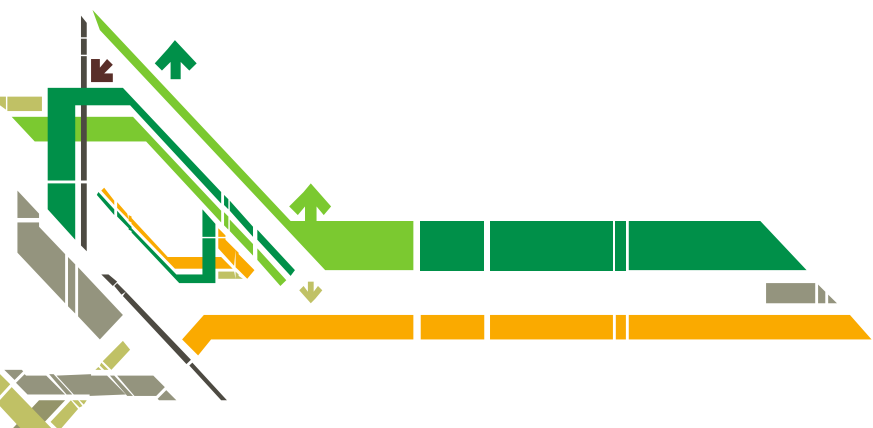




# UN BALANCE DE LA REFORMA DE LA SALUD 2008



## A) LA ESTRATEGIA

- cambio en el modelo de atención
- cambio en el modelo de gestión
- cambio en el modelo de financiamiento

## B) LOS INSTRUMENTOS

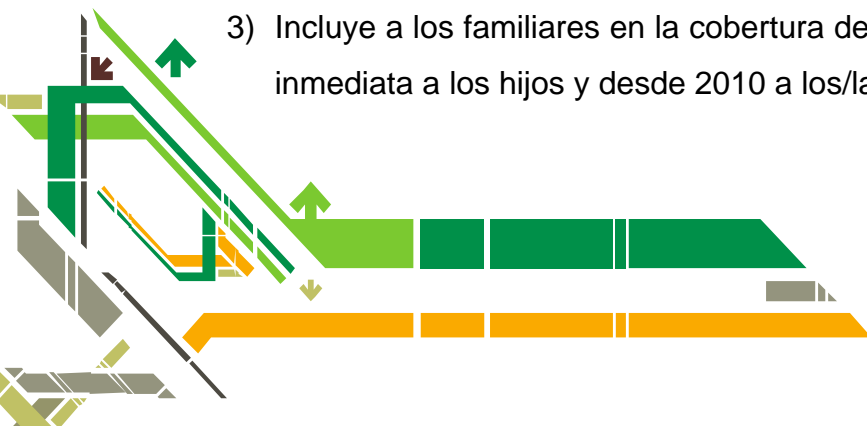
- Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)
- Seguro Nacional de Salud

Para ello se aprobaron las leyes de:

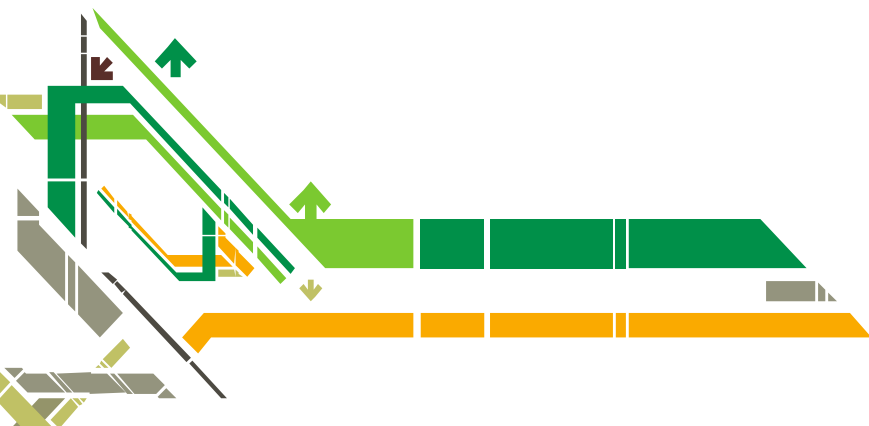
- 18131 creando el FONASA
- 18161 descentralización de ASSE
- 18211 creando el SNIS
- 18335 Ley de derechos de los usuarios.

