

**PROPUESTA DE MEDIDAS
INMEDIATAS PARA SUPERAR LA
CRISIS MUTUAL Y MANTENER
EL EMPLEO**

INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL

MONTEVIDEO, 4 DE ABRIL DE 2001

I. Introducción

La medicina colectiva en el Uruguay - integrada por mutualistas, cooperativas médicas y centros de asistencia de gremios médicos - tiene una larga tradición. Desde hace 150 años ofrece servicios de atención médica integral a una parte muy importante de los habitantes del país.

Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, (IAMC) brindan a sus afiliados una cobertura de asistencia médica integral, completa e igualitaria; con actividades de medicina, ginecología, cirugía, pediatría y demás especialidades complementarias; algunas acciones preventivas como inmunizaciones; acciones de recuperación de la salud, incluyendo atención ambulatoria en domicilio y consultorio; servicios de emergencia e internación común y especializada; provisión de medicamentos; servicios diagnósticos y terapéuticos; cirugía; acceso a la alta tecnología, etc.

A través de este sistema la mayoría de los montevideanos han accedido a servicios médicos de calidad y equitativos.

Las 18 IAMC que funcionan en Montevideo son responsables de la atención médica de 967.000 personas, dos terceras partes de la población del departamento.

El sector se caracteriza por haber desarrollado una importante infraestructura edilicia y de equipamiento tecnológico propio, con un modelo de atención en que predominan actividades curativas y altas tasas de utilización de tecnología y medicamentos.

El total de cargos del sector asciende a 27.657, lo que constituye una muy importante fuente de empleo. Existen 10.100 cargos médicos, 6.200 cargos de enfermería, 3.000 de técnicos no médicos, 3.500 administrativos y 4.000 de servicios generales.

Hoy el sector, debido a una multiplicidad de factores, se encuentra atravesando una gravísima crisis que pone en riesgo su continuidad futura.

Estudios realizados por el MSP han permitido conocer y cuantificar la crisis que atraviesa el sector, avanzando en la identificación de

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

los principales núcleos problemáticos que afectan a las Instituciones e inciden en el origen de dicha situación.

La deuda total de las IAMC de Montevideo ascendía a junio del 2000 a U\$S 329 millones, comprometiendo 6 meses de recaudación del conjunto de las instituciones. El déficit operativo sobre ingresos promedio de las IAMC es de 7%, llegando en algunas de ellas al 14% al 30 de junio del 2000. Esto significa que mensualmente el pasivo se incrementa en U\$S 3:000.000, lo que implica una situación insostenible en el tiempo.

Esta crítica situación económico-financiera, producto de déficits operativos acumulados en el tiempo, coloca al sector en una situación de inviabilidad.

La expresión más aguda de la crisis son seis Instituciones con riesgo de cierre inmediato. Todas ellas tenían al 30 de junio del 2000 patrimonio neto negativo, un pasivo que oscilaba entre U\$S 443 y U\$S 756 por afiliado y el endeudamiento total representaba entre el 101.78% y el 264.86% de los activos. Con posterioridad a esta fecha, algunas de ellas han tomado medidas con distinto grado de profundidad que podrían abrir distintas alternativas de futuro. Será necesario evaluar rigurosamente los impactos de los cambios generados.

Estas instituciones asisten a 120.000 afiliados, emplean a 3.200 personas y poseen 308 camas de internación común y 43 de CTI.

Ante la gravedad de la situación se abren dos opciones:

- a) Que el MSP proceda a la clausura de aquellas IAMC que por su situación de insolvencia económica ponen en riesgo la asistencia médica y garantice la redistribución de los afiliados, según lo dispuesto en el marco normativo vigente.
- b) Que en el marco del cumplimiento por parte del MSP de sus obligaciones legales, los actores privados acuerden un conjunto de medidas inmediatas que permitan preservar el sistema y evitar importantes pérdidas de puestos de trabajo.

A los efectos de procesar la negociación de la segunda alternativa se creó una Comisión Multisectorial, con la participación de FUS, SMU, SAQ, Plenario de IAMC, UMU, MSP, MEF y MTSS,

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

incorporándose posteriormente FEMI, FECOMI, MUCAM, COSEM y COMUE.

Los objetivos de esta Comisión fueron:

- Alcanzar la estabilidad y continuidad del sistema mutual.
- Asegurar la estabilidad laboral para todos los médicos, cirujanos y funcionarios no médicos que hoy trabajan en el mutualismo de Montevideo.

Para cumplir con estos objetivos prioritarios las partes entendieron necesario:

- Promover cambios en el modelo asistencial que tiendan a asegurar una atención continua, integral, oportuna, accesible, eficaz y de calidad.
- Introducir cambios estructurales, así como promover herramientas que garanticen el fortalecimiento en la gestión de las Instituciones; en especial, en el área de los medicamentos y de la tecnología médica a punto de partida del cambio del Modelo Asistencial.
- Promover una adecuación del marco normativo que asegure el buen funcionamiento futuro del sistema.
- Acordar medidas que permitan alcanzar condiciones de viabilidad económica a las mutualistas, para que estas puedan incorporarse al Programa de Fortalecimiento Mutual del MSP, entendido éste como el conjunto de medidas de transformación que posibiliten su perfeccionamiento y permanencia.

II. Modelo Asistencial

a) Un modelo de atención centrado en la persona humana

Para obtener una mayor humanización y protección de los usuarios y sus familiares, se deberán atacar las principales fallas burocráticas que presentan las mutualistas y que atentan contra una atención eficaz, oportuna y humana.

