

**LOS URUGUAYOS PAGAMOS MÁS  
PERO EL SISTEMA MUTUAL  
ESTA EN EMERGENCIA**

*Un informe científico sobre una década perdida*  
1990 - 2000

**FEDERACION URUGUAYA DE LA SALUD  
INSTITUTO CUESTA DUARTE  
P.I.T. — C.N.T.**

**INVESTIGADORES:  
DANIEL OLESKER  
MARCELO BERGOLO  
MARTÍN LEITES**

# *Un informe científico sobre una década perdida*

## 1990 - 2000

### INTRODUCCIÓN

*¿Cómo es posible que un sistema que duplicó sus ingresos reales en una década, haya estado permanentemente en déficit y haya ingresado en los últimos años en una crisis sin precedentes que pone en cuestión la supervivencia misma del sistema?*

*Siempre han surgido respuestas fáciles que vinculan el problema a la mala administración y aún a la corrupción, otras al famoso salario anestésico quirúrgico, otras al peso de los bancos en el financiamiento, y así encontramos explicaciones diversas, todas las cuales tienen parte de explicación, pero ninguna de ellas puede explicar en su totalidad la problemática en que nos encontramos.*

*La Federación Uruguaya de la Salud (FUS) ha tenido desde siempre una gran inquietud por conocer en profundidad las bases materiales del sector en la que desarrolla su trabajo, su organización y su lucha, en el entendido que sólo a través de la herramienta científica puede buscar soluciones verdaderas y sustentables al sistema mutual y de salud nacional en general. A iniciativa de la Comisión de Programa de la FUS se encomendó al instituto Cuesta Duarte realizar una investigación sobre el sistema mutual en la década de los 90.*

*Este trabajo es el resultado de esa investigación cuyas conclusiones ponemos a disposición de los trabajadores y trabajadoras de la salud y de la sociedad toda.*

*Los autores de este trabajo, militantes sociales del cambio nosotros mismos, sabemos que esta contribución será útil en la medida que se discuta a fondo entre nuestros compañeros y compañeras y al mismo tiempo sabemos que las propuestas sólo valen finalmente, en la medida que las organizaciones populares las toman y se organizan, se movilizan y luchan por ellas. Si eso sucede nuestra contribución valdrá la pena.*

Daniel Olesker  
Marcelo Bergolo  
Martín Leites

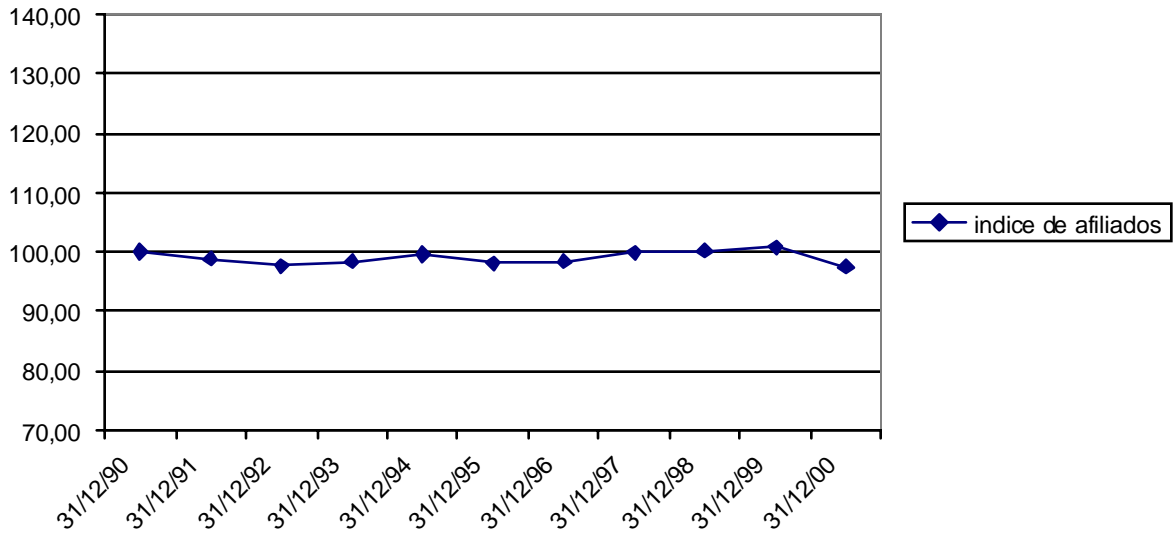
<sup>1</sup> Este trabajo de investigación fue realizado por el Departamento de Investigación del Instituto Cuesta Duarte bajo la dirección del profesor Daniel Olesker y contó con la asistencia de Marcelo Bergolo y Martín Leites. En el desarrollo de la discusión participaron activamente los miembros de Comisión de Programa de FUS, Alvaro Baz, Federico Gomensoro, Juan Armstrong, Pablo Anzalone, Francisco Amorena y Jorge Bermúdez.

# 1- CONSIDERACIONES GENERALES

La década de los 90 ha significado un proceso de crecimiento muy dinámico del sector de la llamada salud privada, que aquí llamaremos salud mutual social.

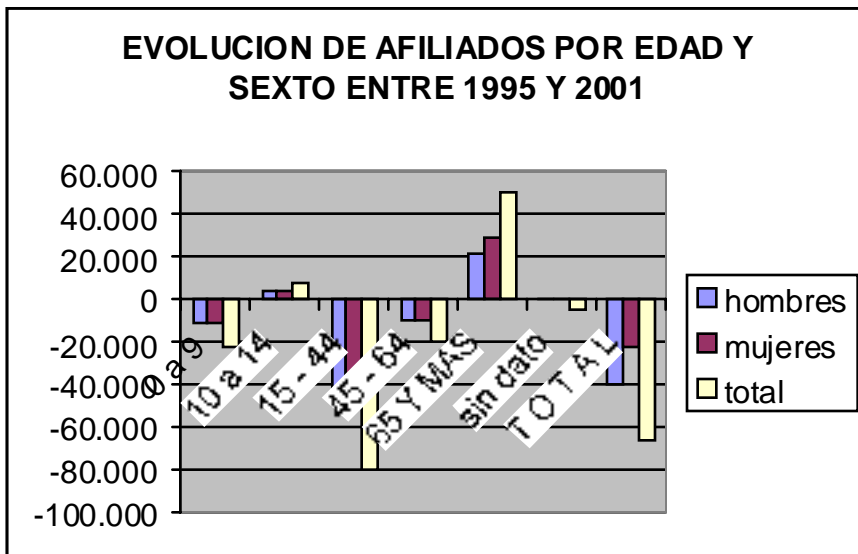
Los diferentes indicadores muestran que el gasto en salud paso del orden del 6 al 11% del PBI llegando el gasto mutual al 50% del total, es decir un 5,5% del PBI, lo que significa un gasto 1.100 millones de dólares, un orden de 700 dólares anuales por afiliado. Y si bien en los dos últimos años, los afiliados han caído, en la década del 90 se han mantenido constantes como muestra el cuadro 1 del anexo y el gráfico 1.

GRAFICO 1 - EVOLUCIÓN DE LOS AFILIADOS MUTUALES



A medida que se desarrolla la crisis económica los afiliados caen, como nos indica el cuadro2 del anexo estadístico. Esta caída opera sobre una situación que, como analizaremos en el trabajo, es deficitaria y por ende agrava los problemas. En especial dado que, como muestra el gráfico 2, la población añosa afiliada siguen creciendo y la baja es de los más jóvenes.

GRAFICO 2 - EVOLUCIÓN DE LOS AFILIADOS POR EDAD Y SEXO 1995 Y 2001



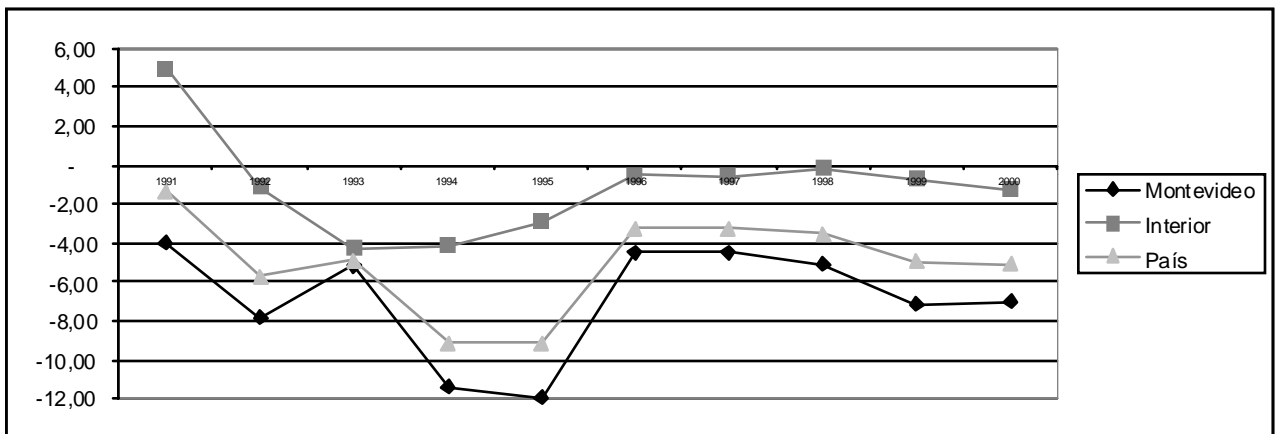
### NUESTRA PRIMER TESIS :

*Los problemas del sistema mutual derivan de características estructurales conformadas en la fase de crecimiento (importantes) de los ingresos lo cual no se correspondió con una mayor capacidad global de asistencia.*

### EL DEFICIT

Al mismo tiempo junto al crecimiento de los ingresos de la salud mutual, los gastos aumentan más, generándose un incremento del déficit como muestra el cuadro 3 del anexo y el gráfico 3.

**GRAFICO 3 - DEFICIT DE LAS MUTUALISTAS  
EN PORCENTAJE SOBRE INGRESO**



### NUESTRA SEGUNDA TESIS:

*El déficit de las instituciones no se debió a una caída de los ingresos, sino a un aumento de los gastos.*

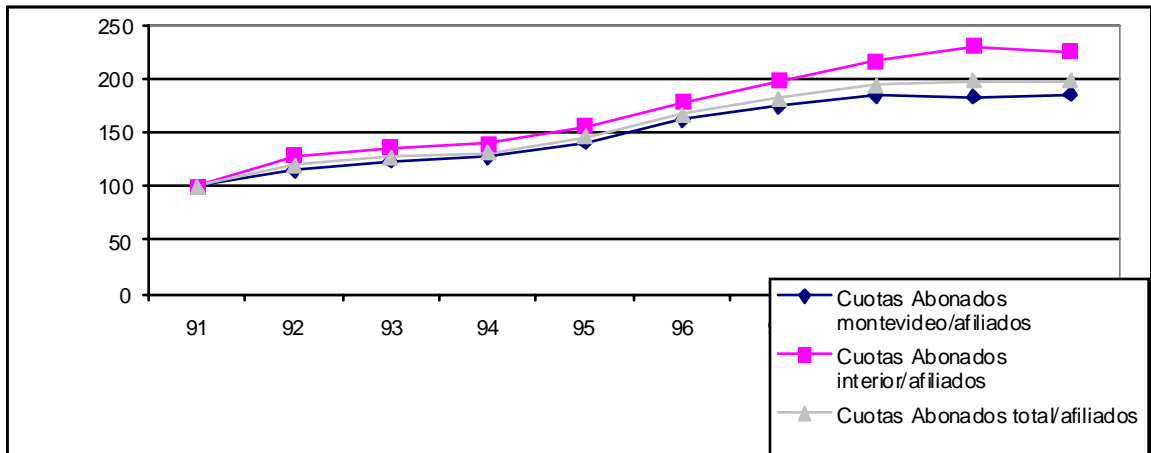
## 2- LA EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS

El cuadro 4 del anexo estadístico nos muestra los aumentos importantes que han tenido los ingresos en términos reales (es decir por encima de la inflación).

El caso más evidente son los ticket y las ordenes que triplicaron su valor real, mientras que la cuota lo duplicó y los otros ingresos igualmente se duplicaron.

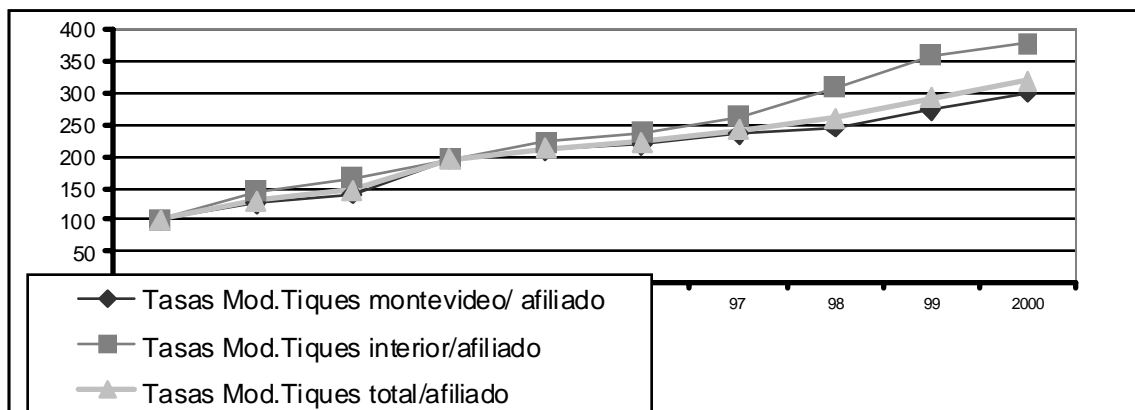
El gráfico 4 nos muestra el aumento del valor de la cuota por afiliado que a precios de hoy valía 3.000 pesos anuales en 1991 y hoy vale promedio 5.700. Con una masa de afiliados constantes, los ingresos del sector aumentaron de manera importante.

