

SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Para encarar un esquema de discusión convenimos en dividir en 4 bloques el tema S.N.S.

1. **Organismos efectores.**
2. **Organismo de dirección sanitaria.**
3. **Organismo regulador.**
4. **La organización de la comunidad.**

Partimos de la necesidad de responder en la elaboración de la propuesta a una serie de "definiciones Estratégicas":

Separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios.

- Organismo regulador. Persona Pública no estatal. (sacarlo del sistema político)
- Provisión de servicios: Una nueva relación público – privada

Nuevas modalidades de financiación de servicios.

- La masa de financiación que se requiere.
- Como se plantea un sistema de aporte en base a la justicia impositiva.

Nuevas formas en la adjudicación de fondos para la asistencia

- Definición de prioridades asistenciales.
- definición de modelo para la adjudicación de fondos
- La adjudicación y el contratador.

Nuevas formas de remuneración a prestadores.

- Profesionales
- No profesionales
- Servicios sanitarios
- Medicamentos y tecnología

1. ORGANISMOS EFECTORES

Concepto:

Los organismos efectores son las Unidades asistenciales del sistema de salud.

Antecedentes:

Aspectos a tener en cuenta para su diseño-definición:

- idiosincrasia de la población uruguaya
- historia de la organización sanitaria en el país (importancia de los hospitales, importancia del mutualismo)
- necesidad de coordinación fluida entre los niveles de atención que asegure continuidad en la atención
- necesidad de identificar claramente un responsable de los resultados de salud a la hora de evaluar

La base:

Unidades gestionadas por Equipo de Salud en relación determinada en cada uno con la comunidad asistida (independencia operativa) pero con una necesaria planificación estructurada de manera común (centralización administrativa)

- La independencia-

Unidades autogestionadas de atención sanitaria en cada nivel de atención y desde cada subsector de atención. Para su caracterización es clave la definición de las Necesidades asistenciales y demanda de los usuarios.

¿Quiénes pueden aspirar a ser Unidades?: Hospitales, I.A.M.C., clínicas privadas, grupos de nuevo tipo (ver propuesta de Marcos de los 100 equipos) etc.

- La centralización- Planificación institucional.

Se debe tener en cuenta las nuevas formas de trabajo médico en base a redefiniciones sobre:

El trabajo de los médicos:

- Dedicación institucional – compromiso asistencial.
- Reglas de juego: Ingreso – Carrera funcional – movilidad.
- Laudo: piso de jornada laboral que tienda a centralizar la dedicación de los profesionales en una unidad prestadora.

Pero también sobre:

- Los medicamentos y tecnología (como se adquiere y se ofrece)
- La necesidad de guías de práctica.
- ETCETERA

Puntos críticos en los que es necesario tomar decisiones:

- acreditar instituciones que ofrezcan atención en los tres niveles o acreditar instituciones que ofrezcan atención en un solo nivel o en dos de ellos
- definir la figura responsable en cada institución, aquella a la que se le entregará el dinero y a la cual se le hará responsable por los resultados (comisión directiva símil, integración de la misma, representación de los niveles en estos organismos,... etc)
- definir forma de vínculo entre los distintos niveles si se admite acreditación de instituciones que no tengan los tres niveles

Opciones

1- acreditar sólo instituciones de tres niveles, por ejemplo mutualistas.

En este caso, los hospitales, ¿cómo harían para acreditarse? Deberían coordinar la atención con un primer nivel integrado, que dependiera de una misma dirección, como forma de evitar las lamentables fallas de coordinación de hoy entre policlínicas del msp (ssae, med filiar), inm y hospitales.

Ventajas:

- está centralizada la atención integrada en un único efector para cada grupo de población.
- Es bien identificable el responsable de la atención, a quién se le pedirán los resultados y a quien se entregará el dinero.
- No modifica mucho el esquema actual, ofrecería menos resistencias.

