

CÓMO FUERON LAS NEGOCIACIONES

Por el Esc. Julio C. Lorente
Asesor del SMU

A continuación - y sin perjuicio de su transcripción textual en este mismo Boletín -, presentamos un breve resumen del documento distribuido por el Ministerio de Salud Pública el día 20 de marzo de 2001, último conocido por el S.M.U. al momento del cierre de esta publicación. Sólo pretendemos transmitir en forma abreviada los aspectos más salientes del documento, de manera que pueda ser útil para realizar su análisis. Dejamos expresa constancia que con posterioridad a la fecha mencionada existen reuniones acordadas en las que pueden realizarse modificaciones al texto que aquí presentamos.

Capítulo I.- Introducción

1. Situación del Sector IAMC

* El documento comienza aportando una serie de datos, tomados de las auditorías realizadas por el MSP en el año 2000, que reflejan la actual situación en que se encuentra el sector en el departamento de Montevideo. A continuación mencionamos algunos de los más significativos:

* Número de IAMC y población comprendida: 18 IAMC atienden 967.000 personas, habiendo descendido en el último año un 2%.

* Empleo: Existen 27.657 cargos que en grandes números se discriminan así:

- 10.100 cargos médicos
- 6.200 de enfermería
- 3.000 de técnicos no médicos
- 3.500 de administrativos
- 4.000 de servicios generales.

* Deuda de las IAMC de Montevideo:
- A junio del 2000 ascendía a U\$S 329:000.000

- Corresponde a seis meses de recaudación de todas las IAMC.

- El déficit operativo sobre ingresos promedio es de 7% (alguna llega al 14%)

- El pasivo se incrementa mensualmente en U\$S 3:000.000

* Ingresos:

- Las cuotas pasaron de U\$S 27 en 1986 a U\$S 42 a partir de 1996.

- El valor de las órdenes y tiques impiden el acceso de la población afiliada.

* Punto de equilibrio:

- La masa de afiliados debería incrementarse en un 10.89% para alcanzarlo.

* Situaciones críticas:

- Hay seis instituciones en riesgo de cierre inmediato.

- Al 30 de junio de 2000 su pasivo oscilaba entre U\$S 443 y U\$S 756 por afiliado.

- Suponen 120.000 afiliados y emplean a 3.200 personas, poseen 308 camas de internación común y 43 camas de CTI.

* Opciones:

* Clausura de las IAMC en situación crítica, garantizando la redistribución de afiliados.

* Acuerdo entre todos los actores con el objetivo de preservar el sistema y evitar importantes pérdidas de puestos de trabajo. Esta última es la opción realizada por el MSP con la creación de la Comisión Multisectorial.

* Plazos para la instrumentación de medidas del documento:

* 15 días para las medidas con iniciativa del Poder Ejecutivo.

* 30 de abril de 2001 las medidas a implementar por las IAMC.

* 90 días para las restantes medidas.

* Creación de una Comisión de Seguimiento para la vigilancia de lo acordado en el documento.

Capítulo II. Modelo asistencial

1. Modelo de atención centrado en la persona humana

* **Objetivos:** mayor humanización y protección de los usuarios y sus familias, atacando las principales fallas burocráticas que atentan contra una atención eficaz, oportuna y humana.

* **Instrumentos:** Se evaluarán las medidas previstas al momento de aprobar los proyectos de reconversión.

* **Medidas:** rediseño de procedimientos administrativos y estructuras funcionales de modo tal de asegurar:

- Mejor acceso del usuario a las horas adjudicadas de policlínica

- Cumplimiento de horarios de consulta por los profesionales, previendo sanciones en caso de incumplimiento

- Regularidad en los informes sobre el estado de salud de los pacientes internados a brindar al paciente y su familia.

- Disposición de salas de espera adecuadas para familiares de pacientes internados en CTI

- Mejor y más rápida resolución de los pacientes a partir de la optimización de procedimientos de coordinación de servicios diagnósticos y terapéuticos y pase a especialistas.

2. Definición de las prestaciones obligatorias de las mutualistas

* **Objetivos:** definir la canasta de prestaciones incluidas en la cobertura de asistencia médica básica, completa e igualitaria que deben brindar las IAMC.