Las IAMC deberán rediseñar sus procedimientos administrativos y estructura funcional para asegurar el cumplimiento de los siguientes puntos:

- Sistemas de adjudicación de horas de policlínica accesibles para el usuario.
- Cumplimiento por parte de los profesionales de los horarios de consulta previstos, para evitar pérdidas de tiempo innecesarias a los pacientes. Se deberán prever sistemas de sanción ante las situaciones de incumplimiento; por ejemplo, sanciones disciplinarias al profesional, devolución del importe de las órdenes, etc.
- Obligación de brindar información regular sobre el estado de salud de los pacientes internados, ya sea en salas comunes como especializadas, al enfermo y su familia. Deberá estar preestablecido el horario en el cual diariamente se brindarán los respectivos informes.
- Para los familiares de los pacientes internados en CTI deberá disponerse de salas de espera adecuadas.
- Optimización de los procedimientos de coordinación de los servicios diagnósticos y terapéuticos, así como los pases a especialistas, que permitan una mejor y más rápida resolución de los pacientes.

La Comisión solicita que estos cambios sean evaluados en el momento de aprobar los Proyectos de Reconversión.

b) Definición de las prestaciones obligatorias de las mutualistas

La Comisión propone que, en un plazo de 90 días, se cree un grupo técnico para expedirse sobre el nivel de las prestaciones incluidas

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

en la “cobertura de asistencia médica básica, completa e igualitaria”, que obligatoriamente deben brindar las IAMC.

La definición de esta canasta de prestaciones deberá basarse en los siguientes criterios:

- Adecuación de las prestaciones a la situación demo-epidemiológica de la población beneficiaria, teniendo en cuenta particularmente la cobertura de la población de edad avanzada.
- Además de las necesidades asistenciales a ser cubiertas, deberán considerarse otros elementos, como son la evaluación desde un punto de vista económico y los aspectos funcionales, que determinen la factibilidad real del sector de brindar dichas prestaciones.
- Promover un enfoque integral que incluya acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, y que no se limite exclusivamente a lo curativo.
- Priorizar las actividades que permitan contribuir con el fortalecimiento del primer nivel de atención.
- Definir mecanismos que permitan mantener actualizada la oferta de prestaciones, con criterios claros de incorporación de las nuevas técnicas y procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, así como la determinación de las bajas.

La Comisión entiende que el MSP debe realizar un efectivo control del cumplimiento de dicha canasta por parte de las instituciones.

c) Programas de Educación, Promoción y Prevención

- La Comisión considera conveniente que la Dirección General de la Salud defina aquellos Programas de acción preventiva, que las IAMC deberían aplicar en sus ámbitos de atención. En este sentido deberían desarrollarse planes de educación, promoción y prevención para la población sana con énfasis en los grupos de riesgo. A estos efectos se propenderá a la formación de equipos multidisciplinarios.

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

- La Comisión considera conveniente que la Dirección General de la Salud, implemente la obligación de realizar un Carné de Salud para todos los afiliados, de carácter anual, planificado, que permita detectar preventivamente las situaciones que puedan afectar la salud de los mismos y que reúna los requisitos que cumplan una verdadera acción preventiva, contemplando la edad crítica de la población asistida en ambos sexos.

d) Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención

El modelo de asistencia predominante en las IAMC se ha volcado paulatinamente a la utilización de los servicios de especialidades y subespecialidades en detrimento de la atención continuada por un médico de cabecera. Este modelo no solamente es más costoso, sino que perjudica la calidad de la atención recibida por el paciente que no es captado en su totalidad como persona portadora de una o más enfermedades en circunstancias únicas e intransferibles.

Como medidas concretas para la superación del actual modelo de atención la Comisión propone las siguientes acciones complementarias:

- Adecuación del valor de las órdenes de Ginecología y Cirugía General, llevándolas al mismo valor que Medicina General y Pediatría.
- Aumentar el tiempo de consulta por paciente, en particular para la primer consulta.
- Sistema laboral y formas de retribución de la Medicina General y la Pediatría que tiendan a promover una relación continua a través del tiempo entre el médico y los usuarios, donde el paciente identifique a un profesional como su médico de cabecera.
- Programa de capacitación en actividades preventivas de los médicos y demás integrantes del equipo de salud del primer nivel de atención, a cargo de la Dirección General de la Salud y Facultad de Medicina.
- Adecuación de los Planes de Estudio de las distintas profesiones de la salud, a las exigencias del nuevo modelo asistencial, así

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

como la integración de la educación continua y permanentes en sistemas de certificación y recertificación profesional.

- Definir como puerta de entrada al Sistema de Atención al Médico General, al Pediatra y al Médico de Familia.
- Implementar un plan de comunicación social para que el usuario conozca y acepte los cambios propuestos.
- Protocolización de las enfermedades de consulta más frecuente en el Primer Nivel de Atención.
- Los proyectos de reconversión deberán dotar al Primer Nivel de Atención de suficiente capacidad resolutive. La Comisión solicita que este aspecto sea especialmente evaluado en el momento de su aprobación.

e) Nuevas modalidades asistenciales

Existe una tendencia creciente en la mayoría de los sistemas de salud a buscar nuevas formas de organizar la prestación de servicios, para dar una respuesta más adecuada a las distintas necesidades asistenciales desde el punto de vista de la eficiencia y la satisfacción de los usuarios. Esta nueva organización, teniendo en cuenta la eficiencia, debe priorizar el carácter universal, accesible, oportuno, priorizándose la relación costo-eficacia y no solamente el costo beneficio.

