totalmente opcional y representa un ingreso adicional. La situación generada en el caso del pago por cumplimiento de metas es de una clara asimetría de aplicación normativa.

A esto se suma la discrecionalidad del regulador en el criterio de exigencia de cumplimiento que ha sido siempre más laxo y benévolo en el caso de ASSE, a la que se le han determinado valores de metas a alcanzar por debajo de los exigidos a los prestadores privados. Aun así, en 2016 las IAMC cobraron 89% del máximo posible por concepto de cumplimiento de metas, mientras que ASSE en ese mismo año sólo cobró el 15% del máximo posible. Esto, más allá de lo que puede significar respecto al desempeño del prestador público, deja en evidencia el carácter opcional de incentivo positivo de las metas en el caso de ASSE.

Cuarta línea de acción: Definir una metodología de mejora continua del modelo de determinación de las cápitas y de la periodicidad de su aplicación.

Quinta línea de acción: Redefinir el financiamiento del pago por cumplimiento de metas para que opere como un incentivo positivo con igualdad de criterios de exigencia y aplicación a todos los prestadores del SNIS, que se calcule sobre la base de la totalidad de los afiliados de las instituciones en tanto las normas aplican a todos ellos y no solo a los financiados a través del FONASA, y que profundice la alineación de sus componentes a objetivos y resultados de salud concretos.

6. La calidad de la atención

El literal F) del artículo 3º de la ley 18.211, señala como principio rector, "la calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios."

Por otra parte, el literal D) establece como principio rector, "la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones".

Los tres conceptos incluidos en este último principio constituyen dimensiones de la calidad de la atención.

En este sentido, el SNIS se encuentra en un debe casi absoluto. Más allá de algunos indicadores utilizados para la medición del cumplimiento de algunos componentes de las metas asistenciales (sobre todo de la meta 1 y en general relacionados con los procesos), de los indicadores de uso de servicios del SINADI, y de una serie acotada de indicadores incluidos en sus reportes relativos al acceso y el cambio del modelo, que no son auditados y para los que no hay estándares de referencia, no existe información sobre el desempeño del sistema y de sus prestadores a partir de un sistema explícito de evaluación de calidad sustentado en normas objetivas.

No existen entonces, indicadores asociados a la continuidad de los procesos y a la oportunidad con que se brindan. Tampoco hay datos que permitan aproximarse a la realidad en materia de equidad prestacional es decir, que intenten medir el grado de adecuación de las prestaciones brindadas a las necesidades de salud de los usuarios, y en general no existen indicadores de resultados.

En este contexto resulta difícil interpretar los datos que se publican. A modo de ejemplo: ¿Las diferencias observadas en las tasas de uso de los servicios entre el ASSE y los prestadores privados, evidencian diferencias en el acceso a los servicios y por tanto ponen en tela de juicio la equidad del sistema? ¿El menor cumplimiento de las metas asistenciales por parte del prestador público, evidencia una menor calidad de la atención en éste respecto a los privados?

Las encuestas de satisfacción de los usuarios, si bien van en la línea de evaluar la calidad, lo hacen en referencia a una dimensión menor del complejo y multidimensional concepto de la calidad en salud.

La información de que se dispone actualmente solo permite una aproximación parcial, acotada e insuficiente a la calidad de la atención y los datos disponibles no permiten interpretar unívocamente la situación en materia de calidad.

Como se señala más adelante, en un sector de precios regulados, la calidad es o debería ser la variable de competencia entre las instituciones por la preferencia de los usuarios. Si efectivamente se quiere ir en la dirección de incentivar la decisión informada del usuario se debe comenzar a medir y difundir aspectos de la calidad que pongan a disposición de la población elementos de decisión que vayan más allá de la valoración de los precios de los copagos que parecen ser hoy día la variable incidente en la decisión de los afiliados.

Sabido es que la calidad de la atención es un concepto complejo y difícil de cuantificar en sus diversas facetas, y que por tanto el diseño de un modelo que permita su evaluación es un proceso de largo aliento. Sin embargo, es preciso comenzar a andar este camino para introducir incentivos que orienten el accionar de los prestadores en ese sentido.