* **Instrumentos:** se acuerda la necesidad de impulsar la integración de un grupo técnico que deberá expedirse en 90 días.

* **Criterios:**

- Adecuar las prestaciones a la situación demo-epidemiológica de la población usuaria



- Evaluar la factibilidad económica y funcional de brindar las prestaciones incluidas

- Priorizar las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación además de lo curativo (enfoque integral), y las actividades tendientes a fortalecer el primer nivel de atención

- Definir criterios para la actualización de prestaciones (incluyendo altas y bajas)

- Realizar controles efectivos del cumplimiento de lo estipulado por el MSP a las IAMC

3. Programas de educación, promoción y prevención

* La Dirección General de la Salud definirá:

a. Programas de acción preventiva a aplicar por parte de las IAMC

b. La obligación de realizar carné de salud para los afiliados a las IAMC.

4. Fortalecimiento del primer nivel de atención

b. **Objetivos:** superar el actual modelo, tanto en el perjuicio que ocasiona en la calidad de atención al paciente al no considerarlo integralmente en

circunstancias únicas e intransferibles, como en los mayores costos en que incurre.

c. **Instrumentos:** a través del proyecto de reconversión deberá dotarse a la IAMC de suficiente capacidad resolutoria en el primer nivel de atención.

d. **Medidas:**

- Fijar el valor de las órdenes de Ginecología y Cirugía General en niveles equivalentes a los de Medicina General y Pediatría

- Incrementar el tiempo de consulta por paciente (primer consulta)

- Definir un sistema laboral y formas de remuneración para Médicos Generales y Pediatras tendiente a constituirlos en médicos de cabecera.

- Estructurar programas de capacitación en actividades preventivas para el equipo de salud en el primer nivel de atención (Dirección General de la Salud, Facultad de Medicina).

- Definir como puerta de entrada al sistema de atención al médico general, pediatra y médico de familia.

- Implementar planes de comunicación social para informar a los usuarios de los cambios

- Protocolizar las enfermedades más frecuentes en el primer nivel de atención
5. Nuevas modalidades asistenciales
- a. Objetivos: estimular programas a través de los cuales se implementen nuevas formas de organización de la prestación de servicios (ejemplo: atención domiciliaria, cirugía ambulatoria, hospital de día, etc.) que den respuesta a las necesidades asistenciales, resulten más eficientes y otorguen satisfacción al usuario
 - b. Instrumentos: a través del proyecto de reconversión se deberá evaluar la factibilidad de implementar estas modalidades en forma individual o coordinada con otras IAMC
 - c. Medidas:
 - Fijar estándares y elaborar guías de tratamiento, definiendo el tipo de paciente a incorporar en los programas
 - Monitorear desde el MSP la calidad de las nuevas modalidades de atención
6. Uso racional del medicamento en las mutualistas
- a. Objetivos: asegurar el uso racional del medicamento, dada la incidencia que tiene en el proceso de atención médica y en los costos institucionales.
 - b. Instrumentos: a través del proyecto de reconversión se evaluará la inclusión de medidas a ser implementadas por las IAMC, previstas en el documento general.
 - c. Medidas:
 - Elaborar un vademecum en la IAMC que sirva para mejorar el proceso de compra y prescripción.
 - Promover la creación de una central de compras para drogas de alto costo y baja frecuencia de utilización
 - Evaluar la posibilidad de autorizar la importación directa de fármacos por las IAMC
 - Implementar acciones que promuevan el uso racional del medicamento en las IAMC (prescripción, disponibilidad, dosis y duración del tratamiento;

- interacción de drogas)
- Negociar las IAMC con la industria farmacéutica los pasivos existentes y el precio del medicamento en el marco de la Comisión, y rebajar los tiquets de medicamentos en función de los ahorros alcanzados con la negociación.
7. Uso racional de la tecnología apropiada
- * Medidas:
- Elaborar guías de práctica clínica pautando el uso de la tecnología en situaciones de eficacia demostrada
 - Implementar acciones de educación continua y capacitación de profesionales en cuanto a la utilización racional de la oferta tecnológica
8. Calidad de los servicios
- a. Objetivos: promover programas integrales de garantía de calidad de los servicios que abarquen actividades desarrolladas en forma continua y sistemática por los diferentes actores del sistema.
 - b. Instrumentos: incluir en los proyectos de reconversión las medidas a adoptar por las IAMC, compatibles con lo especificado en el documento general.
 - c. Medidas:
 - Revisar y readecuar los sistemas de información vigentes para controlar y gestionar la calidad asistencial.
 - Diseñar e implementar un sistema de