Si bien en nuestro país existen desarrollos incipientes, se considera conveniente estimular programas de atención domiciliaria, cirugía ambulatoria, hospital de día, etc.

Es necesario fijar estándares, elaborar guías de tratamiento y definir claramente el tipo de paciente con posibilidades de ser incorporado en dichos programas.

La Comisión entiende que para asegurar la calidad de estas nuevas modalidades de atención sería conveniente que el MSP disponga de un sistema de monitoreo de las mismas.

Las IAMC, en el momento de elaborar los Proyectos de Reconversión deberán analizar la viabilidad de introducir estas modalidades asistenciales de forma individual o coordinada con otras Instituciones.

f) Uso racional del medicamento en las mutualistas

En concordancia con el cambio en el modelo de atención es imprescindible encarar cambios sustantivos en el campo de los medicamentos. Debido a la incidencia que tiene el medicamento tanto en el proceso de atención médica como en los costos de las instituciones, se convierte en un factor de primer orden para un reordenamiento del sistema.

Para asegurar su uso racional en las IAMC, la Comisión propone:

- Que las instituciones elaboren un Vademécum, que contenga un listado de especialidades farmacéuticas por nombre genérico que permita cubrir las necesidades terapéuticas de prácticamente la totalidad de los problemas del primer y segundo nivel de atención, y la mayoría de los del tercer nivel. Dicho Vademécum servirá como instrumento gerencial a las IAMC para mejorar el proceso de compra y prescripción, en el entendido de que no define la canasta obligatoria. Este aspecto deberá ser considerado en los proyectos de reconversión.
- Promover la creación de una central de compras para las drogas de alto costo y baja frecuencia de utilización que permita mejorar la eficiencia en el uso de los recursos por parte de las IAMC.
- Si no existen avances significativos en la adecuación del costo del medicamento en el mutualismo, se evaluará la posibilidad de autorizar la importación directa de especialidades farmacéuticas por parte de las IAMC.
- Implementar acciones que promuevan el uso racional del medicamento en las IAMC, incluyendo la prescripción adecuada, disponibilidad, dosis y duración del tratamiento, interacciones de drogas. Estas acciones serán complementarias a la utilización de los protocolos mencionados previamente, y sería conveniente que sean especificadas en los proyectos de reconversión.
- Las IAMC negociararán, en el ámbito de esta Comisión, con los Laboratorios de Especialidades Farmacéuticas los pasivos existentes y el precio del medicamento.
- Rebajar los tickets de los medicamentos, en función de los ahorros obtenidos en la negociación anterior.

g) Uso racional de la tecnología apropiada

La Comisión propone las siguientes medidas:

- Elaboración de Guías de Práctica Clínica, donde se pauten el uso en situaciones de eficacia demostrada de la Tecnología.
- Implementar acciones de educación continua y capacitación de los profesionales en cuanto a utilización racional de la oferta tecnológica existente.

h) Calidad de los servicios

La búsqueda de la calidad se ha orientado principalmente hacia el mayor uso de la tecnología, no siendo ésta un sinónimo de un mejor nivel asistencial, y no se ha otorgado la misma importancia a otros aspectos de la calidad de los servicios centrados más específicamente en los usuarios y en la búsqueda de los procedimientos que resulten más eficaces y con menor costo para la resolución de los diferentes problemas de salud.

Se entiende necesario la promoción de programas integrales de garantía de la calidad de los servicios que abarquen actividades desarrolladas en forma continua y sistemática por los diferentes actores del sistema.

Con este propósito la Comisión propone que:

- Los Proyectos de Reconversión prevean la revisión y adecuación de los sistemas de información vigentes en los servicios para permitir el adecuado control y gestión de la calidad asistencial.
- Se diseñe e implemente un Sistema de Acreditación de Servicios de Salud, como procedimiento de evaluación de los recursos institucionales que tienda a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente aceptados.
- Se difunda el uso de protocolos y guías de práctica clínica por parte de los profesionales debidamente validados y actualizados en forma periódica. De acuerdo a lo definido en los puntos anteriores del Modelo de Atención, en una primera etapa, se

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

priorizará la difusión de protocolos para los problemas de mayor prevalencia en el primer nivel de atención.

i) Derechos de los usuarios

La Comisión plantea la necesidad de elaborar un contrato que regule la relación del afiliado con la Institución, en consulta con las distintas organizaciones de usuarios, así como una Cartilla de Derecho de los Usuarios donde se establezca:

- Derechos del usuario
- Consentimiento informado
- Tipo de información sobre las instituciones que tiene que estar disponible de forma pública.
- Mecanismo de presentación de los reclamos ante la IAMC y el MSP

III. Modelo de Gestión

La Comisión plantea las siguientes medidas tendientes a mejorar la eficiencia en la gestión, que deberían ser incorporados en los Proyectos de Reconversión de las IAMC:

- Definir claramente los roles, cometidos y responsabilidades de los distintos órganos de gobierno y de gestión (Asambleas, Consejos Directivos y Gerencias), separando las responsabilidades de dirección y las funciones ejecutivas, respetando las particularidades de aquellas Instituciones que tienen vínculos con organizaciones religiosas.
- Establecer la incompatibilidad entre quienes deciden los destinos de la institución y quienes contratan con la misma.
- Adoptar, como instrumento de gestión, la planificación estratégica; con definición de metas anuales, presupuestación de la operativa institucional.
- Definir procedimientos regulares y sistemáticos para la adquisición de bienes y servicios, así como para el debido contralor de la calidad, cantidad y precio contratado.
- Mejorar los sistemas de control, estableciendo auditorias externas e internas.
- Adecuar los sistemas de información para facilitar la gestión integral de las IAMC, tener información en tiempo real y poder efectuar las rectificaciones gerenciales que sean necesarias en el momento oportuno.