GRAFICO 4 - EVOLUCION DE LA CUOTA

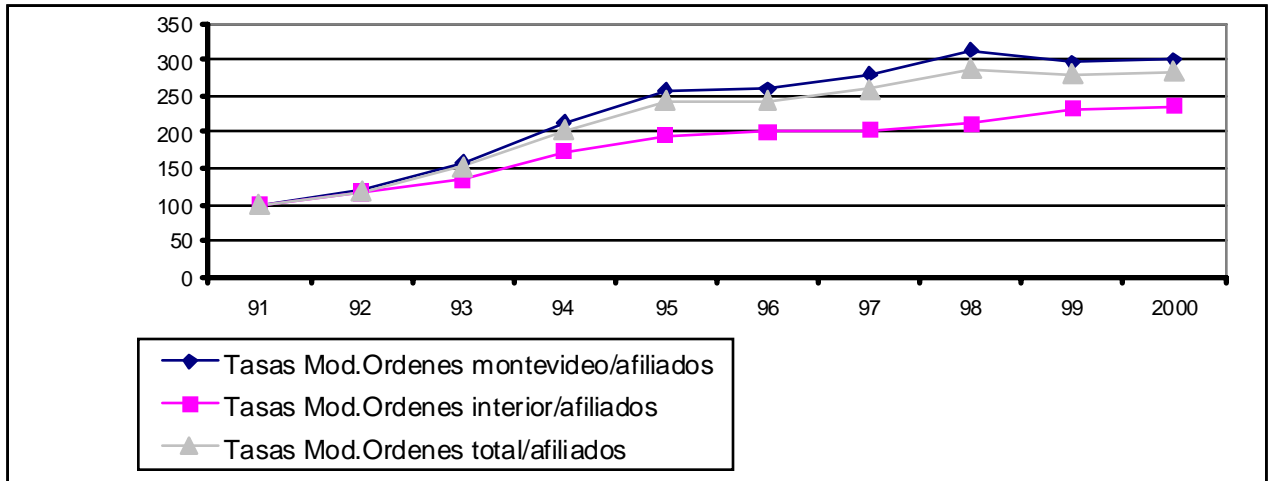


Lo mismo ha sucedido con los tickets de medicamentos y las ordenes (tasa moderadora) que se ven en los gráficos 5 y 6:

GRAFICO 5 - EVOLUCION TASAS MODERADORAS DE TICKETS

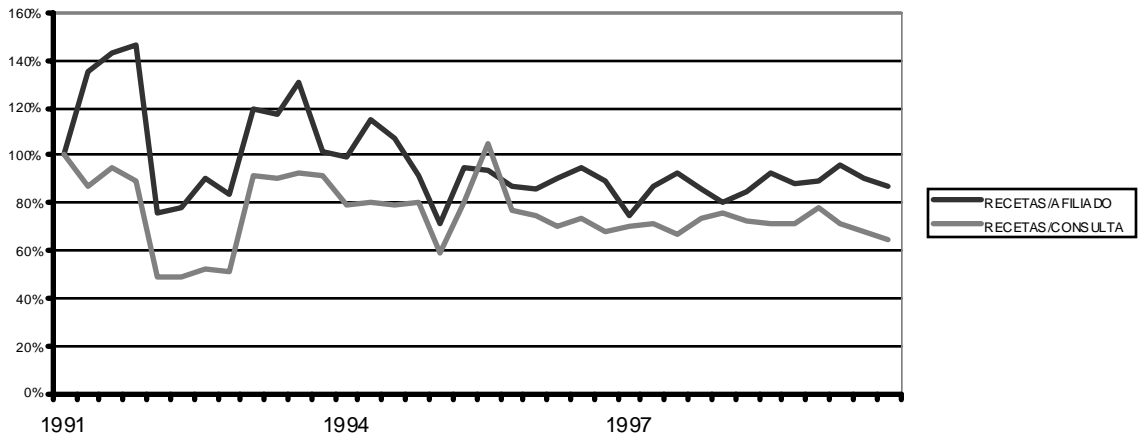


**GRAFICO 6 - EVOLUCION TASAS MODERADORAS DE ORDENES**



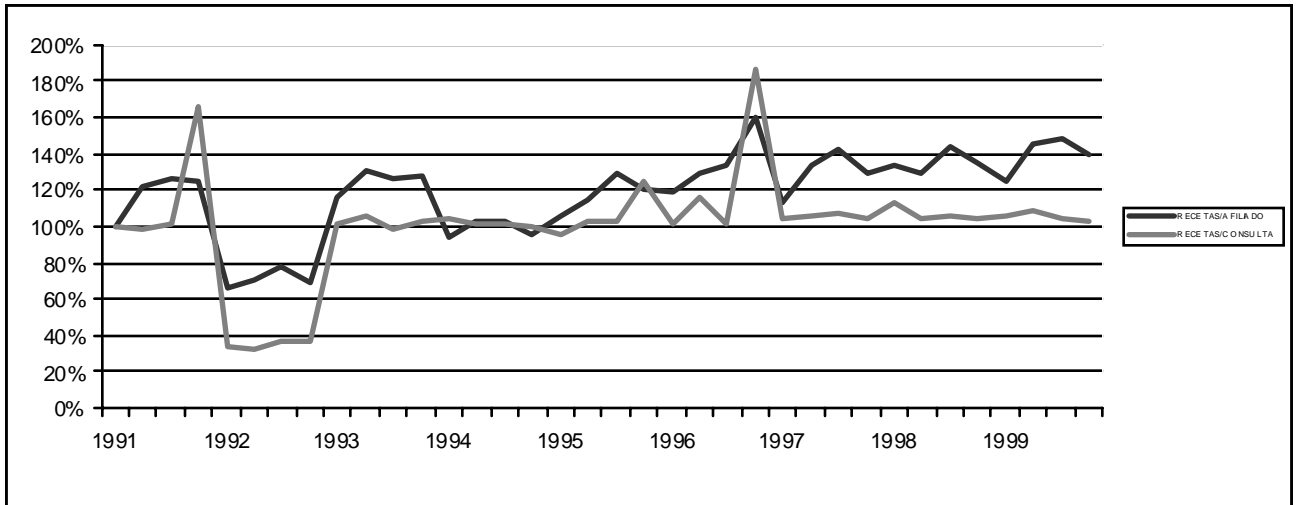
Entonces nos encontramos con una situación en que los ingresos del sector han aumentado considerablemente en dinero, ya que si bien la totalidad de afiliados no cayó, no creció significativamente, lo cual significó un aumento de los precios de cuotas y copagos, que como muestran los gráficos 7 y 8, las órdenes por afiliado tampoco resultaron de un aumento significativo.

**GRAFICO 7 - COMPARATIVO ORDENES DE MONTEVIDEO**



En el caso del interior hay un aumento en el uso por ticket de medicamento aunque no sea un incremento como el de los ingresos .

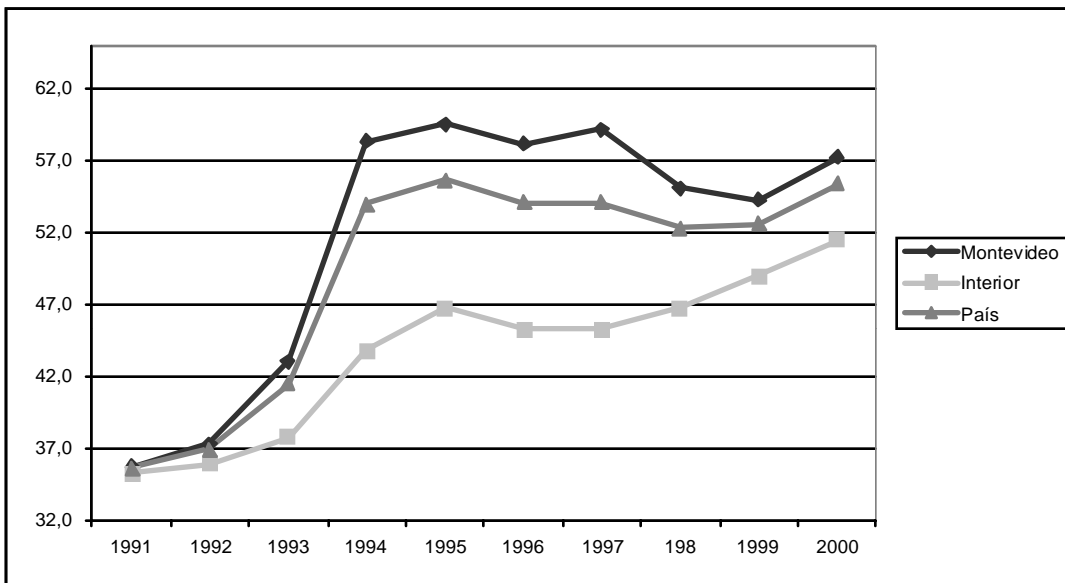
GRAFICO 8 - COMPARATIVO RECETAS INTERIOR



**EN SINTESIS:**

Lo anterior ha llevado a que el porcentaje de participación del cobro de ticket en el financiamiento del gasto de medicamentos ha sido creciente, lo que le quita su carácter moderador, para pasar a ser recaudador, como muestra el gráfico 9 y el cuadro 5 del anexo.

GRAFICO 9 - RELACION ENTRE TICKETS COBRADOS Y GASTO DE MEDICAMENTOS



### NUESTRA TERCERA TESIS:

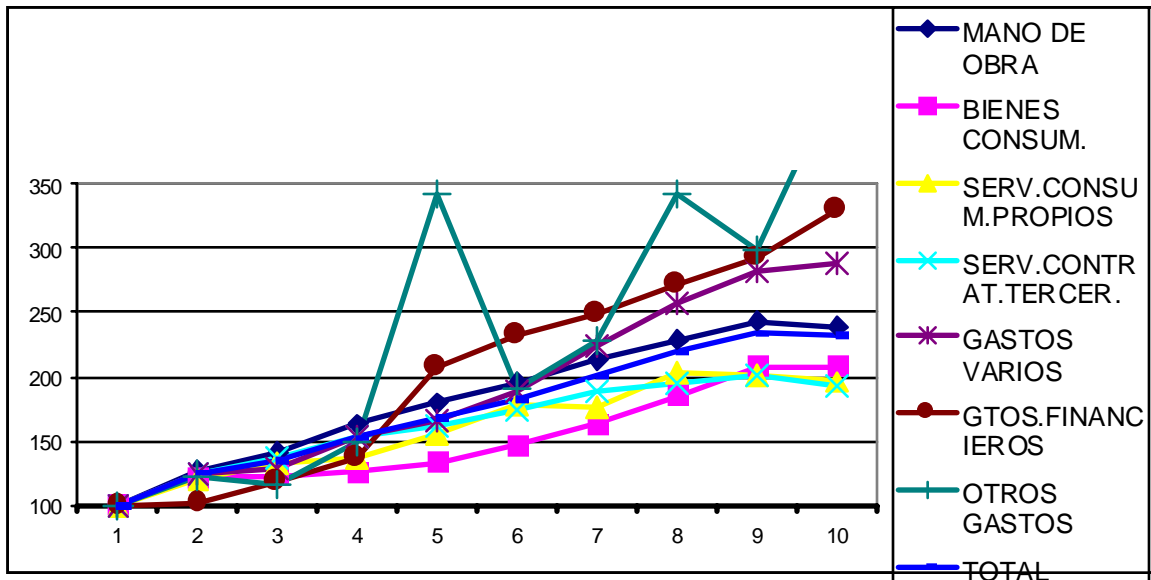
*Los ingresos de las instituciones mutuales aumentaron de manera significativa, no por una ampliación del nivel de actividad en términos de personas cubiertas, sino por el aumento del precio real de las cuotas y los copagos.*

Esto muestra como la sociedad transfirió al sistema mutual ingresos a través del aumento del costo de los servicios en términos reales. Un trabajador incrementó el porcentaje de su salario dedicado al sistema y un hogar promedio del país pasó de gastar, en un orden de 6 a 14% de su ingreso en salud (siendo ello el 78% el gasto mutual)

## 3- LA EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS

Al mismo tiempo que aumentarón los ingresos, como dijimos más arriba, también aumentarón los gastos y los cuadros 6, 7 y 8 del anexo estadístico nos muestran la evolución desagregada y agrupada en grandes rubros en términos reales que se detallan luego en el gráfico 10:

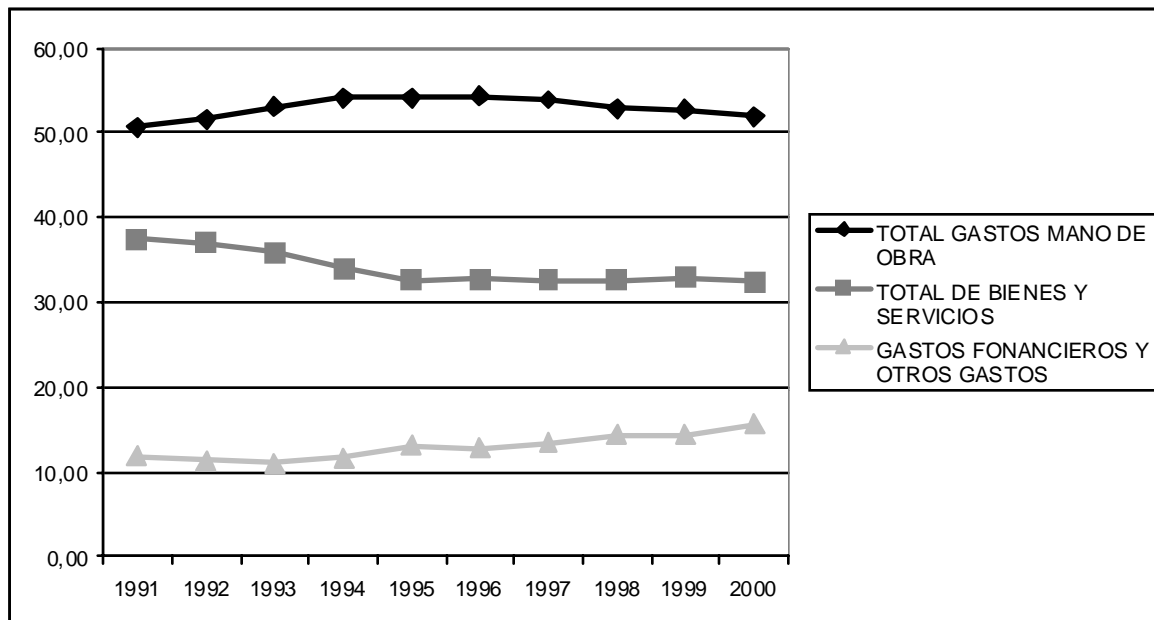
GRAFICO 10 - EVOLUCION DE GASTOS DEL SISTEMA MUTUAL



Allí vemos un crecimiento significativo de todos los grandes grupos de gastos, en los que se destacan los gastos financieros (aunque después veremos que su peso relativo sigue siendo bajo), los gastos varios (también de baja carga relativa) y la mano de obra, cuyo análisis en detalle haremos en el siguiente capítulo.

Por ello para ver el impacto relativo de cada gasto nos apoyamos en el cuadro 8 del anexo estadístico y en el gráfico 11:

**GRAFICO 11 - DISTRIBUCION DEL GASTO TOTAL DEL PAIS  
EN PORCENTAJE SOBRE EGRESOS**



En este gráfico vemos que las tendencias de la distribución del gasto son relativamente estables en el largo plazo con un orden del 50% de mano de obra, una baja leve de otros bienes y servicios asistenciales y aumento de baja magnitud relativa de otros gastos no asistenciales.

Este gráfico 11 que es de todo el país no presenta diferencias significativas entre Montevideo e Interior.

**NUESTRA CUARTA TESIS:**

*Los gastos aumentaron significativamente, aumentando todos los Rubros en proporciones considerables como para fundamentar tal aumento.*

**4- LA EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS ASISTENCIALES**

Pasamos ahora a analizar las variables asistenciales que releva el SINADI, para poder apreciar, en que medida ellas dan cuenta del destino del sustancial aumento de ingresos del sector.

El SINADI procesa información de:

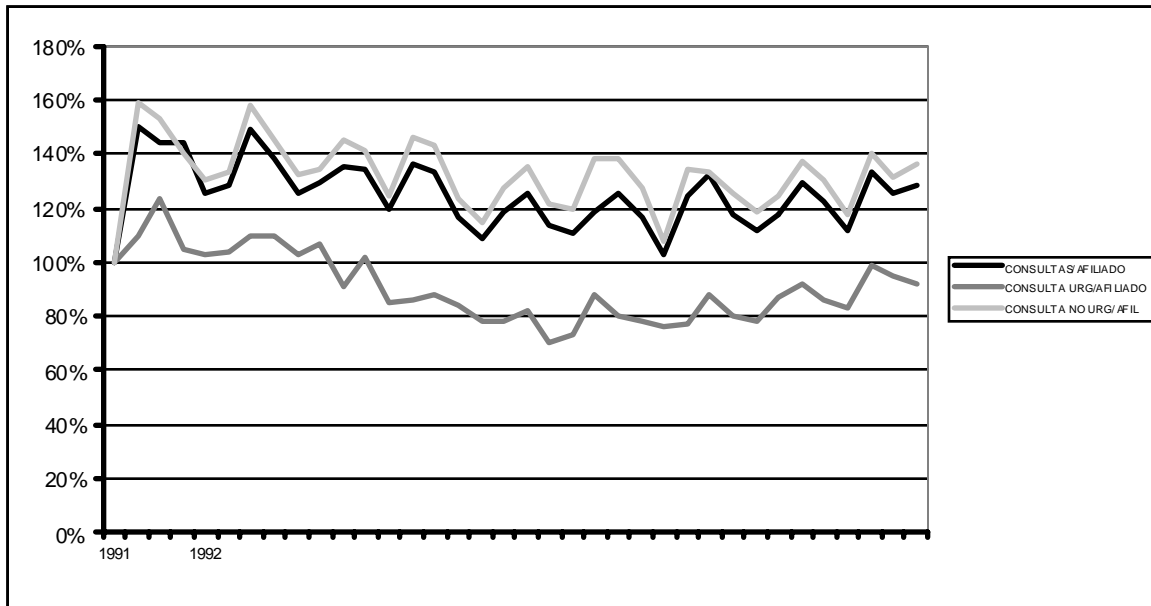
- Consultas no urgente por afiliado
- Consultas Urgente por afiliado
- Egresos Hospitalarios
- Días de Hospitalización
- Estadía Promedio
- Idem CTI
- Cirugías, alta, mayor y corriente
- Cesáreas

- Ordenes por consulta que ya analizamos en el tema de ingresos (pág. 3)

Los gráficos 12 y 13 nos muestran la información sobre este tema que está armada en los cuadros 9 y 10 del anexo estadístico.