Desventajas:

- No hay por qué creer que cambiará mucho la organización actual en la cual el primer nivel tiene escaso desarrollo y escaso peso en las decisiones.
- De nuevo: no cambia mucho. Eso es peligroso, en la medida que tal vez esta es LA oportunidad de incorporar cambios en la salud.

Un requisito a este modelo debería ser la definición a priori del organismo director de cada institución que tuviera representación de los equipos asistenciales de cada uno de los

niveles, y que a la interna de cada institución, fuera explícita la distribución de dineros hacia cada nivel y que cada nivel hiciera una rendición al resto anualmente.

2- Acreditar por niveles.

Entonces: acreditar hospitales y cascos centrales de mutualistas para segundo y tercer nivel, y acreditar instituciones que ofrezcan primer nivel que podrían surgir de articulaciones entre los recursos existentes hoy en el primer nivel a los que se deberán incorporar otros que faciliten el acceso a laboratorio, farmacia y otras tecnologías correspondientes al primer nivel que actualmente funcionan centralizadas.

Ventajas:

- Se asignan recursos desde el organismo regulador con una distribución por niveles desde allí: aumenta la capacidad de decisión de este organismo.
- Jerarquiza el primer nivel al ponerlo a la par de los otros como receptor de finanzas y como efector y dotarlo de mayor autonomía.

Desventajas:

- ¿no hay un prestador único al cual exigir resultados? Esto es discutible. Podrían definirse indicadores para cada uno de los niveles y en este caso, en realidad lo que se lograría sería un control aún mayor.
- Dispersa (por diversificado) el vínculo entre los equipos de profesionales de los distintos niveles: esto es relativo. La regionalización se va a dar por la lógica de que la gente prefiere la cercanía, en este sentido, un equipo de primer nivel podrá interactuar con dos o tres equipos de cirugía tal vez, de dos o tres instituciones en las que se asistirán sus pacientes, pero no muchos más. Lo que me gusta de este modelo: cambia. Da el margen para que gente con ganas de hacer se meta a hacer, aún modestamente, y si eso funciona, luego contagia. Da más paño para la imaginación que jugarnos todos los boletos al mutualismo tal cual lo tenemos hoy, con apenas una lavada de mejor gestión.

3- Otras:???

2. ORGANISMO DIRECCIÓN SANITARIA

La dirección del Sistema esta en el M.S.P. Redefinir Cuales son los roles del M.S.P.:

- Organismo normatizador de la atención sanitaria
- Organismo de habilitación y acreditación de los servicios asistenciales.
- La función asistencial del M.S.P.:
- Alternativas para el cambio o "tercerización"

3. ORGANO REGULADOR.

Personería Jurídica: Persona Pública no estatal.

Fundamentos-

De la crisis de inequidad actual a la racionalización de servicios de acuerdo a las necesidades con independencia de su capacidad de aporte al sistema.

Para ello: Separación de funciones de financiamiento y gastos.

Funciones:

- **Recaudador.**

Escenario con Impuesto a la renta- Calculo de % para el fondo de financiación del sistema.

Escenario actual- DISSE y cuotas en un fondo único a administrar.

La masa de financiación que se requiere.

- **Distribución de recursos**

Modelo asistencial definido para la adjudicación de fondos.

Canasta de prestaciones que se brindan.

Tipo de perfil poblacional asistido.

- **Control de calidad.**

- **Difusión de estándares asistenciales**

Integración, representatividad y contralor de la función gerencial.

Integración plural de los actores:

- M.S.P.
- Instituciones acreditadas (delegaturas en base a los tipos de organización)
- Técnicos (sacarlo del sistema político)

4- LA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA Y LA SALUD

Convenimos en su trascendencia y se manejan diferentes posibilidades de participación en la organización del S.N.S. desde el nivel de las unidades asistenciales al nivel de el ministerio y del ente público no estatal.

PONZO – BRIOZZO
FEBRERO 2004