IV. Variables de contexto

a) Fortalecimiento del rol regulador, controlador y fiscalizador del MSP

Además de su responsabilidad como efector de servicios asistenciales, al MSP le corresponde como autoridad sanitaria ejercer las funciones regulatorias, normativas, de control y sanción. El buen funcionamiento del sistema requiere, además del fortalecimiento operativo de la estructura del Ministerio, las siguientes medidas:

- **Marco Normativo**

La Comisión entiende que es necesario definir un nuevo marco regulatorio expresado en un conjunto de reglas comunes para todas las instituciones de salud (IAMC y Seguros parciales).

Este nuevo marco regulador deberá prever garantías y reservas técnicas que aseguren los derechos de los usuarios, trabajadores y acreedores. Estas exigencias deberán ser graduales, atendiendo a la realidad del sector.

La normativa deberá tender a evitar las duplicaciones de servicios entre efectores públicos y privados, estableciendo estímulos de coordinación entre los mismos.

- **Política Nacional de Medicamentos**

La Comisión entiende necesario que el MSP implemente una Política Nacional de Medicamentos que aborde integralmente la problemática y asegure su uso racional.

Esta política debe tener por objetivo garantizar la calidad, seguridad, eficacia demostrada, costo adecuado, y accesibilidad de los productos.

Debe abarcar todas las etapas: fabricación, registro y comercialización, distribución, prescripción y dispensación.

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

Debe contemplar la producción de genéricos, el nuevo escenario generado por la Ley de Patentes, y los precios de los medicamentos.

Se propone modificar la política de registro de medicamentos, exigiendo que los nuevos productos demuestren que presentan ventajas terapéuticas sobre los ya existentes o costos menores.

Otras medidas que la Comisión entiende necesarias son:

- Definición, por parte del MSP, de los mecanismos de evaluación necesarios para la incorporación en la canasta obligatoria de prestaciones de las IAMC de la nueva medicación de alto costo. El mecanismo de incorporación debe prever el otorgamiento a las IAMC de los recursos económicos necesarios, teniendo en cuenta en la evaluación del impacto el eventual ahorro por sustitución de tratamientos.
- Normatizar la relación de los profesionales con la industria del medicamento.
- Creación de un Banco de Datos con los precios de los productos en el ámbito nacional e internacional, la dará transparencia al mercado.

• **Política Nacional de Tecnología Médica**

Aunque el marco normativo vigente establece que la introducción de tecnología debe estar justificada según las prioridades sanitarias del país, y debe considerar la viabilidad técnica y financiera del proyecto, en la práctica se constata un control escaso de estos aspectos.

Para introducir criterios de racionalidad en la incorporación de la nueva tecnología, así como para promover un uso más adecuado en la oferta ya disponible, la Comisión considera necesario que el MSP adopte una Política Nacional de Tecnología Médica, que:

- Regule la introducción de nueva tecnología según las necesidades y prioridades asistenciales de la población, así como criterios de evaluación económica (costo-beneficio, costo-efectividad).

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

- Establezca mecanismos que permitan transparencia en los costos de las nuevas técnicas, y fomenten la complementación de servicios.
- La incorporación de nueva tecnología en las prestaciones obligatorias de las IAMC debe prever que se otorguen los recursos económicos necesarios, teniendo en cuenta en la evaluación del impacto, el eventual ahorro por sustitución de procedimientos.
- Con la finalidad de aproximar el arancel de los estudios al costo real de los mismos se deberá estudiar y definir la cantidad de unidades asistenciales (unidad de valor relativo) de cada técnica según la especialidad y el nivel de complejidad.
- Implementar acciones de educación continua y capacitación de los profesionales en cuanto a utilización racional de la oferta tecnológica existente. Se complementará con la elaboración de Guías de uso de la Tecnología.

Como insumo necesario la Comisión propone la realización por parte de la Dirección General de la Salud de un Mapeo de Servicios y de la Tecnología Médica disponible en el país. La información que se obtenga del relevamiento realizado deberá servir de base para definir una propuesta de regionalización del uso de los recursos tecnológicos con los que cuenta el sistema, que permita mejorar el acceso y la eficiencia.

- **Garantía de Calidad de los servicios de salud**

Para garantizar a los usuarios la calidad de los servicios la Comisión considera necesario que el MSP implemente:

- Un Programa de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud.
- La normatización de sistemas de información que permitan un adecuado control y evaluación de la calidad asistencial.
- Adecuación de las normas de Habilitación de los Servicios, que como procedimiento previo a la puesta en funcionamiento de los

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

servicios define las condiciones mínimas estructurales que deben poseer los establecimientos de asistencia.

b) Financiamiento

- Revisión de la paramétrica de ajuste de la cuota

En conocimiento del estudio que se está realizando actualmente en el ámbito de la CEPRE, a efectos de definir una nueva paramétrica para el ajuste periódico de las cuotas, que sea sensible a las variaciones de costos del sistema y que sustituya la utilizada durante décadas en el sector y que sólo contempla variaciones de precios, la Comisión reafirma la necesidad de que antes del 31 de mayo de 2001 se conozca su composición.