- acreditación de servicios de salud
- Difundir el uso de protocolos y guías de práctica clínica por parte de los profesionales, actualizados en forma periódica.
9. Derechos de los usuarios
- * Medidas:
- Elaborar una cartilla de derechos de los usuarios, en consulta con las organizaciones de usuarios, estableciendo la duración del contrato de afiliación, los derechos del usuario, el consentimiento informado, el tipo de información sobre las instituciones que deberá estar públicamente disponible, y el mecanismo de presentación de los reclamos ante la IAMC y el MSP.

Capítulo III. Modelo de gestión

1. Objetivos: Mejorar la eficiencia en la gestión de las IAMC.
2. Instrumentos: Las medidas planteadas deberán incorporarse en los proyectos de reconversión que realicen las IAMC que aspiren a recibir fondos provenientes del préstamo del BID para fortalecimiento del sistema IAMC.
3. Medidas:
 - * Separar responsabilidades entre la dirección política y la ejecutiva.



* Determinar la incompatibilidad entre cargos de dirección y contratos de prestación de servicios.

* Desarrollar la planificación estratégica.

* Elaborar procedimientos para los procesos de adquisición de bienes y servicios.

* Controlar la actividad a través de auditorías externas e internas.

* Adecuar los sistemas de información.

Capítulo IV. Variables de contexto

1. Objetivos: Poner énfasis en las orientaciones a seguir por el MSP en lo que refiere a su función reguladora y aspectos vinculados al financiamiento del sector.

2. Instrumentos: Fortalecimiento operativo de la estructura ministerial junto a una serie de medidas vinculadas a los aspectos de regulación y financiamiento sectorial.

3. Medidas:

A. Regulación.

a. Marco normativo

* Establecer reglas comunes para IAMC y demás seguros privados, previendo garantías para usuarios,

trabajadores y acreedores.

b. Política nacional de medicamentos
* Implementar una política nacional de medicamentos, con el objetivo de garantizar la calidad, seguridad, eficacia, costo y accesibilidad de los productos, abarcando todas las etapas (desde su fabricación hasta el consumo) y teniendo en cuenta la producción de genéricos, los efectos de la Ley de Patentes y los precios de los medicamentos. Se hace especial mención en la definición del MSP de:

- los mecanismos de evaluación para la inclusión en la canasta de prestaciones obligatorias de medicamentos de alto costo y su compensación económica.

- las normas de relación de los profesionales con la industria farmacéutica

- una base de datos con precios nacionales e internacionales de los productos

c. Política nacional de tecnología médica
* Implementar una política nacional de tecnología médica con el objetivo de racionalizar la incorporación de la nueva tecnología y promover un uso más adecuado de la oferta disponible, en el sentido de:

- capacitar a los profesionales en la utilización racional de la oferta existente,

con el apoyo de guías de uso de la tecnología y un mapeo de servicios y recursos disponibles en el país de modo tal de hacer posible una regionalización que tienda a la mejora en el acceso y una mayor eficiencia en la utilización.

- regular la introducción según las necesidades asistenciales y una evaluación económica, previendo el reembolso correspondiente y fomentando la complementación de servicios

d. Garantía de calidad de los servicios de salud

* Implementar un programa de garantía de calidad de los servicios de salud estableciendo normas para la adecuación de los sistemas de información y las condiciones para la habilitación de los servicios.

B. Financiamiento

a. Revisión de la paramétrica de ajuste de la cuota

* Se plantea la necesidad de conocer antes del 31 de mayo de 2001 el estudio que en tal sentido viene desarrollando el Comité Ejecutivo Para la Reforma del Estado (CEPRE).

b. Régimen de precios de cuotas

* Se plantea la necesidad de la realización de estudios técnicos que permitan medir el impacto que tendrían las diferentes políticas de fijación de precios en el sector.

c. Adecuación del valor de las tasas moderadoras y racionalización de su aplicación

* Se plantea que los proyectos de reconversión prevean que desde agosto de 2001 el valor de las órdenes para consulta de cirugía y ginecología resulten equivalentes a las de medicina general (redefinidas a partir de febrero de 2001 a valores del año 1992 con relación a la cuota).