## C) LOS 10 CAMBIOS RESPECTO AL PASADO.

- 1) Crea un sistema nacional integrado de salud que no existía. Habían dos subsistemas fragmentados sin conexión entre ellos, inequitativos en su acceso y sin vínculos de complementariedad.
- 2) Crea un seguro Nacional de Salud en que se aporta por ingresos incluyendo en él a toda la población y no sólo a los trabajadores privados que estaban incluidos en el viejo DISSE. Universaliza el aseguramiento social por ingresos en etapas.
- 3) Incluye a los familiares en la cobertura del aseguramiento social, de manera inmediata a los hijos y desde 2010 a los/las cónyuges.



- 4) Desde el punto de vista de los prestadores es un sistema mixto que incluye a prestadores privados sociales y a prestadores públicos en régimen de competencia/complementación dando opción a los asegurados de elegir entre lo público y lo privado a diferencia del DISSE que sólo permitía elegir privado.
- 5) Desde el punto de vista del pago a los prestadores el SNS paga por riesgo (edad y sexo) y no por cuota única como el viejo DISSE, permitiendo hacer realidad la premisa: de cada quien según su ingreso a cada quien según su necesidad.
- 6) Transforma el seguro de salud en un seguro de por vida ya que no se pierde la cobertura del aseguramiento (cosa que sí pasaba en el viejo DISSE) cuando la persona se jubila.
- 7) Transforma el modelo de atención hacia una estrategia de Atención primaria en Salud, en base a la normativa que estimula dichas estrategias, en base al pago de un plus por performance ligado a metas de primer nivel de atención y a las orientaciones desde el gasto que imprime la Junta Nacional de Salud.
- 8) Le da al sistema una verdadera política de rectoría y contralor que tiene una de sus expresiones mayores en la firma de contratos de gestión y su marco sancionatorio que define compromisos de las instituciones prestadoras con el cumplimiento de los programas sanitarios prioritarios.
- 9) Niveló la cantidad y calidad de las prestaciones a través de la definición taxativa del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS).
- 10) Incorpora la participación social como eje clave de la conducción de la reforma en el nivel macro (JUNASA) y en el nivel micro (prestadores de salud).



## D) LOS RESULTADOS

- **Cobertura 100%**

Todos los ciudadanos están registrados en un prestador integral (ASSE, IAMC, Seguros privados, Sanidad militar y policial) con 180 mil personas que no estaban integradas al sistema de atención integral antes de la aprobación de las leyes.

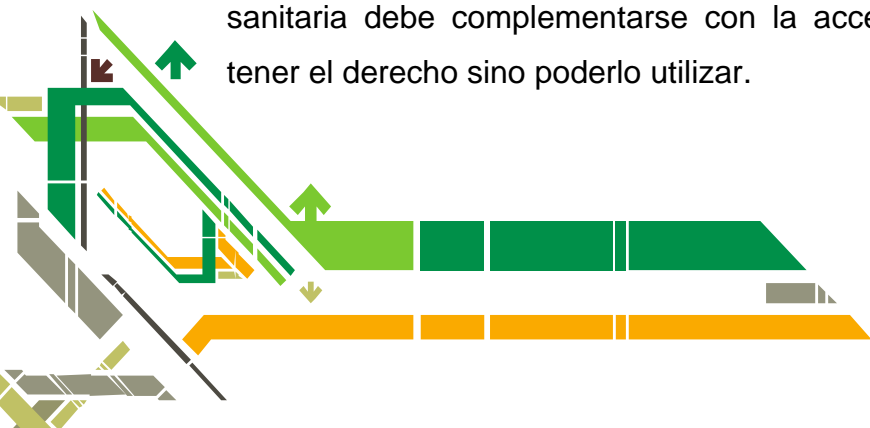
- **Mayor justicia social**

Por un lado más de 700 mil personas ingresaron al sistema de salud a través de la seguridad social (totalizando ya 1.410.000 personas) lo que significa que cada vez más gente aporta por ingresos (signo inequívoco de justicia social) y a su vez incluye a sus hijos en la cobertura. (450 mil menores de 18 años han ingresado al SNS)

Por otro lado cuando se inició este gobierno aquellos que se atendían en salud pública tenían un gasto promedio por mes y por usuario de 280 pesos frente a 880 del mutualismo, es decir una relación de 3 a 1. Ahora recibirán con el presupuesto 2009 750 pesos siendo ya el 90% del gasto mutual. Y no porque haya bajado el gasto mutual sino, como veremos más adelante, por el aumento del presupuesto de ASSE.