Sexta línea de acción: Avanzar en la definición de un sistema de evaluación de la calidad asistencial basada en indicadores objetivos y auditables que opere como incentivo a la calidad y por ende a la eficiencia, y que posibilite la difusión de datos útiles a la población sobre el desempeño de su prestador y que promueva la aplicación de herramientas de gestión clínica en las instituciones.

7. La elección de los usuarios

Dentro de los principios rectores del SNIS se menciona “la elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios” (literal h del ya mencionado artículo 3º). Esto está además, reafirmado en el artículo 50 de la ley, que establece taxativamente que “la elección de prestador es libre.”

Este principio lleva implícito tres elementos que hay que considerar en conjunto: la regulación de esa libertad de elección; la competencia entre los prestadores por la preferencia de sus usuarios, que va implícita en la posibilidad de elegir de estos últimos, y la información de la que deben disponer los usuarios para elegir.

Respecto a la regulación, es claro que el decreto que reglamentó este principio limita la libertad de elección para quienes ya están adscriptos a un prestador, en términos temporales a un solo mes en el año y exige una permanencia mínima de tres años en la institución de la que se quiere migrar. Sin embargo, estas restricciones no operan para quienes quieran migrar de una IAMC hacia ASSE o a un Seguro Integral sin que existan fundamentos para semejante asimetría en la regulación.

Como es sabido, los nuevos beneficiarios del SNS pueden elegir su prestador y si no lo hacen se los adscribe de oficio a ASSE. Tampoco en este caso existen fundamentos que avalen la norma adoptada.

En aras de interpretar o aun de respetar más cabalmente la libertad de elección consagrada como principio, debería modificarse la regulación de la movilidad de los usuarios.

En este sentido, la regulación debería apuntar a consagrar como norma general la posibilidad de cambio de prestador en consonancia con el concepto de libertad de elección y en contraposición a la actual regulación en la que en los hechos la norma general es la imposibilidad de cambio y la excepción es la posibilidad de hacerlo.

Parece lógico entonces, que se habilite a los usuarios a migrar en todo momento, siempre que cumplan con una permanencia mínima en la institución de origen (menor a la actual) y que el cambio opere transcurridos tres meses desde su solicitud. Esta excepción a la norma general tiene sus fundamentos en la lógica de los seguros de salud y busca evitar que el usuario cambie de prestador cuando se enfrenta a eventos concretos de enfermedad y se mantenga la responsabilidad asistencial en el prestador al que pertenece.

Por otra parte, debe modificarse el régimen de elección de quienes ingresen por vez primera a la cobertura del SNS y de quienes reingresan luego de haberla perdido. En todos los casos, el criterio general de la adscripción de oficio debe ser el de adjudicación a un prestador del departamento de residencia del usuario. En el caso de los que ingresan por vez primera al SNS, la adscripción de oficio debería realizarse entre los prestadores integrales del departamento de manera proporcional al número de afiliados financiados por el FONASA que éstos tengan en sus padrones dentro del departamento. Para el caso de los que reingresan a la cobertura del SNS, debería mantenerse su adscripción en el prestador en el que estaba previo a su salida del SNS.

Existe un segundo aspecto que se vincula al primer punto planteado en el documento. La población que queda por fuera de la cobertura del SNS, particularmente quienes no cumplen con los requisitos de ingresos o de formalidad del trabajo y por ende no generan derecho de cobertura en el SNS, tampoco tienen la libertad de elección de su prestador y son en los hechos usuarios cautivos de ASSE.

Séptima línea de acción: modificar la regulación de la movilidad de los usuarios, de manera tal que la norma sea que el usuario puede migrar en cualquier momento y que la excepción este dada únicamente por razones vinculadas a la sustentabilidad del sistema. Para ello es necesario: reducir el plazo de inamovilidad; habilitar el cambio de prestador en cualquier momento siempre que cumpla con ese plazo y otorgar el cambio una vez transcurrido tres meses desde su solicitud. El régimen debería quedar establecido en la propia ley de creación del SNIS mediante la modificación de su artículo 50, como forma de brindar una mayor fuerza normativa al mecanismo regulatorio.