- Régimen de precios de cuotas

Los cambios normativos en materia de fijación de precios determinaron, en las últimas décadas, la existencia de algunos períodos de liberalización relativa de la cuota dentro de un marco general de control de la misma. Esto ha llevado a que actualmente existan diferentes valores de cuotas autorizados para cada institución, sin que existan diferencias en cuanto al nivel de prestaciones que deben ser brindadas.

La Comisión entiende necesaria la realización de los estudios técnicos que apunten a corregir las grandes dispersiones de valores que hay en el sistema.

- Adecuación del valor de las tasas moderadoras y racionalización de su aplicación

Desde el año 1993 las tasas moderadoras cobradas en el sector han sido modificadas en cuanto a su propia naturaleza, pasando a ser aplicadas en la mayoría de los estudios ambulatorios que se realizan y fijándose sus montos en valores similares a un copago. Esto ha llevado a un paulatino cambio en la estructura de ingresos de las instituciones y a que la posibilidad de acceso a los servicios se pueda ver limitada por la capacidad económica del afiliado.

Actualmente cada institución fija libremente sus tasas, siendo controlada sólo en cuanto a la posibilidad de incremento de las mismas.

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

De acuerdo a la política que en el último año ha llevado adelante el Ministerio de Salud Pública en este tema, se han fijado valores para las órdenes a medicina, pediatría y control del embarazo, que se asemejan a los existentes antes del año 1993 en función del valor de la cuota.

Para continuar en esta línea, la Comisión propone que:

- a) Coherentemente con el Modelo de Atención definido, el valor de las órdenes para consulta de cirugía y ginecología, debería ser rebajado al mismo valor que para medicina general, siendo su incidencia trasladada a la cuota.
- b) El MSP debería reglamentar claramente para qué tipo de estudios se faculta a realizar cobros y los montos máximos de los mismos.
- c) Conjuntamente al punto anterior, debería reglamentarse la obligación de que las IAMC cobren un mismo tipo de tasa moderadora a todos sus afiliados, independientemente de su edad o forma de afiliación.
- d) Si lo expresado en los puntos b y c supusiera una menor recaudación en alguna institución, la sustitución de estos ingresos deberá ser prevista en los Proyectos de Reversión.

**- Análisis de la factibilidad de la
extensión de la cobertura de la seguridad social a familiares
de los trabajadores privados y funcionarios públicos**

La Comisión entiende necesario que sean realizados estudios que permitan contar con la suficiente información como para evaluar el impacto de esta medida, teniéndose en cuenta que actualmente la Administración Central y otras dependencias públicas destinan recursos para la atención médica de sus funcionarios y familiares. Asimismo, se entiende necesario considerar en dichos estudios el impacto que tendría el aumentar los montos jubilatorios que determinan el derecho de los pasivos de la cobertura por DISSE y especialmente, la posibilidad de corregir las actuales deficiencias del sistema que determinan que ante diferencias mínimas con los topes establecidos, se proceda a quitar el derecho a la asistencia, lo que conlleva a que el pasivo deba hacer frente al pago de una cuota mutual para permanecer en el sistema.

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

En estos puntos, así como en otros que surgieran en el proceso de trabajo, la Comisión de Seguimiento tendrá la facultad de proponer nuevas medidas para su posterior implementación.

V. Medidas inmediatas

- **Programa de Fortalecimiento del Mutualismo**

Durante el año 2000 se realizaron auditorías en las IAMC de Montevideo en las áreas de gestión, asistencial y económico financiero.

Los informes conteniendo las principales conclusiones alcanzadas fueron entregados a cada una de las IAMC auditadas.

El Gobierno se encuentra elaborando un mecanismo destinado a financiar el fortalecimiento del mutualismo a través de la constitución de un Fondo de Reconversión para las IAMC de Montevideo que califiquen para ser elegibles a su financiamiento.

El MSP entregó a las IAMC de Montevideo una pauta técnica para el diseño de los proyectos de reconversión. Se espera que en ellos las IAMC presenten propuestas de superación de los problemas identificados.

A partir de mayo de 2001 se realizará la evaluación de los proyectos de reconversión que se presenten.

Durante el segundo semestre de este año se espera contar con el primer desembolso que permita financiar la reconversión, que asegure la viabilidad económica y asistencial de las IAMC.

Ingresarán a este Programa aquellas IAMC de Montevideo que hayan logrado la aprobación de los Proyectos de Reconversión.

La Comisión entiende que estos Proyectos deberán contener las pautas acordadas en este Documento.

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

Para aquellas IAMC que hayan demostrado la aplicación de medidas tendentes a la obtención de su equilibrio económico financiero, en el marco de las pautas incluidas en este Documento, la Comisión considera oportuno que el Poder Ejecutivo las apoye a través de:

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

- *Mecanismos de compensación de deudas con organismos del estado*

La Comisión propone un régimen similar al que existía en el reintegro a las exportaciones, pudiendo el organismo estatal deudor de la IAMC liberar certificados de adeudo, con fecha de vencimiento cierta, pasibles de ser utilizados para cancelar adeudos con otros organismos públicos.