* Antes de finalizar el mes de abril, el MSP reglamentará la facultad de cobro



y el monto máximo correspondiente para un conjunto de estudios.

d. Análisis de la factibilidad de extender la cobertura de la seguridad social a familiares de trabajadores privados y funcionarios públicos.

* Se plantea la necesidad de estudiar el impacto de:

- extender la cobertura de la Ex - DISSE a familiares de trabajadores privados y funcionarios públicos

- cambiar el sistema de calificación de los pasivos para adquirir el derecho a la cobertura por la Ex - DISSE.

Capítulo V. Medidas inmediatas

* Programa de Fortalecimiento del Mutualismo

* El MSP realiza gestiones ante el BID para obtener un préstamo para el sector que financie la reconversión.

* Las IAMC deberán presentar al MSP propuestas para superar los problemas identificados por las auditorías.

* El MSP evaluará estas propuestas y las que resulten aprobadas podrán obtener el préstamo referido.

* Los Proyectos deben contener las pautas del documento que se comenta.

* Medidas de apoyo a las IAMC que hayan adoptado medidas de viabilización

* Compensación de deudas con organismos del Estado.

* Extensión de la sobrecuota de \$ 8 más allá del 31 de marzo de 2001.

* Condiciones de trabajo Se implementarán Grupos de trabajo para su análisis.

* IAMC críticamente desfinanciadas

* Absorción de Instituciones

- Las IAMC en esta situación serán convocadas por el MSP conjuntamente con el SMU, SAQ y FUS para que en un plazo de 15 días fije un cronograma

de absorción por otra IAMC que deberá ser aprobado por el MSP y MEF.

- Condiciones:

- Estímulo del retiro a los que tienen causal jubilatoria.

- Documentación de la deuda salarial.

- Mantenimiento del vínculo laboral de los trabajadores médicos y no médicos.

- Negociación de racionalización de servicios, redistribución del personal y nuevas condiciones retributivas.

- Se podrán superar los límites máximos horarios de las categorías médicas para aquellos que tengan cargos en las dos instituciones.

- Posibilidad de seguro de paro rotativo.

- Negociación de los pasivos con los Laboratorios, BPS y FNR.

- Permanencia de Afiliados a la Institución:

- Socios comunes: 12 meses con mantenimiento de las condiciones económicas más beneficiosas.

- Socios DISSE: 24 meses

- Creación de una Comisión que estudie las solicitudes de cambio de IAMC antes de los plazos mencionados.

* Cierre de Instituciones

- Condiciones para el cierre:

- Resolución de la Asamblea de socios o cooperativistas en su caso.

- Resolución del Poder Ejecutivo o Poder Judicial.

- Imposibilidad de concretar una absorción.

- Intervención de la IAMC:

- Designación de una Comisión Interventora para su liquidación.

- Mantenimiento de los servicios asistenciales en régimen de feriados y



domingos por 10 días hábiles.

- Redistribución de afiliados:

- Convocatoria por el MSP a los afiliados para que en un plazo de 10 días hábiles, expresen la elección de la IAMC a la que desean incorporarse con todos los derechos asistenciales. Se brindará información sobre las IAMC por las que pueden optar.

- Quienes no expresen su voluntad serán distribuidos en forma administrativa entre las IAMC en las mismas proporciones del grupo anterior. En este caso dispondrán de 20 días para expresar su disconformidad.

- Prohibición de las IAMC de realizar publicidad durante este lapso.

- Redistribución del personal entre las IAMC:

- Se crearán dos Bases de Datos con los trabajadores médicos y no médicos de las que serán excluidos: quienes tengan causal jubilatoria, los cargos gerenciales y de asesoría y quienes



tengan ingresos superiores a \$ 36.000 nominales como ingresos en el sector.

- Condiciones para ingresar a la Base de Datos 1:

* Antigüedad mínima de 1 año.

