Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

BANCO MUNDIAL

69743 v2

El Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay

2010. Cinco años después.

Un Análisis de los progresos en la expansión del aseguramiento en salud y la reforma del sistema sanitario

Junio 2010

Revisión de los cambios sectoriales generados por el proceso de reforma del Sistema de Salud, los avances logrados frente a los objetivos planteados y los espacios y alternativas de avance futuro.

El presente trabajo es el informe final de la Colaboración Técnica No Vinculada a Préstamos del Banco Mundial con el Gobierno de la Republica Oriental del Uruguay, (NLTA HD Reforms- TA-P106878-TAS-BB), desarrollado entre Noviembre de 2007 y Junio de 2010.

Los objetivos de la colaboración fueron proveer asistencia técnica para: (i) el fortalecimiento del área de economía de la salud del MSP, del área de salud del MEF, a la JUNASA en asuntos puntuales relacionados con la reglamentación del marco legal del SNIS, apoyar el desarrollo de un sistema de monitoreo de la reforma y (ii) realizar un análisis de los cambios sectoriales generados por el proceso de reforma del Sistema de Salud, los avances logrados frente a los objetivos planteados e identificar los principales espacios y alternativas de avance futuro.

El trabajo está organizado en un Resumen Ejecutivo y un Informe Central. En ambos, con el mismo orden expositivo, se analizan: (i) Avances producidos en el desarrollo de implementación del la reforma sectorial; (ii) Desafíos que la continuidad de la reforma presenta a futuro, encuadrando a la misma para su análisis en cuatro ejes estratégicos, obviamente con fuertes interrelaciones entre cada uno de ellos: a) Institucional; b) Cobertura; c) Prestacional; y d) Económico-financiero; (iii) Aspectos del Monitoreo de la reforma y (iv) Conclusiones principales y sugerencias de cursos críticos de acción analítica.

El reporte ha sido realizado por un equipo técnico del Banco Mundial, liderado por Luis Pérez, Especialista Senior de Salud Publica, LCHSS, LCC7, y conformado por los consultores Marcelo Barg, Politólogo; Jorge Gosis, Dr. en Medicina; Alfredo Perazzo, Economista y Juan Sanguinetti, Economista, con el apoyo logístico y administrativo de Santiago Scialabba, Program Assistance , LCC7 , Sarah Bailey, ACS, LCSHD y y Verónica Yolanda Jarrin, Senior Program Assistance, LCSHH.

Este estudio se ha podido realizar por la cooperación de una gran cantidad de personas debiendo destacarse a las autoridades y los funcionarios del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía del Gobierno de la Republica Oriental del Uruguay, en especial, el Área de Economía de la Salud de la DIGESE, el Área de presupuesto del MSP, la Gerencia de Administración de ASSE. También por la calidad y publicidad de información de organismos públicos como el MEF y el FNR A todos ellos, nuestro especial agradecimiento.

Breve nota expositiva

Los responsables del estudio adhieren a la política de no discriminación de género y son conscientes que el uso del lenguaje no neutral desde esa perspectiva constituye un sesgo

sexista. No obstante, para aligerar el texto se utilizó una redacción convencional, con la convicción que ello facilita su lectura sin alterar el espíritu del principio recién expuesto.

TABLA DE CONTENIDOS	PAGINA
GLOSARIO	5
RESUMEN EJECUTIVO	7
INTRODUCCIÓN	7
1. Los avances producidos	7
1.1 Eje de Desarrollo Institucional	7
1.2 Eje de Cobertura	8
1.3 Eje de Prestación de Servicios de Salud	9
1.4 Eje económico financiero	10
2. Oportunidades de avances para la reforma y principales aspectos analíticos a considerar.	13
2.1 Eje de Desarrollo Institucional	13
2.2 Eje de Cobertura	14
2.3 Eje Prestación de Servicios de Salud	15
2.3.1 Control de la dinámica del conjunto de servicios comprendidos en los Programas Integrales y el Catálogo de Prestaciones de Salud	15
2.3.2 La profundización del modelo de atención preventivo y los mecanismos de ajuste dinámico de la calidad	16
2.4 Eje económico financiero	16
2.4.1 Cambio en el esquema de financiamiento global del sistema	16
2.4.2 Esquema de administración de los riesgos	18
2.4.3 La organización económica del sector	18
2.4.3.1 La política de capitas	18
2.4.3.2 La relación complementaria y competitiva de los proveedores públicos y privados	19
2.5 El esquema de incentivos	21
3. El monitoreo de la Reforma. Su importancia.	22
4. Conclusiones principales y sugerencias de cursos críticos de acción y análisis.	24

TABLA DE CONTENIDO	PAGINA
INFORME CENTRAL	28
1. Introducción	28
2. La reforma: el marco institucional y regulatorio	30
2.1. Introducción	30
2.2 Funcionalidad	31
2.2.1 Funcionalidad global	31
2.2.2 Roles específicos y esquema de gobierno	31
2.3 Regulación de las relaciones entre los actores	34
2.3.1 Regulaciones generales	35
2.3.1.1 Tipo, cantidad y calidad de las prestaciones	35
2.3.1.2 Precios y costos	42
2.3.1.3 Accesibilidad	44
2.3.2 Regulaciones de la competencia	45
2.3.3 Regulación del Control	47
3. Análisis de sustentabilidad de la reforma	50
3.1 Contexto económico y social	50
3.2 El gasto en salud y sus principales fuentes de financiamiento	51
3.2.1 El comportamiento reciente en el gasto en salud	51
3.2.2 Evolución de las fuentes de financiamiento de la salud	52
3.3 La ejecución presupuestaria del Ministerio de Salud Pública en el contexto de la reforma.	57
3.4 La ejecución del presupuesto de ASSE en el contexto de la descentralización	58
3.5. El sistema mutual de salud. Principales tendencias de sus ingresos, erogaciones y resultados.	60
4. Sistema de Seguimiento y Monitoreo de la Reforma	63
5. Conclusiones principales y sugerencias de cursos críticos de acción y análisis.	68
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXO 1. Cambios en el perfil demográfico y epidemiológico en Uruguay	75
ANEXO 2 .La normativa relativa a la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay	78
ANEXO 3. Regulaciones que afectan al paquete de productos y sus cantidades, incluyendo las que afectan a la población objetivo (en cantidad y composición) .	121
ANEXO 4. De la reforma deseada a la reforma posible	125
ANEXO 5. Desempeño institucional. Componente meta asistencial.	135

GLOSARIO	
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
AVID	Años de Vida Perdidos por Discapacidad
BHU	Banco Hipotecario del Uruguay
BPC	Base de Prestación de Contribuciones
BPS	Banco de Previsión Social
CRCG	Comisión Reguladora de los Compromisos de Gestión
DES	División de Economía de la Salud
DIGESA	Dirección General de la Salud
DIGESE	Dirección General de Secretaría
DISSE	Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad
ECNTs	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ENTs	Enfermedades No Transmisibles
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FTM	Formulario Terapéutico de Medicamentos
HDS	Historia Digital de Salud
IAMCs	Instituciones de Atención Médica Colectiva
IMAEs	Instituciones Médicas de Alta Especialización
IMM	Intendencia del Municipio de Montevideo
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPC	Índice de Precios al Consumidor
JUNASA	Junta Nacional de Recursos
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MEyF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social

GLOSARIO	
MSP	Ministerio de Salud Pública
OPP	Oficina Planeamiento y Presupuesto
PANES	Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social
PAP	Examen de células con tinción de Papanicolau.
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
RAP	Red de Atención Primaria
RUCAF	Registro Único de Cobertura Asistencial Formal
SIIS	Sistema de Información Integrado de Salud
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud
TC	Tasa de Conversión
TCN	Tribunal de Cuentas de la Nación
TOCAF	Texto Ordenado de Contabilidad y Administración Financiera
TOFUP	Texto Ordenado de Normas sobre Funcionarios Públicos

El Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay
La reforma del Sector Salud

RESUMEN EJECUTIVO

INTRODUCCIÓN

1. En Diciembre de 2005 se inició en Uruguay un proceso de reforma para lograr una transformación sustantiva del Sector Salud. La reforma planteada implica cambios institucionales, financieros y sanitarios. El marco legal principal completó su sanción legislativa en Diciembre de 2007, con la Ley 18211, de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud –SNIS- y disparo un proceso de transición que lleva casi cinco años, en el que el sector comenzó a adaptarse a nuevas reglas de funcionamiento, para alcanzar mejoras que podrán ser evaluadas plenamente en el largo plazo. Este trabajo analiza los cambios sectoriales generados por el proceso de reforma, los avances logrados frente a los objetivos planteados e identifica los principales espacios y alternativas para el avance futuro.

2. La reforma está orientada esencialmente a lograr:

    1. mayor **acceso** a servicios de salud por parte de la población, a través de la expansión de la cobertura explícita del seguro de salud, la reducción de costos asociados a las prestaciones, y por el establecimiento de un esquema de financiamiento más equitativo para la atención integral de la salud de la población.
    2. servicios de salud más **integrados** y de mejor **calidad**, a través servicios mejor definidos y de la articulación de la oferta mediante la complementación de la provisión pública y privada y
    3. mayor **eficiencia** y **sustentabilidad** del sistema a través de la adecuación de la oferta de los servicios de salud a los cambios epidemiológicos generados por las modificaciones de las características demográficas de la población registradas en los últimos años; lo que implica la priorización de las actividades de prevención sin desatender aquellas dirigidas a la recuperación de la salud.
    4. La búsqueda de sustentabilidad en el largo plazo, a través del desarrollo de una estrategia de promoción y protección específica de la salud tendiente a disminuir la carga de enfermedad del país.

3. La reforma ha ido produciendo sucesivos avances muy significativos en el proceso de transición, los que van conformando un nuevo contexto en el que se desarrolla el Sector de la Salud en Uruguay.

4. A los efectos expositivos, se analizan los avances producidos y los desafíos a futuro, encuadrando la reforma en cuatro ejes estratégicos, obviamente con fuertes interrelaciones entre ellos: i) Desarrollo Institucional; ii) Cobertura; iii) Prestación de Servicios de Salud; y iv) Económico-financiero.

1 Los avances producidos

1.1 Eje de Desarrollo Institucional

5. Para brindar condiciones de gobernabilidad y sustentabilidad del sistema, la reforma genera una profunda transformación institucional, expresada en:
   1. La creación de nuevos institutos[1] como el Seguro Nacional de Salud, el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Fondo Nacional de Salud;
   2. La creación de nuevas instituciones[2], como la JUNASA, responsable de la administración de los tres institutos mencionados
   3. La mayor especialización funcional, especialmente del Ministerio de Salud Pública, y
   4. La adecuación del funcionamiento y operación de las organizaciones prestadoras, en especial la ASSE, sujeta a un exigente proceso de descentralización.

6. Un aspecto relevante del proceso es el logro de los consensos sociales y políticos necesarios para la aprobación de la legislación de base para la reforma; esencialmente, la creación de los institutos e instituciones mencionados. Aún cuando el diseño de las normas fue influido por los acuerdos que viabilizarían su aprobación legislativa, el ritmo y el direccionamiento de las acciones ejecutadas son consistentes con la visión estratégica y con las posibilidades reales de adecuación del sistema; lo cual constituye un importante logro de la gestión de implementación de la reforma. La opinión pública ha validado los esfuerzos en pos del proceso de reforma, que mantiene un alto porcentaje de adhesión y visión positiva sobre la misma.

1.2 Eje de Cobertura

7. Lograr la ampliación de la cobertura explícita de la población a través de un esquema de aseguramiento de la salud es uno de los mecanismos previstos para mejorar el acceso a los servicios. En este sentido el Gobierno implemento un cronograma de adhesión progresivo que, de acuerdo con lo establecido en la ley 18.211, culminará en 2013 con la incorporación de las esposas y concubinas sin hijos al esquema de cobertura del Seguro Nacional de Salud (SNS).

8. En la actualidad,[3] sobre los 3.3 millones de habitantes con que cuenta el país, 1.87 millones se encuentran cubiertos explícitamente por las IAMCs (1.31 millones a través del FONASA y 0.56 millones como afiliados individuales o colectivos que no pasan por FONASA); 1.2 millones son atendidos por ASSE (de los cuales 1.1 millones corresponden al segmento de población financiado por el Tesoro Nacional con crédito del Presupuesto de la Nación -es decir, que no son beneficiarios del SNS- y sólo 0.1 millones son beneficiarios del Seguro Nacional de Salud y, por tanto financiados por FONASA), siendo el resto, la población cubierta por otros seguros y, en menor medida, personas sin cobertura ni acceso al sistema de salud.

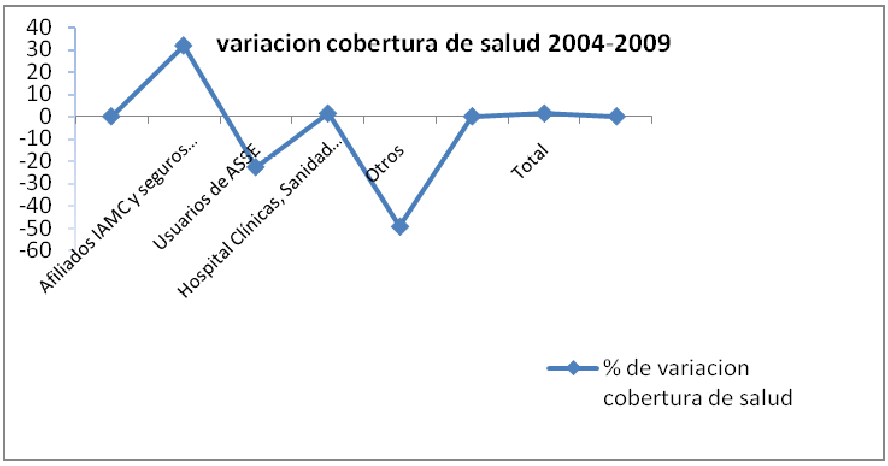
9. Los gráficos abajo muestran la variación de cobertura por subsectores para el periodo 2004-2009 y el incremento porcentual de beneficarios FONASA en cada subsector.

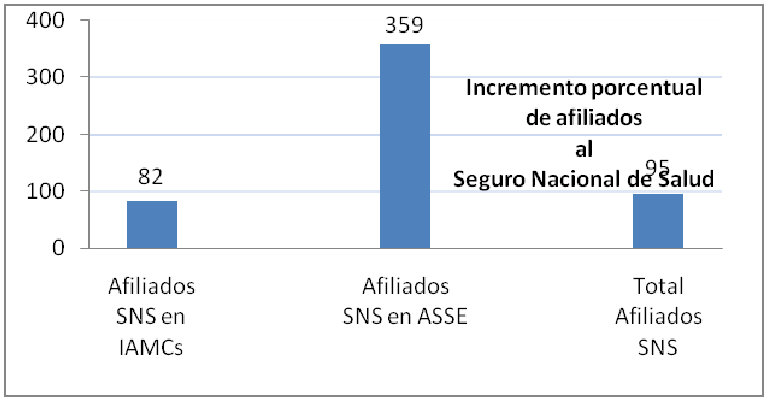
---

[1] entendidos los institutos como un conjunto de finalidades, objetivos y competencias

[2] como organismo que desempeña una función de interés público. Fuente: http://www.rae.es/rae.html, consultado el 3 de marzo de 2010.

[3] Diciembre 2009





1.3 Eje de Prestación de Servicios de Salud

10. La Reforma apunta a mejorar los servicios de salud, lo que implica impulsar cambios importantes en el plano prestacional. Pueden mencionarse al respecto dos grandes lineamientos estratégicos: (i) la búsqueda de mejores y más homogéneos niveles de calidad de los servicios y, (ii) la adaptación del sistema prestacional a los cambios del perfil epidemiológico registrado en los últimos tiempos.

11. Entre otras acciones concretas desarrolladas destacan:

    1. La definición de las condiciones esenciales de las prestaciones a partir de los Programas Integrales y del Catálogo de Prestaciones de Salud, contando, además, con el respaldo de un Formulario Terapéutico de Medicamentos cuya cobertura de medicamentos se debe brindar obligatoriamente y alcanza a las acciones de prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

    2. El inicio de la práctica de firma de los Contratos de Gestión que deben obligatoriamente suscribir todos los Prestadores Integrales que deseen integrar el SNIS (en la primera ronda de firmas, ya han suscripto sendos convenios con la JUNASA las 46 IAMCs y ASSE).

3. La vinculación del sistema de Contratos de Gestión con el pago de los servicios, que está afectado, al menos parcialmente, por el grado de cumplimiento de las metas de salud propuestas por cada prestador y aceptadas por la JUNASA y que forman parte de cada uno de los respectivos Contratos de Gestión.

4. La puesta en marcha del Programa Previniendo como una herramienta para apoyar las prestaciones de prevención contra las enfermedades no transmisibles.

5. La facilitación de acceso a prácticas preventivas de cáncer y enfermedad cardiovascular.

6. La estrategia tendiente a vincular poblaciones de beneficiarios con médicos de cabecera.

1.4 Eje económico financiero

12. En el plano económico-financiero se han producido cambios de gran trascendencia. En primer lugar la reforma implicó un incremento del 23%, en moneda constante, de los recursos asignados al sector salud entre 2004 y 2008. No obstante, este incremento fue menor que el crecimiento del PBI por lo que el gasto como proporción de dicho agregado macroeconómico cayó 12%.

13. Cerca del 85% del incremento se explica por el comportamiento del gasto registrado en los presupuestos de MSP (2%), de ASSE (19%) y en el gasto de las IAMCs (42 %). Estos incrementos se reflejan en la asignación de gasto por beneficiario, habiéndose producido un fuerte incremento del gasto por beneficiario de ASSE aproximándose al de las IAMCs.

14. Asociado a estos cambios, también hubo transformaciones en el esquema de financiamiento, esencialmente por el aumento del financiamiento público respecto del privado[4].

Cuadro 6: peso relativo de las Fuentes de financiamiento del gasto en salud, 2005 – 2008, calculado sobre millones de pesos constantes de 2008

	2005	2006	2007	2008
Financiamiento publico	51.0	53.6	55.0	63.6
Financiamiento privado	49.0	46.4	45.0	36.4
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia sobre Cuentas Nacionales en Salud 2004 y Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento 1999–2000

15. Este fenómeno está asociado a una serie de acciones de política:

[4] Las fuentes privadas de financiamiento se componen fundamentalmente por el gasto directo de los hogares. Comprende todo aquel gasto que realizan los hogares para la cobertura de su salud y que no es cubierto a través de financiamiento público. Por lo tanto, no solo se incluye el "gasto de bolsillo", el gasto que se realiza al momento de recibir la prestación, sino todos los prepagos que realiza el hogar como el pago de cuotas de afiliación individual y colectiva a IAMCs y seguros privados.

