

DESCENTRALIZACIÓN

de

ASSE

Aportes para la Discusión

Sindicato Médico del Uruguay*

INDICE

- I.** EXPOSICIÓN DE MOTIVOS
- II.** ASPECTOS ESENCIALES DE LA DESCENTRALIZACIÓN
- III.** RÉGIMEN GENERAL
- IV.** ORGANIZACIÓN
- V.** PATRIMONIO Y RECURSOS FINANCIEROS
- VI.** RRHH

SIGLAS

- ASSE** Administración de los Servicios de Salud del Estado
- MSP** Ministerio de Salud Pública
- OMS** Organización Mundial de la Salud
- PE** Poder Ejecutivo
- SNIS** Sistema Nacional Integrado de Salud
- TC** Tribunal de Cuentas

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La ley de descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) se inscribe en el proceso de construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud, tal cual ha sido definido en su soporte conceptual y en su estructura organizativa básica por el Gobierno Nacional en diversos documentos y exposiciones.

Vale la pena, de todas maneras, insistir en algunos aspectos conceptuales que aportan fundamentos a esta propuesta de descentralización del prestador ASSE, separándolo del Ministerio de Salud Pública, autoridad sanitaria y rectora del sistema en su conjunto.

1. Políticas de salud y políticas sociales

El estado actual del conocimiento acerca de lo que la significa la salud como factor decisivo para el bienestar y la calidad de vida de las personas y las comunidades, a la vez que derecho humano fundamental y condición indispensable para el desarrollo, así como de sus múltiples y diversos factores determinantes, demuestra que el cuidado de la salud no es una responsabilidad exclusiva del sector salud, sino que implica necesariamente la coordinación Inter-sectorial y la participación social.

Por tanto, los cambios que se propongan para el sector, estructurados en políticas públicas de salud, deben necesariamente concebirse y proyectarse en el marco de las políticas sociales y es precisamente basado en ese soporte conceptual que se plantea este proyecto.

2. El Sistema Nacional Integrado de Salud

Sistema de Salud. El sistema de salud comprende todas las actividades cuya finalidad primordial es promover, restablecer o mantener la salud (OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2000). Comprende por tanto no sólo a los servicios de salud ya los prestadores profesionales de atención médica, sino al conjunto de acciones, personas e instituciones que buscan la mejora de la situación de salud individual y colectiva. El uso de medicamentos, los cuidados familiares y domiciliarios del enfermo, las actividades tradicionales de la Salud Pública, las mejoras en seguridad vial y ambiental, son algunos ejemplos de las acciones incluidas en este concepto más amplio de sistema de salud.

Objetivos de los Sistemas de Salud. La OMS propone dos tipos de objetivos para los sistemas de salud, los “medulares” o finales y los instrumentales o intermedios. Dentro de los primeros se encuentran: i) mejorar la salud de la población, ii) ofrecer un trato adecuado a los destinatarios de los servicios y iii) garantizar seguridad financiera en materia de salud.

La mejora de la salud es la razón de ser del sistema de salud y constituye indudablemente su meta primordial. Este objetivo implica: alcanzar el mejor nivel posible de salud -lo que supone contar con un sistema de salud *efectivo*- para toda la población -lo que implica reducir desigualdades, mejorando preferentemente la salud de quienes están en peores condiciones, en este sentido, el sistema debe ser también *equitativo*-.

Garantizar un trato adecuado a la población objetivo supone el respeto a la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Significa también respetar la libre elección del usuario, disponer de servicios de salud presentables y dignos, propiciar tiempos de espera razonables para las prestaciones y tener acceso a redes de apoyo social, entre otros.

Por último, la seguridad financiera implica la equidad en el financiamiento del sistema y la protección de la población frente a gastos desproporcionados (llamados “catastróficos”) para que no se vea obligada a optar entre la ruina económica y la pérdida de la salud.

Se ha denominado *instrumentales* a aquellos otros importantes objetivos de los sistemas de salud, como la disponibilidad de insumos, el acceso y la utilización de los servicios, el uso eficiente de recursos, etc. porque son deseables sólo en la medida en que contribuyen al cumplimiento de los objetivos intrínsecos o finales del sistema: mejorar las condiciones de salud, el trato adecuado o la seguridad financiera.

El Sistema Nacional Integrado de Salud. Mas allá de estos aportes conceptuales, y aún integrando algunos de ellos, el Gobierno Nacional propone la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud, entendiendo por tal al conjunto de servicios de salud públicos y privados:

- integrados en forma de red en una estructura común de organización;
- que apliquen una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas y planes nacionales y locales;
- con niveles de atención definidos e interrelacionados;
- con niveles de administración regionales y locales descentralizados;
- que convoquen a la participación activa de la comunidad organizada y los trabajadores de la salud.

Asimismo se han definido, por parte del Poder Ejecutivo, un conjunto de principios rectores del Sistema:

- Universalidad en la cobertura: el SNIS se propone universalizar el acceso a la salud.
- Calidad Asistencial
- Continuidad de la Asistencia, tanto a lo largo de la vida del individuo, como en el proceso de atención.
- Integralidad de la asistencia en todos sus componentes: promoción, protección, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.
- Equidad en el financiamiento del sistema, en el acceso y en la calidad de las prestaciones.
- Eficiencia Social y Económica
- Atención Humanitaria
- Participación Social

Siempre de acuerdo al Gobierno, la concreción de este SNIS pasa por tres ejes estratégicos. Un primer eje es el cambio en el modelo de atención a la salud, privilegiando la atención integral a las personas y el fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco de la estrategia de APS, promoviendo una reorganización de la base territorial, orientando la atención en base a programas priorizados, estableciendo una nueva política de Recursos Humanos, favoreciendo la coordinación intersectorial y la participación de la comunidad organizada.

Un segundo eje estratégico refiere al rol del MSP como el responsable de conducir la construcción del SNIS y de ejercer efectivamente la Rectoría del Sistema de Salud. Y un tercer eje, referido al cambio en el sistema de gasto y financiamiento a través de un Seguro Nacional de Salud.

La norma presupuestal 2005-2009 constituye una expresión concreta del proceso de construcción del SNIS, incluyendo algunas definiciones acerca de las instituciones integrantes y los mecanismos de financiación del Sistema en su conjunto. El presente proyecto trata de la constitución de ASSE como prestador integral, en la perspectiva de su inserción en el nuevo SNIS.

3. Relevancia de ASSE y de las reformas propuestas

El presente proyecto hace referencia a la organización de la atención médica en el sub-sector público, lo que –de acuerdo a lo expuesto– constituye apenas una parte del complejo y heterogéneo conjunto de acciones y responsabilidades, personas e instituciones, que implica el cuidado y la mejora de la situación de salud de la población.

Sin embargo, el diseño y la implementación de cambios en el sector salud de nuestro país, conlleva inevitablemente la transformación de los servicios asistenciales públicos, ya que su magnitud y relevancia hacen del sub-sector público en general y de ASSE en particular, un determinante mayor de la realidad de nuestro sistema sanitario. Esta relevancia viene dada, entre otros aspectos, por:

- Sus destinatarios o población objetivo, tanto por su volumen (1,5 millones de personas, la mitad de la población del país) como por sus características (siendo la población social y económicamente más vulnerable).

- Su capacidad instalada, que es muy importante en magnitud y está distribuida en todo el territorio nacional (lo que constituye, a su vez, un aspecto central de su potencialidad para la competencia en un escenario de libre elección de los usuarios).
- Su capacidad de generar empleo: con casi 20.000 funcionarios sólo en el MSP, constituye el principal empleador del sector.

Por todo lo anterior, ASSE presenta una enorme importancia estratégica tanto hacia la viabilidad del SNIS (la opción del Gobierno de comenzar la implementación de los cambios promoviendo la transformación del sector público no hace más que reafirmar que gran parte del éxito de reforma en su conjunto se juega en la transformación del sub-sector) como por su potencial contribución a la Equidad global del sistema dadas las características de su población objetivo: cualquier mejora que obtengamos en la calidad asistencial repercute directamente en los que más la necesitan (y son un millón y medio de personas).