## CONSULTAS

**GRAFICO 12 - COMPARATIVO DE CONSULTAS  
DE MONTEVIDEO 1991 - 1999**

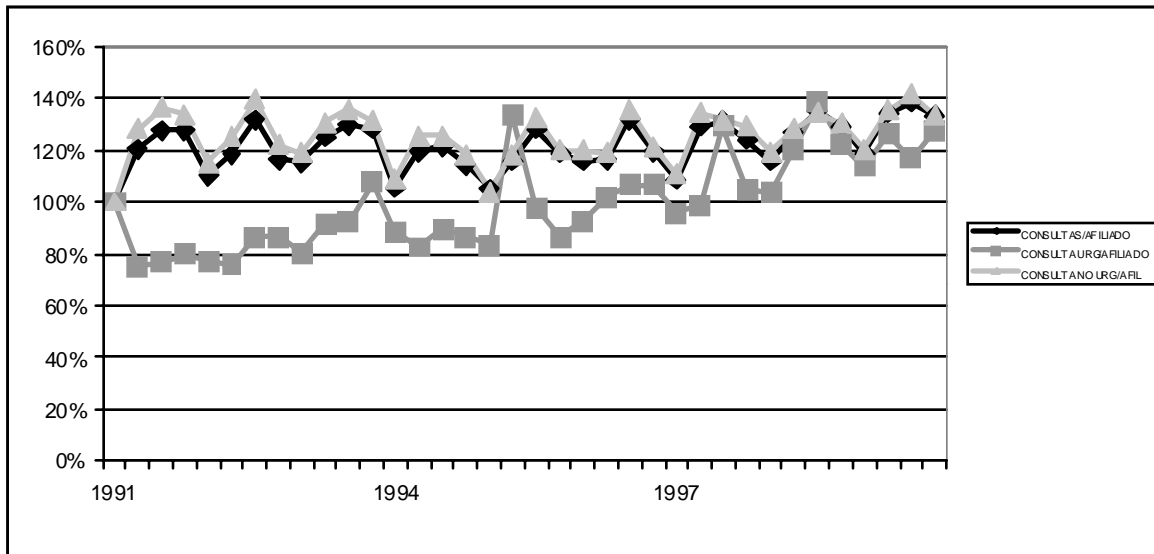


Al analizar las consultas se ve una caída mayor de las ordenes de urgencia, que son las que más han aumentado de precio, lo que significa un efecto negativo de uso a su aumento del precio. Sin embargo el monto global de las mismas ha aumentado, lo que significa que en definitiva se canjeó precio por cantidad con supuesto efecto negativo sobre el afiliado que pagó más caro y pudo utilizar menos. Decimos supuesto efecto negativo, porque desde nuestra perspectiva el nivel de actividad es alto lo que implica que es posible reducirlo. De cualquier manera el nivel de consultas por afiliado resulta del propio modelo de atención y de los cambios poblaciones en términos de edad que dimos cuenta antes-

Las consultas no urgentes caen levemente, lo que demuestra menos elasticidad a su precio y eventualmente una sustitución de urgentes (más encarecidas) por consultas comunes.

Para el interior la situación en cambio es diferente con aumento de las urgentes, lo que fundamenta su mayor aumento de ingresos.

**GRAFICO 13 - COMPARATIVO CONSULTAS INTERIOR  
1991 - 1999**



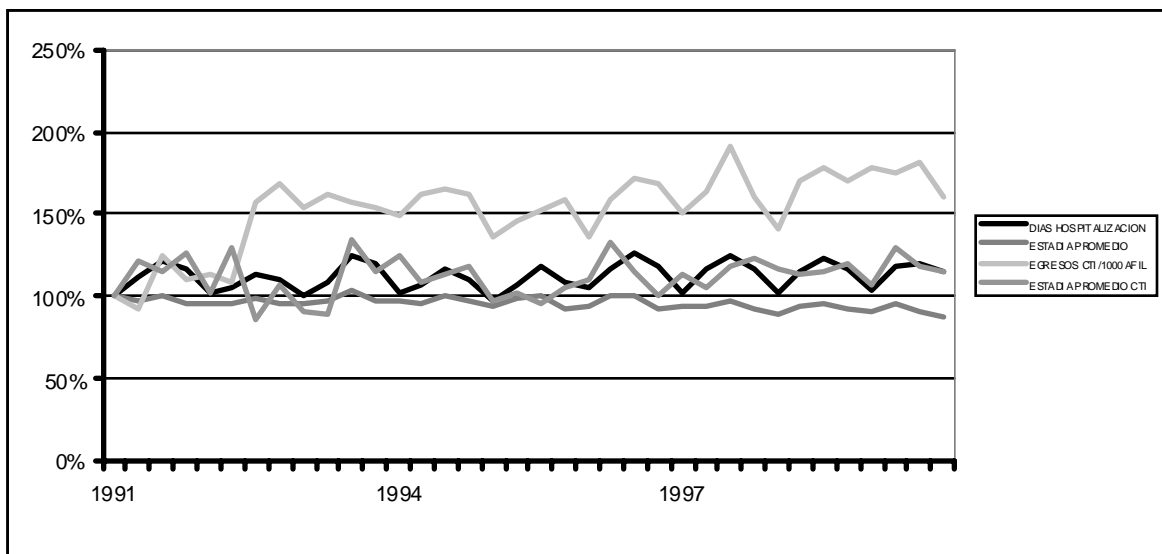
**NUESTRA QUINTA TESIS:**

*El aumento de los gastos en la medida que el nivel de consultas creció levemente, se explica más por el incremento de los servicios asociados a las consultas (medicamentos, técnicas de diagnóstico, análisis de laboratorio), ligado al modelo de atención, las nuevas y más caras técnicas y los mayores precios y tarifas de estos servicios.*

**HOSPITALIZACIÓN**

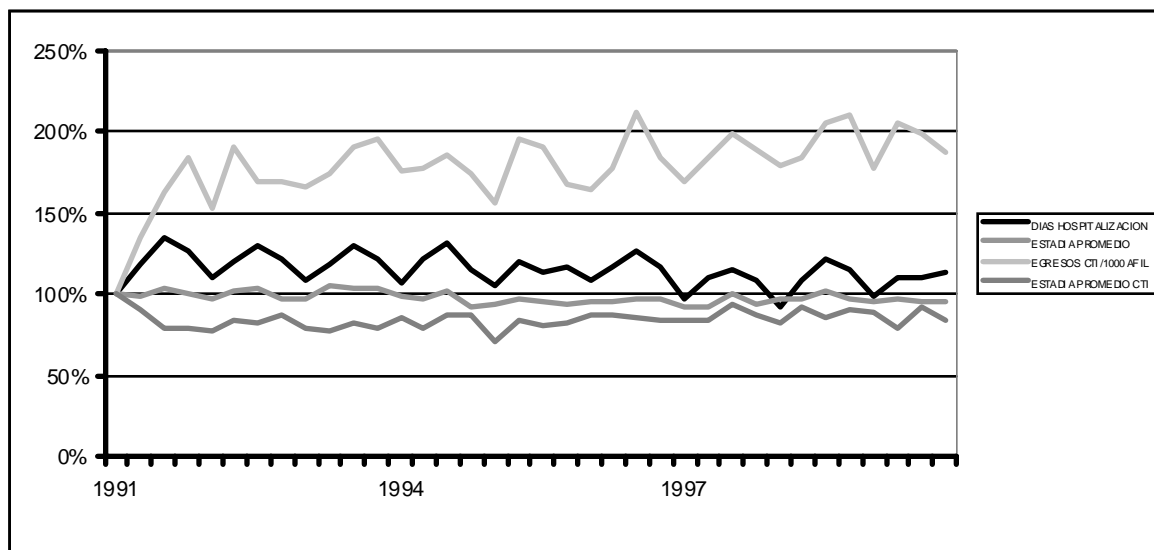
El nivel de hospitalización (días cama ocupado) los muestran los gráficos 14 y 15:

**GRAFICO 14 - HOSPITALIZACION DEL INTERIOR**



En el interior los hechos más significativos han sido por un lado el aumento de los egresos de CTI cada 1000 afiliados y una muy leve baja de la estadía promedio. Pero no hay, salvo en el caso de los egresos de CTI, cambios significativos.

**GRAFICO 15 - HOSPITALIZACION DE MONTEVIDEO**



En Montevideo es igualmente significativo el aumento de los egresos del CTI, pero es más significativo la caída de la estadía promedio.

En este caso es evidente la mayor incidencia que el alto costo de la atención (con leve crecimiento en la permanencia) en CTI tiene en los gastos institucionales.

**NUESTRA SEXTA TESIS:**

*Las instituciones debieron afrontar mayores gastos debido a una mayor demanda de los servicios de CTI, lo cual está ligado al modelo de atención que al no ser preventivo deja procesar la enfermedad y ello se adiciona a los cambios en el patrón demográfico de la masa social.*

**CIRUGÍAS**

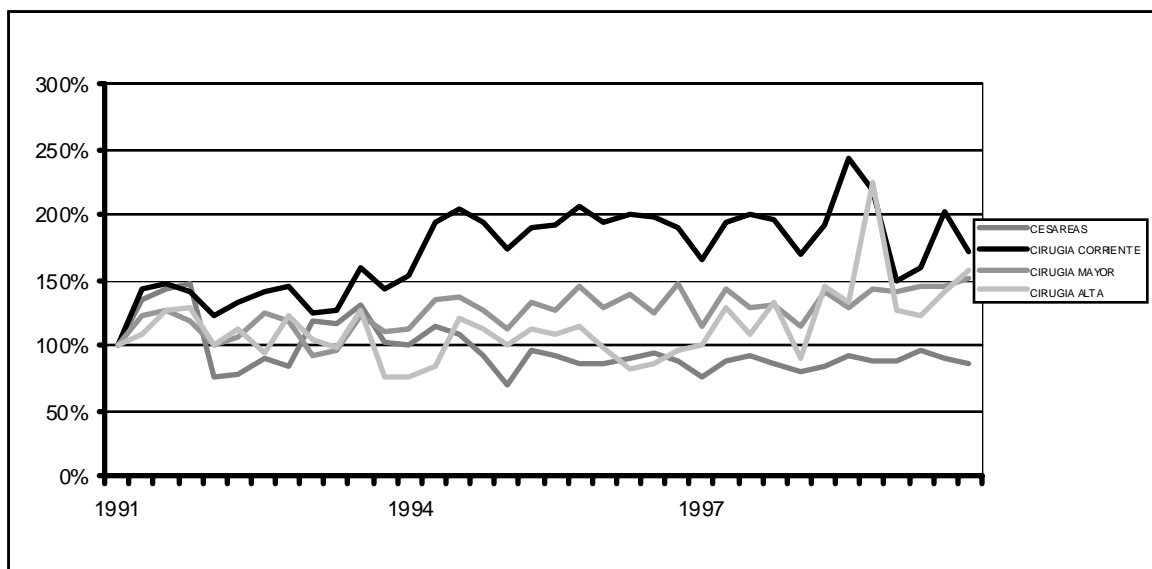
En el caso de las cirugías en Montevideo, el gráfico 16 nos muestra que aquí sí existió un incremento del volumen de trabajo en primer lugar en la cirugía corriente que se duplicó, con un aumento trascendente que coincide con la firma del Convenio de Pago por Acto Médico Quirúrgico.

En el caso de la cirugía mayor el crecimiento ha sido leve pero constante en todo el período.

En el caso de la cirugía alta esta tiene un crecimiento leve hasta 1998, en ese año crece significativamente ubicándose en el año 1999 al nivel de crecimiento anterior a 1998.

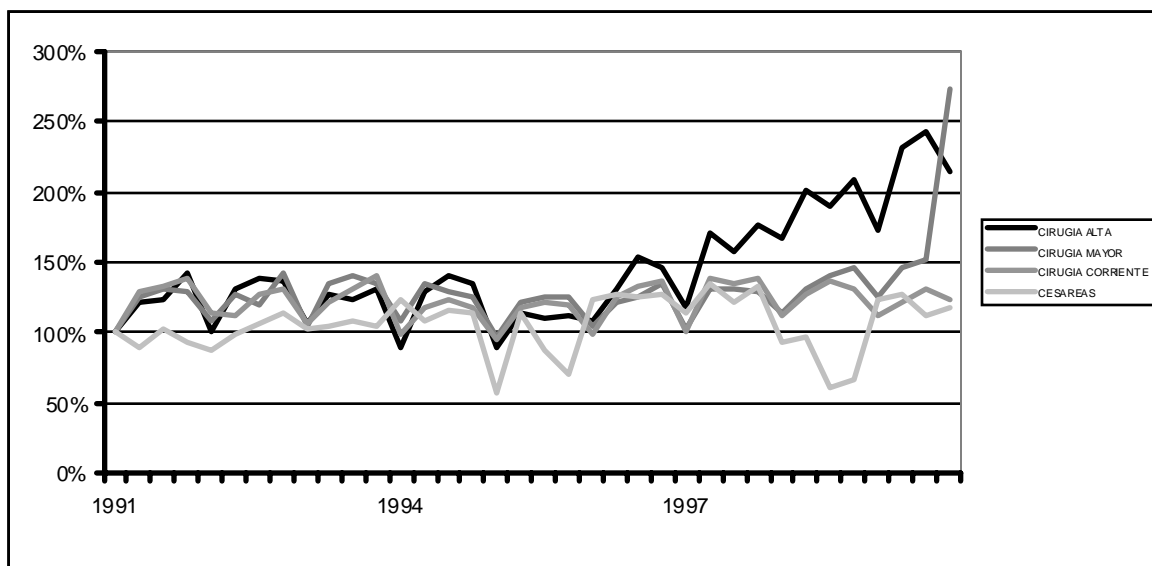
En cambio las cesáreas cayeron al comienzo, tuvieron un leve incremento en 1993, para caer después de manera permanente.

GRAFICO 16 - COMPARATIVO DE CIRUGIA EN MONTEVIDEO



En el caso del interior, donde no se aplicó el Convenio de Pagó por Acto Médico Quirúrgico, el aumento del volumen de trabajo fue significativo desde 1996 en cirugía alta y desde 1998 en cirugía mayor, siendo estables en cirugía corriente y cesáreas. (Gráfico 17)

GRAFICO 17 - COMPARATIVO DE CIRUGIA EN INTERIOR



En el caso de la actividad quirúrgica es evidente el impacto del volumen de trabajo, tanto en Montevideo como en el Interior lo que se suma en el caso de Montevideo al aumento del precio pagado desde la firma del convenio de 1993. Y al mismo tiempo el aumento de la actividad quirúrgica genera un incremento no solo de costos salariales, sino de todos los costos asistenciales (internación, material médico, etc) asociados a las intervenciones.

