



**APORTES PARA LA REFORMA  
DEL SECTOR SALUD**

**2004**

**APORTES PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD****INDICE**

<b>I.</b>	<b>PRINCIPALES PROBLEMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD</b>	<b>Pág. 3</b>
<b>II.</b>	<b>TENDENCIAS DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD</b>	<b>5</b>
<b>III.</b>	<b>ASPECTOS RELEVANTES DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO</b>	<b>8</b>
<b>IV.</b>	<b>BASES DE LA REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO</b>	<b>10</b>
	IV.1 Mecanismos de financiamiento	13
	IV.2 Plan de Atención Integral de la Salud	13
	IV.3 Marco Regulatorio del Sistema Nacional de Salud	15
	IV.4 Sistema Nacional de Prestadores de Servicios de Salud	16
	IV.5 Las regulaciones laborales del trabajo médico	17
	IV.6 Hacia una regulación de la calidad asistencial	18
<b>V.</b>	<b>NUEVA ORGANIZACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</b>	<b>19</b>
	V.1 Redes de atención integrada de la salud	19
	V.2 El modelo de atención prevalente	20
	V.3 Estrategia de acción	22
<b>VI.</b>	<b>ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA REFORMA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</b>	<b>23</b>
	VI.1 Actividades básicas que desarrollará el primer nivel de Atención	23
	VI.2 Organización de un Primer Nivel de Atención Unificado	26
	VI.3 Tipos de consulta	26
	<b>Organigrama: estructura organizacional propuesta</b>	<b>31</b>

## Introducción

*El presente documento tiene la pretensión de constituir una guía para la discusión acerca de la reforma del sector salud, propuesta que retoma los avances que han surgido en los últimos años. Existe la opinión generalizada que nuestro sistema de salud se encuentra agotado y sumido en una profunda crisis, y como tal, debe ser reformulado de cara a los nuevos desafíos que enfrenta el país.*

*Mientras que los demás sectores sociales han experimentado profundos cambios en la última década, el sector salud permanece incambiado desde sus orígenes. La grave crisis ha afectado a un número importante de instituciones viéndose afectadas por procesos de liquidación que no solo no se ha detenido, sino que tiende a agravarse.*

*La caída de instituciones aparece como un fenómeno que no tiene final, a menos que tengamos suficiente capacidad como para pasar de espectadores pasivos a protagonistas de un proceso de transformación que genere una nueva forma de repensar la salud y de transformar sus estructuras.*

*Este proyecto constituye una iniciativa abierta, que tiene el único propósito de posicionar en la agenda pública la reforma de un sector que hoy, se encuentra preso de sus contradicciones.*

*La reforma de un sistema sanitario requiere de propuestas consensuadas, responsables y, fundamentalmente, una actitud proactiva que nos predisponga a enfrentar, lo que en el panorama se vislumbra como inevitable.*

*Reconquistemos el viejo espíritu constructivo que caracterizó al cuerpo médico, espíritu con el que otrora conquistamos un sitio de privilegio en nuestra sociedad.*

Los autores

## APORTES PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

### I. PRINCIPALES PROBLEMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD<sup>1</sup>

Los problemas más comunes de los sistemas de salud son:

**1. Crisis de legitimidad**, es decir, el alto grado de insatisfacción de los ciudadanos usuarios en cada país. Según las encuestas internacionales el mejor sistema de salud es el canadiense y, sin embargo, casi la mitad de la población manifiesta su disconformidad.

Se vive un aumento de las expectativas de los usuarios, hoy la gente cree que siempre hay ciencia disponible para los problemas de la enfermedad, y si no las tiene, es porque el médico las desconoce o el sistema no las provee.

**2. La crisis de los costos**, no hay modelo de organización de la salud que no esté discutiendo la crisis de los costos. La ética social sostiene que los costos actuales del sistema de salud es desproporcionado y que deberían aplicarse recursos de la salud a otros gastos sociales.

Los uruguayos estamos trabajando 37 días al año para pagar nuestra cuenta nacional de salud, y si los uruguayos tomaran conciencia de tamaña inversión, el grado de insatisfacción y de reclamo serían aún mayores en nuestro país.

**3. La crisis de la calidad**, la aparición de otras formas alternativas de medicina es testimonio de la desconfianza e insatisfacción crecientes respecto a la calidad del sistema.

La falta de evaluación científica, procedimientos terapéuticos más vinculados con el marketing que con las necesidades del paciente y las dificultades para distribuir entre los trabajadores los nuevos conocimientos disponibles son factores que atentan contra la calidad de la atención médica.

Las causas de la insatisfacción son diversas. Cómo aumenta la población de nuestro país es un problema, el peso del crecimiento demográfico recae en los más pobres, que son quienes sufren más enfermedades y enfrentan más dificultades. Pero si analizamos la demografía, lo que está creciendo fuertemente es la población mayor de 60 años y esto define necesidades de una organización distinta del sistema de salud.

**4. La incorporación de tecnología** es completamente acrítica y depende del marketing. No hay ningún tipo de mecanismo medianamente razonable que permita a la sociedad decidir si se aplica o no determinado procedimiento masivo, que genera costos excesivos o con resultados no

---

<sup>1</sup> Esta sección es una síntesis de una conferencia dictada por el Dr. Ginés González García, "Modelos de organización de los servicios de salud".

debidamente probados. La tecnología que se introduce generalmente no reduce costos sino que agrega nuevos a los ya existentes.

El aumento de las expectativas de los ciudadanos es positivo, los ciudadanos se sienten cada vez más ciudadanos y sus demandas de todo tipo son cada vez mayores. Las expectativas de los ciudadanos se presenta junto con el consumismo, estrechamente vinculado con la publicidad. Hoy nos enteramos de la existencia de un procedimiento médico por la propaganda antes que por fuentes científicas.

Los sistemas de salud, a pesar de ser muy distintos, todos tienen los siguientes principios:

1. *Universalidad*, ningún modelo de salud se propone dejar afuera a nadie.
2. *Calidad*, no solo en los procedimientos sino en los resultados finales.
3. *Vida saludable*, todos los sistemas están tratando de extender el lapso de vida saludable, salvo en los países muy atrasados que procuran aumentar la cantidad de beneficiarios.
4. *La disminución de las inequidades*, que es una aspiración de todos los sistemas.
5. *El aumento del grado de satisfacción de los ciudadanos*, en los casos de pago individual por razones de marketing y en los sistemas de financiamiento colectivo para obtener el voto.

La organización de los modelos de atención de la salud de un país debe tener relación con su situación epidemiológica y no con la forma de pago o con la capacidad económica de los usuarios. De ahí la importancia de evaluar las enfermedades, determinar cuáles son las mayoritarias, conocer las cargas de morbilidad, los indicadores de mortalidad, etc.

La epidemiología debe estar al servicio de la planificación de los servicios de salud. Las estadísticas de mortalidad tienen una constante, como primera causa se ubican las enfermedades cardiovasculares, en segundo lugar los tumores y en tercero los accidentes.

El peso de la muerte se mide también por los "años de vida potencialmente perdidos". Si se utiliza este indicador, las afecciones perinatales son la primera causa de años de vida potencialmente perdidos, las lesiones son la segunda y las neoplasias pasan a ser la novena causa. Este indicador asigna mucha importancia a la muerte temprana.

El tercer indicador, el más utilizado hoy, mide la mortalidad y la morbilidad, ya que la discapacidad que ésta genera tiene dos cargas, la de muerte y la de enfermedad. Este indicador refleja mejor la realidad y permite medir los años de vida saludable disminuyendo un poco el peso de la mortalidad perinatal.

En nuestro país, la primera causa de años de vida saludables perdidos son los accidentes, que es la epidemia más grande que tiene nuestro país. La tasa de accidentes puede disminuirse si se aplican determinadas estrategias sociales y sanitarias, ya que responden a pautas culturales y también se relaciona con la cantidad de autos y los medios de transporte utilizados.

A EEUU le criticamos duramente por su organización del sistema de salud, sin embargo, sus políticas orientadas a cambiar los estilos de vida de la población merecen tenerse muy en cuenta. Casi todas las metas de salud se cumplen. Se fijan metas por grupos de edad, cada objetivo tiene cuantificada una meta. En Europa, Australia y la India los servicios de salud se organizan teniendo metas cuantificables vinculadas a los principales problemas sanitarios.

Los países desarrollados tienen 5 llaves para alcanzar objetivos importantes de salud: la enfermedad coronaria y los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, la salud mental, la salud sexual y el SIDA y los accidentes.

El éxito alcanzado en los objetivos propuestos trae como consecuencia una alteración de la estructura de población que se traduce en el aumento del número de personas mayores de edad, que es el grupo más demandante de servicios de salud.

La obesidad constituye un factor de riesgo para muchas enfermedades. El sobrepeso expresa marcadas inequidades y guarda relación con un menor nivel educativo. En EEUU el sobrepeso es mayor en el grupo con menos de 12 años de educación continuada, cuyas pautas culturales no han podido ser modificadas, mientras que las pautas del grupo con 16 años sí han cambiado (también respecto al cigarrillo).