4. La Descentralización de ASSE

En el marco conceptual anteriormente expuesto se inscribe el proceso de descentralización de ASSE, como elemento central en la reorganización del sistema de atención a la salud.

El objetivo de este proceso es constituir a ASSE como un prestador integral del SNIS, dotándola de un marco jurídico y un conjunto de herramientas de organización y gestión que le permitan transformarse en una institución de salud que sea referencia para sus pares en cuanto a la calidad asistencial, los resultados sanitarios y la eficiencia en la administración de sus recursos.

Pero, ¿es necesaria la separación de ASSE del MSP para lograr este objetivo? Los párrafos que siguen fundamentan brevemente la necesidad de tal separación, así como la de construir una organización descentralizada en su estructura, su funcionamiento y su gestión.

La coexistencia de la función de rectoría con la de prestación de servicios en un mismo organismo, que a su vez tiene por cometido ejercer la autoridad sanitaria en toda su dimensión, constituye un obstáculo para el correcto cumplimiento de ambas funciones. Los principales factores explicativos que traban el buen funcionamiento son:

a. Incompatibilidad de funciones. La estructuración actual contraviene un principio básico en cualquier organización: no se puede ser al mismo tiempo juez y parte, controlador y controlado, pues esto conduce inevitablemente a una relación enrarecida y al debilitamiento de la autoridad y el control.

b. Gestión de servicios. El peso y la rigidez de la administración pública constituyen serios obstáculos para desarrollar una gestión eficaz y eficiente de los servicios. El modo en que el Estado ha organizado las entidades públicas que producen y comercializan bienes y servicios, separándolas de la Administración Central, es una de las evidencias contundentes que sostienen este fundamento.

c. Distorsión de prioridades. La inmediatez, la urgencia, la enorme dedicación cotidiana que exige la gestión de los servicios de salud, hacen que una organización que debe desempeñar dos funciones bien distintas, priorice lo urgente por sobre lo importante. Así, no es difícil comprobar que la enorme mayoría de recursos, tiempo y esfuerzos del MSP se dedican a resolver cuestiones vinculadas a los servicios asistenciales de ASSE, en desmedro de las actividades y tareas propias e indelegables de todo Ministerio de Salud como rector del sistema.

Por lo tanto, resulta imprescindible separar la función de Autoridad Sanitaria, propia del MSP, de la función de prestación de servicios asistenciales que actualmente ejerce a través de ASSE.

Esa separación de funciones debe cumplirse de modo tal que el ejercicio de la autoridad sanitaria continúe en la órbita del MSP, pasando la producción de servicios asistenciales a desarrollarse de un modo autónomo aunque en concordancia con las políticas y normas que fije el MSP para la asistencia sanitaria de la población.

Como prestador público relacionado al MSP, y aún manteniendo su necesaria independencia para la gestión, ASSE se constituirá en todos sus parámetros en un fiel a exigir a los demás prestadores del sistema.

En la actualidad, ASSE es un órgano **desconcentrado**, es decir, su naturaleza conforma un modo de distribución física de recursos con delegación de ciertas facultades operativas a los distintos niveles de la organización, con una limitada delegación de poder de decisión y capacidad de administración de recursos.

La desconcentración fue en su momento un primer paso en el proceso de separación institucional entre ASSE y el MSP, manteniéndose dentro de la Administración Central. Ese grado de separación ha resultado insuficiente para alcanzar el objetivo de lograr mayor calidad y eficiencia en la producción de los servicios asistenciales brindados a la población usuaria.

Para completar el proceso de separación, se requiere profundizar la autonomía de la entidad de producción sanitaria, lo que implica abandonar la Administración Central manteniendo la naturaleza pública del órgano.

La **descentralización** se puede asimilar al cambio en la naturaleza institucional, en semejanza con el carácter de los institutos y empresas públicas descentralizadas a las que se les otorga la capacidad de tomar decisiones con distintos grados de autonomía respecto a los Poderes Legislativo y Ejecutivo. Éste es el caso de nuestros entes autónomos y servicios descentralizados, tal cual se define en la Constitución. Con estos fundamentos, ASSE se transformará en un **Servicio Descentralizado**.

El carácter de organismos descentralizados no impide que se caractericen por contar con sistemas fuertemente jerarquizados y procesos decisorios y administrativos altamente centralizados. Por lo tanto, la descentralización institucional es una condición necesaria pero no suficiente para alcanzar los objetivos planteados.

La separación institucional debe acompañarse de la transferencia de competencias y poderes de decisión del nivel central a los otros niveles de la organización, así como de los recursos necesarios para ejercer efectivamente las competencias delegadas.

El proceso descentralizador se completa cuando se agrega a la separación de funciones institucionales las condiciones que permiten al efector actuar efectivamente dentro de un marco de mayor flexibilidad para adaptar los recursos presupuestales a las necesidades y demandas de la población objetivo, propiciando espacios de modernización de la gestión de los servicios asistenciales públicos.

En síntesis, la **descentralización** constituye un instrumento para lograr la igualdad de oportunidades en el acceso a servicios asistenciales de calidad por parte de la población destinataria. Fortalecer la herramienta exige combinar dos aspectos asociados en forma indisoluble: la separación institucional que transforma a ASSE en un Servicio Descentralizado, y la mejora de la gestión en un marco de mayor autonomía.

II. ASPECTOS ESENCIALES DE LA DESCENTRALIZACIÓN

Orientación general. La descentralización de ASSE se inscribe en el proceso de cambio del sistema sanitario con la orientación que establecen los artículos 264 y 265 del Presupuesto Nacional 2005-2009.

Objetivos. El proceso descentralizador ayudará a alcanzar la igualdad de oportunidades en el acceso a un conjunto integral de prestaciones por parte de la población destinataria, en el marco de una mejora continua de la calidad asistencial tendiendo a alcanzar los niveles sanitarios pautados para toda la población, y una producción eficaz y eficiente de los servicios, todo lo cual contribuirá a una mayor equidad.

La combinación de servicios sanitarios, administrativos, económicos y cualquier otro que sea preciso para el accionar de ASSE, adecuará su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, oportunidad, economía y flexibilidad.

Se busca mantener y mejorar la salud de la población cubierta de modo de permitir que las personas destinatarias de los servicios mantengan durante el mayor tiempo posible, el mayor nivel de salud permisible por su potencial genético.

A su vez se trata de asegurar la capacidad reactiva de la institución, es decir, su capacidad de diagnosticar precozmente y tratar oportunamente la enfermedad, recuperar la salud y rehabilitar secuelas.

Se protegerá al conjunto de las personas a las que se dirigen los servicios de los riesgos sanitarios, asumiendo la responsabilidad de vigilar que sean tratadas con respeto y de conformidad a los derechos humanos.

El fortalecimiento del proceso de mejora continua de la calidad de los servicios constituye una finalidad principal del nuevo diseño institucional, lo cual exige reestructurar la organización de modo tal de facilitar la gestión, adaptando el funcionamiento a los desafíos del cambio sectorial.

Relación MSP-ASSE. La separación de las funciones de rectoría y producción de servicios que actualmente concentra el MSP, generará mejores posibilidades para el desarrollo de los objetivos sistémicos. Las condiciones de mayor flexibilidad para la gestión de los recursos permitirán adecuar la utilización de los servicios en los diferentes niveles de complejidad de ASSE, integrándolos en forma de red dentro de una estructura común de organización.

Estrategia sanitaria. Este nuevo diseño potenciará las condiciones para desarrollar con mejores posibilidades la estrategia sanitaria diseñada por el MSP a través de las políticas, los programas y los planes nacionales y locales de salud, entre cuyos efectores destaca ASSE por su dimensión y rol sectorial.