Aplicar la adscripción de oficio, si corresponde, por departamento de residencia del usuario, distribuyendo los beneficiarios del SNS que no hayan hecho uso de la opción, entre los prestadores integrales que cuenten con servicios de primer y segundo nivel de atención en el departamento, de forma proporcional a la cantidad de afiliados con que cuenten.

Simultáneamente y en concordancia con la primera línea de acción propuesta, debería otorgársele a los usuarios de ASSE cuya cobertura no es financiada a través del FONASA, la libertad de elección a la que refiere la ley.

8. La competencia

El principio de libre elección del usuario lleva implícito el de la competencia entre los prestadores por la captación de su preferencia. Por otra parte, la ley en su artículo 11, admite que pueden formar parte del SNIS "los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, estatales y no estatales y las entidades a que refiere el artículo 265 de la Ley Nº 17.930, de 19 de diciembre de 2005" (esto es, todas las IAMC y los Seguros Integrales habilitados a esa fecha).

Vale decir que si los usuarios tienen libre elección y el sistema está integrado por un conjunto amplio de instituciones de diferente naturaleza a las que se les exige como requisito brindar la misma cobertura integral definida por el MSP, entonces se trata de un sistema en competencia en el entendido que ésta representa un incentivo a la eficiencia y a la mejora del desempeño de los prestadores.

Sin embargo esta competencia esta signada por una asimetría manifiesta en la regulación que tiene diferentes alcances según se trate de las IAMC, de ASSE y de los Seguros Integrales, a lo que se suma cierta discrecionalidad en la aplicación de las exigencias que derivan del marco regulatorio haciendo menos estricto su cumplimiento en el caso del prestador público con relación a las IAMC. Tales los casos de la ya vista movilidad de los usuarios y los niveles de exigencia de cumplimiento de las metas asistenciales, por nombrar solo dos de ellas.

Existe una evidente tensión entre competencia y complementación como instrumentos para mejorar la eficiencia del sistema, conceptos centrales que no se han gestionado adecuadamente. Si bien la competencia está consagrada en la ley y por tanto se trata de la expresión normativa de una determinada visión política del sistema, el regulador en los últimos años ha optado por hacer una lectura muy particular del concepto de complementación en detrimento y menoscabo de la competencia, lo que se ha visto propiciado o potenciado por la ausencia de un marco jurídico expreso que regule los

arreglos institucionales necesarios para llevar adelante proyectos complementados que siempre deben basarse en la libre voluntad de las partes.

A su vez, esta particular concepción del MSP de lo que representa la complementación, ha sido aplicada en los hechos únicamente en el interior del país, y siempre que el regulador hace referencia a ella lo hace como una instrumento idóneo para la realidad del interior como si la validez de la complementación, en la interpretación del regulador, para mejorar la eficiencia tuviese límites geográficos y que en la capital no fuese necesaria la complementación de servicios. En los hechos esto representa una nueva asimetría y discrecionalidad regulatoria, no explícita normativamente, que afecta de manera negativa a unas instituciones y resulta inocua o aun beneficiosa para otras sin que exista fundamento de derecho, de buena administración o de oportunidad que la avale.

Desde esta concepción el regulador ha introducido algunas normas orientadas a la regulación de la competencia pero fundamentalmente, sobre todo en los últimos años, ha adoptado decisiones que más bien tienden a amputarla. Tal el caso de la instalación o la intención de instalación coercitiva de servicios únicos (maternidades, emergencias, cuidados paliativos), todos ellos concentrados en el Interior del país, cuyo objetivo parecería estar más orientado a disimular las ineficiencias del prestador púbico que a asegurar un mejor acceso a la atención de los usuarios.

El resultado es la pérdida de la individualidad de las instituciones y la sensación de inutilidad de la elección de parte del usuario, lo cual neutraliza y hace inútil la competencia.