Los estilos de vida son modificables siempre que haya un nivel educativo superior y una regulación de la propaganda. La inequidad tiene muchas formas y una de ellas es que el sistema de marketing y propaganda en su conjunto está orientado, sobre todo en hábitos de tipo tóxico, a este grupo de edad. La propaganda del cigarrillo y del alcohol, fundamentalmente de la cerveza, están totalmente dirigidos a los adolescentes. Las personas adultas y las que tienen mayor nivel educativo pueden conocer y comprender mejor las consecuencias de determinados hábitos y, pueden protegerse mejor.

En una economía de prevención, se asigna a cada enfermedad una valoración económica y una valoración de la prevención; para cada afección se realiza una cuantificación económica y se destinan partidas para la prevención.

## II. TENDENCIAS DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD<sup>2</sup>

Pueden definirse algunas tendencias comunes a nivel de los principales sistemas de salud:

**1. Ampliación de la cobertura.** Todos los sistemas tienden a la universalización, a brindar cobertura a todos los habitantes, a disminuir la planificación y a aumentar la regulación sobre la demanda, sobre la oferta y sobre la competencia.

**2. Aumento de la regulación.** El establecimiento de reglas de juego forma parte de los énfasis más actuales. Se regula lo que ingresa al sistema, tales como el número de médicos, cuáles son los medicamentos que aporta el

---

<sup>2</sup> Conferencia citada, pág. 87 y sigs.

sistema, cuáles son los tipos de prácticas que se admiten. También se regula lo que sale del sistema, esto es, los resultados, la calidad y el precio.

**3. Activación de la competencia.** Se está intentando activar la competencia entre los prestadores, pero no debe confundirse competencia con privatización. La competencia se entiende como una forma de mejorar la productividad de los servicios y la libertad del usuario. Se trata de contener los costos y mejorar la satisfacción de los usuarios.

**4. Pagos vinculados al desempeño.** Se tiende a vincular los pagos con el desempeño y la productividad así como un sistema de premios y castigos. No existe un marco regulatorio sin un sistema de premios y castigos. Sobran normas pero falta un esquema de sanciones y estímulos.

**5. Garantía de prestación de una canasta básica de servicios.** Se está tratando de asegurar una canasta básica de prestaciones y medicamentos y se asigna un precio diferenciado a las prestaciones no incluidas, pero hay un piso totalmente asegurado para todos.

**6. Descentralización.** Todos los servicios de salud se encaminan hacia la descentralización. Existe una tendencia mundial a la transformación del Estado y de los servicios de salud hacia la descentralización. Algunos sistemas tratan de descentralizar la financiación y buscan estrategias para limitar las poblaciones a cubrir.

**7. Disminución de burocracias.** Todos los sistemas están tratando de desburocratizar y de introducir incentivos concretos para estimular la competencia. Introducir incentivos significa estimular la competencia entre proveedores, mediante sistemas de premios y castigos o introducir reglas de mercado.

**8. Separación de las funciones de comprador y de proveedor.** Las funciones de financiador y del proveedor tienden a diferenciarse, y al estar separadas se regulan mutuamente, posibilitan la expansión del mercado público y la formación de mercados privados.

**9. Elección por parte del usuario y asignación de responsabilidades al médico.** Una de las estrategias fundamentales es posibilitar la capacidad de elección del usuario y aumentar las responsabilidades económicas de los médicos. Los médicos son los principales determinantes del gasto, más del 70% del gasto lo determinan los médicos.

En muchos países se está intentando modificar la financiación de la oferta por la financiación de la demanda. Esto requiere que empiece a funcionar el mercado. Los servicios tienen que tener el beneplácito de los usuarios.

**10. Modificación de la forma de pago a los proveedores.** Como no está funcionando el pago por acto, se están buscando formas en las que los proveedores también se involucren en el destino del dinero. Están intentando controlar la prescripción de medicamentos. Se intenta que el médico contenga y cuide, y si puede, cure a los enfermos.

**11. Consumo y precio de los medicamentos.** En algunos países el 50% de los medicamentos que se prescriben son genéricos, y estos representan un 33% de su valor económico.

**12. Aumento de la regulación.** Otro desafío es mejorar la gestión aumentando la regulación. Además de un marco regulatorio más estricto, se está tratando de mejorar la competencia de manera que tenga que ver más con la calidad y los precios que con el marketing y la propaganda. Debe evitarse que se establezca una alevosa competencia entre las instituciones de prepago, que parecen más organizaciones de ventas que sistemas de cobertura de salud. Sería saludable que se compitiera por calidad y precio, y no como ahora, por propaganda.

**13. Participación de los usuarios.** Se trata de comprometer a los usuarios a fin de comprometerlos más con la estrategia de cuidar los costos.

**14. Seguros de carácter mixto.** En toda América se está intentando aumentar la regulación global y se busca eliminar la selección adversa de riesgo.

***Estrategias comunes aplicadas por diversos países:***

- a. Aplicar un enfoque epidemiológico e intersectorial
- b. Conseguir eficiencias macroeconómicas y microeconómicas
- c. Mejorar el comportamiento de los individuos y las comunidades
- d. Racionalizar la gestión
- e. Mejorar la capacidad de elección de los ciudadanos
- f. Medir los resultados-beneficios
- g. Establecer prioridades
- h. Conseguir un balance público-privado

Todos los sistemas tratan de encontrar tanto eficiencias macro (controlar el total del gasto) como eficiencias micro (aumentar la satisfacción, mejorar la productividad), y una estrategia común para lograr cambios de comportamiento a fin de que las personas tengan un estilo de vida saludable. Se trata que los individuos no solo sean consumidores de servicios de salud sino también que puedan producir salud en términos colectivos.

Racionalizar la gestión también es una estrategia común, lo mismo que mejorar la capacidad de elección de los ciudadanos.

Antes se evaluaba el número de camas, número de consultas, número de intervenciones quirúrgicas; en la actualidad se evalúan los resultados de las organizaciones de los sistemas en su conjunto. La tendencia es que las prioridades no las fije el mercado sino alguna racionalidad pública colectiva.

Todos están intentando definir cuál es el mix más adecuado entre lo público y lo privado, y esto constituye un gran desafío si consideramos el papel rector tradicional del Estado.

El proceso de transformación del Estado es visto por la ciudadanía como una asignatura pendiente, en cuanto a las responsabilidades con la sociedad y a conducir una modernización solidaria, eficiente y equitativa de los

sistemas de salud, en momentos que las necesidades y demandas se han ampliado mucho más que las capacidades de respuestas técnicas a estos requerimientos.

La búsqueda del mejoramiento de los estilos de vida es algo que nos debemos en nuestra sociedad. Para algunos grupos de población, las inequidades son intolerables y hay muchas personas con destinos de vida que no se pueden modificar sino con una reorganización del sistema de atención de salud.

### III. ASPECTOS RELEVANTES DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO

El aumento del gasto en salud de Uruguay está determinado por factores asociados al aumento del consumo de servicios de salud, fenómeno que se manifiesta en la preferencia por gastar en salud incorporando mejoras tecnológicas de manera incesante.

Un análisis de las reglas bajo las cuales se encuentra organizado el sistema ponen en evidencia de que existen distorsiones que generan ineficiencias en su conformación y funcionalidad. Por ejemplo, la administración de las cuotas por parte del Estado ha generado que el gasto individual se haya incrementado para no tener que sacrificar la sustentabilidad de las instituciones prestadoras. Ello se traduce en situaciones de inequidad, ya que el Índice Medio de Salarios no acompañó la evolución de cuotas y copagos que perciben en las instituciones.

Un motivo vinculado con la insatisfacción de los usuarios se relaciona con el aumento de las expectativas de los mismos. La gente está convencida que siempre hay recursos disponibles para enfrentar la enfermedad y que son las instituciones quienes limitan las prestaciones. El notable aumento de la supervivencia no puede ser cuestionado, sin embargo, existe una sensación generalizada de que el sistema de atención de la salud está enfermo. Los usuarios tienen la percepción de que el sistema de salud tiene graves problemas y que persisten desde hace décadas; los profesionales viven una situación de desencanto.

En todos los países se discute la crisis de los costos, puesto que en las sociedades, ricas o pobres, se cuestiona por qué el sector salud tiene que participar de porciones tan importantes del gasto social. En EEUU se trabaja dos meses por año para pagar las cuentas en salud.

El gasto en salud de Uruguay es alto porque su estructura socio-demográfica determina un patrón epidemiológico semejante al de países que gastan mucho en salud. La explosión del gasto no se explica solo por factores como el cambio demográfico y la revolución tecnológica, sino que persisten otros factores intrínsecos al sistema. Por otra parte, como los uruguayos tenemos dificultad para adaptar nuestras organizaciones sociales a idéntica velocidad que las transformaciones, tenemos un sistema que se encuentra concebido para el pasado. El marco jurídico re-fundante del subsector es de 1981, época de comienzo de una transformación demográfica y tecnológica incontenible. En definitiva, los uruguayos estamos gastando cada vez más para mantener nuestra salud.