Plazos. El proceso descentralizador abarca un horizonte de mediano y largo plazo, teniendo en cuenta que debe articularse dinámicamente con la transición del cambio sectorial. Entre otros factores debe definirse el modo en que se asocian las entidades de la red pública de oferta de servicios y el proceso de descentralización propia de ASSE.

Ese es el fundamento para una planificación estratégica a largo plazo y una serie de medidas que abarcan la totalidad del período de la actual Administración y algo menos de la mitad de la siguiente para dar lugar a la confección y ejecución del nuevo presupuesto de ASSE – Servicio Descentralizado.

III. RÉGIMEN GENERAL

1. Servicio Descentralizado. Se crea la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como Servicio Descentralizado con personería jurídica que funcionará de acuerdo a las normas pertinentes de la Constitución y lo que establezca la respectiva ley de descentralización¹.

- *Reglamento interno.* ASSE deberá aprobar su Reglamento Interno dentro de los **60 días** de su constitución, en donde queden pautadas las normas de funcionamiento de la institución, así como las condiciones en que deberán desarrollar su trabajo todos los funcionarios de acuerdo sus derechos y deberes.

2. Cometidos. ASSE tendrá los siguientes cometidos:

- *Líneas de política institucional.* Definir las políticas específicas a aplicar, en función de la situación de salud de la población objetivo en orden a los problemas prioritarios detectados, al modelo de atención sanitaria y a las políticas impartidas por el MSP para los efectores del sector.
- *Funciones.* Administración, organización y funcionamiento de todos los establecimientos y servicios de ASSE destinados a brindar asistencia integral (tal cual se entiende y define más adelante) a su población objetivo.
- *Población objetivo.* Identificar la población objetivo con la finalidad de sistematizar la información demo-epidemiológica, social y de acceso a los servicios para facilitar el diseño del plan estratégico y las políticas tendientes a alcanzar los objetivos institucionales.
- *Acceso.* Alcanzar la igualdad de oportunidades en el acceso a una atención integral a la salud por parte de la población destinataria de los servicios.
- *Oferta pública.* Coordinar, y en su caso, integrar adecuadamente al conjunto de los recursos y estructuras públicas de oferta de servicios de atención médica, organizándolos en un dispositivo único.
- *Atención Integral.* Asegurar la oferta de servicios integrales de salud satisfaciendo, de modo eficaz y eficiente, las necesidades de atención médica de su población objetivo, mediante el desarrollo de acciones de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación funcional para la reinserción social del paciente, sujeto en un todo a la normativa que defina la el MSP en la materia.
- *Calidad.* Desarrollar la mejora continua de la calidad asistencial, debidamente evaluada y controlada, con la finalidad de alcanzar los niveles sanitarios pautados por el regulador para el conjunto de los oferentes del sector sanitario.
- *Modelo de gestión.* Rediseñar el modelo institucional de gestión orientado a mejorar la eficacia y eficiencia de la producción de los servicios, reorientando la política del sector público en materia de financiamiento y gasto en salud en orden a corregir las desigualdades sanitarias.
- *Evaluar la oferta propia.* Evaluación permanente de los recursos propios para los diferentes niveles de complejidad de la red de atención.

¹ A partir de la fecha de promulgación de la ley de descentralización, el órgano desconcentrado ASSE continuará denominándose con el mismo nombre, bajo la figura de Servicio Descentralizado, pudiendo utilizar indistintamente la sigla ASSE.

- Sistema de información Establecer una política de información en el marco de la comunicación con su población objetivo, explicitando de ese modo el proceso de mejora continua de la calidad asistencial.

3. Población objetivo. Se tiende a constituir a ASSE como un Prestador Integral del nuevo SNIS, brindando cobertura a una población objetivo claramente definida y no necesariamente igual a la que actualmente tiene.

Se eliminará la cautividad en la cobertura de la población actual de ASSE. Para ello se procederá a liberar a los sectores de menores recursos para que puedan optar entre las diversas ofertas de cobertura integral, sin que ello signifique perder su financiamiento con fondos públicos, tal como lo estipula el mandato constitucional².

- En un horizonte de **cinco años**, se procederá a otorgar libertad para elegir la institución de cobertura asistencial a los sectores cubiertos por ASSE y simultáneamente se otorgará la posibilidad al resto de la población de elegir a ASSE como institución de asistencia médica integral.
- En el transcurso de los **cinco años** contados a partir de la vigencia de la ley de descentralización, la población cubierta en la actualidad por ASSE permanecerá en esa situación, pero recibiendo progresivamente una mejor calidad de la atención.

² Artículo 44 de la Constitución.

IV. ORGANIZACIÓN

1. COMPETENCIAS - ATRIBUCIONES

Dirigir y coordinar la ejecución de las actividades destinadas al cumplimiento de sus cometidos, para lo cual se le asignan las siguientes facultades o atribuciones:

1. Plan estratégico. El desarrollo de un plan estratégico será condición necesaria para el proceso de descentralización, y se diseñará para un horizonte no menor a **10 años**, contemplando especialmente aquellos factores que hagan posible el logro de los objetivos que orientan el cambio sectorial.

- El plan estratégico deberá completarse en un horizonte no mayor a **un año** a partir de la entrada en vigencia de la ley de descentralización.
- Deberá contarse con estudios demo-epidemiológicos, económico-financieros y organizacionales (incluida disponibilidad de recursos) como insumos para la realización del plan estratégico.

2. Estructuras públicas. Le corresponde coordinar, y en su caso, integrar adecuadamente al conjunto de los recursos y estructuras del Estado que cuenten con servicios de atención a la salud, organizándolos en un dispositivo único, según lo que disponga en tal sentido el MSP.

- El MSP negociará un plan de incorporación progresiva a ASSE de las estructuras correspondientes a aquellos agentes públicos que cuentan con prestación propia y cuya oferta asistencial independiente no encuentra justificación suficiente en el marco de los objetivos perseguidos. Este proceso debe definirse en un plazo de ejecución no mayor a **cinco años**.

3. Estructuras ASSE. Si bien en la actualidad, y de acuerdo a la normativa vigente, corresponde a ASSE *la organización, administración y funcionamiento de los servicios destinados al cuidado de la salud y tratamiento de enfermos y la administración de los establecimientos destinados a la protección de incapaces, debiendo ejercer los cometidos y atribuciones que en materia de prestación asistencial eran confiados hasta entonces al MSP (disposiciones contenidas en la Ley No. 9.202 de 12 de enero de 1934)*³, se tiende a constituir a ASSE como un Prestador Integral del nuevo SNIS, sujeto a la normativa que para los mismos fije el MSP, brindando cobertura a una población definida y utilizando para ello la infraestructura ya instalada con las modificaciones y mejoras que correspondan.

- Población. Durante la transición deberá asegurar a la población que prevé el artículo 44 de la Constitución y a quienes se comprometa, una atención integral de calidad adecuada que permita satisfacer sus necesidades sanitarias, así como administrar en forma eficiente los recursos económicos disponibles.
- Recursos propios. La estructura de servicios asistenciales de ASSE se racionalizará privilegiando una organización descentralizada y propendiendo a constituirse en una oferta ágil que desarrolle acciones de salud en tiempo, lugar, cantidad y calidad adecuados.
- Regionalización. A tales efectos, el proceso de reorganización asistencial se **regionalizará**, con la finalidad de brindar cobertura integral de servicios sanitarios a la población objetivo, aprovechando al máximo los recursos propios, integrando funciones y modalidades de atención en un ámbito territorial y con un sistema descentralizado de gestión de los establecimientos de prestación sanitaria.

4. Órganos. Los órganos de ASSE serán: Directorio, Consejo Asesor Honorario, Director General, Regiones Sanitarias con sus equipos gerenciales.

³ De acuerdo a lo establecido por el artículo 269 de la Ley 15.903 de 10 noviembre de 1987 en la redacción dada por el artículo 283 de la Ley 17.930 de 23 de diciembre de 2005.