## NUESTRA SÉPTIMA TESIS:

*El incremento de las cirugías fue un factor clave en el aumento del gasto asistencial, en especial por un salto en 1993 y 1994 tanto en precio como en volumen y en especial por su efecto multiplicador sobre el conjunto de actividades institucionales.*

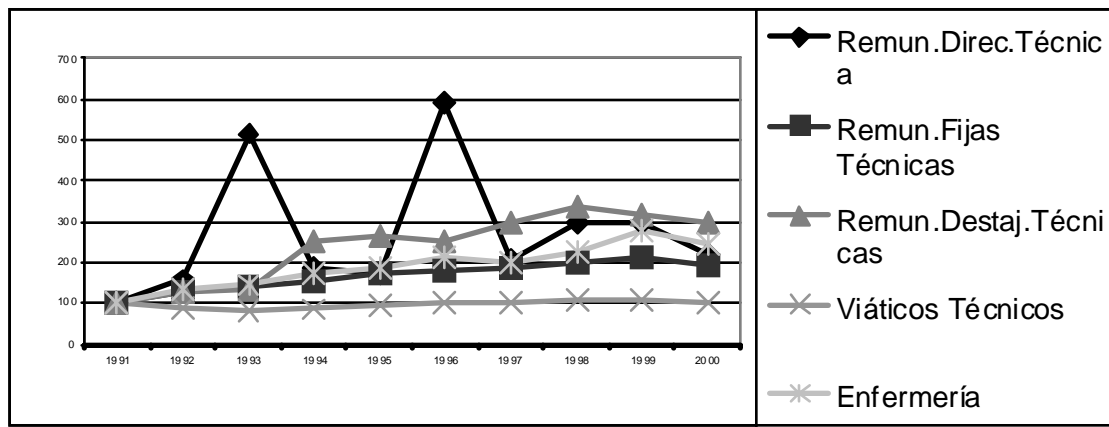
## 5- LA EVOLUCIÓN DE LAS REMUNERACIONES

Comencemos con el gráfico 18 que nos muestra el aumento importante de las remuneraciones en términos reales.

Allí vemos :

- El aumento a más del doble en términos de remuneraciones reales para todas las categorías
- El salto de las remuneraciones destajo (acto médico) en el año 1993, con la firma del convenio por acto médico y su mantenimiento por encima de todas las remuneraciones.

GRAFICO 18 - MASA SALARIAL

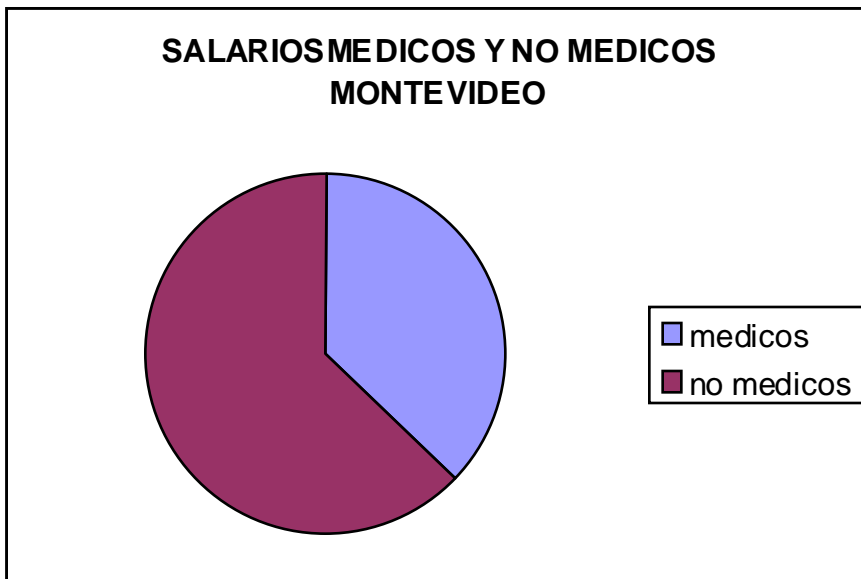


El mayor aumento se da en Enfermería y salario variable de Médicos.

En el primer caso el aumento es muy superior al salario real individual, por lo cual el aumento es significativo en términos de personal ocupado. En el segundo caso el aumento es básicamente en precio derivado de la nueva modalidad de remuneración generada en 1993. Si sumamos las partidas salariales fijas y variables de médicos, ya que la remuneración global es una sola, el aumento es igualmente importante como el conjunto de remuneraciones del sector hasta 1999.

En ese sentido importa analizar simultáneamente evolución y peso de cada remuneración, lo que está en el cuadro 11 del anexo estadístico. Este nos permite analizar la composición interna de las remuneraciones, con los gráficos 19 a 22 que nos muestran el mayor peso de los salarios médicos (50%) en el interior, a pesar de no contar con el acto médico, pero con un alto peso del salario promedio, aunque en ambos casos (Montevideo e Interior) el peso de los salarios médicos disminuye y aumenta el peso relativo de los salarios no médicos.

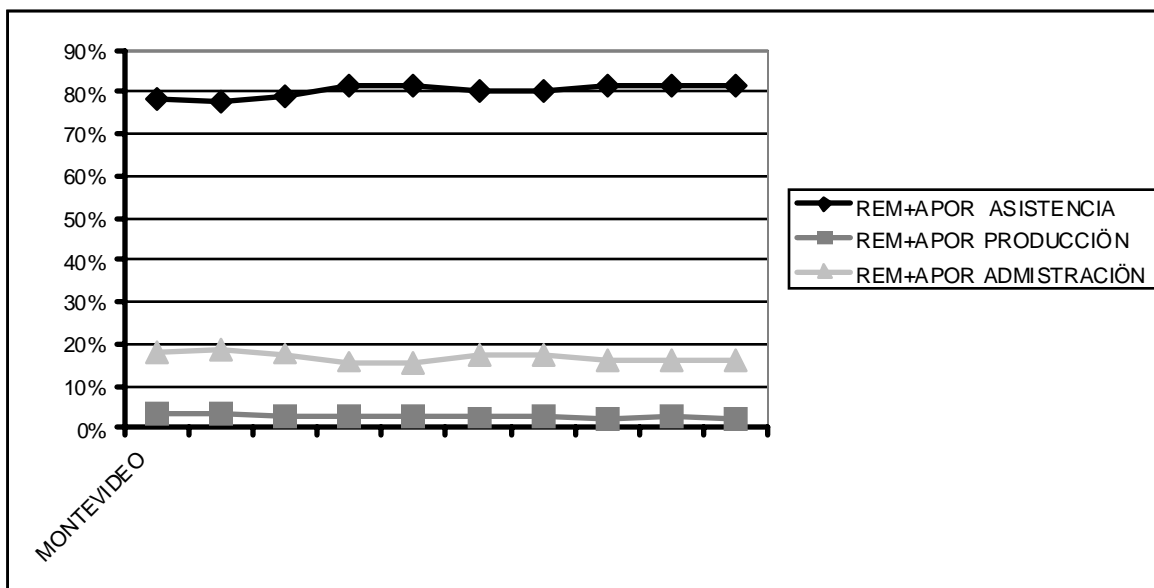
GRAFICO 19



Si ahora lo miramos desde la perspectiva de los vínculos con el proceso asistencial el gráfico 23 nos permite sacar las siguientes conclusiones:

- La tendencia es estable con un leve aumento de la participación de los salarios asistenciales, lo que limita el mito de los problemas de administración y de gestión, totalmente de menor peso en el total.
- El peso relevante de lo asistencial, lo que muestra que, como debe ser, el personal está dedicado en su mayoría a tareas asistenciales.

GRAFICO 23 - TENDENCIAS DE LAS REMUNERACIONES POR FUNCION EN MONTEVIDEO



## NUESTRA OCTAVA TESIS:

*La masa salarial ha aumentado de manera significativa para todas las categorías laborales, en especial el destajo médico posterior a 1993 y las remuneraciones de la enfermería. Ello ha sido una combinación de mejora de salario real y aumento de la ocupación en ambas categorías, aunque a pesar más el nivel de remuneraciones en el destajo médico y el nivel de ocupación en el caso de la enfermería.*

## 6- UNA COMPARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS ANTES Y DESPUÉS DE 1993

A efectos de fortalecer las conclusiones de los cambios en el gasto e ingreso mutual el cuadro 12 del anexo estadístico nos compara 1992 (antes del convenio de 1993) con 1999.

Allí podemos ver que el ingreso global del sistema mutual aumentó 88% con mayor peso en el interior del país que supera el 100%. Queda claro el peso en el aumento de los copagos (Tasas Moderadoras de Tickets y Ordenes), y en menor medida las cuotas.

En los gastos la lógica funciona igual que lo que analizamos más arriba y que se sintetiza en la gráfica 24:

GRAFICO 24 - AUMENTO DE INGRESOS DE 1992 A 1999

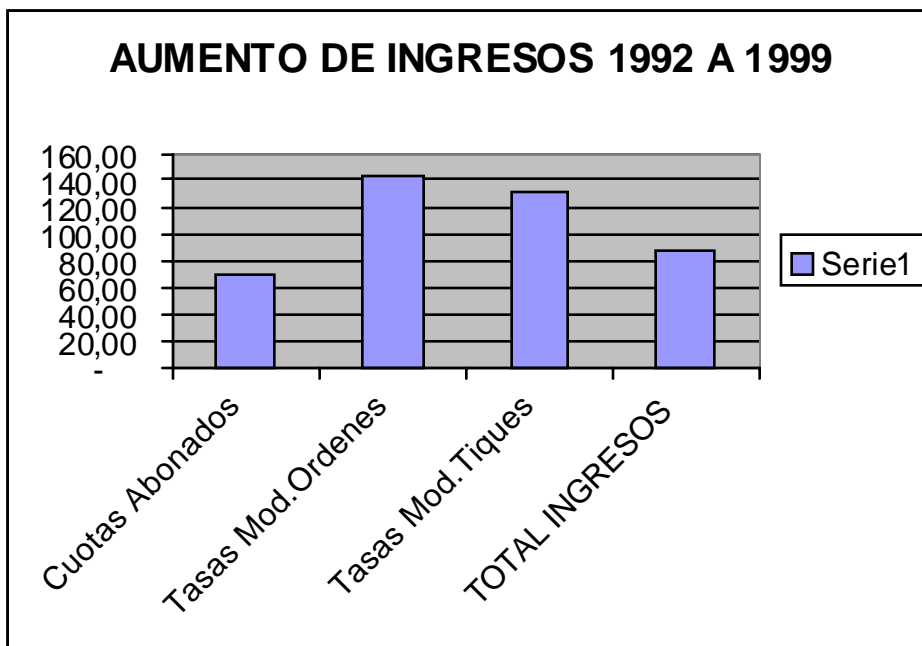
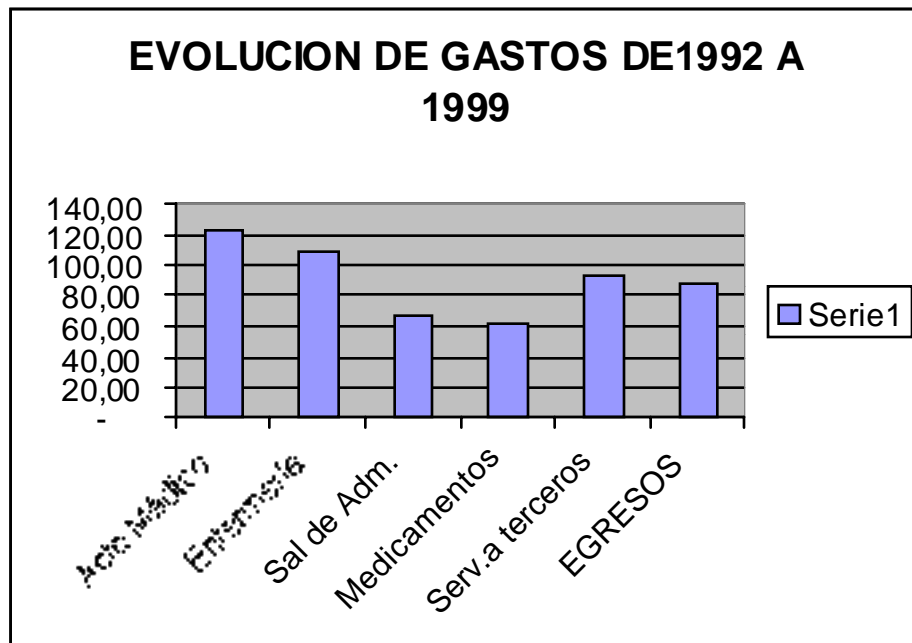


GRAFICO 25 - EVOLUCION  
DE GASTOS DE 1992 A 1999



#### NUESTRA NOVENA TESIS:

*El año 1993 significó un punto de inflexión del sistema mutual en tanto incremento las prestaciones en base a un notorio aumento de sus precios.*

## 7- LA EVOLUCIÓN RECIENTE DE LOS SALARIOS

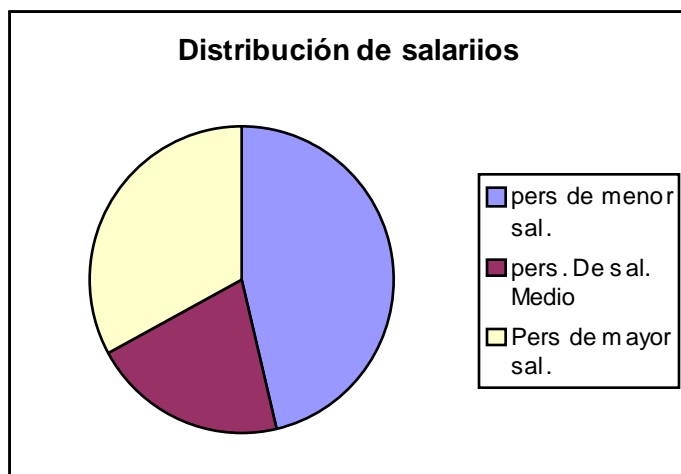
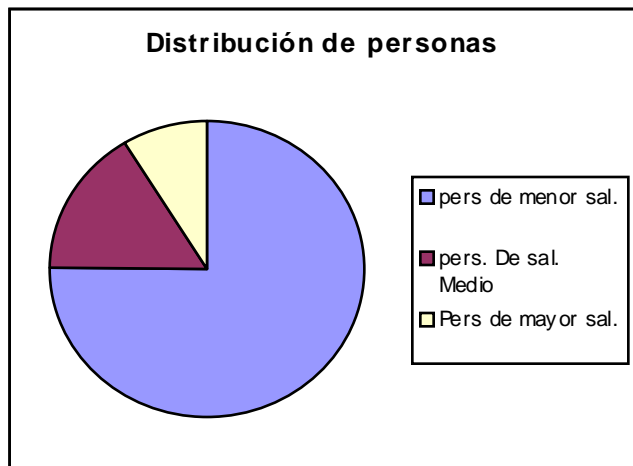
Como dijimos más arriba el tema del costo salarial fue un factor de crecimiento del gasto, más en Interior que en Montevideo y sobre todo en el destajo médico y en el escalafón de enfermería en segundo lugar.

#### Dos aspectos nos interesa resaltar ahora:

En primer lugar, el alto grado de concentración salarial que existe en el sector de la salud mutual, lo que se refleja en los cuadros 13, 14 y 15 del anexo estadístico.

Allí vemos que casi las tres cuartas partes de los trabajadores ganan el 46% de la masa salarial, mientras que el 9 % de los trabajadores reciben el 33% de la masa salarial.

GRAFICO 26



La pirámide salarial es altamente espigada, lo que ha llevado a diferenciales salariales muy relevantes en un pequeño grupo de funcionarios gerenciales, ciertos mandos medios, y un pequeño grupo de médicos, cirujanos y altas especialidades

El impacto de esta concentración en ese reducido grupo, ligado al propio carácter del modelo (ya que son las especialidades menos preventivas) puede verse, teniendo en cuenta que de aplicarse un tope salarial de 35 mil pesos, el ahorro derivado de los salarios superiores a esa cifra es de 13 millones de dólares al año, cifra similar, como veremos inmediatamente a la pérdida de salarios de los trabajadores no médicos en el año 2001.