- **Mayor accesibilidad**

A los objetivos de universalidad y justicia social primarios en una reforma sanitaria debe complementarse con la accesibilidad, de manera de no sólo tener el derecho sino poderlo utilizar.



Para ello en primer lugar se desarrolló una política de reducción de tickets y órdenes verdadera barrera de acceso, verdadero impuesto a la enfermedad para lo cual se ha desarrollado:

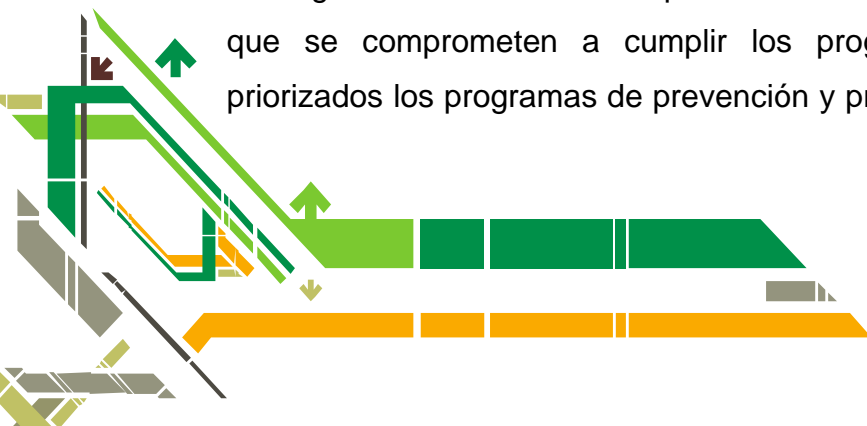
- Rebaja de 40% de Ticket de medicamentos
- Gratuidad de acceso para la población diabética
- Gratuidad de exámenes para control de embarazo
- Gratuidad de exámenes de preventivos para mujeres: mamografía - papanicolau.
- Reducción de ticket de medicamentos para la población hipertensa a un máximo de 50 pesos.
- Set de ticket gratuitos para jubilados que ingresen por el FONASA.
- Gratuidad total para los 9 controles preventivos de los menores hasta 14 meses.
- Atención a drogodependientes menores de 18 años y apoyo a familiares para usuarios FONASA
- No aumento de tickets y ordenes en los dos últimos aumentos de cuota.

En segundo lugar la accesibilidad se potenció a partir de la posibilidad de los usuarios FONASA de elegir ASSE, de manera que esto permite incorporar una opción adicional a la elección de las asegurados por la seguridad social.

### • Función de regulación

Un cambio sustantivo fue la de potenciar el rol regulador del estado en el desarrollo de este bien público que es la salud.

Para ello se creó la Junta Nacional de Salud en la ley 18211 y se le dio a ésta la obligación de firmar con los prestadores integrales contratos de gestión en la que se comprometen a cumplir los programas de salud especialmente priorizados los programas de prevención y promoción de la salud, de dar todas



las prestaciones y medicamentos incluidos en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) y a tener una política activa de educación para la salud.

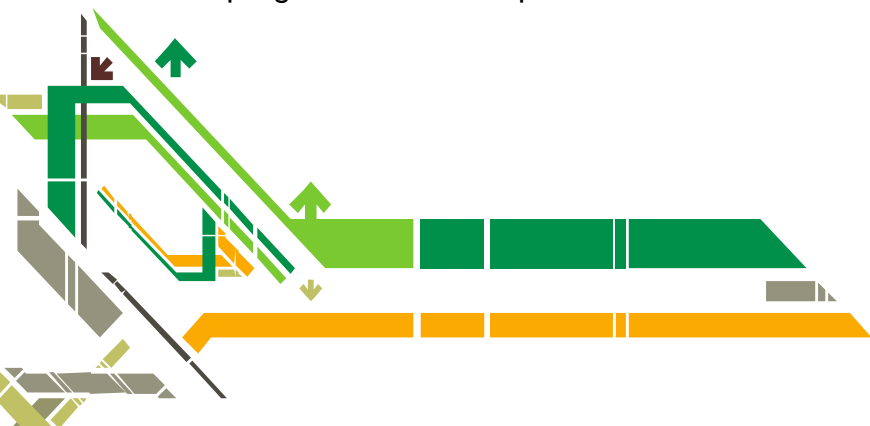
Por otro lado un conjunto de normas como el máximo de tiempos de espera que debe tener un usuario, el pago por metas asistenciales ligadas a programas de niñez y género y la reestructura del cuerpo inspectivo (en cantidad y nivel de remuneración) la información adecuada y visible a los usuarios entre otras medidas conformar una visión de compromiso con la salud.