La evidencia empírica y los estudios realizados respaldan la hipótesis de que el elevado gasto en salud en Uruguay es el producto de muchos factores, algunos inevitables y otros no. Varios estudios recientes aportan pruebas que evidencia serios problemas de eficiencia al interior de las instituciones, causados por la presencia de reglas de mercado inapropiadas.

Los procedimientos técnicos asociados a una estructura epidemiológica como la prevalente se basa en tratamientos individualizados y prolongados, con utilización de tecnologías complejas de manera intensiva y medicamentos de última generación, que implican gastos elevados y sostenidos en el tiempo. En una sociedad con un perfil demográfico y epidemiológico como el uruguayo, habrá grandes y crecientes gastos en salud.

Más allá de los esfuerzos que el país destine a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, al igual que los cambios en los hábitos y las condiciones de vida, que atenuarán la incidencia de enfermedades, lo razonable es esperar un perfil epidemiológico acompañado de gastos importantes en salud.

En la década de 1990, la población creció un 7% mientras que el gasto en salud lo hizo un 150%. En otros términos, casi los mismos uruguayos han tenido que pagar más por mantener su salud.

Los recursos requeridos para tratar una enfermedad no guardan relación alguna con el ingreso de la persona afectada, por lo que, una vez ocurrido el evento, a menor nivel de ingreso es mayor la proporción de otros bienes esenciales que esa persona debe renunciar para hacer frente al tratamiento de la enfermedad. Frente al mismo gasto, los de menores ingresos, para atender su salud, tienen que sacrificar la adquisición de otros bienes.

El gasto de bolsillo de los uruguayos representa el 55% del total que la sociedad destina a salud para financiar a las IAMC y al pago de servicios médicos en forma directa. Las IAMC explican el crecimiento del gasto, con una contribución cercana al 60% al crecimiento del gasto total, le siguen el FNR con un 25% y el gasto individual con un 15%.

Convengamos que con el mismo gasto se pueden lograr más y mejores servicios. Si se conviene en que esto es así, el paso siguiente es admitir que hasta ahora nos hemos referido al síntoma de la enfermedad, y que la forma apropiada de abordarlo es indagando sobre sus raíces. La próxima sección se ocupa de este análisis.

Entre los factores internos del sistema pueden mencionarse el modelo de atención imperante, el excesivo desarrollo de la medicina especializada, falta de profesionalidad en la gestión institucional, el pluriempleo médico, la ausencia de sistemas de información, la desregulación de los seguros privados, la desregulación de los oligopolios a nivel de los proveedores, las rigideces del mercado de trabajo, etc.

Uno de los problemas más graves es la falta de paradigmas, de concepciones políticas, de nuevas formas de pensar que ayuden a superar la crisis. Desde aquella lejana CONAPRO, hemos avanzado en ajustes parciales pero el país careció de una visión integral, tal vez porque los intereses particulares han primado por sobre los sociales. Pesa sobre

nosotros la deuda social de perfeccionar el sistema de salud tomando lo mejor del conocimiento propio y de las experiencias de otros países.

En síntesis, los principales factores de crecimiento del gasto en salud son el envejecimiento de la población, el cambio epidemiológico hacia patologías crónicas, la incorporación tecnológica, el modelo de atención hospitalocentrista curativo, el modelo de financiamiento y las reglas que regulan a las instituciones. Mientras que los dos primeros son factores inmodificables, los otros deben ser objeto de una profunda revisión.

#### IV. BASES DE LA REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO

La propuesta de reforma tiene el propósito de introducir una nueva organización del sistema que incentive comportamientos institucionales e individuales consistentes con la obtención de estándares elevados de calidad médica y de cobertura universal, aplicando la menor cantidad posible de recursos de la sociedad.

La iniciativa presupone imprimir una nueva dirección que sería necesario introducir en las regulaciones vinculadas con la cobertura, el financiamiento, el funcionamiento de los agentes de financiamiento y en el funcionamiento de los prestadores.

Esta presentación general expone el **modelo de diseño organizacional** propuesto para el sistema de salud, sin profundizar en la consistencia del modelo económico, como tampoco avanzar en el modelo para el período de transición de lo que podría ser un nuevo diseño institucional para el sector salud de Uruguay. En las secciones siguientes se continúa con una presentación más en detalle sobre las especificaciones de este diseño general.

El modelo institucional debe implicar que todo uruguayo tenga asegurado el financiamiento de un conjunto definido de servicios médico-asistenciales integrales, en igualdad de condiciones, independientemente de su nivel de ingreso o de cualquier otra condición que no sea la residencia legal en el país.

El nuevo sistema tendría tres principios constitutivos: i. **universalidad**, ya que toda persona tendría financiado un conjunto definido de servicios médicos; ii. **solidaridad**, porque dicho financiamiento sería independiente del nivel de ingresos; y iii. **equidad**, asignando recursos en función de la necesidad y no en razón de la capacidad de compra.

El sistema sería abierto, permitiendo a los interesados el derecho de adquirir a su costo coberturas adicionales al Plan de Atención Integral de Salud (PAIS), de forma tal de obtener servicios que, por su carácter de no esenciales o reemplazables desde una perspectiva de costo-efectividad, no estarían cubiertos por el sistema nacional de salud.

El nuevo modelo de financiamiento, para hacer realidad los principios de universalidad, solidaridad y equidad, tomará en cuenta las siguientes premisas:

1. La consistencia entre el riesgo epidemiológico y el financiamiento del conjunto de servicios médicos,
2. La separación entre funciones de financiamiento y prestador, y
3. La competencia estructurada entre los agentes prestadores.

El nuevo diseño organizacional separa las reglas de juego del financiamiento y la cobertura, de las propias de los agentes prestadores.

Las nuevas reglas del financiamiento propuestas podrían establecer la creación de un Fondo Nacional de Salud destinado a financiar un conjunto definido de servicios médicos para toda la población de Uruguay. La población de altos ingresos podría optar por contratar en forma individual su cobertura en una IAMC o en un seguro privado, como afiliado individual. El FNS englobaría los recursos destinados a todos los niveles de complejidad de atención (baja, mediana y alta, a excepción de los riesgos catastróficos).

Los recursos que hoy recauda el Fondo Nacional de Recursos para sus 14 intervenciones complejas se mantendrían incambiados, incorporándose en una segunda instancia al Fondo Nacional de Salud, que se transformaría entonces en un fondo único. El actual FNR debiera formar parte, en el mediano plazo, del Fondo Nacional de Salud, estimulando las acciones de promoción y prevención para tender a disminuir las intervenciones de alta complejidad. La integración de ambos fondos coadyuva a este objetivo y se fundamenta en que la existencia de un fondo único al financiar adecuadamente la baja y mediana complejidad disminuiría la utilización de procedimientos costosos de la alta complejidad.

El conjunto definido de servicios médicos que el FNS financia se denominaría ***Plan de Atención Integral de Salud***. El concepto de integral de este plan de salud hace referencia a su calidad de universal, en el sentido de que es lo básico que todo uruguayo *tiene garantizado* por el Fondo Nacional de Salud. El concepto de *integral* alude a que los servicios médicos, de efectividad comprobada que una persona pueda requerir, estén financiados por el FNS.

La población y trabajadores independientes de altos ingresos podrán optar por permanecer fuera del alcance del Fondo, afrontando el pago de un seguro individual o familiar de salud. Sin perjuicio de ello, pagarían una contribución solidaria al Fondo Nacional consistente en un porcentaje de la prima de su seguro individual.

A las personas de elevados ingresos se las excluye porque, siendo realistas, pueden afrontar con su propio gasto niveles de sobre-especialidad y calidad de servicios que ningún sistema solidario del mundo puede garantizarles.

La exclusión voluntaria de las personas de recursos elevados, que hacen una contribución obligatoria al FNS y que no hacen uso del mismo, refuerza la solidaridad del sistema. El actual Registro Unico de Cobertura de Asistencia Formal que aplica el MSP-ASSE deberá extenderse a las instituciones de asistencia médica privada particular de cobertura parcial o total actuales.

Los seguros parciales que brindan una cobertura limitada a bajo costo, tampoco participarán del financiamiento del Fondo Nacional de Salud, ya que éste organismo solamente cubrirá el Plan Integral.

Los agentes prestadores que ofrezcan el P.A.I.S. recibirán financiamiento, por la población cubierta, del Fondo Nacional de Salud. Las instituciones estarían reguladas por un único cuerpo normativo que establecería requisitos técnicos uniformes. Este conjunto de disposiciones se denominaría Marco Regulatorio Unico del *Sistema Social de Salud*.

Los prestadores serían regulados por un único cuerpo normativo específico y diferente del que regularía a los agentes de financiamiento. La diferenciación de marcos regulatorios se funda en la premisa de separación de las funciones de agentes de financiamiento y prestador.

La actividad del agente de financiamiento **garantiza, por un lado, las prestaciones a los afiliados y por otro la transferencia de recursos a las instituciones**, y por lo tanto, requiere de un importante contralor económico-financiero. Los agentes prestadores requieren un contralor predominantemente técnico médico, en el sentido de que los servicios que se brinden cumplan con los estándares internacionalmente aceptados de calidad médica.