Por otra parte, el regulador en los últimos años, ha adoptado una estrategia implícita de limitación para los prestadores privados, no ya de la innovación tecnológica como diferencial de competencia, sino de la simple y necesaria adecuación de la infraestructura a las nuevas demandas y de la imprescindible reposición de tecnología.

En paralelo, tales restricciones del regulador no aplican a ASSE en el entendido que por su única condición de prestador público, se encuentra habilitado a llevar adelante los proyectos de inversión que entienda pertinentes.

En este último sentido debe tenerse presente que uno de los objetivos del SNIS señalado en el artículo 4º de la Ley 18.211, es “organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales”. La importancia que le otorga el regulador a este tema se hace evidente al destinar un capítulo entero de la referida ley (capítulo IV) a regular la organización del SNIS según redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones.

Este enfoque, reconoce como punto de partida la promoción de parte de la OPS de las denominadas Redes Integradas de Servicios de Salud a las que el citado organismo define como "una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve".

Esta definición es íntegramente aplicable a la Red de FEPREMI cuyos integrantes además, cumplen totalmente con la definición que el organismo internacional hace de los "servicios de salud integrales". FEPREMI desde hace más de veinticinco años, es una auténtica Red Integrada de Servicios de Salud de alcance nacional constituida en parte central e ineludible del SNIS.

Por último debe tenerse presente que la imposición de normas que afectan la gestión de las empresas en su nivel medio y aún micro pone en entre dicho lo que establece el último inciso del artículo 14 de la ley 18.211 que dispone que "la integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa."

Octava recomendación: definir con claridad las reglas de competencia de aplicación homogénea para todos los prestadores del SNIS, que incluya:

- La determinación de un marco jurídico expresamente destinado a regular y acotar en su alcance los proyectos de complementación y la compra – venta de servicios, sustentados en todos los casos por la libre voluntad de las partes;
- La publicidad de los indicadores de evaluación de la calidad asistencial como elemento central de la decisión de los usuarios en un contexto de copagos regulados en los términos señalados anteriormente;
- La habilitación del desarrollo de inversiones que apunten a mejorar la calidad estructural de la atención y mitigue el rezago tecnológico.
- La determinación expresa de procesos y procedimientos transparentes y con plazos taxativos vinculados a la habilitación de servicios, incorporación tecnológica y otros.

9. La sustentabilidad y la eficacia

Los literales l) y k) del artículo 3º de la ley 18.211 consagran como principios del sistema "la sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud, y la eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales."

La eficacia se entiende como el logro de un determinado resultado en el tratamiento de determinados problemas de salud a partir de la aplicación de los procedimientos específicamente diseñados para su resolución y factibles de llevar a la práctica en función de la posibilidad de su financiamiento y de la experticia acumulada en el país.

El paquete de prestaciones incluido en la cobertura del SNS (Plan Integral de Atención a la Salud – PIAS) debe contener entonces todas aquellas prestaciones eficaces que aplicadas de manera eficiente contribuyen positivamente al logro de resultados sanitarios.

Desde su formulación en 2008 el PIAS ha sufrido escasas modificaciones. Algunas relacionadas con el ingreso de servicios (caso de la atención de salud mental), otras derivadas de la aprobación de normas legales con impacto en los servicios de salud (caso de la interrupción voluntaria del embarazo), una pocas por la incorporación de técnicas como es el caso de la cirugía laparoscópica y muchas otras por la introducción de nuevos medicamentos, la mayoría de ellos de alto costo.

En todos los casos la evaluación previa a la decisión de incorporación de nuevos servicios, técnicas o intervenciones adolece de un mecanismo o procedimiento explícito, previsible, transparente en todas sus instancias y con plazos claramente definidos de cada una de sus etapas y no prevé la iniciativa de otros actores que no sean los que de alguna forma u otra regulan el sistema. Para el caso de los medicamentos, hay un procedimiento explícito pero que presenta problemas de diseño, en los que no se profundiza en este documento, pero en el que se debe señalar existe una participación redundante de los mismos actores públicos en las diferentes instancias del proceso y lo que es más relevante, dónde el organismo encargado eventualmente de financiar la nueva prestación es el que realiza las evaluaciones económicas previas a la decisión.