1. El incremento del gasto público, especialmente en ASSE.
2. La expansión de la cobertura del SNS a grupos vulnerables, con financiamiento publico
3. La unificación de las contribuciones de las personas a la seguridad social a partir de un aporte proporcional a los ingresos e igual para todos los beneficiarios conforme al tamaño y la composición del hogar. Anteriormente, estos aportes eran diferenciales por colectivo.
4. La intervención en los precios de algunos tickets moderadores y bonos para mejorar la accesibilidad a programas de prevención de enfermedades crónicas, reduciendo la carga de bolsillo de las familias en relación con el costo de la salud,
5. El esquema de transferencias de fondos desde el FONASA a las IAMCs y, más recientemente, a ASSE se realiza a partir de un sistema de cápitas ajustadas por riesgo (sexo y edad) y por cumplimiento de metas. por los servicios de cobertura de los beneficiarios del Seguro. La cápita se ha ido reduciendo en términos reales

2 Oportunidades de avances para la reforma y principales aspectos analíticos a considerar.

1. La reforma ha implicado, tal como se ha comentado, un proceso de importantes transformaciones que han generado una muy buena recepción por parte de la opinión pública, brindando una plataforma política solida para avanzar hacia el logro de los cambios esperados para el largo plazo. No obstante, el grado en que se logren estos resultados y el poder mantener la adhesión de la comunidad al proceso de cambio, dependerán en buena medida de decisiones sobre asuntos complejos que se tomen en el futuro considerando las oportunidades de perfeccionamiento del proceso de reforma en los aspectos estratégicos centrales de tales decisiones, que requieren profundizar su análisis.

2. Procurando contribuir a esta discusión, en esta sección se presenta una descripción general de estos aspectos estratégicos, caracterizados por su transversalidad, es decir, por afectar al sistema en su conjunto por lo que su análisis en relación con los ejes comentados en la sección anterior debe entenderse como una licencia expositiva. Al final de esta sección se presentará un enfoque más global que permitirá por un lado identificar mejor las variables de control con que cuenta el gobierno y, por el otro, apreciar mejor las áreas de impacto del uso de estas variables.

2.1 Eje de desarrollo institucional

3. En relación con el eje institucional cabe reflexionar acerca de dos aspectos referidos a los aspectos institucionales del proceso de reforma: (i) la consistencia de la forma de gobierno del Seguro Nacional de Salud y (ii) la complejidad del marco normativo.

4. **Consistencia de la forma de gobierno del Seguro Nacional de Salud.** El Seguro Nacional de Salud es una piedra angular del sistema y constituye una herramienta que es administrada por la Junta Nacional de Salud. Este organismo presenta una gran virtud cual es la representatividad que tiene su composición (integrada por representantes del Ministerio de Salud, del Ministerio de Economía y Finanzas, del Banco de Previsión Social, de los prestadores, de los trabajadores y de los usuarios)

5. A pesar de tener responsabilidades de administración, la Junta no cuenta con una estructura propia y sus integrantes son funcionarios y representantes que no son de tiempo completo ni tienen una remuneración especial por su función. Esto constituye una potencial debilidad del órgano central de la conducción del SNS y hace que, a los efectos operativos, requiera del apoyo administrativo de las estructuras de las organizaciones representadas. Esto es especialmente evidente en el caso del Ministerio de Salud Pública, que brinda apoyo a la gestión de la Junta a través de sus Direcciones

Generales, manteniendo así en su seno funciones que en un contexto de separación y diferenciación de roles no debiera tener. Otro efecto de esta cuestión es que los usuarios son los que contarían, a priori, con menores posibilidades de respaldo a la gestión de su representante.

6. La conducción ejecutiva de la Junta se realiza a través de un órgano colegiado, existiendo la figura de un Presidente (cargo ejercido por uno de los dos representantes del MSP) cuyas funciones se limitan a efectivizar decisiones de la Junta u operar sobre cuestiones de urgencia. En el contexto de un organismo con fuertes funciones ejecutivas, el balance entre las decisiones colegiadas y las de un responsable operativo constituye un aspecto central a ser considerado y, consecuentemente, normado convenientemente.

7. Si bien la representación de los prestadores es minoritaria (uno de 7 miembros), el sentido de muchas de sus funciones los colocan en una posición de conflicto de intereses. La situación de conflicto de intereses podría presentarse también para otros representantes de la Junta (v.g., del MSP y de ASSE), en especial durante el proceso de transición, cuando los roles de los diferentes actores no se perciban aún como claramente diferenciados. La reglamentación de la ley podría prever una normativa específica para ciertos casos en los que los representantes presenten conflictos de intereses.

8. **Complejidad del marco normativo.** La normativa relativa a la Reforma del Sistema de Salud y la conformación del Seguro Nacional de Salud y su reglamentación se compone a la fecha de un conjunto de más de ciento treinta normas de distinta jerarquía (Leyes, Decretos, Resoluciones, Ordenanzas, etc.) dictadas a lo largo de un período que abarca más de un lustro y que a su vez, modifica legislación de antigua data sobre el sector salud que mantiene vigencia parcial.

9. La complejidad actual de ese plexo normativo amerita el dictado de un Texto Ordenado de todas las normas relacionadas directa o indirectamente con el sistema de salud que permita consolidar en un único texto todo lo relativo al tema, tal como se hizo en su momento con el Texto Ordenado de Contabilidad y Administración Financiera (T.O.C.A.F.), el Texto Ordenado de Normas sobre Funcionarios Públicos. (TOFUP), el Texto Ordenado de Procedimiento Administrativo y otros casos similares.

2.2 Eje de Cobertura

10. Cumpliendo con el cronograma de afiliación previsto en la ley, luego de 2013 aún quedará el desafío de la universalización del Seguro, lo cual implicaría, esencialmente, la incorporación del segmento financiado por el Tesoro Nacional con crédito del

Presupuesto de la Nación al esquema del financiamiento por el FONASA. Esto implicaría dos tipos de problemas. Por un lado, el financiero, que se resolvería si el presupuesto de ASSE equivaliese al resultante de la capita por el número de potenciales beneficiarios que en el actual régimen deben ser atendidos con fondos presupuestarios del Tesoro Nacional. Aun en ese caso, las fluctuaciones de cobertura vinculadas al empleo formal, generarían situaciones de fluctuación del tamaño de la población cubierta por el Estado que impactarían en los recursos públicos.

11. El segundo problema es más complejo y surgiría si la universalización contemplara la posibilidad de establecer la libre elección de los efectores por parte de los beneficiarios. En este caso, la opción que ejercieran los beneficiarios podría determinar un desafío competitivo mayor para ASSE, lo que podría implicar, entre otras cosas, la necesidad de adecuarse a una demanda diferente de la actual.

12. Durante los últimos años el presupuesto de ASSE se incrementó 77% mientras que la producción en volumen total no se modificó significativamente, pero si en forma relativa al tamaño de la población atendida, por lo que ha aumentado progresivamente la tasa de consumo por beneficiario, lo que podría ser un primer indicio de mejor acceso a la atención.

Cuadro 9: ASSE. Indicadores de producción, 2004 – 2008

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Usuarios ASSE	1.554.488	1.510.718	1.484.543	1.301.347	1.210.592	1.201.633
Número de camas	6,395	6,485	6,480	6,450	Nd	Nd
Número de consultas (en miles)	6,361	6,299	6,179	6,218	6,053	Nd
Número de consultas por usuario	4.1	4.2	4.2	4.8	5	Nd
Egresos	167,747	170,792	166,949	167,691	161,787	Nd
Numero egresos por 10000 usuarios	1079	1131	1125	1289	1336	
Actos quirúrgicos	47,338	46,266	46,941	42,871	48,716	Nd
Numero cirugías por 10000 usuarios	0.030	0.031	0.032	0.033	0.040	
Nacimientos	21,550	19,967	19,713	18,194	17,843	Nd

Fuente: ASSE

13. El grueso del incremento presupuestario de ASSE se produjo en relación con el rubro personal, lo que permite inferir que la posibilidad de impulsar un cambio sustantivo de alineación de la calidad de los servicios a los objetivos planteados por la reforma, es ahora más factible. La mejora del acceso a los servicios (oportunidad) y calidad técnica y percibida de los mismos serán factores críticos en la adecuación de ASSE a

una demanda de servicios regida por la libertad de elección de los beneficiarios del seguro, en especial en las áreas urbanas.

2.3 Eje de Prestación de Servicios de Salud

14. Los desafíos en este tema son muy relevantes y se encuentran estrechamente relacionados con aspectos económicos e institucionales que se comentarán luego. No obstante, resulta esencial mencionar aquí los siguientes:

2.3.1 Control de la dinámica del conjunto de servicios comprendidos en los Programas Integrales y el Catálogo de Prestaciones de Salud

15. Aunque los servicios están legalmente delimitados, su dinámica está influenciada por diversos factores: (i) Tecnológicos: por los avances permanentes en los diagnósticos, tratamientos y prácticas preventivas; (ii) Presión de la opinión pública que demanda servicios en forma espontánea y muchas veces sin un sustento técnico adecuado pero que presiona sobre los límites del paquete prestacional; (iii) Judiciales, porque la sociedad expresa demandas insatisfechas crecientemente a través de procesos judiciales cuyos fallos resuelven sobre tales demandas singulares, ya sea que éstas sean iniciadas por personas individuales o por colectivos.

16. Estos factores constituyen fuentes de presión sobre la sustentabilidad financiera del sistema, cuyos límites no pueden establecerse de modo exacto. Por ello es necesario definir una estrategia clara y concreta respecto del control de la dinámica del paquete prestacional, desarrollada con una visión amplia, es decir, que no sólo incluya una periódica revisión del mismo basada en la evidencia, sino que también incorpore métodos y estrategias capaces de influir, aunque sea parcial o indirectamente, sobre los factores que lo influencian. (Análisis de efectividad clínica; Consejo de tecnología, Comité de bioética, segunda opinión obligatoria, publicidad dirigida, regulación ética de publicidad, etc.)

2.3.2 La profundización del modelo de atención preventivo y los mecanismos de ajuste dinámico de la calidad

17. La profundización del rol regulatorio del Ministerio de Salud en materia del paquete prestacional y, eventualmente, en relación con protocolos de atención, aunque necesaria, probablemente no constituya una condición suficiente para el logro de los objetivos de cambio del modelo de atención. En este sentido, son las prácticas de gestión permanentes las que determinan sustancialmente los resultados. Obsérvese que no se trata solo de la gestión directa de las prestaciones sino de la gestión por objetivos, para lo cual la articulación de los Contratos de Gestión a través de la JUNASA y del desarrollo de capacidad institucional para el monitoreo y el control del funcionamiento del sistema constituyen elementos centrales de la futura estrategia de gestión para apoyar tanto el cambio de modelo como la política de la calidad.

2.4 Eje económico financiero

2.4.1 Cambio en el esquema de financiamiento global del sistema

18. La información disponible indica que la reforma ha producido una tendencia de cambio en lo que hace al financiamiento del sistema definida por dos características principales: (i) Reducción de los gastos directos del bolsillo de los individuos e (ii) Incremento del financiamiento a través de instrumentos impositivos. Esto genera una tendencia a un financiamiento más solidario que en la situación inicial antes de la reforma. Esta cuestión, además de tener consecuencias macroeconómicas, puede haber implicado un efecto de percepción de incremento del ingreso disponible de los individuos, lo cual podría haber contribuido a lograr la adhesión al nuevo esquema propuesto.

19. Un aspecto de interés futuro a considerar sería determinar cuáles serían los efectos si se profundiza el esquema de solidarización de los costos del sistema de salud. En otras palabras, habría que evaluar las consecuencias para la economía en conjunto si el financiamiento pasara de un esquema basado en los aportes de las familias, el aporte presupuestario de fondos del Tesoro Nacional y las contribuciones laborales (impuesto al trabajo) a otro en el que no existieran estas últimas contribuciones y se compensase con la asignación de mayores alícuotas de los impuestos actuales; o un incremento impositivo, sea de impuestos generales o bien, por la creación de nuevos impuestos. Este análisis es de naturaleza compleja: si bien la eliminación de un impuesto al trabajo seguramente generaría un estímulo a las actividades mano de obra intensiva, el hecho de no poder preverse anticipadamente de modo certero el comportamiento del impuesto de reemplazo (sea el aumento de las alícuotas de uno existente o la creación de nuevos impuestos), hace que resulte incierto el resultado final de este ejercicio. No obstante, un hecho de política trascendente es que, luego del avance hecho por la reforma, hoy se podría plantear desde una posición mucho más fundada un análisis para un cambio de esta índole.

20. Otro de los aspectos a tener en cuenta es el de las condiciones de sustentabilidad del sistema atendiendo al crecimiento de los gastos. En el largo plazo, los requerimientos financieros al sistema de salud estarán determinados básicamente por el plan de

inclusión de beneficiarios y por la definición del paquete de prestaciones bajo una determinada norma de calidad exigible.

21. Durante el proceso de transición, el Gobierno puede enfrentar los costos incrementales administrando, de alguna manera, el flujo de incremento de beneficiarios o el paquete prestacional. Sin embargo, lo que dará sustentabilidad en el futuro serán otras decisiones de política, criticas, sobre las que se puede comenzar a operar en forma incremental. Estas son: i) las medidas tendientes a lograr condiciones de eficiencia en la provisión de los servicios, y ii) la promoción del cambio estratégico en el sistema de salud para ajustarlo a las tendencias demográficas y epidemiológicas, con un descenso progresivo de la carga de enfermedad.

22. Con respecto a las condiciones de eficiencia en la provisión de servicios, juegan un rol central muchos de los aspectos acerca de la competitividad que serán tratados más en profundidad luego: (i) definir claras reglas de competitividad o complementariedad entre actores sectoriales; (ii) hacer efectivos los mecanismos de incentivos hacia los efectores y hacia las personas y (iii) la reorganización de ASSE –en su carácter de mayor prestador de servicios de salud del Uruguay- y ocupando un rol central en relación con este proceso de mejora de la eficiencia.

23. La segunda vía de acción (*promoción del cambio estratégico en el sistema para ajustarlo a las tendencias demográficas y epidemiológicas*) es la que determinará ajustes genuinos de costos asistenciales a través de lograr una mejor salud de la población a través de su promoción y un mayor y mejor control preventivo del deterioro de la salud. Ocupa un lugar de relevancia encontrar un ritmo adecuado de avance en los mecanismos de financiamiento sujeto a metas que impacten directamente en la morbi mortalidad de las patologías prevalentes de alta incidencia en los costos prestacionales. La aceleración y generalización del proyecto Previniendo puede ser una vía para encontrar el camino adecuado, así como también la puesta en marcha de una estrategia nacional de promoción de la salud y el uso de innovaciones tecnológicas educativas, como la plataforma Plan Ceibal, dirigida a los ciudadanos y plataformas de educación médica continua (e-learning) para los profesionales.

24. Un aspecto adicional que tiene que ver con la sustentabilidad del sistema es la salud financiera de las IAMCs, lo que implica no solamente el fortalecimiento del rol de superintendencia de la JUNASA sobre esas instituciones sino la regulación de los requerimientos financieros de las mismas (por ejemplo, capitales mínimos, reservas, etc.). Dada la condición de fragilidad de las IAMCs al inicio del SNIS, se sanciono la Ley 18439, creando el fondo de garantía para la reestructuración de pasivos para las IAMCs, y la Ley 18.464 que faculta al Poder Ejecutivo para dar un crédito fiscal a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y un subsidio al Fondo Nacional de Recursos. Sin embargo, es importante regular las

condiciones técnicas financieras de operación, para el sistema en régimen, de modo de hacer previsible a las instituciones el marco operativo final.

2.4.2 Esquema de administración de los riesgos

25. En cuanto al esquema de administración de los riesgos implícitos en la problemática de la salud de la población de un país, la reforma no introdujo un cambio estructural significativo dado que tanto antes de la reforma como ahora los riesgos financieros originados en eventos que implican baja y media complejidad son absorbidos: i) por las IAMCs y por ASSE, en los casos de personas afiliadas a ellas, atendiendo al hecho de que reciben una cápita por los servicios; ii) por ASSE, para aquellas personas que carecen de otra forma de cobertura explícita de salud, y por lo que ASSE recibe una partida presupuestaria y (iii) por el Fondo Nacional de Recursos, que absorbe los riesgos "catastróficos" que requieren de alta especialización.

26. Un aspecto a considerar es que el FNR se nutre de aportes específicos bajo la forma de una cápita para el caso de las personas con cobertura del Seguro Nacional de Salud, -que desde 2007 se canalizan a través del FONASA-; del Estado Nacional -por vía presupuestaria a través de ASSE- y de aportes específicos de las personas que no son beneficiarias del SNIS pero están cubiertos por otras instituciones prestadoras o aseguradoras. Esto implica que los costos derivados de eventos catastróficos de beneficiarios del Seguro Nacional de Salud, no están internalizados, para esos mismos beneficiarios, en los efectores de menor complejidad. En tanto los servicios prestados en los niveles de baja y media complejidad pueden influir en la reducción de la tasa de uso de los servicios de mayor complejidad, el esquema implementado no tiene incentivos para que ello ocurra. Por el contrario, si las IAMCs siguieran una conducta de minimización de costos, la consecuencia sería que la tasa de uso de los servicios de mayor complejidad fuese mayor que en una situación óptima.

2.4.3 La organización económica del sector

27. La reforma introdujo regulaciones que tienen consecuencias sobre la organización económica del Sector Salud. En esta sección se analizarán dos que se consideran relevantes.

2.4.3.1 La política de capitas

28. La política de capitas establece valores y metodologías de determinación que discriminan por riesgo (por sexo y edad) y por cumplimiento de metas, a partir de una cápita básica. La cápita básica por los servicios de salud es uniforme para todos los proveedores/aseguradores de todo el país.

29. En este punto resulta conveniente hacer notar que existe una cierta dualidad en el rol de las IAMCs que son, por una parte, sociedades de prestadores y por otra, entidades aseguradoras en el sentido de contar con afiliados propios. En este contexto, la figura de la JUNASA surge como una entidad de superintendencia de entidades aseguradoras que fija una cápita bajo criterios uniformes; y esta cápita es una prima de seguro que la JUNASA compra y paga por cuenta y orden de los beneficiarios. Sin embargo, la JUNASA administra un Seguro Nacional de Salud, financiado a través del FONASA y los afiliados a las IAMCs resultan beneficiarios de ese Seguro Nacional de Salud por adhesión. Este escenario refuerza el rol de las IAMCs como entidades esencialmente proveedoras o prestadoras/aseguradoras con una población a cargo derivada de la afiliación que realizan. En este caso, la cápita puede ser considerada directamente como el pago de prima para asegurar el acceso a un conjunto de prestaciones.