- *Extensión de la sobrecuota de \$8 vigente hasta el 31 de marzo de 2001*

Se considera conveniente extender el plazo de autorización del cobro de la sobre cuota de \$8, que vence el 31 de marzo de 2001, para contribuir al Plan de Reconversión y al cambio de modelo asistencial, coherentemente con las recomendaciones de esta Comisión

- **Implementación de los Grupos de Trabajo acordados en los Convenios Colectivos vigentes**

Los Convenios Colectivos suscritos en el mes de enero del 2001, entre las IAMC y las distintas gremiales, prevén la creación de comisiones para estudiar las condiciones de trabajo.

La Comisión entiende necesario que se cite a estos grupos en el ámbito del MTSS, para iniciar el tratamiento de los temas contenidos en los Convenios, así como la creación de estímulos al retiro de personal.

- **Solución a la situación planteada por el grupo de IAMC críticamente desfinanciadas.**

Ante la crítica situación que atraviesan varias IAMC, caracterizada por incumplimientos prolongados en el pago de salarios y por un creciente deterioro en las condiciones asistenciales que incrementa el riesgo de cierre definitivo de las mismas, la Comisión entiende necesario la aplicación de los siguientes procedimientos:

Absorción de Instituciones

Para aquellas Instituciones que según los informes de Auditoría contratados por el MSP no están en condiciones de resolver salidas

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

por sí mismas, y para tratar de evitar su cierre, se seguirá el siguiente procedimiento:

- a) Se convocará, en el ámbito del MSP, a las autoridades de la Institución considerada inviable. Con la participación de delegados de la FUS, SMU y SAQ, y con la asistencia técnica de la empresa consultora contratada, se negociarán en un plazo máximo de quince días las condiciones y cronograma de eventual absorción que deberá contar con un proyecto que asegure la viabilidad futura inmediata, por parte de otra IAMC. Una vez, acordado por todas las partes deberá contar con la ratificación expresa del MSP-MEF.
- b) La absorción de una institución inviable por parte de otra se realizará bajo las siguientes condiciones:
 - Se estimulará el retiro de aquellos trabajadores con causal jubilatoria
 - Se documentará la deuda laboral, debiendo negociarse en cada caso las condiciones de su pago que supondrán un plazo razonable para su cancelación.
 - Se conservará el vínculo laboral de todos los trabajadores técnicos y no técnicos del nivel operativo.
 - En cada caso la IAMC que absorba se compromete a negociar con la FUS, el SMU y la SAQ los procedimientos para la racionalización de los servicios y redistribución del personal, pudiendo en el caso de los médicos excluirse, por vía de excepción, los topes de cargas horarias en las funciones médicas y las actividades anestésico-quirúrgicas que se acuerden para contemplar aquellas situaciones en las cuales los médicos tienen cargos en ambas instituciones. Esta vía excepcional solamente comprende a los médicos que se incorporen por este mecanismo.
 - La IAMC que absorba negociará con la FUS, el SMU y la SAQ las nuevas condiciones retributivas.

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

- En cada caso las partes analizarán la posibilidad de implementar un seguro de desempleo rotatorio hasta llegar a la integración y viabilización definitiva.
- A pedido de la IAMC que absorba se podrán solicitar al MSP un ámbito de negociación de los pasivos de la IAMC a ser absorbida, existentes al 28 de febrero de 2001, con las Cámaras de Especialidades Farmacéuticas
- La IAMC que absorba podrá solicitar gestiones del MSP ante el BPS y el FNR tendientes a facilitar acuerdos por las deudas que la IAMC a ser absorbida pudiera tener con dichos organismos, previas al 28.02.2001.
- El MSP debería propiciar, dentro de sus potestades, las adecuaciones en el marco normativo que sean necesarias para facilitar los procesos de integración (cooperativa de segundo grado, etc.)

Para preservar los derechos asistenciales y económicos que tenían los socios individuales afiliados a la IAMC absorbida, la IAMC que absorbe deberá firmar contratos de afiliación cuya duración será de 12 meses, dónde se establecerá la adhesión a la nueva IAMC por dicho período y en contrapartida se mantendrán las mejores condiciones económicas para el afiliado (cuotas, órdenes y tiquets).

En cuanto a los afiliados por DISSE, los mismos ingresarán a la IAMC que absorbe, con una inamovilidad de 24 meses, siempre y cuando el afiliado mantenga o mejore las condiciones económicas (órdenes y tiquets) que tenía contratadas. Se creará una Comisión Tripartita que recepcione las solicitudes de cambio de Institución.

Cierre de Instituciones

En aquellos casos en que no sea posible evitar el cierre de una Institución y con la finalidad de garantizar la continuidad asistencial, respetar la libertad de elección de los afiliados y preservar el mayor número de empleos posibles, se seguirá el siguiente procedimiento:

1. Determinación de la inviabilidad de las IAMC

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

La inviabilidad de las IAMC se determinará sobre la base de algunas de las siguientes condiciones:

- Resolución de la Asamblea de socios o cooperativistas determinando la liquidación de la Institución.
- Resolución del Poder Judicial disponiendo el concurso obligatorio.
- Verificación por parte de los organismos técnicos del MSP de la imposibilidad de la Institución de continuar con la normal y adecuada prestación de los servicios asistenciales.
- Imposibilidad de concretar absorciones según el mecanismo anterior.

2. Intervención del Poder Ejecutivo en la IAMC a liquidar

En aquellas IAMC que se encuadren en alguna de las hipótesis anteriores, el Poder Ejecutivo designará una Comisión Interventora con el objetivo de liquidar la Institución.