- **Cambio en el modelo de atención**

Toda esta reforma tiene como eje central el cambio del modelo de atención sustentado en una estrategia de atención prima de la salud. En esa dirección se ubican los programas de salud colectiva (como el programa del tabaco o el de alimentación saludable) ya que la salud de la población no sólo es el resultado de las acciones de los prestadores de servicios de salud sino está íntimamente ligada a los hábitos de la población y al contexto en que desarrolla su actividad.

En esta misma dirección va la nueva reglamentación sobre las exigencias de profesionales e infraestructura para dicho primer nivel de atención. También tienden a fortalecer la calidad de la atención las auditorías de historias clínicas que se realizan hoy con regularidad.

Finalmente un eje central de esta reforma en el modelo de atención es el estímulo a los acuerdos de complementación a nivel general, entre el sector público y el privado o dentro de cada uno de esos dos sectores, priorizando en dichos acuerdos la acción conjunta en el primer nivel de atención y en los programas de salud pública.



- **Mejora de ASSE**

Un objetivo de este gobierno era mejorar el presupuesto de la salud pública (ASSE).

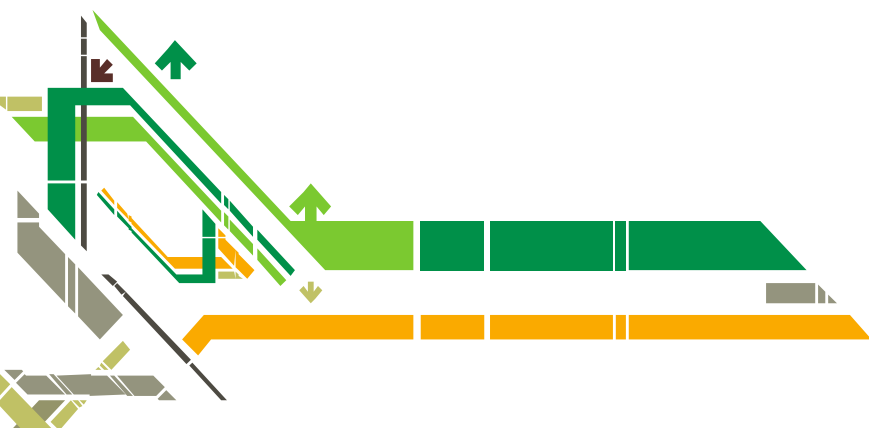
Dicho presupuesto ha pasado de 5.6 mil millones a casi 11 mil millones a precios constantes entre 2005 y 2009. Los salarios han aumentado en valor real 40% para el sector no médico prácticamente igualando el sector privado y el salario mínimo médico se ha multiplicado por 6.

Presupuesto ASSE Datos a precios constantes de 2008					
Año	Total	Salarios	Resto	Población	Cápita/mes
2005	5.649.428.091	2.869.890.627	2.779.537.464	1.377.267	342
2006	6.877.343.927	3.637.093.193	3.240.250.733	1.440.264	398
2007	7.991.672.286	4.416.716.970	3.574.955.316	1.301.347	512
2008	9.543.637.041	5.494.058.417	4.049.578.624	1.160.395	685
2009 (*)	10.567.487.909	6.579.704.028	3.987.783.881	1.160.395	759

(\*) Estimado: presupuesto por rendición de cuentas y población constante

Todo lo anterior ha llevado, como se dice más arriba a un cambio en la desigualdad ASSE – Mutual, igualando hacia arriba tal como muestra el cuadro siguiente:

RELACION DE GASTO ASSE - MUTUAL			
	ASSE	Mutual	Relación
Mar-05	280	880	3,14
Mar-09	760	900	1,18



- **Consolidación del Mutualismo**

Esta reforma de salud se asentó en la articulación de dos subsectores claves: el sector público y el sector mutual.

Un sector mutual que venía de un colapso generado por las políticas desregulatorias de los 90 y con un golpe final en la crisis del 2002.