Los agentes prestadores deben poseer capacidad técnica y económica suficiente para cumplir con la normativa en lo referente a garantías para los consumidores y solvencia económico financiera. Su función será brindar el P.A.I.S **a cambio de un valor cápita por beneficiario** proveniente del Fondo Nacional de Salud.

Las demás entidades -con y sin fines de lucro- que opten por no producir el Plan de Atención Integral de Salud, es decir, no ofrecer cobertura a los beneficiarios del FNS, quedarían excluidas de las regulaciones del Marco Regulatorio Único. Estas entidades operarían como seguros privados, **especializados en la provisión de planes individuales voluntarios** para los trabajadores de altos ingresos, con un marco regulatorio propio. Si bien no estarán en la órbita del Sistema Social de Salud, igualmente deberían cumplir con un cuerpo reglamentario específico dictado *ad hoc* para garantizar su buen funcionamiento y para resguardo de los derechos de quienes opten por estas instituciones.

A diferencia del cuerpo normativo específico para las instituciones enmarcadas en el FNS, este otro cuerpo normativo tendrá alcance universal, en el sentido de que todo prestador médico, sea persona física o jurídica, pública o privada, dedicada al ejercicio de la medicina y demás ramas de la atención médica, deberá cumplir con este cuerpo regulatorio. También estarían comprendidos aquellos prestadores que se concentren en la prestación de servicios a seguros privados, los cuales en su carácter de tal, estarían fuera del Fondo Nacional de Salud. Ambos subsistemas conformarían el *Sistema Nacional de Prestadores de Servicios de Salud*.

Las fuentes de financiamiento serían las mismas tres que existen actualmente.

- a. Los trabajadores formales contribuirían al FNS con el mismo porcentaje del salario que hoy en día destinan al BPS. Los

- aportes patronales seguirían representando el mismo porcentaje que en la actualidad.
- b. Los jubilados, a diferencia de la situación actual, contribuirían con un porcentaje de sus pasividades.
  - c. El Estado debería destinar recursos de rentas generales -como de hecho actualmente lo hace- para financiar al FNS. ASSE recibe anualmente U\$S 180 millones de dólares.
  - d. El segmento de los trabajadores autónomos debería ser objeto de una mecánica de financiamiento que es necesario instrumentar.

Existe en el país una discusión respecto a una modificación de la política tributaria, que trasciende los aspectos sectoriales e introduce temas de política tributaria. Mientras este punto se termina por definir, es conveniente dejar pendiente la obligatoriedad de los "cuentapropistas" en su contribución al sistema (vía impuesto a la renta o por la seguridad social).

#### IV.1 Mecanismos de financiamiento

El financiamiento del Plan de Atención Integral de Salud se llevaría a cabo a través de pagos por cápita ajustados por factores de riesgo, tomando en cuenta en una primera instancia la edad y el sexo, facilitando en una primera instancia el cálculo de la prima. El FNS es el organismo responsable de canalizar los recursos hacia los agentes prestadores que las personas libremente elijan.

El ajuste por edad y sexo es el mecanismo más transparente para que las personas de mayores ingresos y menores riesgos (la población económicamente activa masculina) transfieran recursos hacia las personas de bajo o nulo ingreso y mayores riesgos (población inactiva, niños y ancianos), o hacia las instituciones que concentran la atención de estos grupos.

Las coberturas adicionales serían abonadas con gasto de bolsillo, directamente a los agentes prestadoras, por las personas que opten por ellas. No obstante ello, las coberturas adicionales solo podrán ser brindadas a afiliados que integran la cápita de la institución.

#### IV.2 Plan de Atención Integral de la Salud

El Plan de Atención Integral de la Salud se concibe como un paquete integral de la salud, que comprende el conjunto de servicios sanitarios esenciales, de mayor efectividad. El Plan cubriría ***todas las afecciones habituales pre-definidas***, cuyo padecimiento imposibilite el cumplimiento de las metas y roles sociales típicos del común de la sociedad.

Si bien siempre resulta difícil determinar la extensión de un paquete prestacional, es una definición en la que debería intervenir activamente y liderar el Ministerio de Salud Pública.

El MSP determinará con precisión cuáles son los contenidos (por la positiva y no como actualmente por la negativa) y delimitaciones de las prestaciones básicas, a fin de que en razón de la limitación de recursos todos tengan asegurado el acceso a las prestaciones esenciales en condiciones de igualdad efectiva. ***Un Plan de Atención Integral, para que sea único, requiere una definición explícita de las prestaciones, que deben ser las mismas para todos.***

El P.A.I.S. debe ser dinámico, actualizado en función del perfil epidemiológico de la población, de los recursos disponibles para el sector y de los avances de la tecnología. A pesar de que existan opiniones con relación a los recursos técnicos que necesita el sistema, ***lo importante es que nadie tenga dudas respecto a lo que el sistema se compromete a brindar, para todos por igual***, con los recursos disponibles. Como los recursos siempre van a ser finitos, se trata de hacer una ***priorización*** para que los recursos resulten suficientes.

Lo que se define como Plan de Atención Integral de la Salud(P.A.I.S) es un punto de partida que identifique los servicios médico-asistenciales económicamente viables, considerando la actual dotación de recursos del sector y la crisis por la cual están atravesando las instituciones.

Una primera aproximación a este conjunto de servicios podría ser la definición, por parte de especialistas, de una oferta básica que implica una ***transacción entre la combinación de los planes máximos y mínimos que brindan actualmente las IAMCs.*** La lógica del P.A.I.S. es ***fijar un "umbral mínimo" de prestaciones***, es decir que no limita la posibilidad de que la población acceda a prestaciones adicionales, con pagos adicionales.

En las IAMCs se han comprobado importantes asimetrías en cuanto a tasas de utilización de servicios<sup>3</sup> y se presentan situaciones de restricción para acceder a determinados servicios, sea por regulaciones internas controladas por las autoridades técnicas, los copagos, cortes de servicios para regular demandas y control de derivaciones a servicios externos afectados por situaciones de pago. En ASSE, las restricciones a la accesibilidad acontecen por el lado de la sobredemanda y la escasez de recursos, generándose situaciones de diferimiento de la demanda. No parece realista pensar que una reforma, que siempre es un proceso, en su punto de partida vaya a revertir repentinamente esta situación.

El pilar del nuevo modelo es garantizar un derecho básico a la salud, que implica un plan de salud que funcione como un umbral técnico y socialmente aceptado, manteniendo la potestad de las personas de comprar los servicios que el Fondo Nacional no esté en condiciones de financiar. ***El punto de partida es el nivel mínimo que la sociedad uruguaya esté dispuesta a aceptar.*** En este sentido, no parece desacertado pensar que dicho mínimo debe estar cerca de lo que hoy brindan algunas de las IAMC de tamaño mediano y tasas de utilización de servicios ubicadas entre las medias que exhibe el subsector.

---

<sup>3</sup> Véase Programa de Fortalecimiento de la Asistencia Médica Colectiva. MSP. Año 2000.

En síntesis, el Plan de Atención Integral de la Salud sería el conjunto de intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud reconocidas y normatizadas y financiadas por el Fondo Nacional de Salud, en condiciones de accesibilidad, con una definición explícita de las acciones comprendidas y de las también excluidas.

### IV.3 Marco Regulatorio del Sistema Nacional de Salud

Se definirá un marco regulatorio para el agente de financiamiento y otro específico para los prestadores que brinden cobertura a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud. Se requiere un marco regulatorio único y homogéneo para todas las instituciones de asistencia médica colectiva, seguros privados y ASSE, bajo el principio de una competencia estructurada.

La competencia estructurada es la combinación de soluciones de mercado con regulaciones que protegen a los usuarios. La particularidad es que la protección que brindan las regulaciones es a través de mecanismos que tienden a profundizar la competencia y establecer reglas de juego transparentes. Los dos pilares conceptuales de la competencia estructurada son: i) conceder el máximo poder a la gente, a través de la libertad de elección; ii) establecer incentivos para que las instituciones compitan por la calidad de los servicios prestados; y iii. promover que el propósito de las instituciones reguladas sea la búsqueda de la satisfacción del usuario.

Las regulaciones deben tender a garantizar la libertad de elección de los usuarios, protegerlos brindando la mayor transparencia y fluidez posible en el suministro de la información para tratar de limitar las asimetrías de información que, naturalmente, existen entre prestadores y asegurados. Desde el punto de vista de los incentivos, las regulaciones deben garantizar seguridad jurídica y una competencia transparente y abierta en pro de la eficiencia.

Para alcanzar razonables posibilidades de éxito en la conformación de un mercado estructurado, es necesario:

1. Estandarizar los principales conceptos que forman parte de las cláusulas contractuales de los planes de salud, a fin de evitar los conflictos de interpretación sobre el alcance de la cobertura.
2. Los contratos entre instituciones y afiliados tendrán una duración anual y renovación automática. Es necesario brindar condiciones de estabilidad a las instituciones limitando el libre pasaje de una institución a otra, evitando así el oportunismo de los usuarios.
3. Prohibir el rechazo de afiliados por parte de las instituciones, como así también, prohibir el establecimiento de exclusiones en los planes de salud que no estén expresamente permitidos por el marco regulatorio.
4. Penalizar con sanciones económicas las conductas de selección de riesgo por parte de las instituciones que busquen atraer segmentos

poblacionales de menor riesgo. Las penalizaciones deben girar en torno a cargar a las instituciones con el costo médico de los afiliados que optaron por abandonarla, durante un cierto período, mediante la facturación de las prestaciones brindadas al afiliado por parte de la nueva entidad receptora a la entidad de origen.