30. Por otra parte, las IAMCs tienen en general un área geográfica de influencia limitada; es decir que no existen IAMCs de alcance nacional. En este contexto, parece importante analizar las condiciones de eficiencia implícitas en la determinación de una cápita uniforme a nivel nacional y para todas las IAMCs. En efecto, una condición suficiente de eficiencia sería que los costos de los servicios, para un determinado nivel de calidad *(debe acá considerase la capacidad del comprador para verificar las condiciones de calidad)*, sean uniformes a lo largo del país y de cada IAMC. Esto no es necesariamente así dado que ciertos costos, especialmente los laborales, son diferenciales entre el interior del país y Montevideo y que los costos financieros no son iguales entre IAMCs debido a que parten de situaciones iniciales diferentes.

31. La consecuencia de esto es doble. Por un lado, el hecho de que todas las IAMCs hayan podido atravesar la transición al nuevo régimen indica que la cápita ha beneficiado más a aquellas ubicadas en zonas de menores costos y a las menos endeudadas. Esto supone que habría existido un costo de eficiencia en este proceso de transición, aceptable como una decisión de política. Por otro lado, al no ser igual la situación de las diferentes IAMCs, existiría un esquema de incentivos en el que debe considerarse que: i) existirían incentivos positivos hacia la concentración dado que las IAMCs de menor rentabilidad podrían usar la estrategia de crecer hacia las áreas de mayor rentabilidad; ii) los niveles diferenciales de rentabilidad podrían influir sobre los incentivos a las políticas de prevención de la salud (asociadas a la disminución de costos en largo plazo, pero muchas veces con costos de inicio), asumiendo que una situación de mayor holgura financiera podría debilitar su peso relativo en las decisiones microeconómicas.

32. En cualquier circunstancia, el punto es que existe una necesidad de monitoreo permanente del esquema de determinación de la cápita, de sus consecuencias y de la evaluación de los incentivos directos e indirectos que genera.

2.4.3.2 La relación complementaria y competitiva de los proveedores públicos y privados

33. El sistema al que aspira la reforma se basa en la idea de la articulación entre los proveedores públicos y privados. La legislación indica que esta articulación tiende a la complementación entre ambos sectores[5], aunque la implementación de la reforma ha planteado en los hechos una relación de competencia entre los sectores público y privado y dentro del sector privado, aunque también se han inducido algunos ejemplos de complementación en la organización para la provisión de servicios, especialmente, en oportunidad de incorporar nueva tecnología de alta complejidad[6].

34. La relación de complementación puede darse en el plano geográfico, funcional o socio demográfico. Es decir que los sectores públicos y privados podrían apuntar a mercados diferenciados, sea por razones de localización, de nivel prestacional o tipo de servicios o bien por el nivel socioeconómico de los beneficiarios. La consecuencia última de esta relación complementaria seria la especialización de los sectores según el criterio de complementación, y el hecho que existe una diferenciación de mercados: el de los afiliados a las IAMCs y el de los afiliados a ASSE. Si esto fuese así, los mercados se comunicarían exclusivamente para la compra de servicios entre las IAMCs y ASSE, en modalidades de organización para la provisión de servicios desde un sector a los beneficiarios de ambos sectores.

35. Resulta evidente que esta visión no sería totalmente compatible con el criterio de integralidad que se desea caracterice al sistema de salud uruguayo a menos que existieran iguales oportunidades de acceso a cualquiera de los mercados (es decir libertad efectiva de elección) y niveles de cápita y grados de eficiencia y calidad similares entre los proveedores. Bajo estas condiciones se darían condiciones de competencia entre los proveedores dado que los beneficiarios del sistema podrían elegir a los de mayor calidad, generando tensiones de mercado que conducirían a situaciones de eficiencia.

36. Precisamente, la utilidad de plantear una relación competitiva entre sectores responde en última instancia a dotar al sistema de un elemento que tiende a la eficiencia dinámica de aquel, lo que se podría traducir en menores costos y/o en mejoras de la calidad de los servicios.

[5] Art. 264 de la Ley 17.930
[6] Experiencias de Guichón entre ASSE y Comepa y experiencia de Sauce, Canelones.

37. El sistema de salud uruguayo presenta actualmente una serie de características que hacen prever que aun resulta necesaria la clarificación de la relación complementación / competencia entre actores proveedores:

    1. Los sistemas de financiamiento de los efectores públicos y privados son aún diferentes: los efectores de la ASSE -en su carácter de proveedores de ésta- reciben asignaciones presupuestarias y si bien se aplican las capitas sujetas a metas, existe una mayor rigidez para transferir dichos incentivos al personal interviniente. Adicionalmente, los efectores de ASSE no tienen que enfrentar situaciones patrimoniales como las de las IAMCs.
    2. Los ingresos por tasas moderadoras, si bien se han ido reduciendo en el tiempo, aún constituyen una diferencia de acceso para el beneficiario.
    3. Las reglas de movilidad de los beneficiarios entre proveedores son todavía bastante restrictivas.

38. Todo esto constituye factores de asimetría (y limitaciones a la competencia) entre los sectores con lo que se plantea un interesante problema de política cual es el de definir claras reglas de competencia entre ambos tipos de proveedores en el largo plazo y, al mismo tiempo, garantizar una transición que permita los ajustes requeridos para la igualación de la eficiencia y calidad de los servicios.

39. La alternativa de complementación también requeriría definiciones de política aun no explicitadas, como la explicitación de parámetros y la generación de incentivos a la complementación de los sectores.

40. Esto conduce a la necesidad de una profunda mirada hacia ASSE, su rol y su organización. En efecto, si los proveedores debieran competir, ASSE debería tener una estrategia competitiva explícita, atendiendo a su responsabilidad social como proveedor público y a ser el mayor proveedor del sistema. Dentro de esta visión, un elemento central para una estrategia de ASSE es la de liderar un proceso para plasmar en la realidad los cambios estructurales de los servicios que requiere un mejor balance entre la promoción de la salud, la prevención de su deterioro y los servicios de tratamiento. También podría ser un regulador activo (control de los factores de producción) del sector en un esquema de competencia.

41. En consecuencia, la reorganización de ASSE, la evolución de su proceso de descentralización y la definición de su estrategia competitiva/complementaria, por un lado, y el paquete de reglas de competencia dentro del sistema (incentivos, benchmarking y algún sistema de libre elección), por el otro, son dos aspectos de una misma realidad.

2.5 El esquema de incentivos

42. Se ha establecido ut supra la necesidad de introducir prácticas de gestión por objetivos o por resultados. La reforma ha incorporado en forma paulatina un sistema de incentivos que potencian la política de gestión por objetivos. La existencia de una cápita ligada a resultados es una clara manifestación de esta política y un elemento distintivo destacable de la reforma de salud uruguaya.

43. Una primera cuestión de análisis es la magnitud del estímulo asociado al sistema de incentivos. En efecto, por el momento la cápita asociada a metas es relativamente menor en relación con los tramos fijos de las capitas o, en el caso de ASSE, de los mecanismos presupuestarios.

44. Es importante mencionar que esta línea de trabajo requiere de una acción permanente para aprovechar al máximo las potencialidades de la herramienta. En efecto, el trabajo sobre los sistemas de información y control, la profundización de la política de metas en el sentido de su generalización y adecuación a los objetivos sanitarios, la implantación y el refinamiento de los procedimientos de auditoría, son algunos de las tareas que seguirán siendo relevantes por bastante tiempo.

45. Pero adicionalmente, es necesario considerar que los incentivos deben tener por destino final a las personas o equipos que deben realizar las tareas. En este sentido es posible conjeturar que será ASSE el que tendrá mayores dificultades para que este tipo de incentivo sea percibidos por los agentes involucrados en el logro de las metas, excepto se tomen medidas correctivas del esquema de administración actual del ASSE.

3 El monitoreo de la Reforma. Su importancia.

46. Las reformas de salud son procesos complejos que, al igual que otros tipos de políticas públicas, exigen un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación para conocer hasta qué punto las estrategias y acciones impulsadas, y su implementación están efectivamente siendo realizadas y contribuyendo al logro de los impactos sustantivos esperados; en el caso concreto, el estado de salud de la población, la política de integralidad asistencial, la orientación a la prevención, la sustentabilidad financiera.

47. Las buenas prácticas recogidas por la experiencia internacional indican que es importante que el diseño de las herramientas de monitoreo y evaluación, se desarrolle lo más precozmente posible dentro del proceso de reforma, con el fin de generar el paquete de información a la medida de las necesidades y que permita la captación temprana de los datos, por un lado, y de detectar y corregir oportunamente los problemas y/o desvíos evidenciados, por el otro.

48. El sistema de información para el monitoreo y control de una política, en particular de una reforma de salud, debe tener los siguientes atributos, además de la oportunidad mencionada más arriba: i) relevancia, es decir que debe contener un conjunto acotado de variables, parámetros críticos y procesos asociados claves para el desarrollo y la consolidación de la política implementada; ii) consistencia metodológica, lo cual implica una definición explícita de la definición de las variables, el método de captura, tratamiento de los datos, etc.; iii) confiabilidad que implica que los procesos por los cuales se captura y ordena la información son adecuados y repetibles con un nivel de calidad similar; iv) accesibilidad, es decir que la información debe estar disponible en forma fluida en los niveles de decisión definidos que correspondan.

49. En general, un sistema de seguimiento y monitoreo para una política o actividad implica seleccionar un conjunto de información que resulta, a priori, relevante y que puede ordenarse en tres tipos de datos: (i) Información sobre datos de contexto; (ii) Información sobre la evolución de las herramientas de política utilizadas (variables de control); e (iii) Información sobre los resultados sustantivos de la política (modificaciones de variables de estado en forma concomitante con el uso de las herramientas de política). Es importante advertir que este conjunto de información no constituye toda la disponible, siendo deseable que ésta esté organizada y disponible en los niveles de decisión pertinente.

50. Un listado tentativo de los tres cuerpos de información comentados se presenta en la parte completa del informe. Cabe consignar aquí algunas reflexiones acerca del segundo cuerpo de información, es decir el referido a las herramientas de control de la política. En efecto, como síntesis de las secciones anteriores, resulta importante concluir que la reforma presenta una serie de problemáticas que pueden disparar políticas y utilización de variables de control cuyos contenidos, efectos inmediatos e impactos son sujeto de análisis y debate.

51. Estas políticas y variables de control pueden resumirse en tres grandes líneas, que se presentan esquemáticamente en la tabla siguiente: (i) Las relacionadas con aspectos de contexto formal del sector (Ítems 1, 2, y 3 de la tabla); (ii) Las relacionadas con el financiamiento de los servicios (Ítems 4 de la tabla) y (iii) Las relacionadas con la fórmula de regulación del sector (Ítems 5 a 7 de la tabla).

52. Respecto al último conjunto de políticas, la discusión debería orientarse hacia la determinación de un balance entre los instrumentos de políticas que afectan los precios de los servicios, las cantidades y calidades de los servicios y la organización económica del sector, esencialmente en lo atinente a la fórmula de competencia. Muchas de estas variables ya se están utilizando, pero su revisión y discusión, en un contexto de equilibrio general, podría redundar en mejoras y perfeccionamientos, amén de la posibilidad de una explicitación más clara de la política.

Cuadro 10: Impactos de políticas y variables de control

Ítem	**Políticas y variables de control**		**Ejes**			
	Política	**Variable de control**	**Institucional**	**Cobertura**	**Prestacional**	**Económico financiero**
1	Forma de gobierno de la JUNASA		Perfeccionamiento del modelo de administración del Seguro			
2	Compilación jurídica		Mejor comprensión de la reforma			
3	Universalización del Seguro Nacional de Salud			Mejora la cobertura formal		Impacto financiero sobre el presupuesto Impacto sobre la garantía de derechos
4	Política de financiamiento	Grado de solidaridad en el financiamiento				Impactos macroeconómicos Impactos sobre la percepción del ingreso disponible
5	Política de regulación por las capitas y precios	Valor de la cápita base				Impacto sobre la solvencia financiera y patrimonial de los efectores
		Cápita diferencial por ubicación geográfica				Eficiencia económica
		Magnitud de la cápita por resultados			Apoyo al logro de objetivos prestacionales	
		Precios				Impacto distributivo Impacto sobre la competencia en el sistema

Cuadro 10: Impactos de políticas y variables de control						
Ítem	**Políticas y variables de control**		**Ejes**			
	Política	**Variable de control**	**Institucional**	**Cobertura**	**Prestacional**	**Económico financiero**
6	Política de regulación por el conjunto prestacional y su calidad	Gestión de metas/auditoria			Apoyo al logro de objetivos prestacionales	Altera la ecuación económica de los prestadores
		Grado de calidad requerida			Orienta los objetivos prestacionales	Altera la ecuación económica de los prestadores
		Grado de prácticas cubiertas			Orienta los objetivos prestacionales	Altera la ecuación económica de los prestadores
7	Política de regulación de la organización del sector	Grado de Libre elección				Generación de competencia entre efectores
		Estructura de la gestión de riesgos				Internalización de costos de prácticas de alta complejidad
		Descentralización de ASSE Variabilización de los costos presupuestarios			Liderazgo en el nuevo modelo de gestión	Rol competitivo y complementario de ASSE Sistema de incentivos

53. El desarrollo efectivo del recién iniciado Sistema Integrado de Información de Salud –SIIS-, especialmente su contextualización dentro del marco legal y la explicitación del horizonte de futuro en su implementación, resultan críticos, tanto para poder realizar un trabajo de monitoreo del proceso de reforma en marcha como para dar un marco de previsibilidad al comportamiento adaptativo de los actores sectoriales en el desarrollo del SIIS.

4 Conclusiones principales y sugerencias de cursos críticos de acción y análisis.

54. La reforma del Sector Salud no constituye un hito que se produce en un momento del tiempo sino que es un proceso en el que una visión de largo plazo se va desarrollando, completando y perfeccionando.

55. El contexto económico uruguayo constituyó un aliado fundamental para la implementación de la reforma. El aumento del empleo, la estabilidad de las variables macroeconómicas, la mejora en los ingresos de los hogares y la percepción social positiva sobre el proceso, han sido esencial para reformar un sector de un peso significativo en la economía uruguaya y que históricamente mostró niveles de conflictividad y resistencia a los cambios.

56. Es posible identificar importantes avances en cuatro ejes principales:

1. el institucional: destacándose la normativa por la que se crean nuevos institutos e instituciones (Seguro Nacional de Salud, Fondo Nacional de Salud, JUNASA), y se distinguen roles diferenciados entre los actores, en especial en el sector público;

2. el relacionado con la cobertura: explicitando y ejecutando un plan de incorporación como beneficiarios del Seguro que implica que 60% de la población se encuentra cubierta por el Seguro mientras que el resto, o bien se encuentra identificado en forma nominalizada como usuario de ASSE o, en un pequeño porcentaje, tiene otro tipo de cobertura formal.

3. el prestacional, explicitando un programa de cobertura de prestaciones y un vademécum de medicamentos, con una orientación más preventiva.

4. el económico-financiero: incrementando sustantivamente el gasto en salud, e introduciendo cambios en el modelo de financiamiento de la cobertura a las personas con empleo formal y sus familiares, unificando la contribución (que depende del ingreso del trabajador y de su situación matrimonial y número de hijos) y determinando una cápita para cubrir el pago de los servicios que se determina en función del riesgo (determinado por sexo y edad) y que se ajusta periódicamente por inflación de costos.

57. Aunque el gasto total en salud de Uruguay creció sostenidamente entre 2004 y 2009, este importante crecimiento fue proporcionalmente menor al crecimiento económico. El hecho que el gasto agregado en salud haya disminuido en relación al producto bruto constituye un resultado positivo ya que brinda un marco de mayor de sostenibilidad y respaldo a la reforma.

58. La reforma ha generado un aumento en los recursos públicos asignados al sistema de salud en detrimento del financiamiento privado o de bolsillo. Este cambio hacia un sistema de financiamiento mixto publico privado pero, ahora, con preponderancia del componente contributivo (impuestos al trabajo) y presupuestario (impuestos generales) ha dado importantes ganancias en términos de equidad y sustentabilidad del sistema de salud de Uruguay.

59. El presupuesto de salud pública ejecutado desde el Ministerio de Salud ha mostrado una expansión, que es consistente con la estrategia impulsada por las autoridades uruguayas de adaptar el sistema de salud a los cambios en el perfil epidemiológico y con la generación de las herramientas de control necesarias para ello.

60. Los recursos presupuestarios asignados a ASSE también mostraron un crecimiento sostenido en todo el periodo de implementación de la reforma. Esto permitió aproximar el gasto de ASSE por usuario al gasto per cápita del sistema mutual. No obstante este mayor presupuesto, no se observa una mayor producción asistencial global pero si mejores tasas de uso de los beneficiarios, indicio de un mejor nivel de acceso a las prestaciones.

61. El sistema mutual recibió un aumento sin precedentes de nuevos usuarios, tanto por el aumento de la población ocupada con aportes a la seguridad social como por la incorporación del grupo familiar de los trabajadores activos. Esto ha generado una mejora en todos los índices económicos y financieros del sistema mutual.

62. Paralelamente, se ha logrado reducir de manera significativa algunos precios clave del sistema mutual y del sector de la salud en general, como el precio de los medicamentos y el de los copagos. Esto generó una disminución del gasto de bolsillo de los hogares y un amplio respaldo por parte de la clase media uruguaya, la principal beneficiaria de esta reforma.

63. Para los próximos años es posible esperar que sea necesario enfrentar un conjunto de decisiones críticas a los efectos de asegurar y perfeccionar el rumbo de la reforma. Los siguientes son los temas que aparecen como más significativos y sobre los cuales será necesario profundizar el campo de análisis:

    1. Dotar a la JUNASA de una organización (que incluya personal, procedimientos y sistemas) adecuada para el cumplimiento de las misiones que le confiere la normativa.

    2. Impulsar fuertemente el desarrollo del SIIS para desarrollar un esquema de monitoreo y control del sector y de las variables clave que determinan la política que se implemente en cada momento.

    3. Conformar un texto ordenado de la normativa relacionada con la reforma

    4. Evaluar los pros y contras de la profundización de la tendencia hacia una mayor solidarización del financiamiento del sector. En especial se deberían evaluar las consecuencias sobre la competitividad del país de tal profundización.

    5. Evaluar posibles mejoras en la política de determinación de cápitas, en particular las orientadas a (i) internalización de los costos de prácticas de alta complejidad cubiertas actualmente a través del FNR y (ii) aproximarse a precios de eficiencia que capten posibles diferenciales de costos (en especial entre el interior y el área de la capital)

    6. Desarrollar e institucionalizar un set de mecanismos de ajuste dinámico de los programas prestacionales y del vademécum de medicamentos.

    7. Profundizar los procedimientos de gestión por objetivos y control como mecanismo de mejora continua de la calidad.

    8. Evaluar las diversas opciones de organización del sector, en especial las que involucre a ASSE cumpliendo roles complementarios y/o competitivos con el sector privado. La mejora de ASSE en términos de calidad de las prestaciones es crítica para alcanzar en una próxima fase un sistema de salud integral.