4.1. Directorio

- Composición y designación. La dirección y administración de ASSE será ejercida por un Directorio que integrarán **tres** miembros designados por el Poder Ejecutivo de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 187 de la Constitución de la República, uno de ellos a propuesta del MSP que presidirá el Directorio.
- Remuneraciones. La remuneración mensual del Directorio será: al Presidente o quien ocupe sus funciones le corresponderá un salario mensual equivalente al de Subsecretario del MSP. El vicepresidente y el vocal serán remunerados de modo equivalente a lo que percibe el actual Director de ASSE.
- Funciones.

A) Al Presidente, o Vice-Presidente en su caso, le corresponde:

- a. Ejecutar las resoluciones del Directorio.
- b. Tomar medidas que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos generales del servicio, dando cuenta al Directorio en la primera sesión y estándose a lo que éste resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en ejercicio de esta potestad, será necesario el voto de la mayoría simple del Directorio.
- c. Presidir las sesiones del Directorio y representar a la institución.
- d. Firmar con el miembro del Directorio o con el funcionario que éste designare, todos los actos y contratos en que intervenga el organismo.

B) Al Directorio le corresponde:

- a. Custodiar el patrimonio del organismo.
- b. Fiscalizar y vigilar los servicios y dictar normas y reglamentos necesarios.
- c. Aprobar la fijación de aranceles y contraprestaciones por servicios.
- d. Ejercer la potestad disciplinaria sobre el personal cuando corresponda
- e. Proponer al PE, en el momento que resulte necesario, las designaciones, promociones y cesantías del personal presupuestado del organismo, de acuerdo a las normas que establece la Ley.
El Directorio tendrá la facultad de contratar el personal técnico, administrativo y de servicio que fuere necesario, así como disponer su cese, requiriéndose en ambos casos resolución fundada.
- f. Resolver las demás cuestiones que el Presidente o cualquiera de sus miembros someta a su consulta o a su decisión.
- g. Aprobar la planificación anual de las acciones de salud del organismo,
- h. Proyectar y aprobar el presupuesto del organismo, el que será elevado al PE y al TC a los efectos dispuestos por el artículo 221 de la Constitución, ordenar gastos o inversiones en relación con las disposiciones vigentes.
- i. Definir la asignación presupuestal a las unidades en que se organice la red y los acuerdos de gestión respectivos

- Quórum. El quórum para sesionar del Directorio será de dos miembros y las resoluciones serán adoptadas por mayoría simple de votos, salvo en los casos en que la ley o el reglamento general disponga un determinado número de votos para resolver.
- Responsabilidad. Los miembros del Directorio son personal y solidariamente responsables de las resoluciones votadas en oposición a la ley o por inconveniencia de la gestión. Esta responsabilidad prescribe a los cinco años contados desde el día siguiente al del cese correspondiente.

Queda dispensado de esta responsabilidad el Director que hubiera hecho constar en acta su disenso y el fundamento que lo motivó. Cuando este pedido de constancia se produzca, el Presidente del Directorio estará obligado a dar cuenta del hecho dentro de las 24 horas al MSP, remitiéndole testimonio del acta respectiva.

- Publicación de resultados financieros. ASSE publicará anualmente en el Diario Oficial, remitiendo copia al MSP, estados que reflejen claramente su vida financiera, previa intervención del TC, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 191 de la Constitución.

Las exigencias en materia de contenido y forma que deberán incluir los estados a publicar serán remitidas por el MSP a ASSE en el término de **60 días** a partir de la entrada en vigencia la ley de descentralización, teniendo en cuenta los modelos de información que presentan periódicamente las restantes instituciones y la naturaleza de Servicio Descentralizado de ASSE.

- Vacantes. El cese y la provisión de vacantes definitivas de los miembros del Directorio serán provistas de conformidad con el procedimiento previsto por el artículo 192 de la Constitución.
- Rendición de cuentas. Los Directores cesantes deberán rendir cuentas de su gestión al PE, previo dictamen del TC, sin perjuicio de las responsabilidades a que hubiere lugar, de acuerdo con lo dispuesto en la Sección XIII de la Constitución.
- Observaciones del PE. El PE cuando considerare inconveniente o ilegal la gestión o los actos de los miembros del Directorio que lo representan podrá hacerles las observaciones que considere pertinentes así como disponer la suspensión de los actos observados.

Si se desatendieran las observaciones efectuadas, el PE podrá disponer las rectificaciones, los correctivos o remociones que considere del caso, comunicando tales decisiones a la Cámara de Senadores, la que en definitiva resolverá, aplicándose en lo pertinente lo dispuesto por los artículos 197 y 198 de la Constitución, en especial en lo referente a la facultad del PE de destituir a los miembros del Directorio, previa venia de la Cámara de Senadores en caso de ineptitud, omisión o delito, o de la comisión de actos que afecten su buen nombre o el prestigio de ASSE.

- Inhibiciones. Los miembros del Directorio de ASSE no podrán ser nombrados para cargos, ni aún honorarios, que directa o indirectamente dependan de ésta. Esta inhibición durará hasta un año después de haber cesado en sus funciones, cualquiera sea el motivo del cese, y se extiende a todo otro cometido, profesional o no, aunque no tenga carácter permanente ni remuneración fija.

Los miembros del Directorio tampoco podrán ejercer simultáneamente profesiones o actividades que, directa o indirectamente se relacionen con ASSE. Así mismo, tampoco podrán ejercer cargos en instituciones privadas de asistencia médica mientras permanezca integrando el Directorio y hasta un año después de terminadas sus funciones en el mismo. Las prohibiciones e incompatibilidades señaladas no rigen para las funciones docentes desempeñadas honorariamente en institutos de educación superior.

4.2. Consejo Asesor Honorario

- Conformación. Se integrará con presencia de delegados de la población objetivo del servicio - elegidos por procedimiento de selección democrática-, trabajadores médicos y no médicos de ASSE a través de sus sindicatos, y la representación institucional de ASSE. Podrán constituirse Consejos Asesores Honorarios regionales o por áreas temáticas específicas.
- Reglamentación. Se reglamentará la constitución del Consejo Asesor Honorario, las modalidades de su convocatoria (deberá reunirse con una periodicidad no mayor a **tres** meses), y las áreas temáticas que abarcan sus atribuciones

- Atribuciones:

- a. Asesorará en las áreas que se establezcan en la reglamentación, definiendo las que sean de carácter preceptivo, aunque en ningún caso serán vinculantes.
- b. Emitirá opinión de oficio respecto del cumplimiento de las normas vinculadas a las competencias de ASSE

- c. Evaluará periódicamente el funcionamiento de ASSE proponiendo al Directorio los correctivos que entienda del caso.
- d. Propondrá medidas a desarrollar para estudiar los problemas sanitarios, organizativos y establecer prioridades
- e. Tomará conocimiento e informará acerca de los planes y proyectos institucionales.
- f. Recibirá como mínimo en forma anual los estados financieros y económicos de la institución, definiéndose en la reglamentación su alcance.

4.3. Dirección General

- Cargo. El Director General será designado y cesado por resolución fundada y con mayoría del Directorio de ASSE, y deberá nombrarse en un plazo no mayor a los **60 días** contados a partir de la instalación formal del Directorio, del que dependerá jerárquicamente.

- Cometidos.

a. *Articulación*. Oficiar de nexo entre la conducción política del organismo –Directorio- y el nivel descentralizado de la gestión institucional –Regiones Sanitarias-.

b. *Conducción*. Conducir la gestión institucional transformando los lineamientos políticos definidos por el Directorio en líneas de ejecución para la globalidad del organismo.

c. *Gerentes regionales*. Los gerentes generales de las regiones en que se organice la red de ASSE se nombran a propuesta motivada en las condiciones personales, funcionales y técnicas por parte del Director General y con el aval del Directorio de ASSE.

d. *Órgano gerencial*. Dirigirá el órgano gerencial que integra junto con los gerentes generales regionales y en el que se integran con un enfoque global las diversas acciones institucionales tendientes a alcanzar los objetivos propuestos.

e. *Apoyo a la Dirección General*. El Director General contará con un *equipo de apoyo* encargado de la asesoría jurídica, la asesoría de gestión y la secretaría general, para lo cual podrá proponer al Directorio, para su aprobación, el nombramiento de hasta **tres** cargos que serán ocupados por personal seleccionado en base a su idoneidad profesional.