5. Establecer requisitos deseables para la aplicación de un nuevo modelo médico. Estos requisitos pueden ser, entre otros, la obligación de desarrollar el modelo de atención que priorice primer nivel de atención y programas específicos que contemplen la estrategia de la Atención Primaria, organización de sistemas progresivos de atención, sistemas ordenados de referencia y contra-referencia en las intervenciones de diagnóstico y tratamiento tanto en la atención ambulatoria como en internación, la obligación de cumplimiento de planes de prevención, control de grupos de riesgo (diabetes, hipertensión, obesidad, ancianidad, HIV), promoción de hábitos saludables de vida, acciones de reinserción de discapacitados, etc.
6. Conformar mecanismos de compensación para solventar el costo de las prestaciones más costosas (explícitamente establecidas), socializando el gasto de intervenciones muy costosas que afectan sobre todo a las instituciones pequeñas, para desestimular que se introduzcan limitaciones a las personas que precisan este tipo de tratamiento.
7. Establecer requisitos mínimos de solvencia y capital mínimo. Estas reservas técnicas deberán garantizar la continuidad de las prestaciones médicas en casos de quebranto institucional como también garantizar un capital mínimo como indicador de solvencia.
8. Establecer mecanismos ágiles para recibir y canalizar denuncias de los usuarios y resolver conflictos entre usuarios e instituciones.

Del sistema diseñado participarían las actuales IAMC y ASSE, ambos en carácter de agentes prestadores. Las nuevas entidades interesadas en incorporarse al sistema de prestadores, podrían llevarlo a cabo pero recién cuando se considere que ha finalizado el proceso de transición, lo que debería efectivizarse en un plazo no inferior a los 36 meses.

Es importante aclarar que estas condiciones para las nuevas entidades interesadas en incorporarse también alcanzarían a los actuales seguros parciales. Como fue mencionado, los seguros parciales no estarían incorporados al FNS aunque si tendrían una regulación específica, con matices dados por la característica de afiliación voluntaria.

#### **IV.4 Sistema Nacional de Prestadores de Servicios de Salud**

El Sistema Nacional de Prestadores de Servicios de Salud estaría conformado por el conjunto de prestadores públicos y privados que hasta el presente vienen desarrollando actividades asistenciales en forma

institucional, para los que existirá un marco regulatorio que normatice su funcionamiento.

El Sistema de Prestadores es de carácter nacional, en el sentido de que todos prestadores institucionales, estarían obligado a cumplir con el marco regulatorio como condición para participar del Fondo Nacional de Salud.

Los prestadores que provean parte o la totalidad de sus servicios médicos a los seguros privados, como fue mencionado, estarían enmarcados en una regulación separada.

El fundamento para que el Sistema de Prestadores posea un marco regulatorio propio que garantice a todos los prestadores de Uruguay, sin que importe su variedad y diferenciaciones, es para que cumplan con un estándar de calidad médica científicamente aceptado.

Aún cuando los prestadores tiendan a diferenciarse a fin de poder fijar precios adicionales para servicios que provean de planes de salud más exclusivos (de alto precio), esto no puede significar que las personas cubiertas por el P.A.I.S. terminen accediendo a prestaciones "de segunda", que no cumplan con estándares universales de calidad.

La inclusión de todos los prestadores dentro del mismo conjunto regulatorio es una condición necesaria para que la diferenciación de precios no repercuta en la calidad médica, sino que signifique meramente el adicionamiento de elementos y servicios no ligados al proceso médico (hotelería y confort, básicamente).

Una característica distintiva del subsector privado, donde una alta proporción de médicos trabajan en relación de dependencia, es que las condiciones de trabajo se determinan en negociaciones colectivas altamente centralizadas. El conjunto de regulaciones que obliga a la actual red de prestadores no se limita sólo a las regulaciones de calidad, sino que incursiona en algunos de los aspectos más sobresalientes de las regulaciones laborales, puesto que influyen en forma decisiva en el funcionamiento del sector.

Por ello, el Sistema Nacional de Prestadores se apoyaría sobre dos pilares regulatorios básicos: las regulaciones sobre la calidad médica y las regulaciones laborales del trabajo médico.

#### **IV.5 Las regulaciones laborales del trabajo médico**

En primer término, las regulaciones laborales ejercen una decisiva influencia en el funcionamiento de los prestadores médicos. En este sentido, el Sistema de Prestadores no irá en contra de las condiciones laborales y las *remuneraciones que negocien libremente las representaciones sindicales con los agentes prestadores, en negociaciones que deben realizarse empresa por empresa.*

El criterio de obligatoriedad en la aplicación de los convenios colectivos caducará, facultándose solo a la firma de convenios institución por institución, no involucrándose el Estado en una negociación que debe ser libre entre partes; se delimita así su aplicabilidad a las partes negociadoras, sin extenderla a terceros.

El único límite a los términos de la negociación no vendría impuesto por el Estado, sino **por la viabilidad de las condiciones que se pretendan**. Las entidades gremiales que acuerden condiciones y remuneraciones excesivamente onerosas se enfrentarán a la amenaza de quedar desplazadas por la competencia.

En el caso de los prestadores públicos, con una conducción altamente centralizada, presupuestos fijos y nulas posibilidades de incentivos vinculados a la gestión real de los establecimientos, sería posible implementar una **forma de pago por capitación y conceder participación en los ingresos y en los ahorros**. Para ello podría establecerse una redistribución como resultado de las economías alcanzadas al final de cada ejercicio. Para ello ya existe un marco normativo, siendo suficiente una reglamentación por vía de decreto reglamentario.

#### IV.6 Hacia una regulación de la calidad asistencial

Desde una perspectiva de estimular la calidad médica, el Sistema de Prestadores se estructuraría alrededor de dos conjuntos de regulaciones: las normas de habilitación y categorización, y las normas de acreditación.

- a. Las normas de habilitación son los requisitos mínimos obligatorios para operar como prestador del FNS, sirviendo como base el actual Decreto 416/02 de fecha 31 de octubre de 2002 que actualizó la normativa sobre habilitación de servicios asistenciales.
- b. Las normas de categorización deben definir las diferentes tipologías de prestadores según su naturaleza jurídica, el tamaño de las instituciones, las especialidades que el prestador provea y el nivel de complejidad con que cuente. Desde las normas de habilitación y categorización, el MSP planificará las políticas de incorporación de tecnología y de profesionales.
- c. Las normas de acreditación son el conjunto de normas relativas a la estructura, procesos y requisitos de formación y dotación, que garantizan un nivel de estandarización en la producción de servicios médicos.

La autoridad del Sistema de Prestadores funcionaría en el ámbito del MSP; sin embargo, puede resultar recomendable establecer otro ámbito para la supervisión y control de los prestadores. Así como resulta recomendable separar las funciones de financiamiento de las de prestación, es conveniente separar las funciones regulatorias de las de supervisión y contralor al interior del MSP.

Por último, las funciones de supervisión y contralor podrían ser llevadas a cabo por un organismo creado con dicha finalidad, independiente del MSP desde el punto de vista jurídico, con la facultad para garantizar y promover la calidad médica, siguiendo para ello las normas que fije el MSP. Para ello podría crearse la figura de un Sistema de Control y Evaluación de la Calidad Asistencial, que como organismo público de derecho privado, ejercería la supervisión permanente de las instituciones privadas y públicas, renovando su habilitación anualmente.

## PRIMER NIVEL DE ATENCION

### V. NUEVA ORGANIZACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION

#### V.1 Redes de atención integrada de la salud

Una observación atenta del actual funcionamiento del sistema de salud, permite comprobar que junto al modelo de atención prevalente existen planes y acciones preventivas y promocionales de limitado alcance.

Dentro del complejo Sistema de Salud uruguayo, el Primer Nivel de Atención está formado por distintos efectores. A nivel público, los efectores fueron clasificados por ASSE<sup>4</sup>, definiendo que las *"Unidades Asistenciales efectúan prestaciones vinculadas a la atención de salud, con profesionales habilitados a tal fin, organizándose los servicios brindados a través de una administración única"*.

Desde el año 2000 existen acciones de coordinación e interrelación entre los servicios de salud de ASSE, los de las Intendencias Municipales, con el subsector privado y con ONGs en torno a acciones y programas concretos. Múltiples ejemplos podrían mencionarse al respecto, pero solo citemos el Convenio de Gestión FEMI-ASSE, el acuerdo interinstitucional entre la IMM y ASSE, el Convenio de Gestión con la Fundación Peluffo Guigens, etc.