* Trabajo mínimo de 80% de las horas contratadas en el último año, situación que comprende a los suplentes.

* Ingresos inferiores en el sector salud a los \$ 6.000 nominales para los no médicos y \$ 10.000 nominales para los médicos excluidos los cargos docentes y de Residentes.

- Condiciones para ingresar a la Base de Datos 2:

* Antigüedad y trabajo mínimo igual a la Base de Datos 1.

* Ingresos en el sector, superiores a los topes mencionados anteriormente y hasta alcanzar los \$ 36.000

- Incorporación del personal:

* Se dividen las categorías laborales en cinco grupo: enfermeros, administrativos, paratécnicos, médicos y otros.

* La incorporación se realizará por las IAMC que tomaron afiliados de la IAMC que cerró, en la misma proporción de las categorías mencionadas, según la estructura de la empresa que incorpora personal.

* Si finalizada la operación mencionada, quedaran trabajadores en la Base de Datos 1, las IAMC deberán incorporar personal hasta alcanzar el promedio del sector para cada categoría.

* No se podrá recurrir a la Base de Datos 2 hasta agotar la Base de Datos 1, las que permanecerán por un plazo de 24 meses, durante el cual las IAMC deberán recurrir necesariamente a ellas para tomar personal.

* Los trabajadores incorporados permanecerán en sus cargos excepto por razones disciplinarias.

* La incorporación de personal se hará de acuerdo al crecimiento de afiliados a las demás instituciones en un plazo de 30 días.

* Se crea una Comisión Tripartita para administrar este procedimiento.

* Medidas para las mutualistas desfinanciadas

Mecanismo de adecuación de la masa salarial y mantenimiento del empleo

a. Objetivos del mecanismo:

* Permitir que la IAMC califique para acceder al apoyo financiero del Programa de Fortalecimiento del Mutualismo, mediante procesos que habiliten resultados económicos positivos con reperfilamiento de sus pasivos, sin afectar el nivel de empleo.

* Viabilizar la incorporación de trabajadores provenientes de una IAMC cerrada.

b. Condiciones a cumplir por la IAMC para poder aplicar el mecanismo

* Suscribir el acuerdo de redistribución de afiliados y personal en caso de cierre de una institución.

* Elaborar un proyecto de reconversión para superar sus problemas estructurales, recogiendo las pautas del documento general.

* Demostrar que las medidas a tomar sin alterar la masa salarial resultan insuficientes para lograr el equilibrio económico y alcanzar capacidad de repago de sus pasivos.

* Compromiso de estabilidad laboral por el período de vigencia del acuerdo.

* Disposición a negociar las escalas de descuento a aplicar de acuerdo a los

criterios generales establecidos en el documento general.

c. Características generales

* Transitoriedad. El mecanismo es de carácter transitorio, aplicándose hasta lograr dos metas:

i. Endeudamiento menor a 2 meses de ingreso total (pasivo total < 2 meses de ingreso total)

ii. Resultados económicos positivos, definiendo los niveles de superávit en función del pasivo total y los ingresos totales que presenta la institución (variando entre 3,3% y 8,33% de superávit promedio mensual según los índices que presente cada IAMC, para un período de 5 años).

* Desacuerdos de aplicación. En caso de existir desacuerdos en la aplicación del mecanismo (por ejemplo, en las escalas de descuento), se habilita la posibilidad de solicitar al MSP la integración de un comité de arbitraje para definir los valores específicos.

* Mecanismo de adecuación de la masa salarial. Es común para todas las categorías laborales -médica y no médica- y todas las personas que se incluyan en una misma categoría laboral. El criterio consiste en clasificar la estructura salarial de cada institución por quintiles, clasificando el personal de la IAMC en cada quintil definido en función de su remuneración. Quienes queden incluidos en el primer quintil (remuneraciones inferiores de la escala) no verán reducidos sus salarios. Los descuentos se aplicarán al personal incluido en los restantes cuatro quintiles, con dos restricciones generales:

i. El descuento máximo para quienes integren el quinto quintil (remuneraciones máximas de la institución) no puede superar el 25%.

ii. El descuento máximo para quienes integren el segundo quintil no puede superar el 25% del porcentaje definido para el quinto quintil. ■