A su vez, se constituirá una *unidad de gestión* dependiente del Director General con la finalidad de apoyar el fortalecimiento del desempeño institucional en áreas que por diversas razones requieran determinados grados de centralización (por ejemplo, planificación, coordinación, información, compras, etc.), para lo cual se seguirá el mismo criterio al mencionado en el párrafo anterior, con la posibilidad de nombrar hasta **cinco** cargos.

La remuneración y plazo de los contratos respectivos quedarán sujetos a lo que se estipule en la reglamentación correspondiente.

f. *Modelo de gestión*. Elaborará un proyecto para la ejecución del modelo de organización y gestión definido en la ley de descentralización a partir de los objetivos estratégicos establecidos previamente.

- Funciones

a. *Jerarquías*. Ejercerá la coordinación y supervisión jerárquica de los gerentes generales de las Regiones Sanitarias, constituyendo en conjunto el órgano superior de conducción gerencial de la institución.

b. *Lineamientos estratégicos*. Participará en la elaboración del plan estratégico con el Directorio de ASSE y tendrá la responsabilidad por la gestión de la institución en su globalidad.

c. *Directorio*. Participará de las reuniones de Directorio con voz pero sin voto.

c. *Necesidades sanitarias.* Elaborará junto con los gerentes generales regionales el plan de acción sanitaria para el período presupuestal a partir del diagnóstico sanitario referido a la población objetivo, y lo supervisará anualmente definiendo los ajustes respectivos

d. *Ejecución de las políticas.* Se responsabilizará de la ejecución de las políticas y lineamientos generales que emanan del Directorio de ASSE para el organismo.

e. *Recursos.* Se responsabilizará por la elaboración del presupuesto quinquenal del organismo para su posterior aprobación por parte del Directorio, y se encargará del diseño y supervisión de la ejecución de las asignaciones presupuestales a las Regiones Sanitarias con el aval del Directorio de ASSE.

f. *Actividades.* Definirá los grados de descentralización de las diversas actividades a desarrollar por la institución para ser aprobado por el Directorio. A su vez, supervisará y evaluará la eficiencia y eficacia de su ejecución, debiendo proponer los cambios que entienda pertinentes para su consideración en Directorio.

g. *Inversiones.* Diseñará los proyectos de inversión a ser elevados al Directorio teniendo en cuenta las necesidades de cada Región Sanitaria y lo que sus respectivas conducciones propongan. Se responsabilizará por la eficiencia de los procesos de ejecución.

h. *Acuerdos de gestión.* Aprobará los acuerdos de gestión con cada uno de los gerentes generales regionales para su posterior aprobación en el Directorio de ASSE.

- *Naturaleza del cargo.* El cargo es de particular confianza y dedicación exclusiva, exceptuada la actividad docente.
- *Remuneración.* La retribución del cargo se definirá en la reglamentación respectiva.

4.4. Regiones Sanitarias

- *Regiones sanitarias.* Cada región constituirá un área geográfica en la que se cuenta con una población objetivo determinada, de modo tal que pueda ser administrada de manera razonable.
- *Implementación.* La formalización del proceso de regionalización se completará para su inmediata implementación en un plazo de **un año** contado a partir de la vigencia de la ley de descentralización
- *Factores para su delimitación.* Las regiones sanitarias se delimitarán teniendo en cuenta factores asistenciales, geográficos, de concentración-dispersión de la población-objetivo, socio-económicos, demo-epidemiológicos, laborales, organizacionales⁴, competitivos -futuro potencial-, culturales, climatológicos y comunicacionales -dotación de vías y medios-.
- *Número y plazo.* Teniendo en cuenta el conjunto de criterios mencionados anteriormente, el número de regiones no debería exceder las **cinco** para todo el país⁵. Esta cantidad de unidades debería permitir una integración razonable de las estructuras de oferta, con un fuerte desarrollo regional del primer nivel de atención y una respuesta sanitaria eficiente y articulada entre los distintos niveles.

Un número reducido de regiones⁶ permitiría no solo un aprovechamiento más eficiente de los recursos propios y la especialización para un mejor proceso de complementación hacia el interior de ASSE (entre Regiones Sanitarias), así como la compra-venta de servicios con el

⁴ Capacidad instalada, recursos sanitarios disponibles en los distintos niveles asistenciales y aspectos vinculados al funcionamiento de los establecimientos existentes

⁵ Una regionalización posible incluiría: Región Norte, Región Litoral Oeste, Región Centro-Sur, Región Este y Capital-Área Metropolitana.

⁶ Cinco Regiones Sanitarias por oposición a las veintidós regiones existentes en la actualidad.

sector privado, sino que haría posible la disminución del riesgo financiero que deberían asumir las estructuras con escalas insuficientes de población para presupuestos ajustados según riesgo de las personas cubiertas. Su diseño debería realizarse en un plazo no mayor a **tres años** y su ejecución en un plazo no mayor a **cinco años**.

- Flexibilidad organizacional. Esta forma organizativa deberá ser evaluada anualmente por el Directorio de ASSE. En un plazo posterior a los 10 años de funcionamiento, contados a partir de su implementación, podrá ser rediseñada de acuerdo a las conclusiones que surjan de esa evaluación.
- Dirección. La Dirección de la Región Sanitaria constituye su órgano de gestión, se integra con un máximo de **cinco miembros** y lo preside el Gerente General regional que es designado y cesado por resolución fundada y con mayoría del Directorio de ASSE, previa consulta o a solicitud del Gerente General de ASSE. Los restantes cuatro cargos gerenciales de la Dirección de la Región Sanitaria se nombran a propuesta motivada en las condiciones personales, funcionales y técnicas por parte del Gerente General regional y con el aval del Gerente General de ASSE.
- Gerentes. Cada Gerente General regional diseñará, una vez nombrado en el cargo, un modelo de organización y gestión para su Región a partir de los objetivos estratégicos previamente definidos, y en acuerdo con el Gerente General de ASSE, en un plazo no mayor a los **60 días**, el que elevará para la consideración del Directorio de ASSE. Las gerencias que integran la Dirección de la Región Sanitaria serán las encargas de dirigir las áreas principales de actividad que surjan del diseño aprobado por el Directorio, debiendo asumir los cargos respectivos en un plazo no mayor a los **60 días** de nombrado el Gerente General regional.
- Naturaleza de los cargos. Los cargos gerenciales que integran la Dirección de la Región Sanitaria son de particular confianza y dedicación exclusiva, exceptuada la actividad docente.
- Remuneración. La retribución de los cargos gerenciales se definirá en la reglamentación respectiva.
- Directorio de ASSE - Región Sanitaria. El Directorio de ASSE y el órgano gerencial –gerente general de ASSE y Gerentes Generales regionales- mantendrán reuniones periódicas, a los efectos de analizar aspectos de diversa naturaleza que hacen a la gestión de la institución.
- Atribuciones.
 - a. Lineamientos estratégicos. Gestionar la Región Sanitaria a partir de los objetivos estratégicos formulados por el Directorio de ASSE.
 - b. Ejecución de las políticas. Ejecutar las políticas y lineamientos generales que emanan del Directorio de ASSE en la Región Sanitaria respectiva
 - c. Diagnóstico sanitario. Efectuar y mantener actualizado el diagnóstico de situación de salud de la población objetivo y de su entorno físico y social.
 - d. Responsabilidad por los equilibrios presupuestales. Administrar los recursos presupuestales asignados de un modo eficiente en la Región Sanitaria, brindando una prestación integral a la población objetivo a partir de la mejor combinación posible de los recursos, con prioridad en la producción con estructuras propias (de la Región o de otras Regiones) y contratando a terceros cuando la integración no resulte factible a partir de una evaluación costo-beneficio.
 - e. Acuerdos de gestión. Proponer al Directorio de ASSE para su aprobación, con el aval de la gerencia general del organismo, los lineamientos generales de los acuerdos de gestión, estableciendo un plan anual relativo a las acciones de distinto tipo que hacen a la gestión de la Región Sanitaria, especialmente referidas a la cobertura de salud de su población objetivo, la mejora continua de la calidad, los equilibrios económico-financieros, y la modernización de la gestión institucional.