    9. Desde una perspectiva de mediano plazo y en un contexto de crecimiento económico sostenido y de incorporación de trabajadores en el mercado laboral formal será importante monitorear la elección ejercida por los beneficiarios del SNIS en términos de sector prestador. Mejorar la calidad de las prestaciones de ASSE o dotarla de algún grado de especialización geográfica o funcional podría evitar que los nuevos afiliados prefieran de modo masivo sistema mutual dejando a la ASSE solo la población con atención gratuita. Evitaría la generación de un

sistema segmentado de asistencia de la salud, que podría atentar contra la sostenibilidad del subsector público como proveedor.

64. El esfuerzo realizado por Uruguay en el camino de transformación de su sistema de salud es enorme, con resultados positivos obtenidos en un corto plazo de implementación y con un panorama de apoyo de la población y los actores sectoriales inusual en este tipo de transformaciones. Así, el escenario de cambio aparece como muy promisorio para continuar el sendero de transformaciones iniciado, proceso complejo pero que permitiría consolidar la reforma del sistema de salud para el bienestar de toda su población.

El Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay
La reforma del Sector Salud

INFORME CENTRAL

1 Introducción

1. Entre 2005 y 2007 se inició en Uruguay un importante proceso de reforma que apunta a una transformación sustantiva del Sector Salud. La reforma planteada implica cambios institucionales, financieros y la consecuente adaptación de comportamientos de los diferentes actores a nuevas pautas. Por esta razón es que desde Diciembre de 2007, al momento de completarse la sanción legislativa del marco legal principal de la reforma, se ha desarrollado un proceso de transición en el que el sistema ha comenzado a adaptarse a nuevas reglas de funcionamiento, apuntando a alcanzar mejoras que podrán ser evaluadas plenamente en un contexto de largo plazo. Este trabajo analiza los cambios sectoriales generados por el proceso de reforma, los avances logrados frente a los objetivos planteados y los espacios y alternativas de avance futuro.

2. La reforma está orientada esencialmente a lograr: (i) mayor acceso a servicios de salud por parte de la población, a través de una extensión poblacional de la cobertura explícita; (ii) servicios de salud más integrados, integrales y de mejor calidad, a través de la articulación de la oferta mediante la complementación de la provisión pública y privada y (iii) mayor eficiencia y sustentabilidad del sistema a través de la adecuación de los servicios de salud a los cambios epidemiológicos y demográficos de los últimos años. Esto implica la priorización de actividades de prevención sin desatender la recuperación de la salud. Las características de este cambio de perfil demográfico y epidemiológico se presentan en el Anexo 1.

3. La reforma ha ido produciendo sucesivos avances muy significativos, conformando un nuevo contexto en el que se desarrolla el sector salud en Uruguay. Esta reforma, que obviamente no se puede decir que se encuentre concluida ni que sus resultados puedan ser aún evaluados en forma definitiva, se ha ido instrumentando a partir de un conjunto de políticas y decisiones estratégicas de largo plazo que se han plasmado en un plexo normativo cuyo detalle se presenta en el Anexo 2.

4. En forma sintética, una visión inicial de la reforma es la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, que fue ordenada en diciembre de 2005 a través de la ley 17.930 (Arts. 274 y 265). En mayo de 2007 se dio un paso adicional al crearse por la ley 18.131 el Fondo Nacional de Salud como el instituto de financiamiento del Sistema, el cual se perfecciona en diciembre de 2007 a través de la ley 18.211, en la que se reglamenta el Sistema y se crea el Seguro Nacional de Salud y su forma de administración. También se sanciona en agosto de 2007 la descentralización de la ASSE, responsable de la provisión publica de servicios de salud. El anexo 4 describe el proceso legislativo desde la perspectiva de su economía política.

5. La reforma ha sido diseñada a partir de un conjunto de principios o lineamientos estratégicos establecidos en el art. 3º de la ley 18.211:

1. La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
2. La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
3. La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
4. La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
5. La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
6. La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
7. El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
8. La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
9. La participación social de trabajadores y usuarios.
10. La solidaridad en el financiamiento general
11. La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
12. La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

6. Adicionalmente, la reforma implicó un cambio profundo en los mecanismos de financiamiento del sistema, apuntando a la creación de un Seguro Nacional de Salud que contrata en los segmentos centrales de los proveedores del mercado sobre la base de un sistema capitado.

7. En este informe se analizará la evolución de esta reforma asumiendo que ésta –como ya se dijo- no está plenamente concluida. Por esta razón, no se pondrá un acento especial en los resultados concretos de la reforma que, aunque relevantes para el sistema de salud, no pueden considerarse aún definitivos. Por el contrario, el abordaje de este estudio es el de analizar la reforma desde una perspectiva estructural y estratégica, concentrándose en el análisis de dos problemáticas centrales para todo proceso de cambio: las condiciones de gobernabilidad y las de sustentabilidad del proceso.

8. Para ello se revisará la evolución del marco regulatorio del sistema en el contexto de este proceso de reforma y se analizará la información disponible relacionada con la evolución financiera global y de los principales actores del sistema, en particular de las IAMCs y de ASSE y su correspondiente desempeño como proveedores de los servicios. Por último se presentarán las principales enseñanzas, conclusiones y recomendaciones que surgen del análisis realizado.

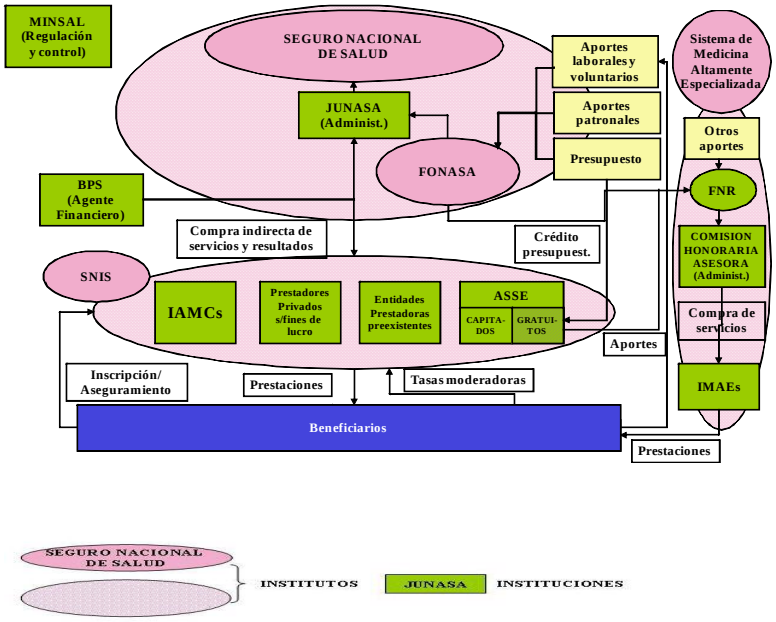
2 La reforma: el marco institucional y regulatorio

2.1 Introducción

9. La implementación de la Reforma ha implicado la creación de tres institutos claves, entendidos estos como un conjunto de finalidades, objetivos y competencias: (i) El Sistema Nacional Integrado de Salud, creado por Ley 18211; (ii) El Seguro Nacional de Salud, creado en la misma ley y (iii) El Fondo Nacional de Salud, creado por la ley 18.131 modificada por la ley 18.211.

10. La administración de estos institutos recae en un esquema de gobernabilidad en el que se distinguen los roles de diferentes instituciones, entendidas estas como aquellos organismos que desempeñan una función de interés público: (i) el Ministerio de Salud; (ii) la Junta Nacional de Salud (JUNASA), creada por la ley 18.211; (iii) el Banco de Previsión Social; (iv) la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE); (v) el FRN, (vi) el Ministerio de Economía; (vii) las IAMCs y (viii) los IMAEs.

11. Estos institutos e instituciones constituyen una parte central del Sector Salud en Uruguay[7], y son los elementos centrales en los que se desarrolla la reforma. En esta sección se analizará el esquema de gobernabilidad a partir de las funciones de estos actores en relación con el Sector Salud, del modelo financiero del sistema, de las relaciones entre los actores y los mecanismos de control. El esquema siguiente representa el funcionamiento global del Sector.



[7] Quedan fuera de este esquema los aseguramientos privados y aquellos pertenecientes a los estratos de Policías y Militares.

2.2 Funcionalidad

2.2.1 Funcionalidad global

12. La reforma crea un Seguro Nacional de Salud financiado por un Fondo Público Único Obligatorio –FONASA, Fondo Nacional de Salud- constituido por los aportes del Estado (a través de la asignación presupuestal al financiamiento del sistema de salud), aportes de las empresas públicas y privadas y el aporte universal de los hogares beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. El aporte de las empresas públicas y privadas es proporcional a la nómina de sus trabajadores y el aporte de los hogares es un porcentaje de sus ingresos, de manera de contribuir a la equidad en el aporte al financiamiento de la salud.

13. Los beneficiarios del Seguro son afiliados a las entidades que conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que incluye esencialmente a las IAMCs y a la ASSE8, instituciones que son los principales proveedores de los servicios de salud para sus respectivos afiliados.

14. El SNIS fue creado con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal. Se conforma sobre la base de la articulación de la provisión público-privada y tiene como estrategia sanitaria global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación.

15. El reembolso a los prestadores privados de salud se hace de acuerdo a cápitas ajustadas por riesgo y metas de prestación de servicios en cada nivel de atención, mientras que ASSE percibe recursos a través de asignaciones presupuestarias e incipientemente de cápitas. Dado que estos mecanismos financieros son concentrados en el Seguro (financiado por el FONASA), la JUNASA, como entidad administradora del mismo, constituye un comprador indirecto de servicios.

2.2.2 Roles específicos y esquema de gobierno

16. La reforma define los roles de los diferentes actores, sus funciones y las condiciones de interacción. Puede destacarse la especialización funcional que promovió, que se resume en el siguiente cuadro:

Cuadro 2.1.: Roles institucionales

Provisión	Financiamiento /compra indirecta de servicios	Regulación operativa/ Control operativo	Regulación política/ Control Global técnico/ económico	Agente de administración financiera
-ASSE -IAMCs -Efectores privados que integran el SNIS.	JUNASA Copagos privados	JUNASA (a través de contratos de gestión)	Ministerio de Salud Pública	BPS
Efectores privados que no integran el	Privados	MSP	Ministerio de Salud Pública	

[8] Constituida como servicio descentralizado por imperio de la Ley 18.161.

Cuadro 2.1.: Roles institucionales				
Provisión	**Financiamiento /compra indirecta de servicios**	**Regulación operativa/ Control operativo**	**Regulación política/ Control Global técnico/ económico**	**Agente de administración financiera**
SNIS				
Sanidad militar y policial	Beneficiarios		Ministerio de Salud Pública	
IMAEs	JUNASA	FNR	Ministerio de Salud Pública	BPS

17. El rol de las entidades de provisión de servicios de salud es el habitual aunque la reforma introdujo cambios importantes: (i) la descentralización de la ASSE; (ii) la promoción de un modelo sanitario orientado a la prevención y (iii) la compra de resultados a partir de cápitas sujetas al cumplimiento de metas.

18. Por su parte, se produjo un importante cambio en lo que hace a la diferenciación de los roles de regulación y control, por un lado, y el de financiamiento y compra indirecta de servicios, por el otro. Estos son, precisamente los roles centrales que se reservan para el Ministerio de Salud y la recientemente creada JUNASA.

19. El Ministerio de Salud tiene reservadas esencialmente funciones de regulación y control técnico y financiero de los proveedores/ aseguradores. El art.Art. 5º de la ley 18.211 establece que sus funciones en relación con el SNIS son las siguientes:

    1. Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.
    2. Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.
    3. Controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.
    4. Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.
    5. Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.
    6. Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.
    7. Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación. (Reglamentación)
    8. Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.
    9. Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.
    10. Las demás atribuciones que le otorga la presente ley, la Ley N° 9.202 "Orgánica de Salud Pública", de 12 de enero de 1934, y otras disposiciones aplicables.

20. La Junta Nacional de Salud es la responsable de la administración del Seguro Nacional de Salud y tiene asignadas las siguientes funciones de acuerdo con las normas del art 28º de la ley 18211:

    1. Suscribir con los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud los contratos de gestión a que refiere el artículo 15 de la presente ley.
    2. Aplicar los mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que se determinan en el Capítulo VII de la ley 18211.
    3. Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.
    4. Controlar las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y terceros.
    5. Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme.
    6. Elaborar el proyecto de su reglamento interno de funcionamiento que elevará al Poder Ejecutivo para su aprobación, dentro de los ciento ochenta días de su constitución.
    7. Las demás que le asigne la presente ley

21. Puede apreciarse que esta separación de funciones dentro del sector público implica un cambio mayor en la visión de la conducción del sector. En efecto, por un lado, el Ministerio de Salud se concentraría en funciones de regulación y control, lo cual implica una limitación de sus funciones habituales.

22. Por el otro, se crea la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como organismo desconcentrado en el ámbito del MSP, con carácter honorario, cuyos miembros son designados por el Poder ejecutivo y está compuesta por: (i) Dos representantes del MSP, uno de los cuales la presidirá; (ii) Un miembro representante del MEF; (iii) Un miembro representante del BPSl; (iv) Un miembro representante de los prestadores que integren el SNIS; (v) Un miembro representante de los trabajadores de los prestadores que integren el SNIS y (vi) Un miembro representante de los usuarios del SNIS. Esta composición representativa es una virtud, pero con las obvias consecuencias en relación con la posibilidad de consenso de sus decisiones.

23. La JUNASA es la administradora del Seguro Nacional de Salud, piedra angular del sistema, e interviene en forma decisiva en un conjunto de elementos que afectan el desenvolvimiento económico y sanitario del sector.

24. A pesar de tener responsabilidades de administración, la Junta no cuenta con una estructura propia y sus integrantes son funcionarios y representantes que, hasta la actualidad[9], no son de tiempo completo ni tienen una remuneración especial por su función. Esto constituye una potencial debilidad del órgano central de la conducción del sistema, lo cual implica que, a los efectos operativos, la misma se apoye en las estructuras de las organizaciones representadas. En especial el Ministerio de Salud

[9] Marzo de 2010.

Pública apoya la gestión de la Junta a través de sus Direcciones Generales manteniendo en su seno funciones que en el contexto de separación de roles no debería tener.

25. La conducción ejecutiva de la JUNASA se realiza por un organismo colegiado, con un Presidente cuyas funciones se limitan a efectivizar decisiones de la Junta u operar cuestiones de urgencia. En el contexto de un organismo con fuertes funciones ejecutivas, el balance entre las decisiones colegiadas y las de un responsable operativo constituye un aspecto central a ser considerado y normado convenientemente.

26. Si bien la representación de los prestadores es minoritaria (uno de 7 miembros), el sentido de muchas de sus funciones los colocan en una posición de conflicto de intereses. Esta situación de conflicto podría presentarse también para otros representantes de la Junta, en especial durante el proceso de transición, en tanto los roles de los diferentes actores no se perciban como claramente diferenciados. La reglamentación de la ley podría dar una normativa específica para ciertos casos en los que los representantes presenten conflictos de intereses.

27. Una complejidad adicional en la gobernabilidad del actual sistema de salud es que el Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) es también representativo y está integrado por cinco miembros designados de conformidad con lo dispuesto por el inciso primero del artículo 187 de la Constitución de la República: Tres a propuesta del Poder Ejecutivo, uno de los cuales ejercerá la presidencia, uno a propuesta de los trabajadores de ASSE y uno a propuesta de los usuarios de ASSE.

28. Existe una "Comisión Asesora del Formulario Terapéutico Nacional", que está conformada por tres representantes titulares del Ministerio de Salud Pública y dos representantes titulares de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y que tiene los siguientes cometidos y atribuciones: (i) Revisar y actualizar anualmente el Formulario Terapéutico de Medicamentos, proponiendo modificaciones y asesorando al Ministerio de Salud Pública a los efectos de la incorporación o exclusión de medicamentos; (ii) Dictaminar preceptivamente previo a la aprobación de los protocolos por parte del Ministerio de Salud Pública; (iii) Asesorar al Ministerio de Salud Pública en las cuestiones Técnicas relacionadas con la aplicación del FTM[10]

29. Es interesante observar la ausencia, en las diversas instancias de gobierno del sector, de representantes de actores con capacidad de formar precios, como el farmacéutico, las ópticas, los proveedores de instrumental, de insumos de uso médico y odontológico (material descartable, gases de uso médico, etc.) y de equipamiento biomédico. Estos actores suelen ser incorporados a instancias tales como Consejos consultivos o similares. Estos y otros organismos consultivos podrían ser parte del esquema de apoyo para toma de decisiones, favoreciendo la gobernabilidad del sistema, como por ejemplo, Consejo de Tecnología, Comité de Bioética, etc.

2.3 Regulación de las relaciones entre los actores

30. Un segundo aspecto a considerar son las condiciones de interacción entre los actores que en la mayoría de los casos se definen por la propia relación funcional que surge de la

[10] Decreto Nº 265/006 de7/8/006, art. 7

especialización. No obstante resulta importante destacar ciertas regulaciones, que encierran en conjunto una serie de problemas de agencia que serán analizados en esta sección y que pueden clasificarse del siguiente modo:

1. Las regulaciones generales, derivadas de la existencia de actores que actúan como reguladores del mercado, estableciendo objetivos y condiciones de desarrollo económico del sector.
2. las regulaciones de la competencia, las que genera el sistema a raíz de la coexistencia de proveedores públicos y privados. La competencia entre ellos se produce por la calidad de los servicios y por las posibilidades de movilidad por parte de los beneficiarios
3. Las regulaciones del control, las que se derivan de la necesidad de verificar el cumplimiento de las normativas en un sector que no está absolutamente expuesto a mecanismos de ajuste automático, entre otras cosas por fallas de los mercados.

2.3.1 Regulaciones generales

31. Las regulaciones generales del sistema pueden agruparse en tres tipos: i) las que afectan el tipo, cantidad y calidad de las prestaciones requeridas; ii) las que afectan los precios y costos de las prestaciones y iii) las que afectan el acceso al sistema. Una relación de la principal normativa legal implicada, su secuencia y concatenación se detallan en el Anexo 2.

32. Cabe resaltar que la normativa relativa al Seguro Nacional de Salud y su reglamentación se compone a la fecha de un conjunto de normas de distinta jerarquía (Leyes, Decretos, Resoluciones, Ordenanzas, etc.) dictadas a lo largo de un período que abarca más de un lustro.

33. La complejidad actual de ese plexo normativo, que se suma a la vigencia de normativa previa que regula el sector salud, a la que muchas veces modifica parcialmente, amerita el dictado de un Texto Ordenado de todas las normas relacionadas directa o indirectamente con el Seguro Nacional de Salud que permita consolidar en un único texto todo lo relativo al tema, tal como se hizo en su momento con el Texto Ordenado de Contabilidad y Administración Financiera (T.O.C.A.F.).