A nivel del subsector privado, las instituciones son independientes y competitivas entre sí. En Montevideo no existen prácticamente acciones de coordinación entre instituciones privadas, aunque sí venta de servicios. La Federación de Mutualistas del Interior (FEMI) ha desarrollado acciones de coordinación entre las instituciones que la integran, con una atención progresiva regional y nacional para algunas prestaciones, utilizando un sistema de cuenta corriente.

Si bien el país carece de una cultura de coordinación, los antecedentes avalan la posibilidad de que los servicios públicos, y también los privados, puedan actuar sinérgicamente, complementándose, ahorrando recursos y mejorando la gestión en beneficio de sus usuarios.

Esta es una compleja tarea, que requiere un marco institucional y económico adecuado para crear y mantener la operativa de una red de servicios. En sus inicios, probablemente resultará más fácil instrumentar la

---

<sup>4</sup> (G. Magnifico y Col. ASSE-MSP "Planificación de la Red Asistencial, 2002).

coordinación de la asistencia en el primer nivel de atención. Cuando al accionar de la red se incorporen acciones de Atención Primaria de Salud, estaremos en presencia de una Red Integral de Servicios.

### V.1.1 Comentarios sobre experiencias de coordinación

La evaluación de las experiencias de acciones de promoción y prevención, así como los programas de atención primaria de salud desarrollados en el país hacen posible formular algunas conclusiones.

El Ministerio de Salud Pública ha implementado históricamente el desarrollo de acciones preventivas a través de estructuras separadas de la red asistencial, teniendo como marco operativo los Centros de Salud. En ellos se han implementados los denominados "Programas verticales" bajo responsabilidad de la Dirección General de la Salud.

Los casos objeto de análisis comportaron acciones de alcance limitado, por sobre todas las cosas programas locales, caracterizados por una evolución dinámica al inicio y carentes de una consolidación como para alcanzar sustentabilidad en el tiempo.

En las referidas experiencias, dichos programas han estado dirigidos a los usuarios de los servicios públicos de salud y no hacia la población general en su conjunto. La selección de opciones estuvo fundamentada en la limitación de recursos y en la concentración de indicadores negativos en estos segmentos de población, por lo que han terminado excluyendo en la práctica a los beneficiarios de las IAMC y otros servicios privados.

### V.2 El modelo de atención prevalente

El modelo a través del cual la población recibe atención médica por parte del sistema de salud es el resultado del desarrollo de la ciencia médica, de la formación de los profesionales, de la cultura y los hábitos de la población, de la cultura organizativa y funcional de los propios prestadores como también de las reglas que rigen el financiamiento del sistema. La interacción compleja de este conjunto de factores determina el modelo de atención de salud en nuestra sociedad en un momento dado.

Existe una percepción generalizada entre los principales actores respecto a la inadecuación del actual modelo de atención. Ha sido tipificado como curativo, dirigido a la atención de la enfermedad, mientras que las acciones de prevención y promoción de la salud han carecido de jerarquía y recursos suficientes, con presupuestos y recursos humanos y materiales marginales.

La presente iniciativa explora la factibilidad de un cambio en el modelo de atención, hacia un nuevo esquema que revalorice la atención personalizada y priorice las acciones de promoción y prevención. En tal sentido, se explicará el *marco conceptual* del nuevo modelo como antecedente para su implementación, sabiendo de antemano que el objetivo último es la constitución de una Red Integrada de Servicios de Salud de alcance nacional. Las características geográficas de nuestro país, con una reducida extensión territorial y escasa población, así como los antecedentes

de iniciativas locales, hacen conveniente comenzar la discusión de una propuesta de alcance nacional.

El sobre-debatido cambio del modelo de atención no ha podido trascender hasta el presente su fase discursiva. ***Su implementación requiere, antes que nada, una fuerte rectoría del sector***, como paso previo a la implementación de un conjunto articulado de acciones planificadas y sostenidas en el tiempo, y que valore los aportes de los actores sociales recepcionados en una dinámica participativa.

Si la estrategia no es participativa, subsistirá la contradicción existente entre el modelo que se aplica hoy y el modelo planificado que debe ser aceptado como deseable por todos los actores.

Pese a la referida coincidencia entre los actores respecto a los beneficios sanitarios y económicos de una estrategia centrada en el primer nivel de atención, con énfasis en la promoción y prevención, se sigue manteniendo como eje del sistema de atención el clásico modelo asistencialista, curativo, medicalizado y tecnológico.

Un factor contraproducente que sustenta esta contradicción es la inexistencia de incentivos que jerarquicen y conviertan en un objetivo central del sistema a las acciones de promoción y prevención, devolviéndoles su rol protagónico.

La solución de la contradicción pasa por definir el modelo sobre el que parece existir acuerdo teórico, por consensuar "*cómo hacerlo*" y, por lograr la sustentabilidad de las acciones a través de la transformación de las estructuras y recursos asistenciales, reorientándolos hacia las acciones promocionales.

En las organizaciones públicas, la dependencia jerárquica de una instancia central y una mayor predisposición al trabajo coordinado en torno a la atención primaria pueden constituirse en elementos facilitadores.

En el ámbito privado, con instituciones enmarcadas en el derecho privado, por lo que poseen una gran autonomía y donde existen acciones orientadas por razones comerciales y de competencia, las modificaciones requieren necesariamente un proceso trabajoso de negociación y acuerdo explícito.

El objetivo de organizar un Sistema de Redes Integrales pueden subdividirse en dos componentes:

- i. identificar mecanismos y procedimientos de *incentivo* para la jerarquización de acciones *promocionales y preventivas a partir de la red actual*;
- ii. *transformar el funcionamiento* de las estructuras asistenciales existentes para su conversión en una *red integral de atención*.

Una estrategia definida como de alcance nacional requiere, en cada ámbito local del país, la definición y adecuación de objetivos, sobre los siguientes ejes constitutivos:

1. Crear a nivel local un sistema básico de salud integral, articulando y/o reorientando los recursos ya existentes, delimitado por un

área geográfica y cobertura poblacional definida, que tenga como propósito la mejor utilización de los recursos.

2. Coordinar la gestión clínica de la mayor parte de las necesidades de salud de la población del área asignada, e incorporar progresivamente acciones de promoción y prevención de salud. Las acciones de recuperación y rehabilitación de patologías no complicadas se llevarán delante de manera de hacer efectiva una descentralización médica.

Debe diseñarse un modelo de integración interinstitucional de servicios con base departamental para el desarrollo de programas de prevención y promoción, con complementaciones tendientes a racionalizar el uso de servicios y recursos.

Como resultado de esta integración de servicios, de la priorización de acciones de atención primaria y de la consiguiente reasignación de recursos, se espera inducir un cambio global del modelo de atención de la salud, objetivo último de la presente propuesta de reforma del sector.

### V.3 Estrategia de acción

Debido a la dificultad intrínseca del esfuerzo que implica modificar hábitos culturales como también afectar intereses de grupos e instituciones, que llevan décadas adaptadas al modelo de atención imperante. Se debe planificar el cambio de modelo como un objetivo alcanzable en el mediano y largo plazo, sin perjuicio de ir construyendo y transformando, de manera progresiva, la red de servicios según el nuevo modelo.

Esta propuesta se basa en que representa la forma más eficiente de enfrentar el desafío de la transición demográfica y epidemiológica del país, ayudando a realizar la transición de los servicios de salud en la misma dirección.

Este impulso de la atención primaria debe encararse *sin descuidar la correcta atención de la enfermedad*, siempre necesaria desde un punto de vista social. El desarrollo de estas acciones nuevas, que si bien en un mediano plazo podrán generar ahorros en ciertos rubros, en el inicio insumirá costos agregados no fáciles de cuantificar.

Con una perspectiva de mediano y largo plazo se obtendrá una mejor calidad de atención, más satisfactoria a las necesidades y demandas de la población que el modelo actual, sin incurrir en mayores gastos. Pero en el camino, habrá que desarrollar una serie de acciones articuladas y aportar recursos nuevos para asegurar la implementación del cambio.

La referida priorización de la atención primaria, organizando y monitoreando el funcionamiento de una red integral, con adecuados mecanismos de referencia y contrarreferencia, posee en si misma la potencialidad de inducir la transformación de todo el sistema de salud.

## VI. ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA REFORMA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El modelo de atención estará basado en la estrategia de la Atención Primaria de Salud, constituyendo el primer nivel el eje del sistema de salud siguiendo para ello los siguientes elementos orientadores:

- Potenciar la calidad organizativa, funcional y científica de la actual asistencia médica ambulatoria.
- Intensificar el reciclaje y la formación continuada de los actuales profesionales sanitarios y no sanitarios, introduciendo los elementos conceptuales y organizativos propios de la APS.
- Mejorar las condiciones económicas y la consideración técnica y social de los profesionales sanitarios y no sanitarios de la APS, equiparándolos en todos los aspectos a los hospitalarios.
- Perfeccionar los mecanismos de la participación ciudadana en el sistema de salud.
- Desarrollar la colaboración intersectorial en el terreno de la atención a la salud.