- Presupuesto

a) *Mecanismo*. El Directorio asignará un presupuesto anual –como parte del presupuesto global de ASSE- a cada Región Sanitaria, en acuerdo con el Gerente General de ASSE, de acuerdo a la población objetivo que registre, con base en los valores de las capitas ajustadas según riesgo (edad, sexo, ingresos) que fueran reembolsadas a ASSE-Servicio Descentralizado, y los eventuales ajustes a la respectiva Región Sanitaria debidamente justificados.

b) *Acuerdos de gestión*. Con la asignación presupuestal se firmarán acuerdos de gestión entre el Directorio, la Gerencia General de ASSE y la Dirección de las Regiones Sanitarias, los que incluirán objetivos y metas del período que reflejen la mejora continua de la calidad asistencial, y los mecanismos de ajuste a través de los cuales se reestablecen los equilibrios económico-financieros cuando no se alcanzaran al cierre del ejercicio considerado. Los componentes variables en la retribución del personal y los incentivos a mejorar la calidad asistencial constituyen fuentes relevantes para viabilizar los ajustes respectivos, para desequilibrios de distinto signo.

c) *Compra-venta de servicios*. La prestación de servicios a terceros (incluidas otras Regiones Sanitarias) deberá ser facturada por la Región Sanitaria, con base en sus costos y los respectivos precios de mercado, maximizando los ingresos de recursos para ASSE. Estos ingresos no pueden revertir directamente en aquellos que intervienen en la atención de estos pacientes, sino que se deben volcar a la administración de la Región Sanitaria respectiva.

Los beneficios que se obtengan por la contraprestación de servicios se destinarán a generar fondos de reserva para fluctuaciones en cada Región Sanitaria, de modo de amortiguar los eventuales déficit que se produjeran en cada ejercicio. El mismo destino tendrán los fondos en caso que se produjeran superávit.

Si se produjeran déficit serán solventados por Rentas Generales con cargo oportuno al reintegro con los recursos que al efecto se establezcan por ley, salvo que existieran fondos de reserva, en cuyo caso éstos concurrirán en primer término a cubrirlos hasta donde alcancen

d) *Prioridades para la producción de servicios*. Cuando una Región Sanitaria no cuenta con la integración de recursos propios necesarios para brindar la cobertura integral de prestaciones a la que está obligada, deberá priorizar la adquisición de los servicios correspondientes a otras Regiones Sanitarias de ASSE, los centros de referencia nacional, y finalmente a otros efectores, siempre y cuando resulte en una satisfactoria calidad de los servicios y sea favorable en la evaluación costo-beneficio con relación a la prestación directa

- Organización asistencial

a) *Primer nivel*. La “puerta de entrada” a la cobertura asistencial de ASSE se producirá a través de los equipos de salud del primer nivel de atención, teniendo derecho la población objetivo a elegir el equipo que lo atenderá dentro de la Región Sanitaria.

b) *Segundo y tercer nivel*. Una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento del primer nivel de atención, la población usuaria tiene derecho a ser atendida en los servicios hospitalarios de la Región Sanitaria o en las que ésta defina para completar la cobertura integral de prestaciones asistenciales.

c) *Habilitación y acreditación*. ASSE será habilitada y acreditada en sus servicios bajo las mismas condiciones de exigencia que se definan para los restantes oferentes del sector.

V. PATRIMONIO Y RECURSOS FINANCIEROS

1. Composición. El patrimonio de la entidad estará compuesto por:

- a. Todos los bienes a que se refiere el punto siguiente.
- b. Los fondos específicamente asignados en la ley de descentralización.
- c. El producido de sus proventos.
- d. Los legados y donaciones.

2. Bienes. Constituye el capital original del organismo que se crea, el patrimonio adquirido por cualquier modo por el Estado con destino a la asistencia prestada por el MSP a través de ASSE – órgano desconcentrado, a la fecha de entrada en vigencia de la ley de descentralización, así como todos los bienes inmuebles, muebles, créditos y derechos afectados por este organismo a la prestación de los referidos servicios, a cuyo efecto el MSP efectuará las operaciones materiales tendientes a la mutación dominial correspondiente en favor del organismo que se crea por la ley de descentralización. La reglamentación a dictarse establecerá qué bienes quedarán excluidos de la mutación dominial.

3. Deudas y obligaciones. ASSE - Servicio Descentralizado tomará a su cargo las deudas, obligaciones y servicios correspondientes, contraídos por el MSP con anterioridad a la entrada en vigencia de la ley de descentralización, y que permanecieran impagas a dicha fecha, recibiendo los fondos o recursos afectados a los mismos por la actividad llevada a cabo por la actual ASSE – órgano desconcentrado.

4. Presupuesto.

• Fuentes de ingresos. Constituyen fuentes de ingresos de ASSE:

- a) Asignaciones fijadas por ley presupuestal
- b) Frutos civiles y naturales de los bienes que le pertenezcan
- c) Donaciones, herencias y legados
- d) Contraprestaciones
- e) Préstamos
- f) Bienes y subsidios que se le asignen por ley

• Período 2005-2009. Hasta tanto no se sancione el primer presupuesto para este organismo regirán los que a la fecha de promulgación de la ley de descentralización tenía el MSP con destino al funcionamiento de su órgano desconcentrado ASSE, incluyéndose la totalidad de los créditos presupuestales, cualquiera sea su naturaleza.

• Período 2010-2014. A los efectos de preparar con suficiente antelación su próximo Presupuesto como Servicio Descentralizado -período 2010-2014-, ASSE deberá estimar la población objetivo para el próximo período y determinar sus necesidades de fondos de acuerdo a tres criterios centrales.

a. Deudas. El monto acumulado de deudas y obligaciones que debe cancelar el nuevo organismo.

b. Inversión. Necesidades de recursos a destinar al rubro inversiones de distinto tipo, teniendo en cuenta en la proyección la inversión que se instrumente en la presente Administración y el diseño institucional emergente de la propia ley de descentralización y el plan estratégico a diseñar.

c. Flujo de ingresos y gastos. Se debe asociar a la población objetivo un conjunto de variables (sexo, edad, distribución de ingreso) de modo tal que permitan establecer capitales ajustadas según su riesgo, sujetas a las restricciones que impone la cobertura integral y la mejora continua de la calidad asistencial, y asociadas a los valores que se estiman para el resto de los efectores del sector.

• Mecanismos. Si el cambio sectorial avanza en el contexto de los mecanismos previstos en los artículos 264 y 265 del Presupuesto Nacional 2005-2009, a tal punto que en la Administración siguiente se reembolsa desde un Fondo Nacional de Salud, entonces el sistema operará con los criterios ya mencionados.

- En caso contrario, la presupuestación incorporará, como criterio central para determinar su necesidad de recursos financieros, el gasto esperado de la población objetivo a cubrir de acuerdo a su riesgo (edad y sexo), y el reembolso provendrá de Rentas Generales con los criterios tradicionales.

5. Exoneraciones. ASSE tendrá todas las exoneraciones de pago de tasas, derechos de Aduana, portuarios, adicionales, patentes e impuestos nacionales o municipales, que beneficien por igual a los oferentes de servicios de atención médica del sector, salvo en lo que dispongan las leyes especiales.