En segundo lugar queremos remarcar la pérdida salarial originada desde la crisis del 2000 en el caso de los trabajadores no médicos. Dicha pérdida prosigue a una muy importante recuperación del salario real en los años 90, que mejoró el salario real en más de 20%. Sin embargo como muestra la gráfica 27 (y el cuadro 16 del anexo), la pérdida acumulada desde que no hay ajuste en enero de 2001 (excepto en tres instituciones que otorgaron el aumento de junio de 2001: CASMU, Médica Uruguay y Asociación

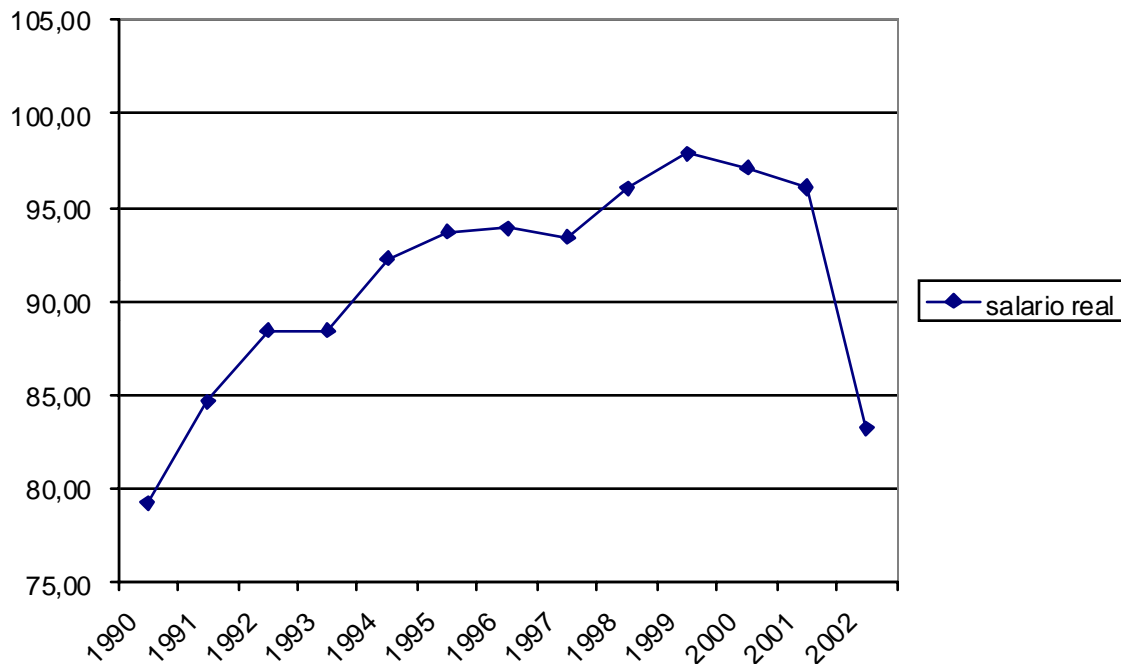
Española) y la inflación desatada en el año 2002, llevará el salario real casi al nivel de 1990.

#### NUESTRA DECIMA TESIS:

*La masa salarial del sector mutual presenta una muy fuerte concentración, en un reducido grupo de trabajadores, lo que impide el normal desarrollo del sistema marginando a una parte importante de sus trabajadores de las mejoras de los ingresos.*

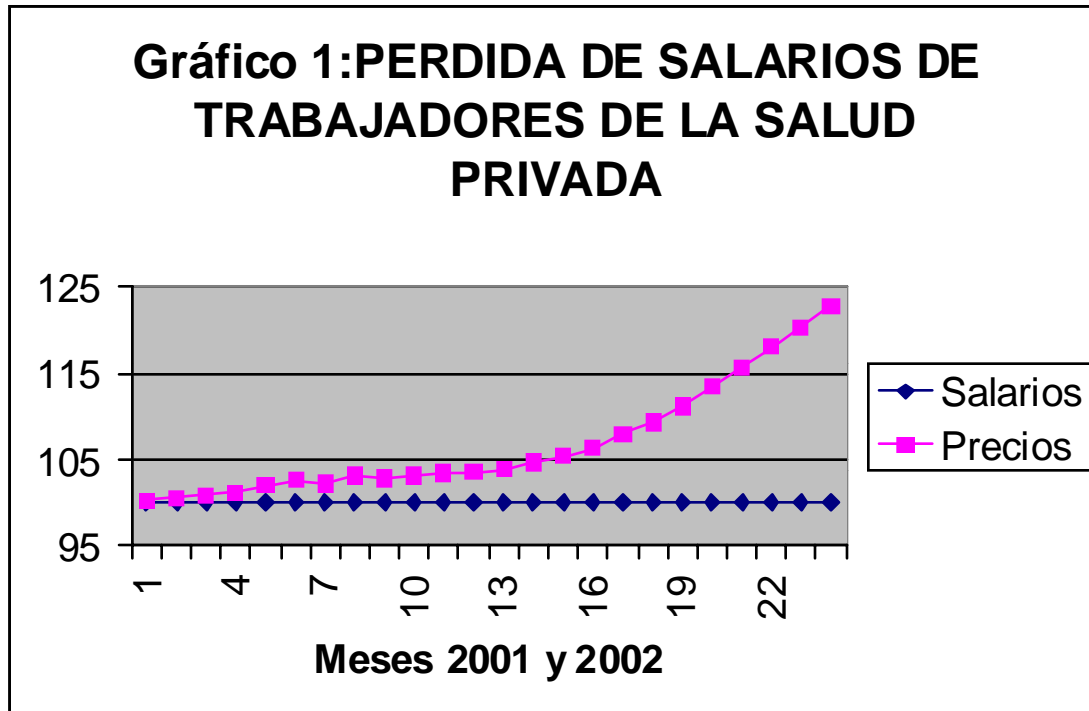
La gráfica 27 muestra la evolución del salario real:

GRAFICO 27 - SALARIO REAL DE FUS 1990 A 2002



Otra forma de ver la relación de la evolución de salarios y precios es la que muestra la gráfica 28:

GRAFICO 28 - PERDIDA DE SALARIOS DE LOS  
TRABAJADORES DE LA SALUD PRIVADA



A la rebaja de salario real hay que sumarle las rebajas de salarios nominales propiamente dichas y las rebajas en el poder de compra derivadas, de los atrasos salariales que en algunas instituciones llegan a 5 o 6 meses en los sueldos, más un sinnúmero de atrasos en aguinaldos y vacacionales.

Analizaremos ahora las rebajas salariales nominales que están en el cuadro 17 del anexo.

Estas se dieron en un número importante de instituciones, en especial en Montevideo, pero el proceso se viene extendiendo al interior del país, en este año 2002.

Como muestra el cuadro 17, los trabajadores no médicos aportaron casi 10 millones de dólares, una cifra equivalente a 537 dólares por trabajador, como "contribución" a resolver la crisis del mutualismo.

Es decir, casi un mes de sus salarios totales, es como si contribuyeran con el aguinaldo.

Si ahora sumamos la otra vertiente de la pérdida, que es la inexistencia de ajuste salarial desde enero de 2001, la pérdida hasta ahora es de 57 millones pesos (3.800.000 dólares), y podrá llegar a fin del año, hasta la suma de 168 millones de pesos.

**NUESTRA DECIMA PRIMERA TESIS:**

*En la crisis reciente, los trabajadores de la base de la pirámide salarial han hecho un aporte sustantivo para paliar el déficit del sistema.*

## 8- CONCLUSIONES Y ESCENARIOS FUTUROS

### *Las conclusiones.*

- a) El sistema mutual presenta una crisis estructural que deriva de la forma en que procesó el crecimiento de los insumos en la década de los años 90, la que ha quedado al desnudo, cuando la fase de crecimiento de la economía y de la demanda interna se agotó en 1999.
- b) En dicha crisis cumplieron un rol relevante:
  - el aumento de los precios de los insumos médicos y de las técnicas terapéuticas utilizadas, en un marco de uso intensivo de dichas prestaciones
  - el aumento del uso de la internación, (el CTI y las cirugías), todas ellas prestaciones de alto costo.
  - el cambio de la composición en la edad de la población afiliada, con aumento de la población que utiliza los servicios del sistema y la caída relativa de los más jóvenes y más sanos.
  - el aumento de la masa salarial, especialmente en el personal asistencial derivada del mayor nivel de atención que requiere el modelo curativo y de aumentos importantes en los niveles de remuneración en general y con mayor énfasis relativo en el sector anestésico quirúrgico.
- c) Estos aumentos de precios estuvieron ligados a la posición oligopólica de los prestadores de servicios (laboratorios, empresas de técnicas de diagnóstico), no reflejando la baja del dólar, sustantiva en los años 90, que debería haberse volcado a dichos precios, dado que esos componentes son en su mayoría importados.
- d) Los aumentos de prestaciones se vinculan, como ya hemos dicho, al carácter curativo del modelo de atención, que refleja promedios de atención superiores a, los promedios de otros países.
- e) Todo ello llevó a que, a pesar del fuerte aumento de los ingresos, es decir, a que la sociedad transfirió una gran parte de la riqueza creada en la década de los años 90 al sistema mutual, éste no pudo cubrir sus costos y retransfirió esa riqueza a laboratorios, empresas de medicina especializada (IMAES y empresas privadas de servicios), cierto sector de los funcionarios, entre otros.
- f) En síntesis el sistema mutual introdujo el lucro en un sistema sin fines de lucro, a través de los pagos a empresas mencionadas antes y a un grupo de sus funcionarios y no transfirió esa mejora de ingresos a los usuarios en base a una mejora de la calidad asistencial, todo lo que hubiera permitido que dicha acumulación de ingresos en el sector, significara mejor atención en salud.

### ESCENARIOS FUTUROS

Queremos terminar planteando como vemos el futuro del sistema mutual, a partir de esta investigación, que pretende ser de carácter estructural y al mismo tiempo incorporar elementos de la crisis actual.

Será tarea de futuro, debatir en profundidad la evolución de estos escenarios y la manera de actuar para, orientar el desarrollo hacia la reconsolidación del sistema mutual como parte indisoluble de nuestra propuesta de Sistema Integrado Nacional y Seguro Nacional de Salud.

#### **ESCENARIO 1:**

El sistema se sigue deteriorando, el proceso de concentración institucional avanza, comienza a ser imposible costear una prestación integral al precio de una cuota mutual y comienzan a desarrollarse ofertas diversas.

En esa dirección, podría mantenerse el deteriorado sistema público para los sectores más pobres, un segundo subsistema de cobertura parcial (menor cuota, con menor cobertura para los sectores que van surgiendo como nuevos excluidos del sistema mutual) pero que puede ser atendido por el propio sistema, en un nuevo marco legal: el sistema mutual integral con mayor cuota y un sistema de mayor cuota con prestaciones especiales para los sectores más ricos.

Es la consolidación definitiva de la fragmentación social en salud, es el ingreso de los Seguros Privados con coberturas acordes al nivel de pago y es finalmente la consolidación de la desigualdad de remuneraciones según el subsistema en que se trabaje.

Es el peor de los escenarios posibles.

#### **ESCENARIO 2:**

Se consolida el sector mutual a través de mecanismos de financiamiento adicionales como el del BID, posibles aportes de nuevos ingresos; seguramente está implicará un proceso de concentración institucional, los Seguros Privados se extenderán más, pero como hasta hoy, seguirán siendo aún marginales, abarcando solo una parte del sector más rico de la población y la salud pública seguirá en franco deterioro.

Es la situación institucional de los 90, pero con mayor concentración; por ende aún cuando por mecanismos financieros se reponga la viabilidad económica, de no actuarse sobre los componentes de sobre costos (estructura poblacional, tarifas oligopólicas, modelo curativo, concentración salarial), el sistema se recuperará con menos instituciones, menos empleo, menos salario para la mayoría (es decir el ajuste 2000 a 2002) y seguramente, volverá a caer en la crisis en el mediano plazo en tanto se actúa sobre el emergente y no sobre las causas de fondo.

#### **ESCENARIO 3:**

Se reconfigura el sistema mutual en la perspectiva de un SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD.

**Ello implica actuar al menos sobre:**

- **Seguro Nacional de Salud universal y de aporte según ingresos**
- **Articulación de instituciones públicas y privadas en camino hacia un sistema que racionalice la estructura, complemente los servicios de atención y defina un marco de atención unificada**
- **Cambio en el modelo de atención en la perspectiva de un modelo sustentado en la integralidad, con énfasis en el primer nivel de atención.**

- Regulación en precios y cantidades de medicamentos y técnicas de diagnóstico tendiendo a una racionalización sustantiva en su uso y de sus costos.
- Redefinición de los convenios salariales con tendencia a su universalización en todo los subsistemas sobre la base de a igual función igual remuneración.

Para llegar a este escenario (para el cual hoy hay notoriamente más condiciones que en la década de los años 90) es necesario dar batallas en todos los terrenos: en el de la movilización, en el del diálogo con todos los sectores involucrados incluido el Ministerio de Salud Pública, en el de las propuestas concretas y en el debate sobre la transición.

***Ese es el debate que hoy está abierto. La resolución de la crisis actual, es en definitiva un punto de partida para los escenarios 1, 2 o 3 descritos anteriormente.***

***Por ello es tan importante el debate, sobre las soluciones de fondo, como el de la transición y con esa mirada debemos debatir el futuro.***

***Eso esperamos a partir de ahora.***

# **ANEXO DE PROPUESTAS**

# ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA\*

14 DE OCTUBRE DE 2002

## LOS TRABAJADORES PROPONEMOS SOLUCIONES

*Los actores en el Sistema de salud de nuestro país entendemos que ha llegado el momento de considerar a **LA SALUD EN ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL**.*

*Configurándose al día de hoy, la Emergencia Sanitaria, con los reiterados intentos de cierre del Hospital de Clínicas, las enormes carencias en los Hospitales Públicos y la dramática situación generada en el Sector mutual, situación crítica que se ha agudizado a partir de la inestabilidad producida en el sistema financiero nacional. Esta no constituye una "crisis más"; su denominación corresponde por ser una situación de extrema gravedad, que abarca a todo el sector de la salud, tanto público como privado, en todo el país.*

Requiere por lo mismo medidas profundas e inmediatas.

Requiere inversiones que posibiliten la compra de los insumos necesarios, un plan de pago de la deuda con los proveedores, el pago de los salarios adeudados por meses a los trabajadores médicos y no médicos del sector.

Es claro que la situación se mantiene a expensas de los propios trabajadores, quienes por no abandonar a la población, y por intentar mantener su fuente de trabajo, continúan en la atención a las personas, mantienen funcionando a puertas abiertas las instituciones, aún a costa de no recibir sus salarios.

Ya se nota un descenso en la llegada de las personas al sistema de atención; hay una exclusión evidente de los sectores de población de menores ingresos a la atención de sus problemas de salud.

Esto va a ocasionar daños irreparables en todas las personas y particularmente en los niños que nacen en los hogares más pobres, con déficit nutricional y desamparo social que se convierten en barreras difíciles de sortear para su adecuado desarrollo, su educación futura y su sobrevivencia.

\* Declaración realizada por el Frente de los Trabajadores de la Salud (Federación de Funcionarios de Salud Pública, Federación Uruguaya de la Salud, Sindicato Médico del Uruguay, Unión de Trabajadores del Hospital de Clínicas, Asociación de Empleados Bancarios del Uruguay, Asociación de Funcionarios de la Lucha Antituberculosis, Sindicato de la Industria del Medicamento, Área de la Salud de la Universidad de la República, Coordinadora de Psicólogos y Departamento de Salud del PIT-CNT.) en el paraninfo de la Universidad el 14 de Octubre de 2002

***Nunca en la historia del país han confluído tantos hechos para colocar a los uruguayos en una situación tal que su salud y el sistema de asistencia estén tan comprometidos.***

***La situación debe ser revertida rápidamente; no es sostenible por más tiempo, requiere medidas emergentes, apropiadas a la gravedad de la situación.***

A la vez, esas medidas inmediatas deben enlazarse con otras a mediano y largo plazo, que transformen el sistema de atención actual.