### VI.1 Actividades básicas que desarrollará el primer nivel de atención

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades
- Actividades de promoción y prevención en las consultas
- Atención continuada
- Atención domiciliaria
- Atención de las urgencias
- Educación sanitaria y acciones preventivas en la comunidad
- Vigilancia epidemiológica
- Derivación de pacientes a otros niveles asistenciales y a otras prestaciones sanitarias

### VI.2 Organización de un Primer Nivel de Atención Unificado<sup>5</sup>

Los recursos sanitarios se distribuirían según la ordenación del territorio en **áreas básicas de salud** comprendiendo entre 5.000 y 25.000 usuarios). Cada Área Básica tendrá **equipos de atención primaria** formado por un médico de familia, pediatra y enfermera (1 equipo cada 2.000 usuarios) con dedicación horaria completa (40 horas semanales).

Estos equipos tendrán **servicios de apoyo** constituido por laboratorio básico, radiología general, estudios citológicos e histológicos, odontología integral, farmacia para medicación esencial, grupo de especialistas: medicina interna, pediatría, ginecología, psiquiatría, sicología, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía, dermatología, especialista en salud pública.

En cuanto a la **retribución de los médicos**, procurará abandonar el pago por acto médico por su inducción al consumismo y se desarrollarán sistemas mixtos que contemplan una parte capítativa importante, complementada por retribuciones por acto de aquellas actividades

---

<sup>5</sup> Dr. A. Martín Zurro. "Atención Primaria de la Salud". Volumen I, Caps. I, II y III, págs. 3-40. 4ta.edición .

consideradas imprescindibles, como son las actividades de prevención primaria y secundaria, a valores que fije el Fondo Nacional de Salud. Se busca que el sistema incorpore de manera efectiva dichas actividades en el contexto del quehacer asistencial.

La estructura física y funcional donde se desarrollarán las actividades propias del primer nivel de atención será el **Centro de salud Integral**. En el mismo se llevarán a cabo actividades de promoción, prevención, asistencia curativa, rehabilitación, reinserción social y fomento de la participación comunitaria.

La red de primer nivel estará conformada por el conjunto de efectores de las instituciones públicas y privadas, que brindarán la atención médica básica a los residentes en un área geográfica determinada. El sistema se organiza teniendo por ámbito de responsabilidad el departamento.

Cada afiliado a una mutualista o usuario público tendrá asignado un Centro de Salud Integral. Cuando el paciente es referido a un segundo y tercer nivel de complejidad asistencial, la derivación se realizará a la institución en la cual el paciente se encuentre afiliado.

Los técnicos de las instituciones que trabajen en los Centros de Salud Integrales serán remunerados por el Fondo Nacional de Salud, organismo que realizará el contralor de los funcionarios.

Este primer nivel dispondrá de un Vademécum Unico y cuando los afiliados requieran especialidades farmacéuticas propias de un nivel superior, el aporte de medicamentos se realizará en las propias farmacias institucionales.

La estructura funcional del Centro de Salud Integral estará conformada por un Director Médico, personal administrativo polivalente que maneje el registro de datos administrativos, de farmacia, de laboratorio y la gestión de consultas y personal para la atención telefónica.

El único sistema de registro de las personas es la Cédula de Identidad, que permite determinar a qué institución pertenece el afiliado.

Las actividades de los profesionales del equipo de salud serán programadas y protocolizadas con un enfoque biopsicosocial y comunitario.

En el terreno de la *promoción y la prevención*, el Centro de Salud ha de asumir aquellas acciones sanitarias programadas sobre individuos o grupos de población específicos o de riesgo (cribados, vacunaciones, salud mental, salud bucal, etc.).

Las funciones y actividades *asistenciales curativas y de rehabilitación y reinserción social* han de estar fundamentadas en actuaciones programadas y protocolizadas que impliquen la colaboración constante de los distintos individuos que componen los equipos del primer nivel de atención y sus servicios de apoyo. Han de desarrollarse tanto en el *consultorio* como en los *domicilios* de los enfermos y abarcar la asistencia *urgente y continuada*.

La continuidad de la asistencia debe producirse tanto en el tiempo como en el espacio: en el primer caso extendiendo el horario de las actividades del Centro para garantizar la máxima accesibilidad posible y

razonable de los usuarios, y en el segundo, mediante el seguimiento y, siempre que sea factible, la participación de los profesionales del centro de salud en las actividades asistenciales realizadas sobre los pacientes adscritos a éste en otros niveles como el hospitalario.

La programación asistencial ha de responder a las necesidades y demandas concretas de la población atendida y esta respuesta no ha de ser pasiva, sino que por el contrario, ha de implicar la búsqueda activa de los problemas de salud desde una perspectiva integral que asocie los aspectos biológicos con los psicológicos y sociales.

Las actividades de *educación para la salud* han de estar dirigidas a potenciar la autorresponsabilización de las personas y de la comunidad en el cuidado de la salud y no en la mera transmisión de conocimientos e información sobre las características de las enfermedades. Aunque todas las actuaciones desarrolladas en el Centro de Salud Integral han de tener una vertiente educativa, es en las asistenciales donde se establece un contacto personal y de confianza entre el profesional sanitario y el paciente para tratar un problema concreto y donde son mayores las posibilidades de intervención positiva y eficaz en este terreno.

El Centro de Salud es el ámbito institucional que promoverá la *participación comunitaria* en las tareas del sistema sanitario, para lo cual es preciso potenciar todas las actividades dirigidas a este objetivo esencial, sin el cual no es posible realizar una verdadera Atención Primaria de la Salud.

Las funciones y actividades de *docencia e investigación* propias de la Atención Primaria han de desarrollarse en el Centro de Salud y responder a programas preestablecidos que contemplen aspectos de formación continuada de pre y postgrado, así como otros de investigación clínica y epidemiológica. Para la puesta en marcha de las actividades docentes en general y particularmente a las dirigidas a pregraduados, es necesaria la existencia de mecanismos de coordinación funcional con las correspondientes instituciones académicas. En este sentido, y de forma similar a lo que ocurre en los hospitales, es preciso considerar la incorporación de los Centros de Salud a la estructura docente universitaria.

El Centro de Salud como institución ha de asumir la *gestión de los recursos sanitarios* correspondiente al ámbito de actuación en el que opere, así como la *coordinación funcional* con los otros niveles del sistema.

El Centro de Salud es el eje alrededor del que se han de canalizarse los flujos de demanda de servicios hacia otras partes del sistema, así como la conexión de los distintos programas planificados para el conjunto de área de salud a la que pertenece, a través de su presencia activa como institución en los ámbitos de decisión.

El Centro de Salud ha de tener una estructura funcional acorde con las características físicas y recursos concretos, lo que hace imprescindible que las directrices que se establezcan desde los niveles centrales de decisión sean lo suficientemente flexibles para permitir esta adaptabilidad. Para el desarrollo de sus actividades es preciso que disponga de la infraestructura necesaria tanto en recursos humanos como en medios complementarios de exploración y documentación. La informatización progresiva de diversos aspectos de la asistencia ha de conllevar una mayor agilización y eficiencia y en este proceso han de desempeñar un papel clave

las áreas de recepción y admisión de los Centros de Salud. Es preciso, por lo tanto, cuidar al máximo la calidad, desde la estructura física a la de sus dotaciones materiales, así como formar adecuadamente al personal en técnicas de comunicación e informática.

Un trato personalizado y amable de las personas que utilizan el Centro de Salud y sistemas ágiles y eficaces de citaciones, de información y de la canalización de reclamaciones y sugerencias, son bases imprescindibles para el establecimiento de una atención de calidad.

### **ORGANIZACIÓN PRÁCTICA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. RESUMEN**

- Adscripción de la población a los equipos de salud.
- Interrelaciones funcionales entre el primer nivel y el nivel secundario especializado (apoyo tecnológico, especialidades de apoyo).
- La atención urgente ha de ser asumida por el primer nivel de atención.
- Actuación de los profesionales basada en planes y programas de salud que posibiliten la integración de las actividades de promoción y prevención de la salud con las asistenciales curativas.
- Desarrollo de un sistema de información y registro.
- En el primer nivel de atención han de resolverse más del 90% de los problemas de salud (contar con los recursos necesarios propios y especializados)
- El profesional del primer nivel de atención en su situación de puerta de entrada del sistema actúa como consejero y gestor del tránsito de sus pacientes por el sistema sanitario.
- La gestión de los equipos de salud ante la necesidad de planificar estrategias de contención del gasto.
- Mecanismos de pago e incentivos de los profesionales del primer nivel de atención.

#### **VI.3 Tipos de consulta**

Los *tipos de consulta* que se realizarán en el primer nivel de atención serán:

- ✓ **En consultorio:** con cita previa, la visita urgente, consulta programada, comunicación telefónica.

El sistema de *cita previa* permite a la población que demanda espontáneamente asistencia, acudir a la consulta de su médico con fecha y hora previamente concertadas y con ello reducir el tiempo de espera del paciente en el centro y homogeneizar el volumen de asistencia de los diferentes días de la semana. Todo ello dará lugar a un incremento de tiempo medio dedicado a cada visita y, consecuentemente, a una mejora de la calidad técnica y poder resolutivo. En las visitas con cita previa las actividades suelen ser asistenciales curativas, pero no por ello deben dejar de realizarse, siempre que sea posible y aconsejable, las de tipo preventivo y las de rehabilitación y reinserción social.