El procedimiento a seguir será:

- Los servicios asistenciales, en principio, funcionarán por un plazo de diez días hábiles, contados a partir de la intervención en régimen de domingo y feriado, a cuyo efecto la FUS, SMU y SAQ se comprometen a que sus representados asegurarán dicho extremo.
- En dicho lapso se procederá a recepcionar las solicitudes de traspaso de los afiliados de la Institución a ser clausurada hacia otra IAMC. A tales efectos el Ministerio de Salud Pública convocará públicamente a los afiliados de la Institución intervenida a concurrir a las oficinas de la misma para documentar su elección, informando sobre el conjunto de Instituciones que están en condiciones de brindar cobertura integral. Se brindará información sobre valores de las cuotas, tiquets, cuerpo médico y servicios brindados de las IAMC que funcionan en los Departamentos en los que la Institución en vías de liquidación cuenta con Sede Principal o Secundaria. Para los afiliados individuales la adhesión a la nueva IAMC se documentará en un formulario tipo cuya vigencia será de doce meses. Para todos los socios de DISSE se aplicará el régimen general, que establece una inamovilidad de 24 meses. Los Convenios

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

Colectivos, deberán en un plazo de 10 días renegociar con otra IAMC la cobertura de sus beneficiarios.

- Por el período que dure este proceso, incluidos los 20 días adicionales para notificar desacuerdos según el siguiente punto, las IAMC no podrán realizar publicidad de ningún tipo.
- Funcionará un Comité de Seguimiento durante 60 días, integrado por representantes de la FUS, SMU, SAQ, ADUSS, BPS y las principales afiliaciones colectivas a los efectos de garantizar la transparencia en el proceso de transferencia de afiliados, el control del cumplimiento de la prohibición de la intermediación lucrativa y de la veda publicitaria. Esta Comisión también supervisará el destino de aquellos afiliados que no hubieran seguido el procedimiento de distribución anterior.
- Una vez efectuada la distribución de socios, la Institución intervenida dejará de prestar servicios y la Comisión Interventora continuará con el proceso de liquidación.

3. Régimen de libre distribución de los afiliados

Los afiliados de la Institución clausurada se distribuirán entre las restantes IAMC y mantendrán todos los derechos asistenciales que tenían en la Institución de origen según el siguiente mecanismo:

- Quienes hayan utilizado el procedimiento referido en el numeral anterior se incorporarán a la Institución de su preferencia.
- Aquellos afiliados que no hubieran ejercido su derecho a la libre elección serán distribuidos entre las demás IAMC en las mismas proporciones que se distribuye el grupo anterior. Dicho afiliado contará con un plazo de 20 días para notificar su desacuerdo, presentándose en la IAMC en la cual fue asignado. Vencido este plazo se entenderá que el afiliado ha aceptado la IAMC asignada.

4. Plan de redistribución de personal entre las IAMC

El personal en relación de dependencia procedente de la IAMC eventualmente clausurada será incorporado en base al crecimiento absoluto de afiliados de cada una de las restantes IAMC. El número de trabajadores a incorporar en cada una de las categorías laborales (enfermeros,

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

administrativos, paratécnicos, médicos y otros) se determinará a partir del coeficiente de cada IAMC según documento anexo.

4.1. Creación de base de datos

Se crearán Bases de Datos con los trabajadores técnicos y no técnicos, de las que se excluirá a aquellos con causal jubilatoria, o con cargos gerenciales y de asesoría

En la Base de Datos 1, se incluirán aquellos trabajadores que reúnan las siguientes condiciones:

- Antigüedad mínima de un año en el cargo
- Los titulares que hubieran trabajado por lo menos un 80% de las horas contratadas en los últimos 12 meses. Se exceptúa de la medición factores accidentales como el incumplimiento por enfermedad, para cuyos casos deberá tomarse períodos adicionales inmediatos y equivalentes.
- Los suplentes que en los últimos 12 meses hubieran cubierto en promedio el 80% de la carga horaria establecida en el laudo.
- Los no médicos, no poseer un ingreso personal total en el sector Salud superior a \$6.000 nominales, excluidos los cargos docentes de la Facultad de Medicina, lo que se controlará a partir de una declaración jurada de ingresos y fotocopia de la Historia Laboral cuando así se entienda conveniente.
- Los médicos no poseer un ingreso personal total en el sector Salud superior a \$17.000 nominales, excluidos los cargos docentes de la Facultad de Medicina y los cargos de Residente, que se controlará a partir de una declaración jurada de ingresos y fotocopia de la Historia Laboral cuando así se entienda conveniente.

Se creará una Base de Datos 2, con el resto del personal médico y no médico que reúna las condiciones anteriores, pero cuyos ingresos sean superiores a los máximos de la Base de Datos 1, y menores a \$36.0000 nominales.

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

Se creará una Base de Datos 3, con el resto del personal que reúna las condiciones planteadas en la Base 1, pero cuyos ingresos nominales en sector sean superiores a \$36.000.

En todas las bases de datos constarán los siguientes datos del personal de la IAMC clausurada: nombre y apellido, cédula, edad, sexo, categoría laboral, antigüedad, nivel educativo, especialidades, otros cargos ocupados en el sector.