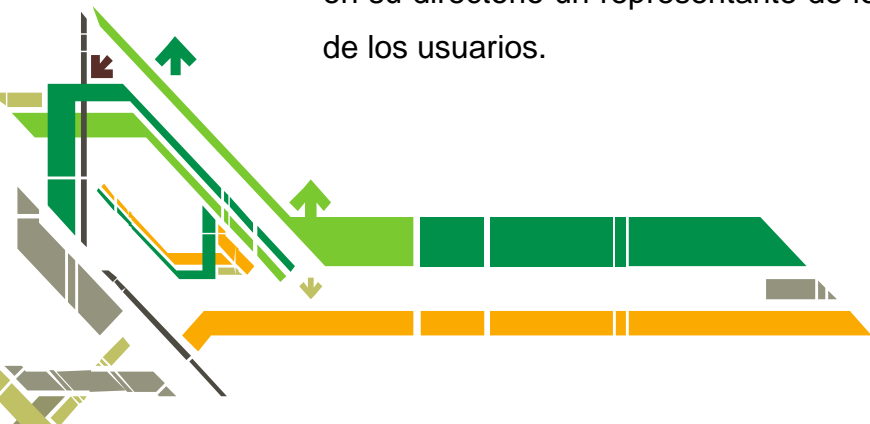
Hoy dicho sector se ha estabilizado, ha crecido en ingresos (23% entre 2005 y 2008) en afiliados (30% entre 2005 y 2008), ha pasado de tener déficit a superávit, ha reducido la presión de la deuda, ha incrementado los puestos de trabajo tanto médicos como no médicos y todo ello le ha permitido consolidar una mejora en la calidad de su atención en la salud.

- **Participación social**

La participación social ha sido un rasgo distintivo de este gobierno.

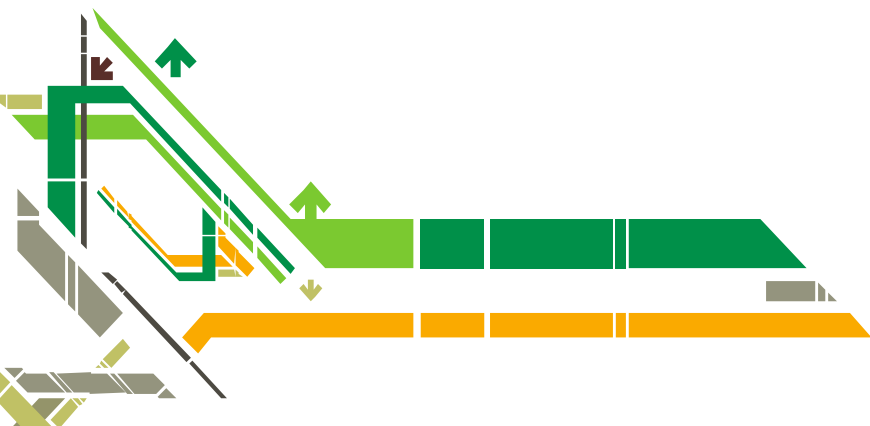
En la reforma de la salud se ha expresado en:

- Por decreto de marzo de 2005 se creó el Consejo Consultivo para los cambios en salud que convoca con regularidad a todos los sectores involucrados.
- Se reconstituyeron los consejos de salarios, incluyendo no sólo la negociación salarial, sino también la negociación de las condiciones de trabajo.
- En la ley 18131 que crea el FONASA incluye una comisión de seguimiento del Fondo con participación de trabajadores y empresarios.
- En la ley 18161 que crea ASSE como servicio descentralizado incorpora en su directorio un representante de los trabajadores y un representante de los usuarios.





- En la ley 18211 se crea la Junta Nacional de Salud como órgano de administración del Seguro Nacional de Salud con la participación de un representante de los usuarios, uno de los trabajadores y otro de las empresas del sector salud.
- Por la misma ley en cada prestador que quiera integrar el SNIS debe existir un organismo consultivo y asesor integrado por la propia empresa, usuarios y trabajadores de dicha empresa.



Promedio Trimestre precios corrientes. junio 2008				Crecimiento
MONTEVIDEO	2004	2006	jun-08	2008/2004
Ingresos de Prepago	762.736.299	764.252.370	878.127.949	15%
Ingresos Operativos	984.589.063	983.088.543	1.086.332.358	10%
INTERIOR	2004	2006	jun-08	
Ingresos de Prepago	476.732.322	546.242.309	636.067.330	33%
Ingresos Operativos	591.350.256	659.408.094	750.235.023	27%
TOTAL PAÍS	2004	2006	jun-08	
Ingresos de Prepago	1.239.468.621	1.310.494.679	1.514.195.279	22%
Ingresos Operativos	1.575.939.319	1.642.496.637	1.836.567.382	17%