Las *visitas urgentes* son las realizadas sobre aquellos pacientes que acuden al centro sin haber solicitado previamente día y hora de consulta. Idealmente deben ser atendidas por el médico de familia del

enfermo, pero si ello no es posible pueden ser resueltas por otro miembro del equipo ( encargado de dicha actividad en ese día concreto) que utilizará la documentación clínica habitual del paciente y comunicará los datos de la visita a su médico de familia.

Las **visitas programadas** son las consultas que se conciertan previamente con día y a hora, a iniciativa de los profesionales del equipo y destinadas generalmente al control de pacientes crónicos, al cumplimiento de un programa de salud o a la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud.

Una parte significativa de las demandas asistenciales pueden ser resueltas o al menos orientadas mediante la utilización de la **comunicación telefónica** con los pacientes. En otros países hay una amplia experiencia en este campo, que confirma la rentabilidad que tiene el empleo de esta modalidad asistencial en atención primaria como instrumento para evitar el desplazamiento innecesario de los pacientes a los centros.

Todos estos tipos de actividades del equipo son llevadas a cabo por sus componentes médicos, de enfermería y de trabajador social. Si embargo en el seno del primer nivel de atención también colaboran otros profesionales que no forman parte directa del equipo de salud, pero que son necesarios para el abordaje de problemas concretos que deben ser resueltos en su mayor parte en el ámbito del primer nivel de atención.

Estos profesionales desarrollan un grupo de actividades que denominaremos de **apoyo especializado**. En primer lugar, las prestadas por aquellos especialistas cuyo ámbito de actuación más habitual es el del primer nivel y que, en ocasiones, trabajan en el mismo centro de salud, participando directamente de una parte significativa de sus actividades. Es el caso de los profesionales de rehabilitación, atención a la mujer, odontología, salud mental, salud pública y comunitaria. En segundo término las realizadas por aquellos especialistas que actúan como consultores de los equipos del primer nivel de atención, es el caso de las distintas especialidades clínicas de base hospitalaria pero que tienen un importante volumen potencial de trabajo como elementos habituales de referencia de los equipos de salud.

Los servicios de **laboratorio o radiología** que prestan apoyo al primer nivel deben ser planificados tras un análisis cuidadoso de los recursos de este tipo que pueda haber funcionando previamente en el área de la salud, independientemente de que estén radicados en la estructura hospitalaria o en el primer nivel, y analizar su grado de utilización, la posible rentabilidad de la derivación y atención de los pacientes y envío de muestras, la calidad de sus estudios, etc. La OMS recomienda evitar duplicaciones innecesarias de servicios de laboratorio y radiología en el área de la salud. Al respecto un decreto del Ministerio de Sanidad español dice "como criterio general se programará excepcionalmente laboratorio de análisis clínico en los centros de salud cuando el centro se encuentre a una distancia superior a una hora por un medio de transporte habitual de un laboratorio ubicado en un centro hospitalario o ambulatorio con capacidad para realizar los análisis necesarios". Este mismo criterio se aplica (con una reducción de la distancia a media hora) para los servicios de radiología.

### ✓ Atención domiciliaria

La atención en domicilio constituye una de las actividades básicas a realizar por los equipos de salud del primer nivel de atención, para dar respuesta a las necesidades de asistencia de aquellas personas que, en forma temporal o permanente, se encuentran incapacitadas para desplazarse al Centro de Salud.

Los cambios inherentes a los procesos de reforma y potenciación del primer nivel de atención han repercutido en forma directa en el modelo de atención domiciliaria, que ha pasado de ser una asistencia puntual con connotaciones exclusivamente sanitarias, a ser parte de un proceso de atención continuado, integral y multidisciplinario en el que se realizan funciones y tareas tanto sanitarias como sociales.

Los cambios sociodemográficos, junto con otros factores como la introducción de nuevas técnicas asistenciales, el crecimiento de los gastos de hospitalización o el criterio de que la situación idónea de la persona enferma está, siempre que sea posible, en el contexto familiar y social y no en el hospital, han ido reforzando progresivamente la atención domiciliaria como una alternativa más eficaz y eficiente de asistencia que la hospitalaria, en determinadas situaciones.

Aunque en el ámbito de la atención domiciliaria se presta asistencia a cualquier tipo de enfermo, ya sean niños, adultos o ancianos, las prioridades se dirigen hacia grupos de población más vulnerables y necesitados, los cuales suelen tener una serie de características comunes como edad avanzada, enfermedades crónicas, dependencia física o psíquica o situaciones terminales.

El análisis del proceso de atención domiciliaria es necesariamente complejo, entre otras razones por las siguientes:

1. No es específica de una patología concreta ni de ningún grupo de edad, sino que su indicación viene determinada por el grado de necesidad y/o incapacidad del enfermo.
2. Requiere, en muchos casos, la prestación de servicios o cuidados tanto sanitarios como sociales, por lo que es necesario que exista una buena coordinación entre estos dos ámbitos.
3. En razón del grado de complejidad de la atención, puede ser necesario la colaboración habitual de recursos hospitalarios.
4. La demanda de asistencia no siempre es generada por el paciente o familia.
5. Es imprescindible que exista una conexión adecuada con otros elementos y recursos que complementan la asistencia, tales como hospitales de día y centros sociosanitarios.
6. Para que pueda desarrollarse correctamente, la atención domiciliaria precisa la implicación y el apoyo de los elementos familiares y del entorno comunitario.

En el proceso de atención domiciliaria se pueden distinguir dos modalidades básicas de asistencia:

***Atención domiciliaria espontánea.*** En algunos casos puede ser de carácter urgente y tener que ser realizada, generalmente por el médico,

en un corto espacio de tiempo. Hay que evitar cometer errores en la valoración, generalmente telefónica, de la gravedad o urgencia de una demanda asistencial de este tipo y no pretender que el enfermo acuda al Centro en lugar de ir el médico a su domicilio, excepto en aquellos casos en que exista una certeza clara de la banalidad del proceso y el propio enfermo acceda a ello sin presiones excesivas por parte del facultativo.

**Atención domiciliaria programada.** Tiene como objetivo fundamental la realización de actividades dirigidas a personas en situaciones de enfermedad o de riesgo sanitario o social e incluye tareas de tipo curativo y otras centradas en la prevención, educación sanitaria, promoción del autocuidado y rehabilitación y dirigidas en su conjunto a la mejora de la calidad de vida. Esta modalidad es la que permite el desarrollo, con el grado máximo de expresión y amplitud, del concepto de atención domiciliaria en una perspectiva integral y multidisciplinaria.

Todas estas características de la atención domiciliaria hacen imprescindible la existencia de programas de atención domiciliaria y protocolos concretos de actuación que delimiten las funciones y tareas a desarrollar por los distintos elementos que intervienen y que establezcan los mecanismos de coordinación entre ellos.

**Atención a la comunidad:** La orientación comunitaria de la APS es uno de sus elementos definitorios clásicos y supone un cambio cualitativo esencial en los objetivos, las funciones y la organización de los equipos de salud. La atención individual y la comunitaria no son contradictorias ni excluyentes, sino complementarias. El desarrollo progresivo del método epidemiológico ha permitido conocer cada vez con mayor precisión la historia natural de los problemas de salud, el conjunto de factores que los determinan y los efectos de las distintas intervenciones. La orientación comunitaria de la atención de salud es deudora de este desarrollo científico, pero a su vez también ha contribuido de forma decisiva a abrir diversas vías de investigación que han arrojado nueva luz sobre muchos aspectos de las interrelaciones clínicoepidemiológicas presentes en muchos de los problemas de salud más relevantes. Es preciso diseñar intervenciones que incidan sobre diferentes niveles, desde el medio ambiente al entorno sociocultural y que tengan como base el conjunto de la comunidad atendida por un determinado equipamiento sanitario.

**Actividades de orientación comunitaria.** Las actuaciones de salud a realizar sobre la comunidad deben complementar las desarrolladas en el nivel individual. Hay que tener siempre presente que el análisis de los elementos y servicios que influyen sobre el estado de salud de una comunidad demuestra que los recursos y actuaciones sanitarias no son el único, ni a veces el principal, factor determinante de aquel y que, además, la mayor parte de las competencias en materia sanitaria están fuera del ámbito del centro y del equipo de salud, lo que obliga a colaborar con elementos ajenos al sistema si se quieren alcanzar los objetivos. Estas consideraciones conducen a valorar la necesidad de enfocar las actuaciones sanitarias en un *contexto multisectorial*, en el que los profesionales de la salud no deben pretender asumir el rol principal o protagonista. Esta

intersectorialidad permitirá desarrollar una nueva forma de plantear las actividades, planificándolas por subgrupos concretos de la población clasificados según su edad (infantil, adolescente, anciana) sexo, grado de integración social (marginalidad), lugar de trabajo, etc. Dependiendo del grupo etario y del tipo de actividad, la estrategia de participación del Centro de Salud será diferente.

## MODELO DE REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