No existe pues, un proceso claro, taxativo y previsible de revisión y actualización del PIAS que otorgue una dinámica planificada de su composición y una oportuna adecuación.

No existen ámbitos autónomos a los que los diferentes actores del sistema recurran para presentar innovaciones tecnológicas para su evaluación en términos de eficacia, seguridad, costo efectividad e impacto presupuestal que guíe de manera profesional las decisiones de inclusión o exclusión de tecnologías de la canasta del PIAS.

Todo ello, sumado a las dificultades ya señaladas en materia de inversión, ha llevado a una percepción bastante generalizada en cuanto a que el sistema se encuentra en una situación de rezago tecnológico que debería ser objeto de estudio para su adecuado dimensionamiento y cuantificación, pero que de ser cierto pone en riesgo los resultados futuros en materia sanitaria.

Novena línea de acción: determinar el grado de rezago tecnológico del SNIS para identificar las brechas asociadas a la atención de las prioridades de salud del país y revisar el PIAS propendiendo a superar el carácter de catálogo de prestaciones hacia un plan de atención de patologías, situaciones clínicas y prestaciones necesarias para ello.

Determinar procesos ágiles y transparentes de regulación de la dinámica del PIAS con criterios expresos de entrada y salida de servicios y prestaciones y con adecuadas instancias en las que se manifiesten las contradicciones de interés, evitando que quién debe financiar decida qué tecnologías se incorporan a la cobertura.

Definir instancias autónomas, de alto componente técnico que asesoren en la evaluación de tecnologías sanitarias y su eventual incorporación al PIAS.

10.La institucionalidad

A la luz de todos los elementos señalados resulta clara la necesidad de realizar ajustes a la institucionalidad del sistema, entendida en sentido amplio.

Décima línea de acción: Avanzar hacia la creación por vía legal de una Superintendencia de Salud que regule, controle y supervise con la jerarquía de organismo supra e independiente, encargado de vigilar el correcto funcionamiento del SNIS y de asesoramiento al Poder Ejecutivo.

11.Asistencia sanitaria y cuidados

Dada la realidad y tendencia demográfica del país, marcada por el envejecimiento relativo de la población cuya perspectiva es que siga acentuándose.

Teniendo cuenta la priorización que el SNIS ha hecho del colectivo de adultos mayores mediante la cobertura integral de su salud a través del SNS para el conjunto de todos los jubilados.

A su vez la implementación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en cuya definición de objetivos establece que las personas mayores en situación de dependencia tienen derecho a ser cuidados.

Décima primera línea de acción. Con el objeto de no duplicar esfuerzos y recursos se entiende necesario establecer con precisión hasta donde llega el proceso de atención de la salud y a partir de cuándo corresponde la implementación del cuidado de aquellas personas mayores en situación de dependencia.

12.Fomento de las Redes de atención de salud

Décima segunda línea de acción. En consonancia con lo establecido en la ley de creación del SNIS (artículos 34; 39 y 40) se priorizará la organización a través de las redes de atención de salud facilitando la coexistencia y promoviendo la cooperación horizontal entre ellas, sin preeminencia o jerarquización de las mismas.

13. Promoción del primer nivel de atención en las pequeñas localidades

Es una prioridad manifiesta del SNIS el fomento de la atención primaria en salud y la estrategia de focalizar recursos en el primer nivel de atención.

Por otro lado una de las limitantes del sistema es el de localizar recursos técnicos especializados en el interior del país y en especial en aquellas localidades pequeñas de menos de 5000 habitantes, que de acuerdo a información censal totalizan unos 407 centros poblados, más allá del área metropolitana.

Décima segunda línea de acción. Desarrollar un proceso de aprendizaje con el objetivo de permitir a las licenciadas de enfermería realizar el triage con la supervisión técnica especializada a distancia, a través del aporte de las tecnologías de la información.