

# FEDERACION URUGUAYA DE LA SALUD

8 DE ABRIL DE 2002

La salud en el Uruguay es un sector de actividad cuya participación en la actividad económica del país es relevante, llegando a un orden del 11% del PBI, lo que significa 2.200 millones de dólares al año que se dedican a la atención médica.

Ello supone un gasto por usuario del orden de los 700 dólares que lo ubica en los niveles medios de la comparación internacional. Al mismo tiempo entre médicos y funcionarios involucra más de 50.000 personas. El sistema de salud en el Uruguay de hoy presenta graves problemas, siendo uno de los nidos críticos que hoy aparecen en el escenario nacional.

En el nivel de análisis que hemos desarrollado avanzamos en algunas respuestas y proponemos articular un conjunto de soluciones para el sector a modo de debate con el resto de las organizaciones sectoriales y el sistema político. Decimos:

- **Por un lado en un sistema que en su esencia (público y mutual) no tiene fines de lucro, éste ha invadido el sistema por diferentes vías y las utilidades se llevan una cuota parte creciente de los 2.200 millones de dólares gastados.**
- **Por otro lado un modelo atención curativo que estimula el sobregasto y por ende destina más recursos de los necesarios a la atención en salud.**

**He ahí las claves del desfinanciamiento.**

## 1.1. LA DISTRIBUCIÓN DE LOS SALARIOS

No hay duda, nadie lo niega ya que las diferencias salariales son abismales. Las intuiciones de todos se confirmaron con el documento entregado por el Ministerio de Salud Pública en el marco de la comisión tripartita sobre relaciones laborales.

Veamos algunas conclusiones expresadas en cuadros de dicho informe que se refiere al 84% de las IAMCS de Montevideo representando unos 850 mil afiliados, pero que creemos que, en líneas generales, las conclusiones valen para el conjunto del sistema:

Una primera referencia entonces nos dice que si tomamos **las personas que ganan más de 40 mil pesos, es decir un ingreso mayor a dos canastas familiares, estas personas son el 6,06% del total de funcionarios y reciben el 27,24% de los salarios, es decir reciben una cuota parte de los salarios equivalente a más de cuatro veces su participación como funcionarios.**

Es de hacer notar que en el otro extremo, quienes **ganan menos de 10 mil pesos son el 50% de los funcionarios y se quedan apenas con el 20% de los salarios totales.**

En el personal no médico apenas 148 personas, es decir el 1,11% del total de funcionarios no médicos se quedan con el 5,60% de la masa salarial. Es decir se gesta en el sector no médico una pirámide muy espigada, que sumada a los cargos de gerentes y asesores no muestran que **201 personas reciben en conjunto casi 12 millones de pesos por mes, lo que nos da un promedio de salario de 60 mil pesos mensuales** para este núcleo de funcionarios no médicos..

En el caso de los médicos encontramos que **909 médicos reciben un ingreso salarial mensual de casi 62 millones de pesos, lo que da un ingreso promedio de 68 mil pesos.**

Por ende el problema no es médico – no médico sino la existencia de un conjunto de personas de altos salarios que encubren utilidades y que distorsionan la estructura de costos del sistema.

## 1.2. EL GASTO EN MEDICAMENTOS

Sin duda este es un serio problema el que se establece en las relaciones

entre las instituciones prestadoras de salud y los proveedores de insumos sobre todo laboratorios de medicamentos, que fijan precios y condiciones de pago actuando de manera oligopólica frente a instituciones que actúan aisladamente.

Es cierto que en el momento actual sus deudas corren riesgos de cobro, pero ello no obsta a ver el problema de fondo, es decir **el sobreprecio que cobran los laboratorios al sistema mutual fruto de su posición dominante y oligopólica en el mercado.**

En promedio el sistema mutual gasta en medicamentos un 12 a 13% de sus ingresos, es decir casi 150 millones de dólares. Una baja de precio (que se puede obtener por la vía de una acción pública reguladora del precio al estilo de lo que fue el Laboratorio Dorrego) del orden de 10%, baja ínfima en relación al altísimo margen de ganancia de los laboratorios, significarían 15 millones de dólares de ahorro del sistema. **Otra vez el lucro quedándose con un parte del ingreso de un sistema sin fines de lucro.**

**Sin embargo aquí no hay sólo un problema de precios, también hay un exceso de cantidad de recetas derivado del modelo de atención.**

### **1.3. EL USO DE TECNOLOGÍAS**

**Sin duda nadie duda de la irracionalidad en la tenencia y uso de las altas tecnologías, lo que lleva a su vez a un incremento considerable del gasto e induce a la población a un comportamiento que desatiende la prevención y sobreutiliza estas tecnologías muchas de ellas en propiedad privada de grupos empresariales.**

Es decir se han generado intereses vinculados al poder económico que genera mecanismos de presión muy fuertes sobre el sistema de salud y distorsiona la estrategia de atención y concentra los ingresos generados.