Esta situación de hoy es el resultado de años de funcionamiento inadecuado, no coordinado, costoso, no sustentable para el país.

Sería de alto beneficio para la población, y de enorme contribución al desarrollo del Uruguay el avanzar en la construcción de un Sistema de atención a la salud que supere las trabas e irregularidades que producen estos resultados a todas vistas inaceptables.

***Se considera una Emergencia Sanitaria Nacional por los graves hechos que sucintamente se plantean a continuación:***

**SALUD PÚBLICA:** Los trabajadores denuncian las crecientes carencias de los centros de salud a lo largo y ancho del país, como así también los irreversibles daños que la Rendición de Cuentas aprobada a tapas cerradas por la Coalición de Gobierno, le infringe a un sector ya duramente castigado en cada Presupuesto aprobado por este gobierno.

**HOSPITAL DE CLÍNICAS:** Los funcionarios y las autoridades vienen librando, con importante apoyo de la opinión pública, una dura batalla en defensa del hospital universitario, acosado por el no cumplimiento del Poder Ejecutivo de las ya insuficientes partidas aprobadas en el Parlamento Nacional.

Esta situación desencadena la inminencia de reducción al mínimo de las prestaciones asistenciales que de no revertirse en sus causas nos pondrá ante un cierre forzoso de Servicios, de un centro de referencia nacional en materia de salud.

**B.S.E.:** Se intenta Desmono-polizar la Cartera de Accidentes de trabajo y el cierre del Sanatorio, anulando además la Ley 16.074 de cobertura de Accidentes de trabajo.

**F.U.S. Y S.M.U.:** Los trabajadores no técnicos y también los trabajadores Médicos del Mutualismo pelean desde hace años en defensa del Sistema Mutual, ejemplo de solidaridad que permitió a amplias capas de trabajadores acceder a una asistencia decorosa.

Este sistema hoy se encuentra ante una situación de Emergencia crítica, con caída de los niveles asisten-ciales de los usuarios y desestructuración de Servicios.

**LOS TRABAJADORES DEL MEDICAMENTO** han enfrentado el cierre de plantas de fabricación por parte de los laboratorios multinacionales y su sustitución por la importación del producto terminado.

Es un sector marcado a nivel internacional por el oligopolio de las grandes corporaciones que han dictado las normas de la OMC y de patentes.

***Los acontecimientos que golpearon al país en los últimos meses han tenido un impacto devastador para la salud, que ya sufría una crisis estructural desde hace varios años.***

Esta situación se ve profundizada en su gravedad, a partir del impacto que tiene la suspensión y posible liquidación de los Bancos Caja Obrera, Crédito, Comercial y Montevideo.

Dichas empresas vehiculizan buena parte de las necesidades financieras de la mayoría de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (mutualismo).

Son canalizadoras de sus ahorros, proveedoras de servicios financieros y aseguran las líneas de crédito fundamentales para mantener la actividad de los servicios de salud. Por ello, en la simple suspensión de sus actividades, algunas instituciones –y fundamentalmente las de alcance nacional- han sufrido un enorme perjuicio en el cumplimiento de sus compromisos y necesidades, situación que tiende a generalizarse de no encontrarse una pronta solución.

\* La devaluación y el proceso inflacionario desatado han generado un incremento en los costos de medicamentos e insumos asistenciales, sin controles ni regulación alguna.

\* Al mismo tiempo el crecimiento de la recesión económica, de la desocupación y la precarización del empleo, influyen para que cada vez más uruguayos pierdan su derecho a la asistencia sanitaria, en el mismo momento en que ven decrecer sus condiciones de vida.

***Esta situación ha llevado a la desafiliación del mutualismo de 140.000 personas, esto provoca la insostenible situación del mismo y a la vez desfinancia el F.N.R., otro emprendimiento solidario que corre peligro y debe ser resguardado.***

***Es imperiosa la adopción de medidas inmediatas que hagan frente a esta situación de emergencia.***

Dichas medidas deben estar en línea y procesarse simultáneamente con los cambios de fondo que resuelvan la crisis estructural del sector a favor del derecho a la salud para toda la población.

El deterioro de Salud Pública se acentúa hoy con los recortes en gastos de funcionamiento e inversiones que el Poder Ejecutivo impone a la administración pública con la finalidad de reducir el déficit fiscal. Esta nueva reducción opera sobre una muy menguada situación en cuanto a recursos, que llega a producir el cierre de las puertas de los hospitales a la población usuaria, rechazando ingresos reiteradamente y medidas encubiertas de omisión de asistencia.

La falta de materiales básicos pone a los hospitales al borde de la omisión de asistencia.

En este contexto se plantean crecientes dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud. Un gran sector de la población, alrededor de 360 mil habitantes, un 12% de la población no posee cobertura sanitaria formal con porcentajes aún mayores en el interior del país.

Un factor determinante en esta crisis es el actual modelo asistencial, curativo y no preventivo, que privilegia desproporcionadamente la utilización de alta tecnología de diagnóstico y tratamiento, generando una elevación incesante de costos.

Un modelo asistencial que no es integral y que no cumple adecuadamente las actividades de promoción, protección, recuperación, y rehabilitación de la persona, de la familia, y del grupo social y de su hábitat. No asegura continuidad en la atención de salud, predomina la incoordinación, la superposición de actividades y registros clínicos heterogéneos e insuficientes.

La desarticulación de la acción de los efectores de salud públicos y privados genera una duplicación o triplicación de servicios que son la contracara de la ausencia de cobertura real.

***No hay participación de los usuarios ni de la población en general en las definiciones que hacen al sistema de salud.***

Coherentemente con esta marginación de los principales protagonistas del proceso de salud, no se brinda a la población la información necesaria para cuidar de su salud y la de la comunidad.

El escaso desarrollo de la atención en el primer nivel tiene como consecuencia un uso exagerado de los servicios de urgencia y emergencia, de la hospitalización, de la tecnología de alta complejidad, y del consumo de medicamentos, ya que el paciente consulta a último momento en la etapa más aguda de su enfermedad.

Este tipo de asistencia predominante agrava las diferencias sociales. No existe una estrategia de salud que atienda al cambio en la composición sanitaria de la población, a su envejecimiento, y a la mayor incidencia de determinadas enfermedades crónicas.

Las políticas desreguladoras de los sucesivos ministerios de salud pública han dejado operar libremente a los seguros privados y han permitido una competencia que derivan recursos en gastos de marketing y publicidad, cada vez más necesarios en la asistencia.

La ausencia de una política nacional de medicamentos y de tecnología ha inducido el uso irracional de estos insumos. No existe una transparencia en los costos, ni una regulación en los precios y sus incrementos, que asegure la accesibilidad en estas dos áreas claves.

***La actual financiación del Sistema de Salud está en crisis en sus múltiples planos.***

***Los recursos cada vez más exigüos asignados a Salud Pública, el no cumplimiento de las responsabilidades asumidas por el Gobierno Central con el Hospital Universitario y el sistema de pre-pago en el mutualismo son muestras claras de una situación crítica que requiere cambios sustanciales.***

***La cuota única en el mutualismo es de por sí un factor de inequidad. Mientras que es un 3% en un ingreso de 20 mil pesos, significa un 12% en un salario de 5 mil.***

Ante este panorama entendemos que se han configurado los elementos materiales de una EMERGENCIA SANITARIA en el Sistema de Salud uruguayo.

Por todas estas razones planteamos, reclamamos y exigimos, medidas inmediatas con soluciones de fondo.

1. Aporte de los recursos aprobados por el Parlamento para el Hospital de Clínicas y Salud Pública.
2. Revocación de los recortes presupuestales contenidos en la última Rendición de Cuentas.
3. Mantenimiento de los Servicios Médicos de los Entes Autónomos y Servicios Descentralizados.
4. Regulación de precios de medicamentos y técnicas de diagnóstico y tratamiento, manejando precios de referencia en la región, transparencia en los costos, central de compras y banco de medicamentos para los de mayor costo, tanto para el sector mutual como del público. Definición de un vademécum de principios activos esenciales para su utilización en todo el sector de salud.
5. Impuesto a los altos ingresos en el sector, coherentemente con una perspectiva general de impuesto a la renta.
6. Prohibición de los gastos superfluos en publicidad.
7. Universalización del Seguro de accidentes de trabajo evitando la desmonopolización del B.S.E.

8. No más cierre de centros asistenciales.
9. Generar mesas de trabajo tendientes a coordinar y complementar los recursos actuales del sistema a efectos de lograr una mejor utilización de los mismos.

***Estas medidas inmediatas deben ser coherentes con una estrategia de cambios profundos en el sector cuyos grandes ejes deberían ser:***

1. Cambio en el modelo asistencial hacia un Modelo Integral, que ponga el énfasis en la prevención, en la educación y promoción de la salud, tanto en su dimensión individual como colectiva, más que en la curación de la enfermedad.
2. Creación de un sistema de atención en el primer nivel coordinado entre los efectores públicos, privados y comunitarios, con fuerte participación de la población usuaria y de los trabajadores, con mayor capacidad de resolución.
3. Política Nacional de Medicamentos y de Tecnología que asegure la accesibilidad y el uso racional y coordinado de estos recursos, que promueva la investigación – coordinando a nivel regional- y la producción nacional en estas áreas, manteniendo la fuente de trabajo en la Industria del Medicamento, regulando, controlando y realizando un seguimiento de las incorporaciones.

La Facultad de Medicina y específicamente el hospital universitario deben cumplir un rol decisivo en esta materia, sin perjuicio del rol rector del MSP sobre las políticas de salud.

4. Seguro Nacional de Salud con aporte familiar según ingresos (con el objetivo de financiar el Sistema Nacional Integrado de Salud, con un mínimo no imponible), aporte empresarial y del Estado, que asegure la cobertura universal, asignando los recursos proporcionalmente a la población afiliada y sus riesgos.

***El cambio en el Sistema de Salud debe asegurar la atención de toda la población sin distinciones, con carácter igualitario, integral, continuo, suficiente y oportuna, con participación protagónica de la comunidad en las decisiones y en la gestión de salud.***

La salud es un derecho humano esencial y como tal debe ser ejercido y garantizado a todos los uruguayos, en el contexto de las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales en que se desarrolla la vida. Sus aspectos éticos y humanitarios deben volver a ser relevantes y efectivos. Es fundamental la acción sobre y desde la población sana, en el contexto familiar y social, promoviendo su participación, atendiendo especialmente las poblaciones en riesgo.

Se trata de construir un Sistema Integrado Nacional de Salud, con un Seguro Nacional que lo financie, y de aplicar a fondo una estrategia para el cambio del modelo asistencial actual, hacia otro de cobertura de toda la población, equitativo y de adecuada calidad para todos los uruguayos.

## **FRENTE DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD**

# HACIA UN SISTEMA INTEGRADO NACIONAL DE SALUD

F.U.S. P.I.T. -- C.N.T.  
Instituto Cuesta Duarte  
P.I.T. -- C.N.T.

## 1) BASES DE LA PROPUESTA

El cuidado de la salud (ausencia de enfermedad y satisfacción de las necesidades básicas) van más allá que la simple implementación de estructuras sanitarias.

Por ende es necesario ir hacia un Sistema Integrado Nacional de Salud, para lo cual planteamos dos pasos previos:

- De un lado la formación de un Seguro Nacional de Salud, cuya estructura se analizó en el capítulo de la reforma tributaria y que como allí vimos debe ser un factor no sólo de justicia sino de estímulo al cambio en el modelo de atención.
- De otra parte cambios en cuatro componentes fundamentales de la salud hoy que son las bases constitutivas de un sistema nacional: Modelo de Atención, Política de Medicamentos, Política de uso y diseño de Tecnologías y Derechos de los Usuarios.

El organismo rector, normatizador, regulador y asistencial de referencia debe ser el estatal, no pudiendo delegar a ninguna otra estructura dichas funciones. Deberá trabajar con el ámbito académico quien revisará, actualizará y formará sobre los cambios necesarios a implementar, toda vez que ello se considere necesario.

La red de salud no debe tener carácter de lucro como finalidad de su actividad, sino administrar en forma óptima los recursos que el país dispone para la atención de la salud.

La participación de la comunidad debe ser un principio básico para la conformación de estos sistemas locales de salud.

En síntesis creemos en la necesidad de modificar la estrategia de atención en salud, lo que implica cambios en el modelo de atención y en el uso de los insumos, porque afirmamos que allí está el quid de la crisis de la salud en el país.

Al mismo tiempo creemos en la necesidad de modificar sustancialmente el financiamiento, para hacerlo justo en términos de población, público y privado, Montevideo e interior.

## 2) MODELO DE ATENCIÓN.

El objetivo central es diseñar un sistema de atención en que prevalezca la prevención y la atención primaria de la salud, diferencia del sistema actual en el que prevalece la curación y en especial el uso del nivel terciario de atención, es decir las tecnologías sofisticadas.

### **Ello implica desde el punto de vista de las estrategias:**

- una reestructura en el modelo de atención ambulatoria, (que se hace con carácter curativo, con multimedicación, usando y abusando de la tecnología, sin protocolos definidos, sin conocimiento epidemiológico y de prevalencia de las necesidades de la población) hacia una atención de la salud (no de la enfermedad) que privilegie la prevención, de tipo comunitario dando participación a un equipo multidisciplinario de salud (médico, enfermera, químico, asistente social, odontólogo, nutricionistas, personal docente, trabajador de la salud, etc.) con gran participación del usuario y con un fuerte contenido educativo.
- Reorganizar los niveles superiores de asistencia, desde la internación en el segundo nivel (médico-quirúrgica) hasta los más complejos (cuidados intensivos, tecnología de alta complejidad IMAE)
- implementar el médico de familia
- interconectar, reestructurar y homogeneizar todas las infraestructuras sanitarias existentes en el país a fin de optimizar los recursos, evitando la duplicación de los mismos.
- Es necesario prever la creación de un sistema de información adecuado que incluya los datos básicos de los usuarios, las historias clínicas y un correcto registro de actividades. Para ello se establecerá un Carne de Asistencia obligatorio para todos los usuarios. Se establecerá asimismo una historia clínica básica, fácilmente llenable y procesable por medios informáticos, cuyo centro serán los problemas de salud del paciente mas que la cronología.

### **Desde el punto de vista de las acciones implica:**

Adecuación del valor de las ordenes de Ginecología y Cirugía General, llevándolas al mismo valor que Medicina General y Pediatría.

Aumentar el tiempo de consulta por paciente.

Sistema de retribución de Medicina General y Pediatría acorde con la estrategia de atención primaria

Programa de capacitación en actividades preventivas de los médicos del primer nivel de atención.

Definir como puerta de entrada al Sistema de Atención al Médico General y al Pediatra.

Protocolización de las enfermedades de consulta más frecuente en el Primer Nivel de Atención.

Al mismo tiempo la estrategia y las acciones del modelo de APS debe sustentarse en una fuerte coordinación de servicios para lo que es imprescindible:

- Convenios entre las IAMC y los efectores públicos (ASSE, Policlínicas Municipales, etc.) con la participación del MSP. Un sistema de convenios de este tipo debe basarse en un Convenio General Marco que establecerá aranceles para cada servicio y "cuentas corrientes" donde cada institución puede compensar con otros servicios, aquellos que recibe. Se promoverá de esta forma el uso compartido y eficiente de la infraestructura.
- En la creación de nuevos servicios se procurarán formas integradas entre las distintas instituciones tanto en su organización como funcionamiento.