6. Compras. Las adquisiciones de cualquier tipo que resulten necesarias para la puesta en funcionamiento de los servicios en óptimas condiciones, podrá realizarse directamente, siempre que correspondan a casos graves y urgentes para asegurar una atención inmediata en situaciones de excepción, debidamente fundados, sin que se requiera de licitación pública, previa autorización del TC, y siempre que para ello preste su aprobación la mayoría simple del Directorio, debiéndose dar cuenta en cada caso al PE, que a su vez lo comunicará de inmediato a la Asamblea General.

7. Autorización. ASSE deberá recabar la autorización del PE por intermedio del MSP con fundamentos debidamente documentados para crear, clausurar, suspender, ceder, constituir derecho de uso a favor de otras entidades de asistencia, adquirir, enajenar o preñar equipos sanitarios.

8. Delegado permanente. La Contaduría General de la Nación designará entre su personal un delegado permanente ante ASSE - Servicio Descentralizado. En el desempeño de sus cometidos, estará facultado para efectuar la revisión y exámenes de los libros, el estudio de actas, comprobantes y demás documentos necesarios para un eficiente cumplimiento de sus funciones.

VI. RECURSOS HUMANOS

- A partir de la promulgación de la Ley de descentralización, el MSP tiene 180 días para distribuir el personal afectado a ASSE y a la actividad propia del MSP. Hasta tanto no se realicen las regularizaciones funcionales previstas en la Ley, el personal afectado seguirá percibiendo la remuneración correspondiente a la función desempeñada hasta la entrada en vigencia de la Ley.
- **Personal de ASSE.** Se integrará con el personal actualmente afectado a las Unidades Ejecutoras de ASSE - órgano desconcentrado. El personal de ASSE será amovible.
- **Política de RRHH.** Deberá alinearse con los criterios que se establezca en el Estatuto Único del Trabajador de la Salud que se encuentra en proceso de elaboración.
- **Ingreso de personal.** Mientras no se apruebe el Estatuto Único, el ingreso a ASSE del personal técnico, semi-técnico, administrativo o de servicios, presupuestado o contratado, se hará por concurso abierto de oposición, méritos, u oposición y méritos, según lo resuelva el Directorio, ajustado a lo que disponen las normas generales de ingreso a la función pública y lo que establezca la ley de descentralización.

Se consideran exceptuados de este criterio los secretarios y asesores técnicos del Directorio, y los cargos gerenciales de la Dirección de las Regiones Sanitarias, los que se considerarán “cargos de particular confianza”. En ningún caso se admitirá la contratación directa de personal basada en la notoria competencia del postulante.

- **Concursos.** El Directorio reglamentará, dentro de los **180 días** siguientes a su instalación, los requisitos a llenarse en los llamados a concursos para los cargos a proveerse.

Para el ingreso a los cargos técnicos se exigirán los títulos expedidos por las Facultades habilitadas por el Estado. Únicamente se considerarán cargos técnicos los que por la propia índole de la función –de acuerdo a las leyes y reglamentaciones que rigen en la materia – necesariamente deban estar desempeñados por profesionales. En los llamados a concursos técnicos considerados “desiertos” el Directorio podrá contratar por un plazo no superior a **180 días** a los técnicos necesarios para garantizar el funcionamiento de los servicios.

- **Reglamento disciplinario.** ASSE dictará dentro del plazo de **60 días** a partir de la vigencia de la ley de descentralización, las disposiciones relativas al procedimiento administrativo en general y disciplinario en particular sobre la base de los siguientes principios: a) imparcialidad, b) legalidad objetiva, c) impulsión de oficio, d) verdad material, e) economía, celeridad y eficacia, g) flexibilidad, materialidad y ausencia de ritualismos, h) delegación material, i) debido procedimiento, j) contradicción, k) buena fe, lealtad y presunción de verdad salvo prueba de lo contrario, l) motivación de la decisión, m) gratuidad.
- **Ajuste salarial.** El Directorio de ASSE elaborará un plan de ajuste de las retribuciones del personal de ASSE que se equipare con las retribuciones que establecen los Laudos⁷ del sector privado para igual función, en un período no mayor a **5 años**, debiendo establecer con claridad las etapas en que se producirá la transición respectiva.
- **Componentes retributivos.** La retribución al personal incluirá componentes fijos y variables. Los componentes fijos representarán la mayor proporción de la retribución, y los variables deberán asociarse a factores relacionados con el desempeño del funcionario y a aspectos que resulten decisivos en la mejora de la calidad asistencial.
- **Pirámide escalafonaria.** El Directorio de ASSE estructurará una pirámide salarial con escalafones diferenciales entre las distintas funciones técnicas y no técnicas.

⁷ Los que se encuentren vigentes al momento de realizar la comparación

- **Alta dedicación.** Tanto el ajuste salarial como la pirámide escalafonaria deberán ponderar positivamente a los funcionarios que concentran horario de trabajo en ASSE, debiéndose estimular la dedicación exclusiva cuando ello resulte factible.
- **Equipos básicos de salud.** En un plazo no mayor a los **5 años**, ASSE deberá completar el proceso de estructuración de los equipos básicos de salud en el primer nivel de atención, fortaleciendo su resolutiveidad como puerta de entrada a los servicios.

MATERIALES CONSULTADOS

- Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública, N° 9.202 (12.01.34)
- Ley de Creación de ASSE, N° 15.903 (10.11.87)
- Proyecto de Ley de Descentralización de ASSE en Proyecto de Ley de Presupuesto 95-99
- Proyecto de Ley de Descentralización de ASSE, 2006
- Ley de Emergencia para la Enseñanza N° 15.739
- Soto, E.; Sugerencias para el Proyecto de Ley de Descentralización de ASSE, SMU.
- Salgado, M; Elementos centrales de la organización asistencial para el período de transición. Solís III.
- OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud.
- Ley de Presupuesto Nacional 2005-2009.
- Presidencia de la República. Sistema Nacional Integrado de Salud. Lineamientos de la Reforma de Salud. Tomado de www.presidencia.gub.uy

* El presente informe-propuesta, fue elaborado por una comisión de trabajo integrada por los Dres. Ignacio Olivera, Martín Salgado y Enrique Soto, y el Economista Luis Lazarov. Fue puesto a consideración del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay en la primera semana del mes de junio del presente año, quien lo aprobó en su carácter de aporte a la discusión del proceso de Descentralización de ASSE, en el marco del Consejo Consultivo convocado a tales efectos por el MSP.

ANEXOS

PRESUPUESTO NACIONAL 2005-2009

ARTICULO 264.- El Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal.

Dicho sistema se articulará sobre la base de la complementación público-privada y tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación.

El sistema complementará los servicios públicos y privados de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todos los habitantes.

ARTICULO 265.- El Sistema Nacional Integrado de Salud será financiado por un Seguro Nacional de Salud, el que se creará por ley según lo dispuesto en el **artículo 67** y en la **disposición transitoria letra V)**** de la Constitución de la República y contará con un Fondo Público Único y Obligatorio constituido por los aportes del Estado, aportes de las empresas públicas y privadas y el aporte universal de los hogares beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El aporte del Estado provendrá de la asignación presupuestal al financiamiento del sistema de salud.

El aporte de las empresas públicas y privadas será proporcional a la nómina de sus trabajadores.

El aporte de los hogares será un porcentaje de sus ingresos de manera de contribuir a la equidad en el aporte al financiamiento de la salud, en tanto las normas tributarias fijarán la forma y porcentaje de dichos aportes.

El reembolso a los prestadores integrales públicos y privados de salud se hará de acuerdo a cápitas ajustadas por riesgo y metas de prestación de servicios en cada nivel de atención.

La reglamentación fijará los valores de las cápitas integrales ajustadas por riesgo, los mecanismos de ajuste de las mismas y las metas de prestación por nivel de atención.

Sólo podrán integrar el Seguro Nacional de Salud a crearse, las instituciones de asistencia médica colectiva previstas en el artículo 6º del decreto-ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981, y sus modificativas, así como las instituciones de asistencia médica privada particular sin fines de lucro.