2.3.1.1 Tipo, cantidad y calidad de las prestaciones

34. **Paquete prestacional**. El Estado ha definido un plexo normativo a lo largo del tiempo que regula las prestaciones de salud. El listado detallado de las normas que afectan al paquete de productos (sea por referirse a prestaciones o a la composición de la población objetivo generadora de la demanda) se lista en Anexo 3.

35. Una normativa central es la que define un listado explícito de prestaciones que es, por una parte, una obligación para todos los prestadores integrales, y por otra, un derecho de acceso universal para la población de todo el país. El Decreto Nº 465 del 3 de octubre de 2008 aprueba los Programas Integrales de Salud (Anexo I del Decreto) y el Catálogo de Prestaciones (Anexo II del Decreto) definidos por el Ministerio de Salud Pública.

36. Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, deberán brindar atención integral tomando como marco de referencia los contenidos

específicos de los Programas antes referidos que el Ministerio de Salud Pública ha publicado y colocado en su página web[11]. Asimismo, en ésta puede consultarse el detalle de las prestaciones incluidas en el Anexo II del citado Decreto. [12]

37. Los Programas Integrales de Salud aprobados en el Anexo I del texto legal citado son los siguientes:
    1. Programa Nacional de Salud de la Niñez
    2. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género
    3. Programa Nacional de Salud del Adolescente
    4. Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor
    5. Programa Nacional de Salud Bucal
    6. Programa Nacional de Salud Mental
    7. Programa Nacional de Discapacidad
    8. Programa Prioritario de ITS-Sida:
        1. Directrices básicas para la realización de:
            1. Conserjería/orientación en VIH- SIDA.
            2. Infección por VIH: Guías para Adultos y Embarazadas.
            3. Infección por VIH: Guías para pediatría.
        2. Infecciones de ITS: pautas de diagnóstico y tratamiento.
    9. Programa Nacional de Nutrición
    10. Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas
    11. Programa Nacional para el Control del Tabaco

38. Estos programas incluyen actividades de promoción, protección, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de las personas, incluyendo el acceso a la tecnología y medicamentos aprobados en el Formulario Terapéutico de Medicamentos. En el cumplimiento de las actividades de atención correspondientes a cada Programa, se deberá hacer especial énfasis en las vinculadas a la promoción de la salud.

39. Las prestaciones incluidas en los Anexos mencionados no dan derecho a los prestadores al cobro alguno a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud amparados en el Seguro Nacional de Salud, a excepción de las tasas moderadoras que autorice el Poder Ejecutivo, de conformidad con el Artículo 19° de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007.

40. El Ministerio de Salud Pública debe actualizar periódicamente los Programas Integrales y el Catálogo de Prestaciones de Salud, de acuerdo a la evidencia científica, la realidad demográfica y epidemiológica de la población, así como el estudio de costos. Asimismo, la inclusión de nuevas prestaciones debe tomar en cuenta la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del Sistema, de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores y de la sustentabilidad del Sector Salud, de acuerdo a la realidad del país.

41. Otro componente complementario a los citados precedentemente es el Formulario Terapéutico de Medicamentos obrante en los Anexos I a IV del Decreto Nº 265/06 y sus modificatorios, los Decretos Nº 12/07, Nº 261/09 y Nº 289/09. Este Formulario constituye el conjunto de prestaciones de cobertura farmacológica, reuniendo los

[11] Ver http://www.msp.gub.uy/ucjunasa_2227_1.html y http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2227,15435, consulta efectuada el 3 de marzo de 2010.
[12] Ver http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2227,15436, consulta efectuada el 3 de marzo de 2010.

medicamentos necesarios para atender las indicaciones terapéuticas de los pacientes de las Instituciones y Servicios de Salud comprendidos en el SNIS. La cobertura de medicamentos que obligatoriamente se debe brindar alcanza a las acciones de prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos. El Formulario Terapéutico de Medicamentos vigente (última fecha de actualización: 15 de noviembre de 2007) puede consultarse en la página web del Ministerio.[13]

42. Las Instituciones y Servicios de Salud Públicos, las de Asistencia Médica Colectiva e Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular en régimen de prepago, de acuerdo con la modalidad y alcance de cobertura, deberán brindar a sus pacientes, con prescindencia de los recursos económicos de éstos, los medicamentos comprendidos en el listado del Anexo I y las fórmulas nutricionales del Anexo IV del citado Decreto, que deberán estar disponibles para los profesionales y pacientes de las Instituciones y Servicios.

43. Las referidas instituciones deberán también brindar los medicamentos comprendidos en el listado del Anexo II (Protocolos Nacionales) a partir de que se establezcan los Protocolos correspondientes a dichos medicamentos y se defina la forma de financiación nacional de los mismos.

44. Los medicamentos que constan en el Anexo III (Fondo Nacional de Recursos y Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes) se brindarán bajo la cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos y sujetos a los protocolos, guías y reglamentaciones que ésta Persona Pública no Estatal apruebe.

45. Las Instituciones y Servicios citados no están obligados a cubrir otros medicamentos que los establecidos en los Anexos I a IV y ello, según las modalidades de prestación y financiación establecida para cada Anexo, así como para la vía de administración y el nivel de prescripción que se establece para cada medicamento.

46. A los efectos del Decreto en cuestión, se entiende por pacientes a los beneficiarios o a tributarios de las Instituciones o Servicios de Salud Públicos, a los asociados o afiliados de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y a los contratantes o afiliados de las Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular.

47. **Producción de servicios.** La producción de servicios de salud está en directa relación con los protocolos de atención y con la demanda efectiva de los servicios. Al respecto cabe consignar, por una parte, que los prestadores integrantes del SNIS tienen libertad para elegir los protocolos de atención (terapéuticos, de promoción y de prevención) que consideren convenientes. Por la otra, la demanda está en manos de los beneficiarios, siendo habitual (dada la experiencia mundial) que el requerimiento de servicios que usualmente realizan no es el que correspondería de acuerdo con las normas técnicas definidas por los profesionales. En otras palabras existe una demanda nocional de servicios que no siempre coincide con la demanda efectiva de los mismos. Las tareas de difusión y promoción, entre sus múltiples objetivos, tienden a influir sobre los beneficiarios para aproximar ambos tipos de demanda. En igual sentido, el Estado puede influir en los modelos operativos de los prestadores a los efectos de lograr ese objetivo a partir de prácticas de búsqueda activa, incentivo de actividades de seguimiento, etc.

[13] Ver http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?1522,13702, consultado el 3 de marzo de 2010.

48. La actual legislación da al Estado ciertas herramientas en este sentido, como el artículo 15 de la Ley 18.211 que establece que la Junta Nacional de Salud (JUNASA) suscribirá un Contrato de Gestión (cuyo proyecto fue aprobado por el Decreto Nº 464/2008) con cada uno de los prestadores que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud. Ya se han instrumentado los contratos de gestión entre la JUNASA y cada uno de los 47 prestadores integrados al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), entre los que se cuenta ASSE.[14]

49. Un requisito que se establece a través del Contrato de Gestión es el cumplimiento de las metas asistenciales que determine el MSP y que, formado parte de cada Convenio de Gestión que se suscriba, deberán ser alcanzadas por cada institución, imponiéndose en caso contrario una penalidad de carácter económico.

50. En este contexto, el Contrato fija que el prestador tiene derecho al cobro mensual de una cuota salud por cada persona amparada por el Seguro Nacional de Salud que esté inscripta en sus padrones de usuarios. Dicha cuota tiene **un componente cápita**, referido al precio que se pagará por el aseguramiento de acceso a la atención integral de salud brindada, según grupos poblacionales determinados, y **un componente meta**, vinculado al cumplimiento de nietas asistenciales.

51. La cuota salud es fijada y ajustada por el Poder Ejecutivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley Nº 18.211, en tanto el componente meta se reajusta conforme al literal B del artículo 9 del Decreto N° 276/007 de 2 de agosto de 2007, que estatuye que la verificación de incumplimiento de éstas por el Ministerio de Salud Pública, determinará que, a partir de ese momento, se suspendan total o parcialmente los pagos por este componente. Dicho valor es de aproximadamente un 8 % del valor cuota salud (cápita base)[15] y se ajusta por IPC, en las mismas fechas que la cápita base.

52. La normativa vigente establece también que toda meta asistencial que se cree o adicione debe prever -tal como lo exige la metodología de control por cumplimiento de metas- la existencia de indicadores, que el prestador tendrá la opción cumplir a partir de su implantación: Cada meta que se cree o adicione será previamente informada al prestador por la Junta Nacional de Salud y deberá estar ligada a una fuente de financiación específica, afectada a su cumplimiento-

53. En lo que hace al procedimiento de pago, de ser el caso la JUNASA dispondrá que el Banco de Previsión Social retenga del pago referido los montos que correspondan a deducciones del componente meta de la cuota salud y a sanciones que hubiera aplicado al prestador

54. La JUNASA evalúa también el desempeño del prestador en el desarrollo de los Programas Nacionales de Atención de la Niñez y de Salud de la Mujer y Género, así como el impacto del mismo en su población usuaria, de conformidad con las metas asistenciales que se fijen de común acuerdo entre las partes. El cumplimiento de dichas metas por parte del prestador está asociado a su derecho a cobrar el componente meta de la cuota salud.

---

[14] Fuente: http://www.msp.gub.uy/ucasse_2193_1.html, consultado el 3 de marzo de 2010.
[15] a la fecha del dictado de éste Decreto, de aproximadamente $ 45.00 uruguayos.

55. A los efectos de la liquidación al prestador del componente meta de la cuota salud correspondiente a los dos programas referidos, el monto total del mismo se divide en partes iguales. El monto a pagar efectivamente se determina porcentualmente de acuerdo al nivel de cumplimiento de las respectivas metas alcanzado por el prestador.

56. La JUNASA evalúa dicho cumplimiento cada tres meses y, en base a los resultados obtenidos, ajusta el monto a pagar al prestador en el trimestre posterior a la evaluación. En una primera etapa se seleccionaron indicadores referentes a la Salud del Niño y de la Mujer.

57. A efectos de identificar el cumplimiento de los Programas anteriormente seleccionados, las Instituciones a la hora de firmar el Contrato con la Junta Nacional de Salud, debieron definir cuáles serían sus Metas para alcanzar al fin del primer año (diciembre 2009). Dichas Metas surgidas de los indicadores solicitados por el MSP, son las que se encuentran publicando en la web, institución por institución. A partir de la firma, se acordará con cada una de ellas la variación que va a ir teniendo ese indicador, trimestre por trimestre, a los efectos de poder dar cuenta de las Metas establecidas al finalizar el año.

58. Este mecanismo consensuado de determinación de metas podría transformarse en una instancia generadora de disparidades -en lo que hace a la calidad de atención- para los beneficiarios de las diferentes entidades, toda vez que se ha establecido un mecanismo rígido en lo que hace a la obligatoriedad de permanencia de un beneficiario dentro de cada entidad aseguradora, sea ésta privada o pública.

59. A simple modo de ejemplo de lo expresado, se incluyen en Anexo 5, tomadas aleatoriamente, sendos conjuntos de metas propuestos para 2009 por una IAMC de Montevideo, por una IAMC del interior del Uruguay, por una entidad de un seguro privado y por ASSE.[16] El detalle de las metas propuestas para 2009 por todas las instituciones integrantes del SNIS y el correspondiente instructivo para el llenado del nivel de cumplimiento puede descargarse de la página web del MSP. [17]

60. **Normas que hacen a la calidad de las prestaciones.** Existen dos tipos de regulaciones relacionadas con la calidad de las prestaciones. Una se refiere básicamente a los medios requeridos para las prestaciones, en tanto otras se refieren a atributos de calidad de los propios servicios. En la práctica, una misma norma puede contener preceptos correspondientes a ambas categorías. Las normas que afectan a los recursos requeridos son esencialmente las que regulan la habilitación y fiscalización de servicios, que se resumen en la tabla siguiente.

Cuadro 2.2.: Normas de habilitación y fiscalización		
Norma	**Objeto**	**Detalle**
Decreto Nº	Habilitación de	La norma establece:

[16] Fuente:
http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2297,15624;
http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2297,15629;
http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2297,15630; y
http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2297,15621,
consultados el 3 de marzo de 2010.

[17] Ver http://www.msp.gub.uy/ucjunasa_2297_1.html, consultado el 3 de marzo de 2010-03-03

Cuadro 2.2.: Normas de habilitación y fiscalización		
Norma	Objeto	Detalle
416/02 (ver la página web de la Presidencia de la Nación[18])	establecimientos asistenciales	• El concepto y clasificación de los establecimientos; la autorización de instalación y habilitación; el plazo de vigencia de la habilitación y el tratamiento de las correspondientes solicitudes; los requerimientos físico-funcionales; la definición y calificación y las condiciones de la planta física y las terminaciones y equipamiento de los Servicios Ambulatorios o de consulta externa, de Urgencia y Emergencia (incluyendo requisitos referidos a su personal, procedimientos y plan de emergencias), de Internación, de Diagnóstico y Tratamiento, los bloques quirúrgicos y los servicios intermedios y de apoyo. • Las condiciones generales para todos los establecimientos en lo que hace a equipamiento, personal y dirección técnica, los requisitos para la presentación de proyectos de construcción de establecimientos de salud, y los procedimientos de control y sanciones. • El poder del Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio de lo que otras normas indiquen al respecto, de realizar el control y la supervisión de los establecimientos; y disponer que las infracciones a lo dispuesto en ese reglamento, serán sancionadas según el grado de transgresión constatado, pudiendo al efecto el citado Ministerio imponer el pago de multas, y decretar su clausura en el caso de reincidencia.
Decreto Nº 13/07	Habilitaciones asistenciales incluyendo la de los Servicios Asistenciales de carácter ambulatorio y el cumplimiento de los requisitos para el Primer Nivel de Atención	La norma establece: • Definición de Primer Nivel de Atención, todo servicio que brinde una Institución pública o privada que constituya el primer contacto del usuario con el sistema en cualquiera de las modalidades actualmente existentes (Policlínicas, Centros de Salud y Servicios Ambulatorios de Sedes Principales y Secundarias). • Requerimientos de habilitación: o Número de usuarios de la Institución en la zona de influencia como parte del tramite de viabilidad de creación o de habilitación según corresponda. o Memoria descriptiva de la organización del servicio incluyendo la red de consultorios médicos y odontológicos. o Número de recursos humanos por función y en el caso de médicos por especialidad. o Programación local relativa a los programas preventivos del Ministerio de Salud Pública. o Flujograma del procedimiento de referencia y contrarreferencia, en particular de los recién nacidos hasta el primer año de vida (Plan Aduana). o Mecanismos de manejo y traslado de urgencias y emergencias. • Estándares de Inspección: o El servicio cumple con los requisitos sobre estructura establecidos en las normas vigentes (Decretos Nos. 416/02 de 29 de octubre de 2002 y 135/99 de 13 de mayo de 1999). o Cuenta con el equipamiento establecido por pauta para el Primer Nivel de Atención. o Cuenta con agenda de visitas programadas. o Se constata un sistema de registro que permite controlar el cumplimiento del horario de consulta. o Tiene "Cartilla de Derechos y Deberes del Usuario" en lugares visibles al público. o Se constata un Sistema de Atención a Usuarios implementado de acuerdo a la complejidad del servicio. o Se comprueba la existencia de historias clínicas y su archivo.

[18] Ver: http://www.presidencia.gub.uy/decretos/2002103103.htm, consultado el 3 de marzo de 2010.

Cuadro 2.2.: Normas de habilitación y fiscalización		
Norma	Objeto	Detalle
		o Se accede en el servicio a formularios para hacer efectiva la "denuncia obligatoria de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica". o El personal está debidamente identificado y uniformado según corresponda. o *Ambiente multiuso para reuniones del equipo de salud, personal y usuarios. o Actividades intra e intersectoriales de la Institución en la zona de referencia. o Documentación que acredite la participación de usuarios y trabajadores en la dirección del servicio. • Requisitos adicionales: o Equipamiento, instrumental y material médico quirúrgico, para resolver las consultas de acuerdo a la complejidad instalada o En el caso de centros de salud, deberán contar con un área para imagenología y/o de laboratorio.
Decreto Nº 399/2008	Actualización de la normativa para Unidades de cuidados intensivos	La norma establece: • Definiciones generales y funcionamiento • El papel que debe asignarse al paciente • requerimientos de planta física e instalaciones, equipamiento y personal • Criterios de control de calidad y acreditación de las Unidades de medicina intensiva • Criterios de ingreso y egreso a las Unidades de medicina intensiva y de limitación del esfuerzo terapéutico • Normas que hacen a la relación médico paciente y médico familiares • Establece el requisito de existencia de comités de ética médica

Las principales normas que se refieren a atributos de calidad de los propios servicios se resumen en el siguiente cuadro

Cuadro 2.3.: Normas de calidad de los servicios		
Norma	Objeto	Detalle
Decreto Nº 265/2006 artículo 11	Modalidad de entrega de medicamentos	"La prestación de las obligaciones en materia de medicamentos establecidas en el presente Decreto es sin perjuicio del pago por parte de los pacientes de las respectivas tasas moderadoras o aranceles que sean aprobados por el Poder Ejecutivo, en los casos que corresponda."
Decreto Nº 359/07	Tiempo de espera para acceder a las consultas, tanto de medicina general, como de las especialidades médicas y quirúrgicas	• Otorgamiento de cita para consulta externa en Medicina General, Pediatría y Ginecobstetricia, en un plazo máximo de 24 (veinticuatro) horas desde el momento de la solicitud. • Otorgamiento cita para consulta externa en Cirugía General, en un plazo máximo de 2 (dos) días desde la fecha de su solicitud. • Las consultas externas en las Especialidades Médicas y Quirúrgicas, en ningún caso podrán ser coordinadas en un plazo mayor a 30 (treinta) días desde que fueron solicitadas. • Los procedimientos quirúrgicos no urgentes deberán coordinarse en un plazo inferior a 180 (ciento ochenta) días, a partir del momento en que la cirugía es indicada por el especialista actuante (la aplicación de este plazo fue prorrogado por 90 días en junio de 2009 por Decreto Nº 342/09).
Decreto Nº 265/2006 artículo 11	Modalidad de entrega de medicamentos	"La prestación de las obligaciones en materia de medicamentos establecidas en el presente Decreto es sin perjuicio del pago por parte de los pacientes de las respectivas tasas moderadoras o aranceles que sean aprobados por el Poder Ejecutivo, en los casos que corresponda."