**Es decir en un sistema social, estos elementos introdujeron la rentabilidad capitalista en el sistema y ello distorsionó notoriamente su estructura.**

Es en esa dirección de análisis que aparecen sobre gastos en técnicas de diagnósticos que responden simplemente a las relaciones económicas entre los prestadores y las instituciones.

Pero al mismo tiempo es necesario desestimular su uso inapropiado, estimulando la estrategia de atención primaria que debe abarcar todos los niveles de la misma, pero que debe iniciarse con el desarrollo de la prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la población así como la educación para la salud.

#### **1.4) EL ENDEUDAMIENTO DEL SISTEMA**

Las IAMCs tienen una deuda muy voluminosa producto de muy variados factores, incluido los problemas de gerenciamiento del sector, lo cual significa una traba al desarrollo de las instituciones y la posibilidad de nuevos créditos.

Sin embargo el origen de estas deudas en un marco de una cuota mutual en ascenso tiene que ver con el mal uso de los recursos y las estrategias de gasto inadecuadas, todo lo cual se analizó en los puntos anteriores. **Por todo ello la solución a este problema debe venir atada a las demás soluciones, de fondo del sistema de salud, más allá de la necesaria refinanciación de deudas, pero atadas al cambio en el modelo de atención.**

#### **1.6) LA INEQUIDAD EN EL GASTO EN SALUD**

En el Uruguay la salud ha sido y hoy lo es más que nunca un factor de fragmentación social.

**La sociedad subsidia tanto a los sectores más pobres y a los sectores más ricos de la población.** Fundamentemos nuestra afirmación.

El siguiente cuadro nos muestra lo que gasta en salud (y dentro de ella en cada uno de sus componentes) familias que integran diversos deciles de ingresos, es decir familias que están en el 10% más pobre de la población, en el segundo 10% más pobres y así sucesivamente hasta los dos deciles más ricos.

Allí vemos que el 20% más pobre de la población gasta entre 8,95 (el 10% más pobre) y 12,33 el segundo 10%. Al mismo tiempo el 20% más rico gasta 10,58 % y 8,23% el 10% más rico de la población. Mientras que los hogares uruguayos gastan en promedio 13,52% en salud y en la clase media ese porcentaje llega a más de 15%.

Cuadro 3: Gasto en salud por deciles de hogares

GASTOS	TOTAL	DECILES DE HOGARES					
		I	II	IV	V	IX	X
		Gasto	Gasto	Gasto	Gasto	Gasto	Gasto
<b>GASTOS MÉDICOS</b>							
Medicamentos y farmacia	250,77	96,59	88,82	260,89	185,11	418,90	517,26
Anteojos y otros ap.							
Médicos	53,06	2,45	69,36	39,56	22,47	93,92	63,61
Servicios médicos no mutuales	257,78	38,21	50,81	108,56	299,39	485,18	590,65
Servicios médicos mutuales	1.296,68	362,26	731,41	1.266,48	1.692,25	1.599,73	1.508,20
Sanidad policial y militar	108,43	176,35	274,49	153,60	75,74	51,16	26,12
Atención hospitalaria	236,14	57,29	106,42	187,74	217,31	280,32	499,88
Total gasto en salud	2.202,86	636,56	1.232,50	1.755,94	2.307,16	2.510,31	2.688,46
Total consumo familiar	16.299,00	7.115,00	9.998,44	12.428,57	15.066,70	23.729,11	32.663,51
Porcentaje de gasto en salud	13,52	8,95	12,33	14,13	15,31	10,58	8,23
Participación de gasto mutual	58,86	56,91	59,34	72,13	73,35	63,73	56,10

Ello se explica en el caso de los pobres pues no acceden al sistema mutual y deben atenderse en salud pública no participando del sistema

mutual.