Sin perjuicio, aquellos seguros integrales autorizados y habilitados por el Ministerio de Salud Pública al amparo de lo dispuesto por el artículo 3º del decreto-ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981, que operen bajo alguna de las formas jurídicas previstas en la Ley Nº 16.060, de 4 de setiembre de 1989, que se encuentren funcionando regularmente a la fecha de la vigencia de la presente ley, integrarán el Seguro Nacional de Salud a crearse, según sus prescripciones, de acuerdo a las pautas que indique la reglamentación que a tal efecto dictará el Poder Ejecutivo y sin perjuicio de la libre contratación que garantiza la norma.

CONSTITUCIÓN

Artículo 67.- Las jubilaciones generales y seguros sociales se organizarán en forma de garantizar a todos los trabajadores, patronos, empleados y obreros, retiros adecuados y subsidios para los casos de accidentes, enfermedad, invalidez, desocupación forzosa, etc.; y a sus familias, en caso de muerte, la pensión correspondiente. La pensión a la vejez constituye un derecho para el que llegue al límite de la edad productiva, después de larga permanencia en el país y carezca de recursos para subvenir a sus necesidades vitales.

Los ajustes de las asignaciones de jubilación y pensión no podrán ser inferiores a la variación del Índice Medio de Salarios, y se efectuarán en las mismas oportunidades en que se establezcan ajustes o aumentos en las remuneraciones de los funcionarios de la Administración Central.

Las prestaciones previstas en el inciso anterior se financiarán sobre la base de:

- A) Contribuciones obreras y patronales y demás tributos establecidos por ley. Dichos recursos no podrán ser afectados a fines ajenos a los precedentemente mencionados, y
- B) La asistencia financiera que deberá proporcionar el Estado, si fuera necesario.

Disposición Transitoria: V)** Sin perjuicio de lo establecido en los [artículos 216](#) y [256](#) y siguientes de la Constitución de la República, declarase la inconstitucionalidad de toda modificación de seguridad social, seguros sociales, o previsión social ([artículo 67](#)) que se contenga en leyes presupuestales o de rendición de cuentas, a partir del 1º de octubre de 1992. La Suprema Corte de Justicia, de oficio, o a petición de cualquier habitante de la República, emitirá pronunciamiento sin más trámite, indicando las normas a las que debe aplicarse esta declaración, lo que comunicará al Poder Ejecutivo y al Poder Legislativo. Dichas normas dejarán de producir efecto para todos los casos, y con retroactividad a su vigencia.

CONSTITUCIÓN

Artículo 44.- El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.

Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

CONSTITUCIÓN

Artículo 187.- Los miembros de los Directorios y los Directores Generales que no sean de carácter electivo, serán designados por el Presidente de la República en acuerdo con el Consejo de Ministros, previa venia de la Cámara de Senadores, otorgada sobre propuesta motivada en las condiciones personales, funcionales y técnicas, por un número de votos equivalente a tres quintos de los componentes elegidos conforme al [artículo 94](#), inciso primero.

Si la venia no fuese otorgada dentro del término de sesenta días de recibida su solicitud, el Poder Ejecutivo podrá formular propuesta nueva, o reiterar su propuesta anterior, y en este último caso deberá obtener el voto conforme de la mayoría absoluta de integrantes del Senado.

La ley por tres quintos de votos del total de componentes de cada Cámara podrá establecer otro sistema de designación.

CONSTITUCIÓN

Artículo 191.- Los Entes Autónomos, los Servicios Descentralizados y, en general, todas las administraciones autónomas con patrimonio propio, cualquiera sea su naturaleza jurídica, publicarán periódicamente estados que reflejen claramente su vida financiera. La ley fijará la norma y número anual de los mismos y todos deberán llevar la visación del Tribunal de Cuentas.

CONSTITUCIÓN

Artículo 192.- Los miembros de los Directorios o Directores Generales cesarán en sus funciones cuando estén designados o electos, conforme a las normas respectivas, quienes hayan de sucederlos.

Las vacancias definitivas se llenarán por el procedimiento establecido para la provisión inicial de los cargos respectivos, pero la ley podrá establecer que, conjuntamente con los titulares de los cargos electivos, se elijan suplentes que los reemplazarán en caso de vacancia temporal o definitiva.

La ley, dictada por el voto de la mayoría absoluta del total de componentes de cada Cámara, regulará lo correspondiente a las vacancias temporales, sin perjuicio de lo establecido en el inciso anterior.

Podrán ser reelectos o designados para otro Directorio o Dirección General siempre que su gestión no haya merecido observación del Tribunal de Cuentas, emitida por lo menos por cuatro votos conformes de sus miembros.

CONSTITUCIÓN

Artículo 200.- Los miembros de los Directorios o Directores Generales de los Entes Autónomos o de los Servicios Descentralizados no podrán ser nombrados para cargos ni aun honorarios, que directa o indirectamente dependan del Instituto de que forman parte. Esta disposición no comprende a los Consejeros o Directores de los servicios de enseñanza, los que podrán ser reelectos como catedráticos o profesores y designados para desempeñar el cargo de Decano o funciones docentes honorarias.

La inhabilitación durará hasta un año después de haber terminado las funciones que la causen, cualquiera sea el motivo del cese, y se extiende a todo otro cometido, profesional o no, aunque no tenga carácter permanente ni remuneración fija.

Tampoco podrán los miembros de los Directorios o Directores Generales de los Entes Autónomos o de los Servicios Descentralizados, ejercer simultáneamente profesiones o actividades que, directa o indirectamente, se relacionen con la Institución a que pertenecen.

Las disposiciones de los dos incisos anteriores no alcanzan a las funciones docentes.

Artículo 201.- Los miembros de los Directorios o Directores Generales de los Entes Autónomos y de los Servicios Descentralizados, para poder ser candidatos a Legisladores, deberán cesar en sus cargos por lo menos doce meses antes de la fecha de la elección.

En estos casos, la sola presentación de la renuncia fundada en esta causal, determinará el cese inmediato del renunciante en sus funciones.

Los Organismos Electorales no registrarán listas en que figuren candidatos que no hayan cumplido con aquel requisito.

CONSTITUCIÓN

Artículo 221.- Los presupuestos de los Entes Industriales o Comerciales del Estado serán proyectados por cada uno de éstos y elevados al Poder Ejecutivo y al Tribunal de Cuentas cinco meses antes del comienzo de cada ejercicio, con excepción del siguiente al año electoral, en que podrán ser presentados en cualquier momento.

El Tribunal de Cuentas dictaminará dentro de los treinta días de recibidos.

El Poder Ejecutivo con asesoramiento de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto podrá observarlo y, en este caso, así como en el que mediasen observaciones del Tribunal de Cuentas lo devolverá al Ente respectivo.

Si el Ente aceptase las observaciones del Poder Ejecutivo y el dictamen del Tribunal de Cuentas, devolverá los antecedentes al Poder Ejecutivo para la aprobación del presupuesto y su inclusión con fines informativos en el Presupuesto Nacional.

No mediando la conformidad establecida en el inciso anterior, los proyectos de presupuestos se remitirán a la Asamblea General, con agregación de antecedentes.

La Asamblea General, en reunión de ambas Cámaras, resolverá en cuanto a las discrepancias con sujeción a lo dispuesto en el [artículo 215](#), por el voto de los dos tercios del total de sus componentes. Si no resolviera dentro del término de cuarenta días se tendrá por aprobado el presupuesto, con las observaciones del Poder Ejecutivo.

El dictamen del Tribunal de Cuentas requiere el voto afirmativo de la mayoría de sus miembros.

La ley fijará, previo informe de los referidos Entes y del Tribunal de Cuentas y la opinión del Poder Ejecutivo emitida con el asesoramiento de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, los porcentajes que cada Ente podrá destinar a sueldos y gastos de dirección y de administración.