Cuadro 2.3.: Normas de calidad de los servicios		
Norma	**Objeto**	**Detalle**
Decreto Nº 164/2009	Tratamientos moderadores de la glicemia y la hipertensión arterial	Aprobación de la nómina de medicamentos cuyas presentaciones mutuales y/u hospitalarias contemplarán las necesidades mínimas mensuales para tratamientos reguladores de la glicemia y de la hipertensión arterial

61. Las normas de habilitación y fiscalización son resorte institucional del MSP en tanto las referidas a los atributos de las prestaciones podrían ser controladas por la JUNASA a partir de lo que se convenga en los Contratos de Gestión. Todo esto debe cumplirse en el marco de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios del SNIS establecido por la Ley 18.335

62. Por último, resulta procedente mencionar en este punto que la Ley 18.473 establece el derecho para las personas mayores de edad de oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos, salvo que se afecte la salud de terceros

2.3.1.2 Precios y costos

63. El financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud se realiza a partir de dos fuentes principales: (i) el FONASA, que se integra con aportes de los beneficiarios (laborales y voluntarios), patronales, presupuestarios y del Fondo Nacional de Recursos; (ii) los aportes individuales que hacen los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud en concepto de tasas moderadoras y tasas por servicios diferenciales.

64. Cuando la reforma se haya sustanciado en forma integral, todos los prestadores del SNIS recibirían como ingreso principal el producto del valor de una cápita única por la cantidad de beneficiarios afiliados a cada prestador. Adicionalmente, mantendrían los ingresos por tasas por servicios diferenciales.

65. En este sentido, la regulación del financiamiento del Sistema se realizaría a partir de la administración de un precio central -la cápita- al que se le fija un valor máximo.

66. El proceso de implementación de este esquema implica enfrentar un conjunto importante de problemas que suponen una transición relativamente prolongada durante la cual deben administrarse elementos tales como: (i) La búsqueda de un precio de eficiencia para las cápitas; (ii) El cambio del modelo de financiamiento de ASSE, desde un esquema estrictamente presupuestario a un esquema de ingresos capitados; (iii) La implementación de mecanismos de cápitas sujetas a resultados y (iv) La minimización -o eliminación- de las tasas moderadoras para hacer más igualitario el acceso

67. La administración de estos procesos supone un camino complejo y en la práctica se dan situaciones de transición, por ejemplo:

    1. El sistema de determinación de las cápitas de las IAMCs se funda en la determinación de una cápita base que es ajustada por riesgo (edad y sexo). La cápita resultante se va actualizando periódicamente para adecuarla a la evolución

de los precios a través de decretos en los que intervienen los Ministerios de Salud Pública y Economía y Finanzas.

2. Por su parte la ASSE tiene definida una cápita que es un valor único, sin discriminar por efector[19].
3. Las tasas moderadoras no se han eliminado totalmente lo que implica condiciones de desigualdad con ASSE.

68. Por otra parte, la cápita básica por los servicios de salud es uniforme para las IAMC´s de todo el país y sirve para la determinación de cápitas diferenciales que surgen de discriminar dicha cápita por riesgo y por cumplimiento de metas.

69. Existe una cierta dualidad en el rol de las IAMCs que son, por una parte, una sociedad de prestadores y, por la otra, una entidad aseguradora en el sentido de contar con afiliados propios. En este contexto, la figura de la JUNASA aparece como una entidad de superintendencia de entidades aseguradoras que fija una cápita bajo criterios uniformes; y esta cápita es una prima de seguro que la JUNASA paga por cuenta y orden de los beneficiarios. Sin embargo, la JUNASA administra un Seguro Nacional de Salud, financiado a través del FONASA y los afiliados a las IAMCs resultan beneficiarios del seguro nacional por adhesión. Esta visión refuerza el rol de las IAMCs como esencialmente prestadoras con una población a cargo derivada de la afiliación que realizan. En este caso, la cápita puede ser considerada directamente como el pago de un conjunto de prestaciones o como el pago de una prima para asegura el acceso a un conjunto de prestaciones.

70. Por otra parte, las IAMCs tienen en general un área geográfica de influencia limitada; es decir que no existen IAMCs de alcance nacional, existiendo casos en los que una IAMC de una zona es propietaria de otras IAMCs de otras zonas.

71. En este contexto, parece importante analizar las condiciones de eficiencia implícitas en la determinación de una cápita uniforme a nivel nacional y para todas las IAMCs. En efecto, una condición suficiente de eficiencia sería que los costos de los servicios, para un determinado nivel de calidad, verificable, fuesen uniformes a lo largo del país para cada IAMC. Esto no es necesariamente así dado que ciertos costos, especialmente los laborales, son diferenciales entre el interior y Montevideo y que los costos financieros no son iguales entre IAMCs debido a que parten de situaciones iniciales diferenciales.

72. La consecuencia de esta situación es doble. Por un lado, el hecho de que todas las IAMCs hayan podido atravesar la transición al nuevo régimen indica que la cápita ha beneficiado más a aquellas ubicadas en zonas de menores costos y a las menos endeudadas. Esto supone que habría existido un costo de eficiencia en este proceso de transición, lo que podría ser perfectamente aceptable como una decisión de política. Por otro lado, al no ser igual la situación de las diferentes IAMCs, existiría un esquema de incentivos que deben ser considerados: (i) existirían incentivos positivos hacia la concentración dado que las IAMCs de menor rentabilidad podrían usar la estrategia de crecer hacia las áreas de mayor rentabilidad; (ii) los niveles diferenciales de rentabilidad podrían influir sobre los incentivos a la instalación de programas sanitarios de prevención (que disminuyen los costos en el largo plazo, pero son de costo adicional inicial) y asumiendo que una

[19]Decreto 267/09

situación de mayor holgura financiera podría debilitar su peso relativo en las decisiones microeconómicas.

73. En cualquier circunstancia, el punto es que existe una necesidad de monitoreo permanente del esquema de determinación de la cápita, de sus consecuencias y de la evaluación de los incentivos que genera.

2.3.1.3 Accesibilidad

74. La normativa vigente hace que, si bien existe libre elección del prestador por parte del usuario/beneficiario, la regulación existente (o su defecto) puede generar tanto estanqueidad como clivajes hacia o desde el sector público, según el caso. Expondremos las principales normas que regulan el tema.

75. El Decreto Nº 448/07 establece que los empleadores de actividades públicas (estatales y no estatales) y privadas, cuyos trabajadores se incorporen al SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD, debían cumplir con las disposiciones del Decreto Nº 40/998 de 11 de febrero de 1998[20], aún cuando corresponda a actividades no incluidas en el Sistema de Seguridad Social administrado por el Banco de Previsión Social.

76. La información que deberán proporcionar los empleadores, deberá incluir los datos relativos a la declaración de los vínculos familiares de los trabajadores/as, cónyuge o concubina/o e hijos a cargo.

77. El Decreto Nº 032/08 establece que se considera incorporados al Seguro Nacional de Salud a los trabajadores del Poder Judicial y de los entes de la enseñanza

78. El Decreto Nº 193/08, modificado por el Decreto Nº 380/08, regula la transición de un conjunto de colectivos de trabajadores que contaban con cobertura integral de salud.

79. El Decreto Nº 282/08, modificado por el Decreto Nº 300/08, dispone la incorporación al Seguro Nacional Integrado de Salud de los trabajadores de la Caja de Jubilaciones y Pensiones Bancarias.

80. El Decreto Nº 323/08 extiende el plazo de incorporación para los trabajadores dependientes de la ANCAP y para los trabajadores dependientes del Banco Hipotecario del Uruguay (BHU)[21]

81. El Decreto Nº 820/2008 dispone que los colectivos de trabajadores en régimen de cajas de auxilio o seguros convencionales de la Caja de Jubilaciones y Pensiones Bancarias, se incorporarán al Seguro Nacional De Salud, el 1º de enero de 2010.

---

[20] El citado Decreto Nº 40/98 establecía que los empleadores, en forma previa al efectivo inicio de una relación de trabajo, deberán comunicar al Banco de Previsión Social el comienzo de la misma, con individualización del trabajador dependiente, para que éste proceda a la afiliación de los trabajadores dependientes que no registren una incorporación anterior, o a procesar el alta para aquellos casos de trabajadores que ya registren afiliación al sistema, y establece los distintos procedimientos a seguir, sean éstos de práctica o por excepción.
Fuente: http://www.bcu.gub.uy/autoriza/afesen/40_998.htm, consultado el 3 de marzo de 2010

[21] Estos últimos vieron modificado el plazo de su incorporación por Decreto 529/08.

82. El Decreto Nº 65/09, en su artículo 1º establece que los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, que al 1º de febrero de 2009 tengan diez o más años de afiliación a un mismo prestador, podrán trasladar su registro a otro de los que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud, durante el período comprendido entre el 2 y el 28 de febrero de 2009.
83. En dicho caso el usuario deberá registrarse personalmente en las sedes y locales autorizados al efecto del nuevo prestador que elija.[22] La exigencia de permanencia establecida en el Art. 1º no se aplica a aquellas personas que fueron afiliadas de oficio a ASSE por el BPS al dictarse las distintas normas que establecían la incorporación de distintos colectivos al sistema. Una vez formalizado el cambio de prestador en los términos del Artículo anterior del presente Decreto, el usuario deberá permanecer durante tres años en el nuevo que haya elegido, transcurridos los cuales podrá volver a optar.

84. El Decreto Nº 467/09 establece las condiciones para considerar a jubilados usuarios del Seguro Nacional de Salud como trabajadores dependientes en actividades amparadas en el Banco de Previsión Social.

85. El Decreto Nº 14/10 del 18 de enero de 2010 modifica esta situación, al disponer en su Artículo 1º que los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, que al 31 de enero de 2010 tengan siete o más años de afiliación a un mismo prestador, al amparo del régimen de seguros de enfermedad que administraba el Banco de Previsión Social (ex DISSE) y luego del Seguro Nacional de Salud que administra la Junta Nacional de Salud, podrán trasladar su registro a otro prestador de los que integran este último, durante el periodo comprendido entre el 1º y el 27 de febrero del mismo año. El cambio de prestador deberá ser realizado por el usuario, en forma personal, en las sedes y locales autorizados al efecto del nuevo prestador que elijan. Una vez formalizado el cambio de prestador en los términos del artículo anterior del citado Decreto, el usuario deberá permanecer durante tres años en el que haya elegido, transcurridos los cuales podrá volver a optar.

86. También podrán cambiar de prestador, dentro del plazo establecido por el mencionado Artículo 1°, los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud que hubieran sido registrados de oficio en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), por no haber elegido prestador cuando tuvieron oportunidad de hacerlo de conformidad con el Artículo 7° del Decreto Nº 2/008 de 8 de enero de 2008. Por último, establece que a los docentes de enseñanza primaria y secundaria, que, cumpliendo las condiciones establecidas en el citado artículo, registren baja laboral durante el mes de febrero de 2010, se les hará reserva del derecho a cambiar de prestador por 30 días corridos, contados a partir de la subsiguiente alta laboral. A tal efecto, la Junta Nacional de Salud instruirá al Banco de Previsión Social, para que registre de oficio dicha reserva en los sistemas informáticos que opera.

2.3.2 Regulación de la competencia

87. El sistema se apoya en la idea de la articulación entre los proveedores públicos y privados. La legislación indica que esta articulación tiende a la complementación entre ambos sectores (ver Art.264 de ley 17.930/05), aunque la implementación de la reforma ha planteado una relación de competencia entre los sectores y dentro de ellos. , aunque

[22] Por el Decreto 177/09 se reglamentó la excepcionalidad para lo dispuesto en este artículo, pero con carácter restrictivo.

también se han inducido algunos ejemplos de complementación en la organización para la provisión de servicios, especialmente, en oportunidad de incorporar nueva tecnología de alta complejidad[23].

88. Una relación de complementación puede darse en el plano geográfico, funcional o sociodemográfico. Es decir que los sectores públicos y privados podrían apuntar a mercados diferenciados, sean estos por razones de localización, de nivel prestacional o tipo de servicios o bien al nivel socioeconómico de los beneficiarios. La consecuencia última de esta relación complementaria es la especialización de los sectores, según el criterio de complementación, y el hecho que existe una diferenciación de mercados: el de los afiliados a las IAMCs y el de los afiliados a ASSE. Si esto fuese así, los mercados se comunicarían exclusivamente para la compra de servicios entre las IAMCs y ASSE.

89. Resulta evidente que esta visión no sería totalmente compatible con el criterio de integralidad que caracteriza al sistema de salud a menos que existieran iguales oportunidades de acceso a cualquiera de los mercados (es decir libertad efectiva de elección) y niveles de cápita similares y grados de eficiencia y calidad similar entre los proveedores. Bajo estas condiciones se darían condiciones de competencia entre los proveedores dado que los beneficiarios del Sistema podrían elegir a los de mayor calidad, generando tensiones de mercado que conducirían a situaciones de eficiencia.

90. Precisamente, la utilidad de plantear una relación competitiva entre sectores responde en última instancia a dotar al sistema de un elemento que tiende a la eficiencia dinámica del mismo, lo cual se podría traducir en menores costos y/o en mejoras de la calidad de los servicios.

91. El sistema presenta actualmente una serie de características que hacen sospechar que es necesaria la clarificación de este punto:

    4. Los sistemas de financiamiento de los efectores públicos y privados son aún diferentes: los proveedores de ASSE reciben asignaciones presupuestarias, cápitas diferenciales a las de las IAMCs, no se aplican todavía las cápitas sujetas a metas y en caso de aplicarse existe una mayor rigidez para transferir dichos incentivos al personal interviniente. Adicionalmente, los proveedores de ASSE podrían no tener situaciones patrimoniales iniciales comparables a las de las IAMCs
    5. Los ingresos por copagos, si bien se han ido reduciendo en el tiempo, aún constituyen una diferencia de acceso para el beneficiario
    6. Las reglas de movilidad de los beneficiarios entre proveedores son todavía bastante restrictivas

92. Todo esto constituye limitaciones a la competencia entre los sectores con lo cual se plantea un interesante problema de política cual es el de definir claras reglas de competencia entre ambos tipos de proveedores en el largo plazo y, al mismo tiempo, garantizar una transición que vaya permitiendo los ajustes para la igualación de la eficiencia y calidad de los servicios.

[23] Experiencias de Guichón entre ASSE y Comepa y experiencia de Sauce, Canelones.

93. La alternativa de complementación también requeriría definiciones de política aun no explicitadas, como la explicitación de parámetros y la generación de incentivos a la complementación de los sectores.

94. Esto conduce a la necesidad de una profunda mirada interna hacia ASSE, su rol y su organización. En efecto, si los proveedores deben competir, ASSE debería tener una estrategia competitiva explícita, atendiendo a su responsabilidad como proveedor público y a ser el mayor proveedor del sistema.

95. Dentro de esta visión, un elemento central para una estrategia de ASSE es la de liderar un proceso para plasmar en la realidad los cambios estructurales de los servicios que requieren un mejor balance entre la prevención y los servicios de tratamiento. También podría ser un regulador activo (control de los factores de producción) del sector en un esquema de competencia.

96. En consecuencia, la reorganización de ASSE, su proceso de descentralización y su estrategia competitiva/complementaria, por un lado, y el paquete de reglas de competencia dentro del sistema (incentivos, benchmarking y algún sistema de libre elección), por el otro, son dos aspectos de una misma realidad.

2.3.3 Regulación del control

97. El sistema de salud funciona, tal como se ha visto, sobre la base de un conjunto de institutos e instituciones con diferentes roles y relaciones. Genéricamente, puede decirse que existe, por una parte, un rol central que es el que ejerce el poder regulatorio del sector que determina las reglas del juego y los objetivos perseguidos en pos de un bienestar general. Por otra parte existe un rol operativo que es el que ejecuta las acciones, dentro del marco regulatorio. Un problema central de este tipo de situaciones es que los objetivos de quien ejerce el rol regulatorio y los de quienes ejercen el rol operativo pueden no coincidir.

98. Este tipo de problemas se pueden encuadrar en el enfoque teórico del paradigma de Agente-Principal. Según este enfoque, existe un problema de agencia siempre que los objetivos del Principal y del Agente no son similares por lo que deben establecerse estrategias particulares para lograr una compatibilización de los mismos.

99. Los mecanismos de incentivos suelen ser las herramientas más utilizadas en estos casos para lograr que un Agente oriente su comportamiento al logro de los objetivos fijados por el Principal.

100. Es importante advertir que esta problemática tiene una estrecha relación con los esquemas de control que el Principal pueda implementar, dado que, llevando tal situación al límite, si el poder de control del Principal fuera infinito, desaparecería el problema de agencia dado que el Principal siempre podría ir corrigiendo el accionar del Agente en pos de sus propios objetivos.

101. Sin embargo, dado que el poder de control del Principal es limitado, se requieren esquemas que combinen incentivos y algún nivel de control para alinear los objetivos de

agentes y principales. En el caso en cuestión del sistema de salud de Uruguay, es posible distinguir diferentes cuestiones relacionadas con este punto.

102. En primer lugar, es necesario efectuar algunas consideraciones en torno al rol del Principal. En efecto, desde una posición principista podría decirse que el Principal son los beneficiarios que utilizan los servicios de salud. Sin embargo, numerosos aspectos técnicos e institucionales hacen que el ejercicio de su rol de Principal no pueda ser ejercido *per se* sino a través de figuras que, en principio debieran ser representativas. Tal es el rol del Estado, que, en el caso en cuestión se encarna en dos figuras centrales: el Ministerio de Salud Pública, como responsable final de todo el sector, y la JUNASA, como responsable del Seguro Nacional de Salud.

103. Sobre este esquema cabe hacer dos consideraciones. La primera se relaciona con la necesaria coordinación que debiera existir entre ambas instituciones a los efectos de que el esquema de control (y de incentivos asociados) sea consistente, es decir que no tenga elementos contradictorios. La segunda se relaciona con los posibles problemas de gobernabilidad derivados de la existencia de conflictos de intereses entre las instituciones que ejercen el rol regulatorio y de control. En efecto, debe recordarse que, mientras que el MSP es un organismo de la burocracia estatal y, por lo tanto, que debería alinearse a los objetivos de la sociedad que representa, la JUNASA, es un organismo colegiado en el que los diferentes sectores, inclusive la propia burocracia estatal, son representados en forma directa con algún grado de poder de decisión. En este contexto, la cuota parte de la representación la JUNASA que corresponde al Estado no asegura que las decisiones que ésta adopte tengan un correlato estricto con los objetivos de aquel.

104. Una segunda cuestión se relaciona con los aspectos controlados y sus respectivos esquemas de control. Básicamente, la normativa hace referencia a los cuatro campos principales que exige un esquema de control. Esto se resume esquemáticamente en el cuadro siguiente.