En el caso de los sectores más ricos porque al ser la cuota mutual fija, en ingresos mucho más altos, esa cuota fija pesa mucho menos. Y aún con el desarrollo de la medicina prepaga privada (como Medicina Personalizada u otras) o pagos extras para privilegios especiales (cuarto sin acompañante u otras) en el sistema mutual **el gasto en salud es mucho menor en términos relativos para los ricos.**

Pero sin embargo este subsidio en el caso de los pobres es para obtener una asistencia deteriorada en la que cada usuario recibe **una atención equivalente en dinero a 25 dólares por mes.** Sin embargo los sectores más ricos que también son subsidiados (repito en el sentido de que el resto de la sociedad paga más para que ellos tengan una cuota proporcionalmente menor) lo hacen con un nivel de atención que ronda los **80 dólares por mes y por persona, es decir más de tres veces superior a la atención que reciben los sectores más pobres.**

Ello conduce a una fuerte fragmentación social que, sumada a la que existe en la educación, en la vivienda y en los ámbitos de socialización consolida una sociedad fragmentada y reproductora de la desigualdad y las diferencias de clase. Esto nos muestra que **no tiene sentido el sistema de cuota única en el sistema mutual, porque los pobres no pueden pagarla y deben quedarse sin atención o ir a un sistema de salud pública fuertemente deteriorado y los ricos acceden a una mejor salud, pagando una fracción minoritaria de su ingreso.**

## **1) BASES DE LA PROPUESTA**

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

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

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

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

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

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

### **3) MODELO DE ATENCIÓN**

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

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

- una reestructura en el modelo de atención ambulatoria, (que se hace con carácter curativo, con multimedicación, usando y abusando de la tecnología, sin protocolos definidos, sin conocimiento epidemiológico y de

prevalencia de las necesidades de la población) hacia una atención de la salud (no de la enfermedad) que privilegie la prevención, de tipo comunitario dando participación a un equipo multidisciplinario de salud (médico, enfermera, químico, asistente social, odontólogo, nutricionistas, personal docente, trabajador de la salud, etc.) **con gran participación del usuario** y con un fuerte contenido educativo.

- Reorganizar los niveles superiores de asistencia, desde la internación en el segundo nivel (médico-quirúrgica) hasta los más complejos (cuidados intensivos, tecnología de alta complejidad IMAE)
- implementar el médico de familia
- interconectar, reestructurar y homogeneizar todas las infraestructuras sanitarias existentes en el país a fin de optimizar los recursos, evitando la duplicación de los mismos.
- Es necesario prever la creación de un sistema de información adecuado que incluya los datos básicos de los usuarios, las historias clínicas y un correcto registro de actividades. Para ello se establecerá un Carne de Asistencia obligatorio para todos los usuarios. Se establecerá asimismo una historia clínica básica, fácilmente llenable y procesable por medios informáticos, cuyo centro serán los problemas de salud del paciente mas que la cronología.

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

- Adecuación del valor de las ordenes de Ginecología y Cirugía General, llevándolas al mismo valor que Medicina General y Pediatría.
- Aumentar el tiempo de consulta por paciente.
- Sistema de retribución de Medicina General y Pediatría acorde con la estrategia de atención primaria

- Programa de capacitación en actividades preventivas de los médicos del primer nivel de atención.
- Definir como puerta de entrada al Sistema de Atención al Médico General y al Pediatra.
- Protocolización de las enfermedades de consulta más frecuente en el Primer Nivel de Atención.

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

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

#### **4) POLÍTICA DE MEDICAMENTOS**

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

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

Al mismo tiempo existe un consumo desmedido y abusivo de medicamentos

producto de múltiples factores. Asimismo la automedicación y las fallas en las conductas de prescripción, carencias de regulación y control en la promoción y publicidad de medicamento tanto a los profesionales como hacia la población.

Por ende es necesario una política nacional de medicamentos.

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

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

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

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

- Un lista de medicamentos de carácter genérico y obligatoria como base de la atención. La lista de medicamentos esenciales serán de aplicación por parte de todos lo Efectores de salud a nivel nacional.
- Elaboración de normas de prescripción de medicamentos, basada en la prescripción obligatoria del uso de denominación genérica en el recetario. Esto supone además la utilización de los protocolos terapéuticos establecidos.

- Los criterios para elaborar la lista de medicamentos esenciales se basan en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.
- En base a la lista de medicamentos esenciales se confeccionará un formulario terapéutico nacional.