*Esta coordinación se articulará sobre una base departamental y local, para lo cual se conformará una Coordinación Departamental de carácter participativo técnico y social.*

### **3) POLÍTICA DE MEDICAMENTOS**

Los medicamentos tienen una importancia esencial para las políticas de salud a nivel nacional para el conjunto de la población siendo un insumo esencial para la asistencia sanitaria integral.

Como instrumento de la terapéutica actual tiene una importante función y debe buscarse que la misma no se desvirtúe por factores externos a la terapéutica específica.

Al mismo tiempo existe un consumo desmedido y abusivo de medicamentos producto de múltiples factores. Asimismo la automedicación y las fallas en las conductas de prescripción, carencias de regulación y control en la promoción y publicidad de medicamento tanto a los profesionales como hacia la población.

Por ende es necesario una Política Nacional de Medicamentos.

El objetivo general de la política nacional de medicamento es buscar el perfeccionamiento de la acción de los Efectores de salud en el área de medicamentos lo que supone:

- Acceso a los medicamentos en función de las necesidades de la población con carácter racional.
- Asegurar la eficacia, calidad y seguridad de los medicamentos existentes o a introducir en el territorio nacional.
- Asegurar que se desarrollen acciones que aseguren el uso racional de medicamentos.
- Desarrollar acciones de investigación y desarrollo que posibilite un mejor dominio de la tecnología en materia de medicamentos.

Considerando las carencias en materia de; Investigación, Desarrollo y dependencia Tecnológica, que acarrea consecuencias negativas para una Política Nacional de Medicamentos y para la economía nacional. Se instrumentará un protocolo de intercambio regional que posibilite determinar cuales son las posibilidades del país, en esta materia y en que áreas se implementaran intercambios con los países del MERCOSUR según los Convenios ya existentes.

#### ***La estrategia de esta política estará basada en:***

Un lista de medicamentos de carácter genérico y obligatoria como base de la atención. La lista de medicamentos esenciales serán de aplicación por parte de todos lo Efectores de salud a nivel nacional.

Elaboración de normas de prescripción de medicamentos, basada en la prescripción obligatoria del uso de denominación genérica en el recetario. Esto supone además la utilización de los protocolos terapéuticos establecidos.

Los criterios para elaborar la lista de medicamentos esenciales se basan en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

En base a la lista de medicamentos esenciales se confeccionará un formulario terapéutico nacional.

## ***Los precios***

Como ha sido demostrado (tanto en el Subsector Público como en el Subsector Privado), los precios de medicamentos, han sido impuestos por razones ajenas a las necesidades básicas de la salud de la población, lo que acarrea que los gastos en esta materia, no representan la adecuada relación costo-efectividad para la salud de está, en relación a la inversión realizada por los Efectores.

Por lo tanto:

- Se establecerá un mecanismo de control de precios basada en la relación de costos de producción y el margen razonable de ganancia de los agentes involucrados.
- Se realizara una comparación de precios a nivel regional, con la de otros países, como así también entre medicamentos de igual acción terapéutica y con la negociación directa con el productor en el momento de registro en la Lista.
- Se implementará la Lista de medicamentos genéricos, definidos con criterios técnicos adecuados, que aseguren la intercambiabilidad, en base a equivalencias terapéuticas.

## ***Investigación y Desarrollo***

- Considerando los costos para la sociedad principalmente en el campo de las virosis y las dolencias crónicas, los esfuerzos prioritarios serán dirigido a la producción de medicamentos genéricos epidemiologicamente definidos como esenciales y más críticos
- Debe desarrollarse la investigación y el desarrollo de políticas tendientes al dominio de producción de moléculas y producción industrial de fármacos y otras materias primas básicas.
- Se definirá el fomento de la producción nacional o regional de medicamentos genéricos incluidos dentro de la Lista de medicamentos esenciales y materias primas e insumos para producción de dichos medicamentos.
- Se creara un Fondo de Investigación y Desarrollo en conjunto con la Industria farmacéutica instalada destinada a la producción industrial de materias primas esenciales de los fármacos esenciales.

## **4) POLÍTICAS HACIA LA TECNOLOGÍA EN SALUD**

En el área de la atención médica se integran la tecnología; los medicamentos, los dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica y los sistemas de organización y apoyo por los cuales se proporciona esta atención.

El proceso de incorporación de nuevas tecnologías en el sector salud es irreversible. El proceso de investigación y desarrollo es incesante y continuamente llegan al mercado aparatos y técnicas novedosas. Lo que debe hacerse es evaluar cuidadosamente con que criterios, que técnicas y en que momento se deben incorporar las mismas.

Sin embargo, la presión comercial de las empresas proveedoras, confluye en la mayoría de los casos, con asesoramiento a-crítico cuando no interesado, por profesionales seducidos por las mismas.

En este sentido, debe tenerse presente que es mucho más importante para aumentar la expectativa de vida; la calidad de vida, el nivel de vida, el nivel de salud de una población, tecnologías simples y “no medicas” estrictamente; como el saneamiento y la alimentación; que tecnologías sofisticadas de diagnóstico y tratamiento.

La alternativa ante estos desafíos es una adecuada selección y programación de las opciones tecnológicas adecuadas para las condiciones nacionales y locales en cada caso. Tecnología apropiada no solo es aquella para la que se cuenta con la infraestructura necesaria, sino además la que no es nociva para el medio ambiente o para las relaciones sociales ni contraria a los valores éticos ni el sistema legal.

### ***En ese sentido proponemos:***

Establecer por parte del MSP y la Facultad de Medicina una cuidadosa selección de Nuevas Tecnologías en Salud, evaluando de acuerdo a parámetros nacionales, regionales e internacionales los costos, el impacto en la población, y en el medio ambiente. Las Nuevas Tecnologías se incorporarán sujetas a pruebas y evaluación permanente.

No se autorizará la introducción de Nueva Tecnología, hasta tanto se protocolice y establezca una nueva normativa con carácter nacional, por parte del MSP y la Facultad de Medicina.

Realizar un relevamiento a escala nacional por parte del MSP de la tecnología existente en el sector salud.

Una vez realizado el relevamiento de Tecnologías existentes se procederá a regionalizar el país, con el objetivo de una mejor accesibilidad de la población a los recursos existentes evitando las asimetrías existentes en la actualidad.

Se definirá una política de coordinación y complementación de Efectores para el uso racional de la tecnología existente y la que sea introducida sobre la base de la Política Nacional de Nuevas Tecnologías.

La Política nacional de Tecnología definirá que toda incorporación de Nuevas Tecnologías en Salud se hará de acuerdo a evaluación de prioridades en la atención de la salud, que harán énfasis en la Atención Primaria en Salud.

Todos los efectores de salud, públicos y privados formarán parte del Seguro que será universal y comprenderá al conjunto del Sistema de Salud Nacional.

## **5) LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS**

### **INTRODUCCION**

- Es necesario proceder a establecer la obligatoriedad de proporcionar con carácter general a los usuarios, - por parte de todas las Instituciones que conforman el Sistema de salud uruguayo tanto Público como Privado- la cartilla de derechos que se explicitan en los decretos sobre el funcionamiento del sistema de salud.
- En todas las Instituciones se procederá a colocar a la vista del público dicha cartilla la que tendrá un diseño uniforme común para todas las Instituciones.
- **En los ámbitos donde estos derechos no estén desarrollados como el caso de los derechos en la hospitalización, el MSP establecerá con carácter universal y**

**obligatorio para todos los Efectores tanto Públicos como Privados los derechos del paciente hospitalizado .**

- Se define la obligatoriedad de proporcionar con carácter general a los usuarios, - por parte de todas las instituciones que conforman el sistema de salud uruguayo tanto público como privado- la cartilla de procedimientos a través de los que se puede efectuar denuncias fundadas, como así también la ubicación física e institucional donde canalizar las mismas.
- El reconocimiento del paciente sobre su propio cuerpo y su derecho a decidir la terapéutica a aplicar requiere del consentimiento que debe ser *libre y voluntario*, sin presiones de cualquier índole, *previo al acto médico*, en caso de no ser posible se realizara en mismo momento, pero nunca posterior al acto médico.
- En este mismo sentido el paciente tiene derecho a saber la verdad sobre su estado de salud.
- El MSP debe establecer la protocolización de la Historia Clínica y la obligatoriedad de su utilización con carácter universal para todo el Sistema. Debe establecerse una política tendiente a que en un plazo breve se instrumente la informatización de la misma y el establecimiento de una red nacional de Historias Clínicas para todos lo Efectores del Sistema.
- El paciente es el dueño de los datos contenidos en la historia clínica. Este puede tener acceso a la misma, y dentro de la protocolización a establecer por parte del MSP, debe incluirse los requisitos para el acceso con carácter obligatorio por parte de todos los Efectores.

# **CARTILLA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIO DE SALUD**

## **(I) DEFINICIONES**

### **ARTÍCULO 1º. (USUARIO DE SERVICIO DE SALUD):**

Es Usuario de un Servicio de Salud toda persona física que potencialmente pueda adquirir o utilizar productos, bienes o servicios de salud como destinatario final, en forma remunerada o gratuita, cualquiera sea la naturaleza de su vinculación, ya sea en calidad de afiliado, socio o beneficiario, independientemente de su condición de paciente.

Los pacientes no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea en el ámbito de la asistencia de la salud, como tampoco en el ámbito laboral.

Se entiende por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, así como los familiares de los mismos.

### **ARTÍCULO 2º.- (SERVICIO DE SALUD).**

Se considera Servicio de Salud a toda institución, entidad, empresa, organismo público, privado -de carácter particular o colectivo- o de naturaleza mixta, Clínicas médicas y odontológicas de carácter privado, Laboratorios de análisis, así como cualquier lugar donde se preste asistencia a la salud y/o

que brinda servicios de salud, de carácter preventivo, educativo, curativo, de rehabilitación o reparación.

### **ARTÍCULO 3º (PROFESIONAL DE LA SALUD).**

Se entiende por profesional de la salud a los médicos, practicantes de medicina, enfermeras egresadas y estudiantes, odontólogos, farmacéuticos, así como los auxiliares médicos y el personal administrativo que desarrolla tareas en el ámbito de la asistencia de la salud.

### **ARTÍCULO 4º.- (ORGANIZACIONES DE USUARIOS)**

Se consideran Organizaciones de Usuarios a toda asociación, entidad o agrupación de usuarios de Servicios de Salud cuyo objeto específico sea la defensa de los derechos e intereses de los usuarios, asuma o no la representación de éstos.

### **ARTÍCULO 5º.- (DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL USUARIO).**

El Departamento de Atención al Usuario es toda oficina, unidad o estructura organizada con materiales y personal idóneo, que funciona dentro de un Servicio de Salud, cuya finalidad es informar, orientar, atender y resolver los reclamos, consultas o peticiones que formulen los usuarios del mismo.

## **(II) DE LOS DERECHOS**

### **ARTÍCULO 6º. - (ENUMERACIÓN NO TAXATIVA)**

Los derechos y deberes que se enuncian a continuación, no excluyen otros que resulten inherentes a la condición de persona humana, profesionales, Instituciones u Organizaciones públicas o privadas, establecidos, reconocidos o garantizados por reglas de Derecho.

### **ARTÍCULO 7º . - (DERECHO A CONOCER SUS DERECHOS Y A EJERCITARLOS)**

Todo usuario tiene derecho a conocer sus derechos y ejercerlos sin otras restricciones o limitaciones que las establecidas por el ordenamiento jurídico.

#### **ARTÍCULO 8º.- (DERECHO AL RESPETO).-**

Todo usuario tiene derecho a que se respete su personalidad, dignidad humana, intimidad e imagen.

Todo procedimiento de asistencia médica será acordado entre el paciente- luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. La autorización del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignada en la historia clínica en forma expresa (consentimiento informado). Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento.

Cualquier procedimiento de investigación deberá ser expresamente autorizado por el paciente, en forma libre luego de recibir toda la información en forma clara de sobre objetivos y la metodología de la misma y una vez que la Comisión de Ética de la institución de asistencia autorice el protocolo respectivo. La información debe incluir el derecho a la revocación voluntaria del consentimiento en cualquier etapa de la investigación.

Toda persona tiene el derecho de elección del sistema asistencial más adecuado sin más limitaciones que las derivadas de su situación económica.

#### **ARTÍCULO 9º.- (DOCENCIA)**

La docencia de la práctica médica en todos los casos podrá ser realizada en cualquiera de las instituciones de carácter asistencial.

#### **ARTÍCULO 10º.- (DERECHO AL ACCESO)**

Todo usuario tiene derecho a que se le facilite el acceso y uso de los Servicios de Salud, así como a los establecimientos donde estos funcionan, contemplando sus dificultades, discapacidades y necesidades, de conformidad a la reglamentación.

Todo usuario tiene derecho a acceder a las acciones destinadas a la promoción, la protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Todo usuario tiene derecho a una asistencia en salud de calidad, con profesionales debidamente capacitados y autorizados para el ejercicio de la especialidad por las autoridades competentes.

Todo usuario tendrá el derecho a acceder a medicamentos de calidad debidamente autorizados y de los que el paciente conozca los posibles efectos colaterales a su utilización.

Todo usuario tendrá el derecho a que sus exámenes diagnósticos y de laboratorio cuenten con el debido control de calidad.

#### **ARTÍCULO 11º ( DEL CONTRALOR E INFORMACIÓN)**

El Estado por intermedio del Ministerio de Salud Pública supervisará la propaganda destinada a estimular tratamientos o consumo de medicamentos que no tengan la adecuada documentación científica. Se considerará como promoción engañosa aquella que no reúna tal condición.

El Estado por intermedio del Ministerio de Salud Pública está obligado a informar públicamente y en forma regular sobre las condiciones sanitarias en el territorio nacional.

El estado garantizará en todos los casos el acceso a medicamentos básicos así como a los medicamentos necesarios para atender las enfermedades crónicas.

Las patologías de carácter crónico deben ser tratadas, sin ningún tipo de limitación, ya sea en lo referente a la internación, obtención de medicamentos, modalidades asistenciales científicamente válidas, así como la rehabilitación de las mismas.

Las instituciones de asistencia médica de carácter no estatal serán responsables de las omisiones en el cumplimiento de estas exigencias.

#### **ARTÍCULO 12°.- (DERECHO A UN TRATO IGUALITARIO)**

Todo usuario tiene derecho a que se le dispense un trato igualitario, acorde a su situación particular y a no ser discriminado por razones raciales, socio-económicas, de sexo, edad, ideológicas, religiosas, políticas, sindicales u otras.

#### **ARTÍCULO 13°.- (DERECHO A SER OÍDO Y PLANTEAR QUEJAS O DENUNCIAS).**

Todo usuario tiene derecho a ser oído y atendido en forma oportuna, respetuosa y en un ambiente adecuado.

Toda institución de asistencia médica contará con un Tribunal de Ética que estará integrado por profesionales de salud y por integrantes no médicos representativos de la sociedad. En todos los casos, al menos la mitad de sus integrantes serán de sexo femenino.

#### **ARTÍCULO 14°.- (DERECHO AL CONOCIMIENTO DE SU SALUD)**

Todo usuario tiene el derecho a disponer de su cuerpo con fines diagnósticos y terapéuticos con excepción de las situaciones de emergencia imprevista.

Todo usuario paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno por parte de los integrantes del sistema de atención de salud que tome en cuenta su situación de dependencia.

Esto derecho incluye:

- Ser respetado en todas las instancias del proceso de asistencia, en especial el trato cortés y amable, el ser conocido por su nombre, por recibir una explicación de su situación clara y en tiempo y el cumplimiento de los horarios de atención médica comprometidos.
- Que en todos los procedimientos de asistencia médica se procure evitar el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica.
- Estar acompañado por sus seres queridos o representantes de su confesión en todo momento de peligro o proximidad de la muerte, en la medida que esta presencia no interfiera con procedimientos médicos imprescindibles.
- Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte o prolongar artificialmente la vida del paciente (Futilidad Terapéutica) cuando no existan razonables expectativas de mejoría.
- El negarse a que su patología se utilice con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos diagnósticos. En todas las situaciones que se utilice un paciente con fines docentes tendrá que existir consentimiento previo del mismo, este podrá ser retirado en cualquier momento.