Cuadro 2.4.: Modelo de control

Campo de control	Responsable	Aspectos normativos
Financiero	MSP	El MSP controla la salud financiera de las IAMCs para lo que establece la necesidad de hacer públicos sus estados contables y financieros con un Plan de Cuentas único para todas las instituciones. Asimismo el decreto 127/2001 establece (Art. 47) que las IAMCs deben constituir un Fondo de Gestión cuya magnitud es el 1.5% de la recaudación para las instituciones con menos de 50.000 afiliados o asociados; 1% para aquellas con entre 50.000 y 150.000, y 0.5% para aquellas con más de 150.000 afiliados o asociados. Se interpreta que esta norma se refiere a la recaudación anual, aunque aquella no lo precisa.
Habilitación	MSP	El MSP es la autoridad encargada de la habilitación y fiscalización de los centros asistenciales, para lo que existen normas de habilitación que definen requerimientos mínimos de recursos físicos, humanos y de organización (procedimientos y sistemas). El Decreto 416 del 2002 es la norma central al respecto
Servicio	JUNASA//MSP	La regulación indica, por una parte, que el sistema de salud debe asegurar el tratamiento de un conjunto de patologías a partir de las prestaciones necesarias. Por otra parte, existe un conjunto de normas que hacen a la calidad de las prestaciones como por ejemplo las relacionadas con la oportunidad en que las mismas deben ser prestadas.

Cuadro 2.4.: Modelo de control		
Campo de control	**Responsable**	**Aspectos normativos**
Padrón	MSP	La DIGESE es la jurisdicción autorizada, a través del Decreto Nº 385/2005, a concentrar la información del padrón de beneficiarios del Seguro Nacional de Salud a partir del RUCAF (Registro Único de Cobertura Asistencial Formal). El mismo Decreto establece que el Fondo Nacional de Recursos (FNR) está autorizado a acceder a esta información. Esta última parte de la norma podría entenderse como una autorización indirecta a la JUNASA a dicho acceso, teniendo en cuenta que FNR es un instituto cuyos recursos forman parte del Fondo Nacional de Salud, el cual financia el Seguro Nacional de Salud y que es administrado por la JUNASA.

105. Este esquema de control sugiere los siguientes comentarios:

1. Desde la perspectiva del sistema de salud en su conjunto, el esquema de control debería responder a una única lógica que, en este caso, debe ser provista por el MSP.
2. En este sistema de salud existe un dualismo dado que en lo que hace al Seguro Nacional de Salud, que constituye una parte sustancial del sistema, el Estado se encuentra involucrado en diferentes instancias (financiamiento, prestación, control), mientras que en el resto del sistema, el Estado tiene un rol más que nada de regulación y control
3. El control sobre la salud financiera de las entidades financiadoras es también una clara responsabilidad de la autoridad sanitaria, es decir, del MSP. Al respecto existen normas acerca de las IAMCs pero no respecto de otros financiadores (como por ejemplo los prestadores del sector privado que no constituyen IAMCs). Estrictamente, esta responsabilidad del MSP debería establecerse sobre el Seguro Nacional de Salud, es decir sobre la JUNASA, dado que es la administradora de los fondos asignados. Dado que es la JUNASA la que entrega fondos en una suerte de compra indirecta de servicios a través de los prestadores integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud (IAMCs, ASSE, IMAEs y otras organizaciones del sector privado dedicadas a esta actividad que decidan integrar el SNIS), sería su responsabilidad la entrega de dinero a una entidad no solvente.
4. La habilitación y cumplimiento de requisitos mínimos de funcionamiento de las entidades prestadoras, es claramente una responsabilidad de la autoridad sanitaria y es llevada a cabo por el área de fiscalización del MSP.
5. El control de la prestación de servicios de calidad y del padrón puede asumir diversas modalidades institucionales. Esto es así puesto que el Seguro Nacional de Salud es una parte sustancial del sistema pero no es la totalidad del mismo (dado que existen seguros privados, seguros de las fuerzas de seguridad y personas no aseguradas no indigentes y que por ende no se encuentran bajo cobertura de ASSE). Esto conduce a que, si bien la responsabilidad regulatoria general y la definición de los objetivos sanitarios es del MSP, el control operativo de esos elementos podría ser controlado por los agentes de compra de servicios, cuando estos existen. En este caso, la JUNASA tendría un claro ámbito de responsabilidad en lo que hace al Seguro Nacional de Salud.

106. De hecho, actualmente existen dos políticas tendientes a la determinación de objetivos operativos y al correspondiente control de aspectos relacionados con los servicios: i) el

tramo de cápitas sujetas a resultados; y ii) el piloto del Previniendo. El primero está en cabeza de la JUNASA, en tanto el piloto del Previniendo es una iniciativa del MSP.

107. Respecto del sistema de cápitas sujetas a resultados, cabe consignar que, inicialmente, las metas y los protocolos de los servicios han sido auto establecidos por las IAMCs. A esto debe agregarse que las metas que se considerarán en una primera etapa son sólo las referidas a indicadores referentes a la Salud del Niño y de la Mujer. Esto no puede considerarse una política de largo plazo, toda vez que una política de tales características debería –tanto en teoría como de conformidad con la experiencia mundial en este sentido- implicar una tendencia a la unificación de las metas de todos los integrantes del SNIS, y ser una explícita política activa de gobierno.

3. Análisis de sustentabilidad de la reforma

3.1 Contexto económico y social[24]

108. Previo al análisis económico y financiero de la reforma de salud es útil hacer un breve repaso de los resultados alcanzados durante 2004-2009 en materia económica y social, este breve análisis permitirá contextualizar más adecuadamente los resultados de la reforma emprendida.

109. En primer lugar, debe señalarse que la gestión económica logro aprovechar el período de bonanza en la economía mundial durante los primeros tres años y medio de gobierno, para reducir las vulnerabilidades que presentaba la economía uruguaya al comenzar el período de gobierno en materia financiera, fiscal, productiva y social. En este sentido, a lo largo de este periodo, el gobierno consiguió reducir la deuda pública y acumular reservas internacionales. Paralelamente, y en el marco de una reforma tributaria y de reasignación de prioridades presupuestarias, se consiguió una mejora en el resultado de las cuentas públicas. Estos resultados se alcanzaron en un contexto de expansión económica sin precedentes para Uruguay, que determinó un incremento real del PIB de 32% entre 2004 y 2008, lo que equivale a una tasa de crecimiento económico de 7,1% promedio anual. Estos resultados se alcanzaron en un contexto de baja inflación y apreciación de la moneda uruguaya respecto al dólar.

110. Los resultados alcanzados implicaron una reducción de la tasa de indigencia y de la pobreza. Se logró reducir en forma marcada la proporción de uruguayos en situación de pobreza, pasando del 32% en 2004 a 21% en 2008. Por otra parte, en este período también se verificó una marcada recuperación del empleo, creándose 180 mil nuevos puestos de trabajo, con tasas de empleo que se ubicaron en máximos históricos y tasas de desempleo en niveles mínimos. A su vez, junto al crecimiento del empleo, se alcanzó un notable incremento de los salarios reales, que aumentaron 19% en los últimos cuatro años, así como también de las pasividades. También se verificó un fuerte incremento del gasto social.

[24] Elaborado sobre la base del informe de rendición de cuentas y balance presupuestal 2008 de la Contaduría General de la Nación del Ministerio de Economía y Finanzas.

111. Este contexto económico y social constituyó un aliado fundamental para avanzar en la reforma de un sector de un peso significativo en la economía uruguaya y que históricamente mostró un elevado grado de conflictividad o resistencia a los cambios. Indudablemente la mejora en los ingresos de los hogares y la disminución del gasto de bolsillo en salud fue un aliado invalorable para lograr los apoyos y consensos que necesita una reforma compleja y estructural.

Cuadro 3.1: Contexto económico y social						
Indicadores macroeconomicos						
	2004	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
PIB real variacion %	5	7.5	4.3	7.5	8.5	2.9
Tasa de Inflación	7.6	4.9	6.4	8.5	9.9	5.9
TC UY$/US$	26.5	23.6	24.4	21.6	24.4	19.7
Resultado global del sector público (en % del PIB)		-0.4	-0.5	0.0	-1.5	-2.0
Deuda / PIB	87.7	68.7	54.6	53.1	37.4	
Tasa de Desempleo	12.1	12.1	10.0	8.6	6.9	6.9
Variación índice salario medio	10.76	9.7	10.4	12.9	13.9	11.9

3.2. El gasto en salud y sus principales fuentes de financiamiento.

112. La estrategia general de la Presidencia volcada en el Presupuesto Nacional 2005-2009 y la reforma de salud, en particular, generó profundas transformaciones en la asignación de recursos públicos y privados en el sector de la salud. La información de Cuentas Nacionales de Salud 2004 – 2008 muestra algunos resultados interesantes en relación a los primeros impactos que ha tenido la reforma sobre el gasto en salud agregado tanto público como privado como de sus principales fuentes de financiamiento.

3.2.1 El comportamiento reciente en el gasto en salud

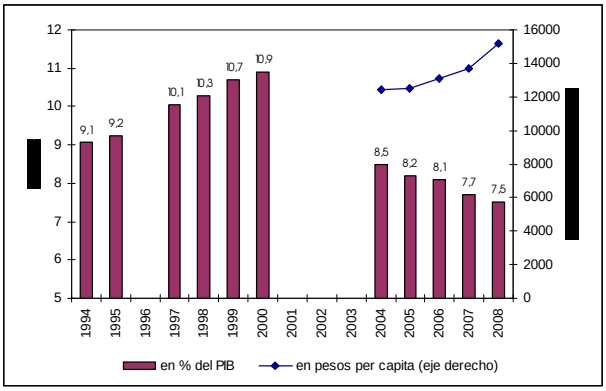
113. En primer lugar, el gasto en salud de Uruguay creció 23,2% en términos reales entre los años 2004 y 2008, al pasar de 41.000 millones de pesos uruguayo a prácticamente 50.500 millones. En dólares per capita el gasto en salud pasó de US$ 351 en 2004 a US$ 722 en 2008. Es importante destacar que este aumento puede estar sobredimensionado por el proceso de apreciación de la moneda uruguaya respecto al dólar en todo este periodo.

114. Un segundo resultado destacado es que a pesar de esta suba, el gasto en salud creció menos que el producto, con lo cual la serie mostró una tendencia decreciente, al pasar de 8,5% de PIB en 2004 a representar el 7,5% del PIB en 2008. Esta tendencia en el gasto en salud es diametralmente opuesta al comportamiento evidenciado en el periodo 1994 - 2000 –el gasto en salud creció prácticamente 2 puntos porcentuales del PBI-.

115. El hecho que el gasto en salud haya disminuido en relación al producto puede ser analizado como un resultado positivo ya que brinda un marco mayor de sostenibilidad y respaldo a la reforma en marcha.

116. Las estimaciones de las cuentas nacionales de salud, su actualización y revisión periódica constituyen una herramienta fundamental para poder evaluar la implementación de la reforma y poder detectar desvíos respecto de los objetivos planteados.

Grafico 3.1: Gasto en salud de Uruguay, 1994 - 2008
en % del PIB y pesos per cápita a precios constantes de 2008



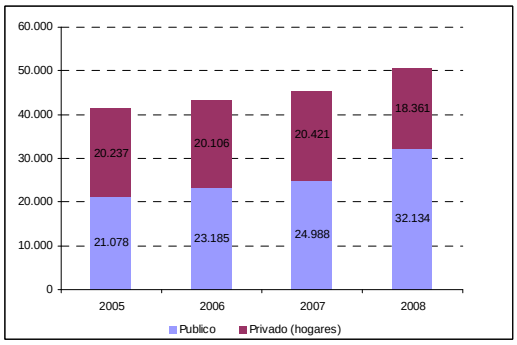
Fuente: Elaboración propia en base a datos de cuentas nacionales de salud

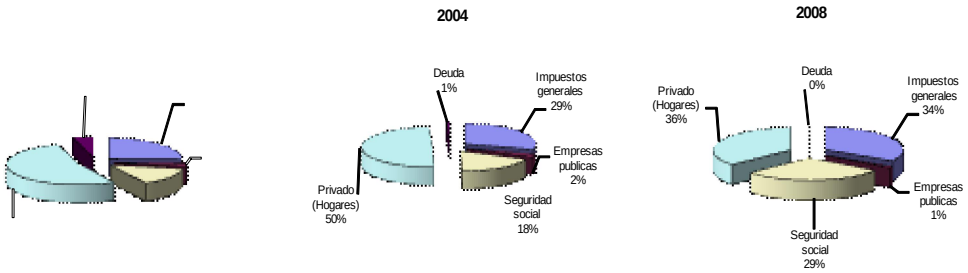
3.2.2. Evolución de las fuentes de financiamiento de la salud.

117. El otro resultado destacable y que se verá con mayor detalle más adelante, es la mayor participación del sector público como fuente de financiamiento. En contraste, el gasto directo de los hogares (gasto de bolsillo) y el pago de cuotas colectivas e individuales ha perdido participación como resultado de la reforma; del 49% que representaba en 2005 la participación del sector privado en el financiamiento de la salud se redujo al 36% en 2008. Este cambio estructural en las fuentes de financiamiento se produce en paralelo al significativo aumento en el presupuesto público asignado al sector salud, a través de un mayor presupuesto para el Ministerio de Salud Publica y para ASSE, y los mayores recursos de la seguridad social producto de las nuevas alícuotas para el FONASA. Incluso esta tendencia se habría profundizado en 2009 con la incorporación de un mayor numero de afiliados al Seguro Nacional de Salud.

118. Otro hecho destacable es el cambio sustancial en la modalidad de financiamiento público al sistema de salud. En este sentido, la reforma ha generado un aumento significativo en la participación de los impuestos generales y las contribuciones de la seguridad social en el financiamiento del sistema de salud. Todo esto ha generado una mayor equidad en la carga de financiamiento del sistema y como consecuencia un marco de fuerte respaldo popular y sostenibilidad de la reforma.

Grafico 3.2: Gasto en salud según fuentes de financiamiento, 2005 – 2008
en millones de pesos constantes de 2008





Cuadro 3.2: Estructura de financiamiento de la Salud, Uruguay 2000, 2004 y 2008			
	2000 (%)	**2004 (%)**	**2008 (%)**
Impuestos generales	22,2	21,9	26,1
Paraestatales y corporaciones públicas	2,3	2,3	1,0
Seguridad Social	17,5	25,4	36,6
Contribuciones del empleador	9,6	11,9	14,7
Contribuciones del empleado/pasivos	4,6	5,8	14,5
Transferencias del gob. a la Seg.Social	3,3	7,7	7,4
Hogares	53,4	49,6	36,4
Endeudamiento	4,6	0,8	
Total general	**100,0**	**100,0**	**100,0**
(Millones de US$)	**2.182**	**1.184**	**2.073**

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2004 y Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento 1999–2000

120. Este resultado se produce como consecuencia de los cambios de alícuotas en los aportes personales y patronales de la seguridad social y la evolución del mercado laboral.

Cambios en los aportes personales y patronales a la Seguridad Social

121. En relación a los aportes personales la ley 18.211 estableció una alícuota adicional a la aportación básica al sistema (3%), en función de la situación familiar del trabajador y su remuneración medida en términos de BPC (Base de Prestación de Contribuciones). Quedan exceptuados de realizar aportación los socios vitalicios (que permanezcan en la misma entidad), salvo aquellos que tengan hijos a cargo. Las tasas de aportes personales se exhiben en el Cuadro 3.3.

Cuadro 3.3: Alícuotas aporte personal al Fondo Nacional de Salud

Remuneración	Aporte básico	Adicional		Total	
		Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos
Hasta 2,5 BPC inclusive	3%	0%	0%	3%	3%
Mayor 2.5 BPC	3%	1,5%	3%	4,5%	6%
Socios Vitalicios	0%	0%	3%	0%	3%

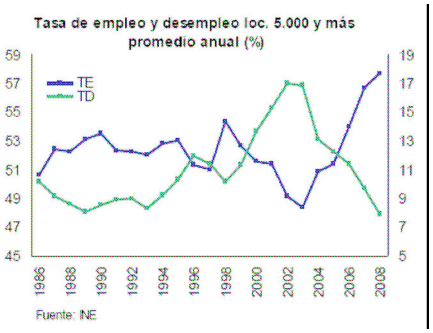
Fuente BPS

122. En el nuevo esquema los empleadores abonan el 5% sobre las remuneraciones gravadas por la seguridad social así como el complemento de cuota mutual para aquellos trabajadores cuyos aportes (patronal y personal) sean inferiores al importe que surge de multiplicar el valor de la cuota mutual por el número de dependientes beneficiarios.

Evolución del mercado laboral

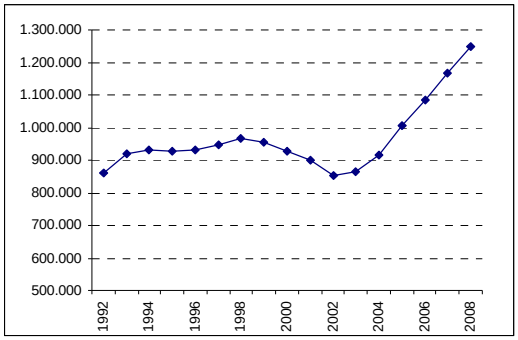
123. Los ingresos de la seguridad social también se expandieron como consecuencia del crecimiento en la tasa de empleo formal, que registró un aumento histórico de 6,3 puntos porcentuales en todo el período 2004-2008. En los últimos cuatro años según estimaciones del Ministerio de Economía y Finanzas se han generado aproximadamente 178.000 nuevos puestos de trabajo en localidades de 5.000 y más habitantes. En contrapartida, se verificó una significativa disminución del desempleo. La tasa de desempleo cerró el 2008 con una tasa promedio anual de 7,9%, alcanzando el mínimo registro de los últimos veinte años. El Grafico 3.4 ilustra la evolución de la tasa de empleo y desempleo en localidades de 5.000 habitantes y más promedio anual.

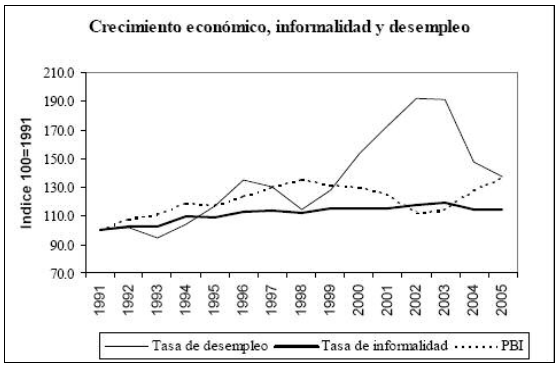
Grafico 3.4



124. Como consecuencia de esta tendencia general en el mercado laboral el número de puestos de trabajo formalizado con aportes a la seguridad social registró un marcado crecimiento en todo este periodo. El número de trabajadores con aportes al BPS alcanzó en diciembre de 2008 a 1,24 millones promedio mensual. El total de cotizantes del sector privado aumento en más de 300.000 trabajadores respecto a 2004. El incremento de registros en el BPS en el período fue significativo en todos los sectores destacándose en particular, la construcción y la industria.