### **Los precios**

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

Por lo tanto:

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

### **Investigación y Desarrollo**

- Considerando los costos para la sociedad principalmente en el campo de las virosis y las dolencias crónicas, los esfuerzos prioritarios serán dirigido a la producción de medicamentos genéricos epidemiológicamente definidos como esenciales y más críticos

- Debe desarrollarse la investigación y el desarrollo de políticas tendientes al dominio de producción de moléculas y producción industrial de fármacos y otras materias primas básicas.
- Se definirá el fomento de la producción nacional o regional de medicamentos genéricos incluidos dentro de la Lista de medicamentos esenciales y materias primas e insumos para producción de dichos medicamentos.
- Se creara un Fondo de Investigación y Desarrollo en conjunto con la Industria farmacéutica instalada destinada a la producción industrial de materias primas esenciales de los fármacos esenciales.

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

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

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

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

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

En ese sentido proponemos:

- Establecer por parte del MSP y la Facultad de Medicina una cuidadosa selección de Nuevas Tecnologías en Salud, evaluando de acuerdo a parámetros nacionales, regionales e internacionales los costos, el impacto en la población, y en el medio ambiente. Las Nuevas Tecnologías se incorporaran sujetas a pruebas y evaluación permanente.
- No se autorizara la introducción de Nueva Tecnología, hasta tanto se protocolice y establezca una nueva normativa con carácter nacional, por parte del MSP y la Facultad de Medicina.
- Realizar un relevamiento a escala nacional por parte del MSP de la tecnología existente en el sector salud.
- Una vez realizado el relevamiento de Tecnologías existentes se procederá a regionalizar el país, con el objetivo de una mejor accesibilidad de la población a los recursos existentes evitando las asimetrías existentes en la actualidad.
- Se definirá una política de coordinación y complementación de Efectores para el uso racional de la tecnología existente y la que sea introducida sobre la base de la Política Nacional de Nuevas Tecnologías.
- La Política nacional de Tecnología definirá que toda incorporación de Nuevas Tecnologías en Salud se hará de acuerdo a evaluación de prioridades en la atención de la salud, que harán énfasis en la Atención Primaria en Salud.
- Todos los efectores de salud públicos y privados formarán parte del seguro que será universal y comprenderá al conjunto del sistema de salud nacional.

## 6) LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS

- Es necesario proceder a establecer la obligatoriedad de proporcionar con carácter general a los usuarios, - por parte de todas las instituciones que conforman el sistema de salud uruguayo tanto público como privado- la cartilla de derechos que se explicitan en los decretos sobre el funcionamiento del sistema de salud.
- En todas las Instituciones se procederá a colocar a la vista del público dicha cartilla la que tendrá un diseño uniforme común para todas las Instituciones.
- En los ámbitos donde estos derechos no estén desarrollados como el caso de los **derechos en la hospitalización**, el MSP establecerá con carácter universal y obligatorio para todos los Efectores tanto Públicos como Privados los derechos del paciente hospitalizado (tomar como base la legislación brasileña)
- **Se define la obligatoriedad de proporcionar con carácter general a los usuarios, - por parte de todas las instituciones que conforman el sistema de salud uruguayo tanto público como privado- la cartilla de procedimientos a través de los que se puede efectuar denuncias fundadas, como así también la ubicación física e institucional donde canalizar las mismas.**
- **El reconocimiento del paciente sobre su propio cuerpo y su derecho a decidir la terapéutica a aplicar requiere del consentimiento que debe ser *libre y voluntario*, sin presiones de cualquier índole, *previo al acto médico*, en caso de no ser posible se realizara en mismo momento, pero nunca posterior al acto médico.**
- En este mismo sentido el paciente tiene derecho a saber la verdad sobre su estado de salud.
- **El MSP debe establecer la protocolización de la Historia Clínica y la obligatoriedad de su utilización con carácter universal para todo el Sistema. Debe establecerse una política tendiente a que en un plazo breve se instrumente la informatización de la misma y el establecimiento de una red nacional de Historias Clínicas para todos lo Efectores del Sistema.**

- **El paciente es el dueño de los datos contenidos en la historia clínica. Este puede tener acceso a la misma, y dentro de la protocolización a establecer por parte del MSP, debe incluirse los requisitos para el acceso con carácter obligatorio por parte de todos los Efectores.**

## **7) SEGURO NACIONAL DE SALUD**

Sus principios deben ser:

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

**Una propuesta de seguro nacional de salud**

Proponemos un **SEGURO NACIONAL DE SALUD UNICO Y UNIVERSAL.**

Dicho seguro presentaría las siguientes características:

- e) Los ciudadanos aportan al Seguro Nacional de Salud un porcentaje de sus ingresos familiares, con un mínimo no imponible (aunque no por ello deja de tener derecho a la cobertura) y tasas progresionales según ingreso y tamaño de**

**las familias.** Recordemos que el promedio de gasto en salud de las familias uruguayas ronda hoy el 10% y ello podría ser la tasa promedio, mientras que las tasas podrían ir de 5 a 20%, salvo la población exonerada de pago.

- f) Dicho aporte daría lugar a **una cobertura integral del núcleo familiar** en la institución efector de salud que la familia decidiera. **La decisión de las personas se basará en pautas de calidad del servicio y no como hoy en los precios, en si se cobran o no ordenes, etc.**
- g) Las empresas mantendrán su aporte como hasta ahora, es decir un 5% sobre la nómina de salarios.
- h) El Estado complementará dichos ingresos con un aporte presupuestal para llegar a la cifra requerida. Si tomáramos como base el gasto actual de 2.200 millones de dólares, el **aporte del fisco debería ser de 800 millones, levemente superior al gasto actual de todo el sector público.**
- i) Las instituciones **cobrarán al seguro el valor equivalente a las afiliaciones que capten con cuotas diferenciadas por prima de riesgo**, siendo más caras según sexo, edad, etc. La clave del sistema es que **l prima de riesgo la paga el Fondo, o sea solidariamente los sanos, para los de mayor enfermedad, los jóvenes para los viejos y así sucesivamente.** Con ello compatibilizamos los puntos 2 y 3 de nuestros principios es decir la justicia en el pago y el equilibrio de las instituciones.
- j) Además se cobrarán copagos por tickets y ordenes iguales para todos con el único objetivo de officar **como moderador del gasto.**
- k) El seguro elaborará una paramétrica para determinar la cuota mutual, teniendo en cuenta los costos asociados a cada tipo de afiliado (edad, sexo) sobre la base de la estrategia sanitaria definida y por ende los mayores costos por "abusos tecnológicos", etc serán pérdidas para las instituciones.

- l) Se definirán sobre cuotas que el fondo le pagará a las instituciones en función del cumplimiento de ciertos objetivos de la política de salud, como por ejemplo un plus por estrategias de atención primaria u otras compatibles con la estrategia sanitaria definida.
- m) Los efectores de salud entonces podrán ser públicos o privados, podrán constituir redes de atención o alianzas estratégicas para mejorar la calidad de sus servicios y obtener una mayor afluencia de afiliados. Pero lo que ya no cabrá será competencia por precios, liberación de pagos de tickets u otras formas de competencia que no hacen a la calidad del servicio sino al manejo financiero.
- n) El seguro será administrado por una superintendencia de Salud con participación del MSP, los usuarios, las instituciones y los trabajadores. El tema del control financiero, pero sobre todo de la calidad de los servicios es una clave central de esta propuesta.
- o) Por último es necesario la regulación en monto, precio y calidad de la tecnología rol que, junto al de la formación de recursos humanos, debe corresponder al Hospital Universitario, quien debe progresivamente ir asumiendo la prestación global de dicho servicio.

## 8) CONCLUSIONES

- El problema central del sistema en términos del uso de sus recursos para una adecuada prestación del servicio de salud es el modelo de atención, por ende debemos ir a un modelo que privilegie la estrategia de Atención Primaria
- Cambios en el modelo de atención llevarán a cambios en la dotación de insumos de medicamentos y tecnología
- Es necesario un cambio en los patrones de remuneración que sea universal y que garantice ingresos dignos y a igual trabajo igual

remuneración base.

- Los cambios en el financiamiento deben provenir de un seguro universal y proporcional al ingreso de los hogares
- Desde el seguro puede realizarse fuertes políticas de cambio en el modelo de atención ya que el financiamiento puede incluir en su estructura de costo, los incentivos a las nuevas formas de atención que quieran impulsarse.

Por lo tanto creemos que las políticas de modelo, insumos y financiamiento son un todo articulado, cuyo resultado será la superación de la crisis del sistema, en un proceso de transición hacia un Sistema Nacional de Salud.

**CONSEJO CENTRAL DE FUS**