Todo usuario tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende: El derecho a conocer la probable evolución de la enfermedad de acuerdo a los resultados obtenidos en situaciones comparables en la institución prestadora del servicio de salud.

El derecho a conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad la que deberá ser hecha por escrito si así lo solicitase el paciente; así como la posibilidad de la existencia de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución de asistencia donde se realiza la atención de salud.

En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del enfermo se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente ("derecho a no saber").

Este derecho a no saber puede ser relevado cuando a juicio del médico la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.

El derecho a conocer quien o quienes intervienen en el proceso de asistencia de su enfermedad.

El derecho a tener una historia clínica completa donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte. En caso de que el paciente cambie de institución o en cualquier otra situación debidamente justificada se le entregará copia de la historia clínica, la que deberá tener todos los elementos del original.

El derecho a que la familia directa- ante requerimiento expreso de la misma- conozca la situación de salud del enfermo. En caso de enfermedades consideradas estigmatizantes en lo social, el médico deberá consultar con el paciente el alcance de esa comunicación. La responsabilidad del profesional en caso de negativa por parte del enfermo quedará salvada asentando en la historia clínica esta decisión.

El derecho a que en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación esta situación esté claramente consignada en la historia clínica, constando a continuación la orden médica: "No Reanimar".

El derecho a conocer previamente, cuando corresponda, el costo que tendrá el servicio de salud prestado, sin que se produzcan modificaciones generadas durante el proceso de atención. En caso de que esto tenga posibilidad de ocurrir será previsto por las autoridades de la institución o los profesionales actuantes.

#### **ARTÍCULO 15°.- (DERECHO A LA INSTANCIA)**

Todo usuario tiene derecho a presentar ante el Servicio de Salud al que pertenece y/o ante el Ministerio de Salud Pública de acuerdo al proceso que se establezca, sugerencias, iniciativas, consultas, peticiones, reclamos que estime le corresponde, encaminadas entre otras a:

- a) mejorar la calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad, accesibilidad de los servicios,
- b) incrementar el rendimiento o el ahorro del gasto,
- c) simplificar trámites o suprimir los que sean innecesarios o cualquier otra medida que suponga un mayor grado de satisfacción de sus derechos o intereses,
- d) suprimir las tardanzas, desatenciones, dificultades para acceder a un servicio de salud, obtener información o beneficiarse de una prestación, etc.

#### **ARTÍCULO 16°.- (DERECHO A MEDIOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN)**

Todo usuario tiene derecho a que se agoten todas las etapas del procedimiento que se establezca, tendientes a obtener una decisión sobre sus sugerencias, iniciativas, consultas, peticiones o reclamos.

#### **ARTÍCULO 17°.- (DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD)**

Todo usuario tiene derecho a la confidencialidad de sus datos, circunstancias que plantee, documentos que presente, así como del procedimiento y respuesta que se le

brinde, salvo cuando por mandato de una regla de derecho deba darse noticia de ellos a las autoridades sanitarias.

Todo usuario tiene derecho a la privacidad y confidencialidad de todo lo relacionado con su estado de salud. Solo por orden judicial fundada se podrá relevar a las autoridades de la institución de asistencia de tal obligación.

Todo usuario tiene derecho a que su historia clínica solo sea leída por el equipo de asistencia médico y los encargados de la supervisión de la asistencia. El personal administrativo de las instituciones solo podrá acceder a la historia clínica con el único objeto de facilitar el acto asistencial, estando obligado a iguales limitaciones que cualquier otro integrante del equipo asistencial.

En los casos en que la historia clínica esté informatizada y en red solo podrán acceder a la información los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con este, mediante una clave de acceso.

Todo usuario tiene derecho a que las consultas o referencia a su historia clínica se realicen solo entre los que participan en el proceso de asistencia médica.

#### **ARTÍCULO 18°.- (DERECHO A SER ASESORADO)**

Todo usuario tiene derecho a ser informado, orientado y asesorado sobre los procedimientos, trámites, requisitos y documentación que sean necesarios para que se le facilite el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.

#### **ARTÍCULO 19°.- (DERECHO AL ACCESO A LOS REGISTROS).**

Todo usuario tienen derecho a acceder a sus registros y archivos médicos del Servicio de Salud al que pertenecen, en los términos previstos por la legislación vigente.

#### **ARTÍCULO 20°.- (DERECHO A SOLICITAR INFORMACIÓN)**

Todo usuario tiene derecho a solicitar y recibir del Servicio de Salud información vinculada con el tratamiento y/o atención médica recibida de éste y entre otras sobre:

- a) Estructura orgánica y modalidad de las prestaciones asistenciales,
- b) los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
- c) Las prestaciones comprendidas y excluidas por la cobertura a cargo del servicio de salud;
- d) Precios o aranceles aplicables para las prestaciones excluidas, periodicidad de los ajustes económicos, porcentaje de los mismos, así como el sistema de fijación y responsable del mismo.
- e) Monto de la cuota mensual, sobre cuotas, tasas moderadoras, etc. la periodicidad de sus ajustes económicos, porcentaje de los mismos, así como el método y responsable de su fijación.
- f) Tipología del Servicio de Salud, esto es, asistencia pública o privada, particular o colectiva, de cobertura total o parcial, intermediación u otras.

La información debe ser brindada en tiempo razonable, en términos comprensibles, precisos, ser completa, continuada, verbal o escrita.

#### **ARTÍCULO 21°.- (DERECHO A UN PROCEDIMIENTO).**

Todo usuario tiene derecho a acceder un procedimiento de duración razonable, así como a medios ágiles y adecuados conforme a sus necesidades, para la solución de sus planteos, sugerencias, iniciativas, reclamos, consultas o peticiones.

#### **ARTÍCULO 22°.- (DERECHO A UNA RESPUESTA)**

Todo usuario tiene derecho a obtener del Servicio de Salud una respuesta expresa, clara, veraz y escrita a sus planteos en un plazo prudencial y ser notificado de las resoluciones, así como a que quede constancia documentada del procedimiento.

#### **ARTÍCULO 23°.- (DERECHO A CONOCER EL ESTADO DEL PROCEDIMIENTO).-**

Todo usuario tiene derecho a requerir información sobre los procedimientos, en cualquier momento del estado de la tramitación de los mismos, en los que tenga la condición de interesado, obtener copia de los documentos que se presenten, formular alegaciones o presentar elementos de prueba.

#### **ARTÍCULO 24°.- (DERECHO A FORMAR UNA ASOCIACIÓN DE USUARIOS)**

Todo usuario tiene derecho a asociarse con otros usuarios en defensa de sus derechos e intereses, formar Organizaciones o Asociaciones de usuarios y hacerse representar por ellas.

#### **ARTÍCULO 25°.- (DERECHO A CONOCER LOS PROFESIONALES)**

Todo usuario tiene derecho a conocer la nómina de profesionales que se desempeñan en el Servicio de Salud, sus nombres, especialidades y demás datos disponibles, así como sus días y horarios de consulta.

Asimismo tiene derecho a conocer los nombres, cargos y funciones de cualquier miembro del personal del Servicio de Salud que participe en la atención que se le brinde.

#### **ARTÍCULO 26°.- (DERECHO A LA ATENCIÓN PREFERENTE)**

Todo usuario tiene derecho a que cada Servicio de Salud cuente con un departamento u oficina dedicada preferentemente a atender, canalizar y resolver sus sugerencias, iniciativas, reclamos, consultas o peticiones.

### **(III) DE LOS DEBERES**

#### **ARTÍCULO 27°.- (DEBER DE OBSERVANCIA)**

Todo usuario tiene el deber de observar las normas impuestas por el Servicio de Salud, sea por ley, reglamento, estatuto o contrato.

#### **ARTÍCULO 28°.- (DEBER DE RESPETO)**

Todo usuario tiene el deber de conducirse y dirigirse con respeto, tanto en relación con los funcionarios del Servicio de Salud, así como con los otros usuarios.

#### **ARTÍCULO 29°.- (DEBER DE DAR INFORMACIÓN)**

Todo usuario tiene el deber proporcionar la información que se le solicite a efectos de encaminar la solución de sus problemas, a aportar datos ciertos, reales y verdaderos, cuando suscriba declaraciones con motivo del ingreso a un Servicio de Salud o cualquier otra circunstancias posterior, así como a no inducir a error en el suministro de la cobertura asistencial.

El usuario es responsable de seguir el plan de tratamiento y controles establecidos por el equipo de salud.

El usuario es responsable de sus acciones si rehúsa algún procedimiento de carácter diagnóstico o terapéutico, así como si no sigue las directivas médicas.

El usuario puede abandonar el centro asistencial pero dejando consignado en la historia clínica su decisión, siendo considerada esta situación como de alta contra la

voluntad médica, quedando exonerada la institución y el equipo de salud de responsabilidad.

**ARTÍCULO 30°.- (DEBER DE CUIDADO)**

Todo usuario tiene el deber de cuidar las instalaciones, servicios, equipamiento e instrumental del Servicio de Salud, así como colaborar en su mantenimiento.-

**ARTÍCULO 31°.- (DEBER DE DENUNCIAR IRREGULARIDADES)**

Todo usuario tiene el deber de denunciar cualquier anomalía que pueda afectar al Servicio de Salud, los procesos y prestaciones que se le brinden.

**ARTÍCULO 32°.- (DEBER DE RACIONALIZACIÓN)**

Todo usuario tiene el deber de utilizar razonablemente los Servicio de Salud evitando abusos que desvirtúen su finalidad y distraigan recursos en forma innecesaria, de modo de acudir preferentemente a los servicios indicados por los profesionales y hacer uso de ellos de acuerdo a las prescripciones que se le impartan.

**ARTÍCULO 33°.- (DEBER DE PAGO)**

Todo usuario tiene el deber abonar en tiempo y forma la contraprestación fijada y/o convenida con el Servicio de Salud que le brinda cobertura.

**ARTÍCULO 34°.- (DEBER DE CUMPLIMIENTO DE LOS REGLAMENTOS, ESTATUTO O CONTRATO)**

Todo usuario tiene el deber de respetar los reglamentos, estatutos de la institución o contrato celebrado con el Servicio de Salud que le brinda cobertura, so pena de soportar las consecuencias que se prevea para el caso de incumplimiento.

Las infracciones a la presente determinarán la aplicación de las sanciones administrativas previstas en la normativa vigente, sin perjuicio de otras acciones que se pudieran derivar de su violación.

**ARTÍCULO 35°.-**

Los profesionales que contravengan lo establecido en la presente, podrán ser sancionados por la autoridad administrativa competente y los colegios médicos cuando existan, así como los agrupamientos de profesionales con organismos que juzgan la conducta profesional de los médicos.

**6) SEGURO NACIONAL DE SALUD**

Proponemos un SEGURO NACIONAL DE SALUD UNICO Y UNIVERSAL.

***Sus principios deben ser:***

- a) El monto a asignar al sector salud y su distribución debe establecerse a partir de las necesidades asistenciales de la población y por ende la variable de ajuste debe ser el monto a financiar y no al revés como es en la actualidad. En la actualidad se define cuanto dinero hay y a partir de allí, se delinea la estrategia asistencial, hasta que alcance.
- b) Los usuarios deben aportar al sistema en función de su ingreso familiar y ello les da derecho a la cobertura total de servicios de salud.
- c) Las empresas deben mantener un financiamiento proporcional a la cantidad de trabajadores contratados.
- d) Las instituciones (los llamados efectores de salud) deben recibir ingresos que les posibilite un adecuado equilibrio entre sus ingresos y los costos de su atención.

- e) Los ciudadanos aportan al Seguro Nacional de Salud un porcentaje de sus ingresos familiares, con un mínimo no imponible (aunque no por ello deja de tener derecho a la cobertura) y tasas progresionales según ingreso y tamaño de las familias.
- f) Dicho aporte daría lugar a una cobertura integral del núcleo familiar, en la Institución efectora de salud. que la familia decidiera. La decisión de las personas, se basará en pautas de calidad del servicio y no como hoy en los precios, en si se cobran o no ordenes, etc.
- g) Las empresas mantendrán su aporte como hasta ahora, es decir un 5% sobre la nómina de salarios.
- h) El Estado complementará dichos Ingresos, con un aporte Presupuestal, para llegar a la cifra requerida, según la estrategia de atención definida.
- i) Las Instituciones cobrarán al seguro el valor equivalente a las afiliaciones que capten, con cuotas diferenciadas por prima de riesgo, siendo más caras según sexo, edad, etc. La clave del sistema es que la prima de riesgo la paga el Fondo, o sea solidariamente los sanos, para los de mayor enfermedad, los jóvenes para los viejos y así sucesivamente. Con ello compatibilizamos los puntos b y c de nuestros principios es decir; la justicia en el pago y el equilibrio de las instituciones.
- j) Además se cobrarán copagos por Tickets y Ordenes iguales para todos con el único objetivo de oficiar como moderador del gasto.
- k) El Seguro elaborará una Paramétrica para determinar la cuota mutual, teniendo en cuenta los costos asociados a cada tipo de afiliado (edad, sexo), sobre la base de la estrategia sanitaria definida y por ende los mayores costos por "abusos tecnológicos", etc serán pérdidas para las Instituciones.
- l) Se definiran sobre cuotas, que el Fondo le pagará a las Instituciones, en función del cumplimiento de ciertos objetivos de la política de salud, como por ejemplo, un plus por estrategias de atención primaria u otras compatibles con la estrategia sanitaria definida.
- m) Los efectores de salud entonces, podrán ser Públicos o Privados, podrán constituir redes de atención o alianzas estratégicas para mejorar la calidad de sus servicios y obtener una mayor afluencia de afiliados. Pero ya no cabrá; la competencia por Precios, liberación de pagos de tickets u otras formas de competencia, que no hacen a la calidad del servicio, sino al manejo financiero.
- n) El Seguro será administrado por una superintendencia de Salud, con participación del MSP, los usuarios, las instituciones y los trabajadores. Los aspectos del control financiero, pero sobre todo, de la calidad de los servicios, es una clave central de esta propuesta.
- o) Por último, es necesario la regulación en monto, precio y calidad de la tecnología rol que, junto al de la formación de Recursos Humanos, debe corresponder al Hospital Universitario, quien debe progresivamente ir asumiendo la prestación global de dicho servicio.

El sistema gráficamente funcionaría de la siguiente manera:



## 8) CONCLUSIONES

El problema central del Sistema, en términos del uso de sus recursos, para una adecuada prestación del servicio de salud, es el Modelo de Atención, por ende debemos ir a un modelo que privilegie la estrategia de Atención Primaria y Progresiva de Salud.

Los cambios en el Modelo de Atención, llevarán a cambios en la dotación de insumos de medicamentos y tecnología.

Es necesario un cambio en los patrones de remuneración que sea universal y que garantice ingresos dignos, en que a igual trabajo igual remuneración base.

Los cambios en el financiamiento, deben provenir de un Seguro universal y proporcional al ingreso de los hogares.

Desde el Seguro pueden realizarse, fuertes Políticas de cambio en el Modelo de Atención, ya que el financiamiento debe incluir en su estructura de costo, los incentivos a las nuevas formas de atención que se definan impulsar.

Por lo tanto, creemos que las Políticas en el Modelo, Insumos y Financiamiento son un todo articulado, cuyo resultado, será la superación de la crisis del sistema, en un proceso de transición, hacia un Sistema Integrado Nacional de Salud.

En ese sentido, la superación de sus inequidades en el acceso y en el financiamiento es un primer paso imprescindible en esa transición a través del Seguro Nacional de Salud.