4.2. Condiciones de incorporación del personal

- El número de trabajadores a incorporar por parte de las IAMC que hayan incorporado afiliado de la IAMC que cerró, se determinará a partir del coeficiente en cada una de las categorías laborales (enfermeros, administrativos, paratécnicos, médicos, anestésico-quirúrgicos y otros) de cada IAMC según documento anexo.
- Aquellas IAMC en cuya estructura de ingresos la venta de servicios represente más de un 15%, solamente estarán obligadas a incorporar personal según el coeficiente promedio del sector para cada categoría laboral.
- El personal que inicialmente será redistribuido es aquel incluido en la Base de Datos 1. Recién una vez que se hubiera completado la absorción de personal incluido en la Base de Datos 1, las IAMC recurrirán a la Base de Datos 2 para completar los coeficientes de cada categoría. Finalmente, se recurrirá a la Base de Datos 3 una vez completada la absorción del personal de las Bases 1 y 2.
- Si una vez finalizado el proceso de redistribución de personal aún quedaran funcionarios técnicos y no técnicos en la Base de Datos 1, todas las IAMC que recibieron socios tendrán obligación de absorber personal hasta alcanzar en cada institución el promedio sectorial. Aquellas IAMC que no posean Sanatorio propio no estarán obligadas a contratar personal en las categorías sanatoriales.
- La incorporación del personal se realizará a valor de la empresa que absorbe, con antigüedad cero.

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

- Los trabajadores técnicos y no técnicos incorporados, los cuales permanecerán en sus cargos excepto por razones disciplinarias, serán evaluados por los mecanismos habituales de cada Institución, antes de los tres meses, pudiendo la empresa reintegrarlos a la Base de Datos si no cumple los requisitos mínimos exigidos a sus propios funcionarios. En este caso, el trabajador se deberá sustituir por otro de la Base.
- Se creará una Comisión Tripartita con el cometido de administrar el procedimiento de incorporación de personal. Esta tendrá la facultad de arbitrar las diferencias que surjan, definir el procedimiento de seguir para definir la incorporación de personal, crear y administrar la Base de Datos, así como todos aquellos aspectos que se consideren necesarios para la efectiva implementación de este proceso.

4.3. Plazo para la incorporación del personal

Se acuerda un plazo máximo de treinta días a partir de la comunicación de los traspasos para que las IAMC procedan a incorporar el personal según los coeficientes establecidos, el que se corregirá en función del incremento real de afiliados procedentes de la IAMC clausurada a los sesenta días.

Aquellos trabajadores que no hubieran sido incorporados permanecerán en las Bases de Datos, por un plazo de 24 meses. Las IAMC que hubieran tomado afiliados deberán necesariamente recurrir a dicha bases de datos para todo tipo de incorporación de personal, en cualquier forma de vinculación laboral, debiendo en todos los casos incorporar personal exclusivamente de dicha base hasta que se agote cada categoría.

Estas medidas, acordadas con carácter excepcional, serán aplicadas en la eventualidad de otras situaciones similares en los próximos 24 meses.

Se gestionará ante la Junta Nacional de Empleo, para aquellos trabajadores que permanezcan en la Base de Datos, la realización de cursos de capacitación.

4.4. Derecho de las IAMC a resolver ante cada caso puntual su participación en el proceso de redistribución de afiliados y trabajadores

Aquella IAMC que considere inconveniente la absorción de afiliados de la IAMC en liquidación, quedará relevada de las obligaciones de incorporar

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO MULTISECTORIAL
PROPUESTA DE MEDIDAS INMEDIATAS PARA SUPERAR LA CRISIS MUTUAL Y
MANTENER EL EMPLEO**

personal, sin que ello signifique su exclusión del Programa de Fortalecimiento del Mutualismo.

Este extremo será comunicado y resuelto por la Comisión de Seguimiento, que establecerá los mecanismos de supervisión que considere convenientes.

- **Medidas para garantizar el empleo en el resto de las mutualistas**

La Comisión discutió propuestas de mecanismo de adecuación de la masa salarial que permitieran asegurar el mantenimiento del empleo en todas las mutualistas de Montevideo.

En este punto, no existió acuerdo.

El Plenario de IAMC propuso que aquellas instituciones que entiendan necesario readecuar la masa salarial deberán resolverlo internamente.

La FUS expresó su voluntad de defender la estabilidad laboral en el sector. Asimismo considera que la reducción salarial no es la medida que garantiza el empleo. La propuesta de FUS en este punto es la aplicación de topes salariales en el sector, en forma transitoria, equivalentes a dos canastas básicas. Si existen propuestas de readecuación de la masa salarial, solicitará que las mismas sean planteadas en un ámbito tripartito. También sostiene que en aquellas Instituciones que entiendan necesario readecuar la masa salarial, la negociación se realizará con presencia de la FUS, no habilitándose la negociación por empresa. En este caso se crearán ámbitos de seguimiento con la participación de cada Sindicato de base y la FUS para el control y seguimiento de los acuerdos.

El SMU expresó que defenderá la aplicación de los Laudos y convenios colectivos vigentes. También entiende que las instituciones deben reconocer las deudas laborales existentes. Por último, reivindicó el derecho de los médicos a cobrar su salario en los plazos legales.

La UMU sostiene la necesidad de adecuar los niveles salariales de forma de rebajar los costos a parámetros que resulten compatibles con el Programa de Fortalecimiento Mutual del MSP. Este tema deberá ser tratado en la órbita de la Comisión de Seguimiento que crea este Documento.

VI. Aplicación de las medidas contenidas en este Documento

Las partes convienen crear una Comisión de Seguimiento, con igual integración que la actual, con el cometido de instrumentar las medidas aquí presentes y vigilar su aplicación.