Grafico 3.5. Numero e cotizantes al BPS



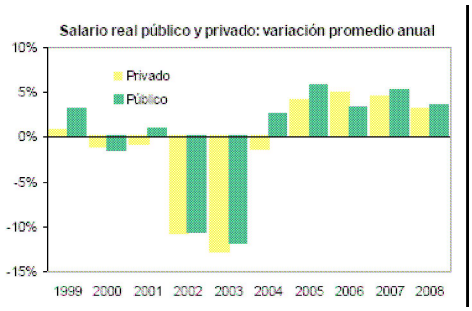


Fuente: Amarante, Espino 2007.

127. En materia de remuneraciones, el salario real continuó incrementándose sostenidamente durante los últimos cuatro años. A lo largo del periodo analizado el poder adquisitivo del salario medio creció 23% como se ilustra en el Grafico 3.7. Este resultado también contribuyó a la sostenibilidad de la reforma, al incrementar los aportes personales y patronales a la seguridad social.

128. Con lo cual la evolución del empleo, la tasa de desocupación y la remuneración de los trabajadores cotizantes al BPS son variables criticas que deben incluirse en un esquema de seguimiento y monitoreo. En toda esta primera fase estas variables mostraron una evolución muy favorable contribuyendo así a darle sustentabilidad financiera a la reforma.

Grafico 3.7



129. La evolución de la informalidad laboral y la perspectiva de mediano y largo plazo sobre esta variable, por otra parte, es un dato clave para cualquier decisión que se adopte en el futuro sobre la extensión o la universalización del Seguro Nacional de Salud. En el caso hipotético e improbable que se logre reducir sustancialmente la informalidad laboral, la discusión sobre la universalización del Seguros Nacional de Salud o el paso de un esquema de financiamiento por la vía de impuestos generales en reemplazo de un esquema contributivo perdería sentido.

3.3. La ejecución presupuestaria del Ministerio de Salud Pública en el contexto de la reforma.

130. El presupuesto del Ministerio de Salud Publica aumentó significativamente en el periodo 2004-2009, incluso descontando los recursos asignados a ASSE, incluidos en el MSP hasta su descentralización en 2007. Estimaciones en base a información del MSP y

ASSE indican que a valores constantes el presupuesto del MSP aumentó por más de 10 veces entre 2004 y 2009, al pasar de 67 millones de pesos a precios constantes de 2008 a 744 millones. En términos per cápita el presupuesto de salud, que solo representaba 20 pesos uruguayos a precios constantes de 2008, represento en 2009 222 pesos a precios constantes de 2008. Como resultado de este incremento en el crédito presupuestario el presupuesto del MSP paso a tener una mayor relevancia en el presupuesto global del sector publico uruguayo.

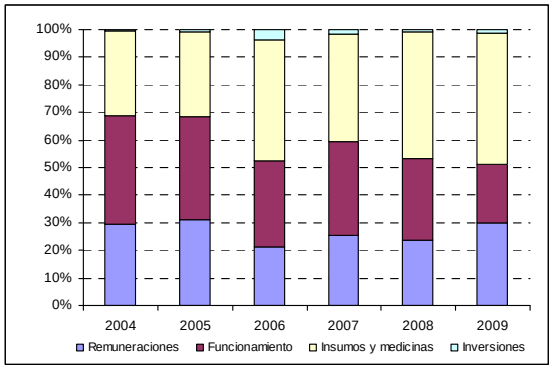
Cuadro 3.4: Gasto MSP, 2004 – 2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
en millones de pesos constantes de 2008	67	280	538	447	772	744
en pesos constantes de 2008 per cápita	20	85	162	134	231	222
en dólares per cápita	1	3	6	6	10	12
en % del Gasto Total	0,1	0,4	0,7	0,6	0,8	0,6

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Contaduría General de la Nación

131. En particular, el presupuesto del MSP se expandió como consecuencia de los aumentos en las partidas de insumos médicos y medicamentos. Esto incluye la compra de vacunas, reactivos y las transferencias de recursos a las comisiones honorarias. En todos los casos se trata de gastos asociados con actividades de prevención y promoción de la salud de manera consistente con el cambio en el modelo de atención que la reforma puso en marcha. Esto rubros que representaban en 2004 el 30% del presupuesto en 2009 llegaron a representar el 47% del presupuesto del MSP.

Grafico 3.9: Composición del presupuesto ejecutado del MSP



Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP

132. La estructura actual del MSP se organiza en base a dos principales áreas programáticas, la Dirección General de la Salud (DIGESA) que se ocupa de los principales programas prevención y promoción de la salud y ejerce la rectoría y las funciones esenciales de salud pública del sistema de salud y la Dirección Nacional de Secretaria que brinda apoyo al Ministro, atiende los aspectos de planeamiento y programación financiera y presupuestaria y produce estadísticas y análisis para la toma de decisión. A los efectos de poder hacer una evaluación y monitoreo efectivo de la reforma será importante prestarle debida atención a la composición del gasto del MSP. Una apertura programática más detallada conforme a las acciones y programas desarrollados desde la Dirección General de la Salud que discrimine entre las actividades de regulación del sistema, las funciones esenciales de salud pública y los programas

verticales puede contribuir sustancialmente a un seguimiento y monitoreo más efectivo de la reforma en términos del cambios en el sistema de salud y en el Estado de la salud de la población.

3.4 La ejecución del presupuesto de ASSE en el contexto de la descentralización

133. ASSE es una institución clave para el Seguro Nacional de Salud. La convergencia en la prestación de los servicios conforme a los parámetros actuales de calidad de las instituciones mutualistas es una pieza fundamental en este proceso. Por ello, y en el marco del proceso de descentralización de ASSE, el gobierno asignó recursos crecientes al presupuesto de esta institución en todo este periodo. Entre 2004 y 2009 el presupuesto de ASSE aumentó un 78% en términos reales, el gasto paso de 6.185 millones de pesos uruguayos, en 2004, (a precios constantes de 2008) a 10.994 millones en 2009. Con este presupuesto ASSE atiende al 45% de la población de Uruguay.

134. A su vez, producto del traspaso de afiliados de ASSE a las IAMC el número de usuarios se redujo en aproximadamente 350.000 personas, con lo cual el gasto total de ASSE por usuario aumentó más que proporcionalmente, 130% entre 2004 y 2009 en términos reales. Con este resultado el gasto por usuario fue equiparándose al gasto por afiliado en el sistema mutual como se exhibe en el Cuadro 3.6. El gasto por usuario en ASSE asciende a US$ 497 anuales per capita contra los US$ 606 de las IAMC.

Cuadro 3.5: ASSE. Presupuesto Ejecutado, 2004 – 2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
en millones de pesos constantes de 2008	6.185	6.094	7.115	8.089	9.624	10.994
en pesos constantes de 2008 por usuario (anual)	3.979	4.034	4.793	6.216	7.950	9.149
en pesos constantes de 2008 por usuario (mensual)	332	336	399	518	662	762
en dólares por usuario (anual)	115	138	168	266	326	497

Fuente: Elaboración propia en base a datos del MSP y ASSE

Cuadro 3.6: Comparación gasto por usuario, ASSE vs sistema mutual

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
IAMC	1.027	1.043	1.051	1.053	944	995
ASSE	332	336	399	518	662	762
Relación gasto ASSE/IAMC por usuario	0,32	0,32	0,38	0,49	0,70	0,77

Fuente: Elaboración propia en base a datos del MSP y ASSE

135. El gasto en recursos humanos es la partida que mayor incremento tuvo en el presupuesto de ASSE. Los salarios pagados por ASSE aumentaron casi un 70% entre 2007 y 2004. Para el caso del salario mínimo médico ha significado un aumento de 183% según datos del MSP. Esto permitió acortar significativamente la distancia entre la remuneración de los profesionales del sector público y del sistema mutual. Además, ASSE amplió el número de cargos en unos 1.200 profesionales entre 2007 y 2009. En 2008 y 2009 se otorgaron nuevos aumentos salariales para el personal profesional y no profesional de ASSE en el marco de convenios de gestión por los cuales el personal asumió ciertos compromisos en relación a la cantidad de horas efectivamente trabajadas y grado de presentismo.

136. Un hecho destacable y a la vez preocupante es que en todo este periodo no se observan cambios significativos en los indicadores de producción global de ASSE, aunque si se exhiben algunos indicios de mejoras en términos de la producción por beneficiaros: un mayor número de consultas de actos quirúrgicos y de egresos, que podrían ser indicio de un mejor nivel de acceso a los servicios. Hay una baja significativa del número de nacimientos, probablemente relacionada con el traspaso de mujeres jóvenes a las IAMCs. Este es sin dudas un aspecto que requiere una mayor profundización en el análisis, a través de otros indicadores de producción más refinados.

Cuadro 9: ASSE. Indicadores de producción, 2004 – 2008

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Usuarios ASSE	1.554.488	1.510.718	1.484.543	1.301.347	1.210.592	1.201.633
Número de camas	6,395	6,485	6,480	6,450	nd	Nd
Número de consultas (en miles)	6,361	6,299	6,179	6,218	6,053	Nd
Número de consultas por usuario	4.1	4.2	4.2	4.8	5	Nd
Egresos	167,747	170,792	166,949	167,691	161,787	Nd
Numero egresos por 10000 usuarios	1079	1131	1125	1289	1336	
Actos quirúrgicos	47,338	46,266	46,941	42,871	48,716	Nd
Numero cirugías por 10000 usuarios	0.030	0.031	0.032	0.033	0.040	
Nacimientos	21,550	19,967	19,713	18,194	17,843	Nd

Fuente: ASSE

137. En relación al Seguro Nacional de Salud, el número de afiliados a ASSE para diciembre de 2009 ascendía a 118.000 beneficiarios. Esto incluye aquellos beneficiarios que optaron expresamente por este prestador público, aproximadamente el 40% de los afiliados actuales, y los beneficiarios que fueron afiliados a ASSE por no ejercer la opción correspondiente. En 2009 recibió por parte del FONASA recursos mediante el pago de capitas de salud por aproximadamente 1.100 millones de pesos uruguayos, prácticamente el 10% de su presupuesto total.

138. El gasto por usuario, los indicadores de producción, calidad de las prestaciones y satisfacción de los usuarios son las variables criticas para monitorear en el caso de ASSE. Todos estos aspectos son clave a la hora de planificar un esquema de aseguramiento universal con plena movilidad de los afiliados.

3.5. El sistema mutual de salud. Principales tendencias de sus ingresos, erogaciones y resultados.

139. En el sistema mutualista los impactos de la reforma fueron también muy significativos. En primer lugar, el balance de las IAMCs se vio favorecido por el crecimiento en el número de afiliados. El sistema mutual recibió en todo el periodo bajo análisis unos 450.000 nuevos asociados, más de un 30% de aumento en relación al padrón de 2004 (en el interior fue del 50% y en Montevideo del 27%) y llegando a un máximo histórico del orden de 1.850.000 afiliados.

140. En cuanto a la estructura por edad, la reforma implicó la incorporación de población joven como consecuencia de los nuevos colectivos incorporados al sistema. Si bien las IAMCs siguen presentando una pirámide de población más envejecida que la de la población total del país, este resultado debería, en principio, haber mejorado el balance consolidado del sistema mutual, si se evidenciaran tasas de utilización de servicios más bajas para esta población recientemente incorporada. Un estudio de la División de Economía de la Salud, encuentra un resultado ambiguo ya que no se observan cambios significativos en las tasas de utilización de esta población, es decir los ingresados tienen pautas y niveles de consumo similar a los usuarios que ya se atendían en las IAMC[27]. No obstante estos primeros resultados debieran seguir siendo monitoreados a los efectos de validar sus resultados.

141. En lo relativo a la composición de los ingresos operativos, la reforma de la salud implicó un incremento sustancial de los ingresos provenientes de la seguridad social (del 29,6% en 2004 paso al 57,4 % de los ingresos en 2009) en detrimento del pago de cuotas individuales y colectivas (pasaron de 49,3% al 25,8% de los ingresos), y una reducción del peso de las tasas moderadoras (12,1% al 8,6%).

142. Este cambio en la composición de los ingresos de las instituciones mutualistas constituye un valor fundamental para la sustentabilidad de la reforma: en primer lugar porque al disminuir los ingresos por prepago (pago directo de los afiliados colectivos e individuales) y aumentar la composición de ingresos por la seguridad social (aportes personales y patronales), aumenta para los usuarios mutualista la garantía que significa el poder regulatorio del estado. Una cada vez menor proporción del costo de la salud se encuentra con escasa o nula regulación por parte del Estado.

143. Por otro lado, a baja movilidad de beneficiarios, brinda una mayor estabilidad a los balances de las IAMCs pues cambios en el ingreso del usuario no afectan en forma inmediata los ingresos del sistema mutual ya que sus ingresos dependen ahora en mayor medida de la cuota salud pagada desde el FONASA.

Cuadro 3. 8: Estructura ingresos del sistema mutual
en millones de pesos corrientes

	2004	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009 I Semestre**
prepagos (colectivos e individuales)	6.637	7.130	7.686	8.200	6.753	3.054
cuota DISE/FONASA	3.983	4.701	5.631	6.715	10.829	6.799
tasas moderadoras	1.635	1.754	1.727	1.835	1.997	1.020
venta de servicios	1.217	1.303	1.352	1.565	1.763	967
Total	**13.471**	**14.888**	**16.396**	**18.314**	**21.342**	**11.839**
prepagos (colectivos e individuales)	49,3%	47,9%	46,9%	44,8%	31,6%	25,8%
cuota DISE/FONASA	29,6%	31,6%	34,3%	36,7%	50,7%	57,4%
tasas moderadoras	12,1%	11,8%	10,5%	10,0%	9,4%	8,6%
venta de servicios	9,0%	8,8%	8,2%	8,5%	8,3%	8,2%
Total	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Fuente: División de Economía de la Salud

[27] Ver "Desempeño del sistema mutual 2004 – 2009". División de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Publica.

144. La disminución de los tickets de medicamentos y copagos, también llamadas tasas moderadoras, contribuyó indudablemente a mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud provistos por estas instituciones. Probablemente, la posibilidad de optar o cambiar la entidad mutual contribuyo a esta disminución en los valores de las tasas moderadoras. Esta relación de causalidad debiera ser estudiada con mayor profundidad ya que constituye una herramienta de política sanitaria clave para consolidar el éxito de la reforma.

Cuadro 3.9: Gasto IAMC, 2004 – 2009						
	2004	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
en millones de pesos constantes de 2008	17.485	18.472	19.116	19.733	21.310	22.301
en pesos constantes de 2008 por usuario	12.327	12.520	12.610	12.641	11.326	11.938
en pesos constantes de 2008 por usuario (mensual)	1.027	1.043	1.051	1.053	944	995
en dólares por usuario	465	530	517	584	465	606
Fuente: División Economía de la Salud						

145. El aumento en el número de afiliados al sistema mutual no repercutió en forma directa en el gasto prestacional, con lo cual el gasto del sistema mutual disminuyó aunque no significativamente. Este resultado se produjo aun con un fuerte aumento en los gastos de personal profesional y no profesional asociado tanto a un incremento del salario real (de del orden del 30% en términos reales) como de los cargos profesionales y no profesionales. Entre 2007 y 2009 el sistema mutual incorporó 11.500 nuevos cargos según información relevada por la División de Economía de la Salud.

146. Otro hecho que debiera ser monitoreado y cuantificado es el uso de los recursos económicos, humanos, edilicios, etc., de qué manera el sistema mutual hace un mejor uso de la capacidad instalada y aumenta la productividad de los recursos humanos.

147. Como consecuencia de esta tendencia en los ingresos y los gastos prestacionales el sistema mutual ha obtenido resultados superavitarios tanto operativos como totales. Esto ha generado una clara mejora en la solvencia que se expresa en la caída del pasivo por afiliado y la mejora de la capacidad de repago, medida en meses de ingresos, que era de 4,5 y llega al final del período a 3,7.

Cuadro 3.10. Resultados de las IAMC en relación a Ingresos Operativos				
	2005	**2006**	**2007**	**2008**
Resultado Bruto	**14,0%**	**14,0%**	**13,0%**	**14,1%**
Resultados Diversos	0,5%	0,4%	0,4%	0,1%
Resultado Operativo	**3,0%**	**2,0%**	**1,0%**	**1,5%**
Resultados Financieros	-0,2%	-2,0%	-1,0%	-0,5%
Resultados Extraordinarios	-0,5%	-0,2%	-0,1%	-0,1%
Ajustes a Res de Ejercicios Anteriores	-0,1%	0,0%	-0,1%	0,0%
Resultado del Ejercicio	**2,0%**	**0,2%**	**0,3%**	**1,5%**
Fuente: División de la Economía de la Salud				

Cuadro 3.11: Indicadores de solvencia de las IAMC		
	Pasivo/Activo	**Pasivo por Afiliado**

	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Montevideo	85%	84%	82%	81,20%	6,998	7,156	6,842	6,699
Interior	43%	42%	43%	40,70%	3,490	3,578	3,724	3,144
Total	**69%**	**68%**	**67%**	**64,90%**	**5,643**	**5,764**	**5,647**	**5,214**
Fuente: Informe Sistema Mutual, División de Economía de la Salud								

.

4. Sistema de Seguimiento y Monitoreo de la Reforma

148. Las reformas de salud son procesos complejos que, al igual que otros tipos de políticas públicas, exigen un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación para conocer hasta qué punto las estrategias y acciones impulsadas, y su implementación están efectivamente siendo realizadas y contribuyendo al logro de los impactos sustantivos esperados; en el caso concreto, el estado de salud de la población.

149. Las buenas prácticas recogidas por la experiencia internacional indican que es importante que el diseño de las herramientas de monitoreo y evaluación, se desarrolle lo más precozmente posible dentro del proceso de reforma, con el fin de generar el paquete de información a la medida de las necesidades y que permita la captación temprana de los datos, por un lado, y de detectar y corregir oportunamente los problemas y/o desvíos evidenciados, por el otro.

150. El sistema de información para el monitoreo y control de una política, en particular de una reforma de salud, debe tener los siguientes atributos, además de la oportunidad mencionada más arriba: (i) **relevancia**, es decir que debe contener un conjunto acotado de variables, parámetros críticos y procesos asociados claves para el desarrollo y la consolidación de la política implementada; (ii) **consistencia metodológica**, lo cual implica una definición explícita de la definición de las variables, el método de captura, tratamiento de los datos, etc.; (iii) **confiabilidad** que implica que los procesos por los cuales se captura y ordena la información son adecuados y repetibles con un nivel de calidad similar; (iv) **accesibilidad**, es decir que la información debe estar disponible en forma fluida en los niveles de decisión que se definan que corresponda.

151. En general, un sistema de seguimiento y monitoreo para una política o actividad implica seleccionar un conjunto de información que resulta, a priori, relevante y que puede ordenarse en tres tipos de datos:

1. Información sobre datos de contexto
2. Información sobre la evolución de las herramientas de política utilizadas (variables de control)
3. Información sobre los resultados sustantivos de la política (modificaciones de variables de estado en forma concomitante con el uso de las herramientas de política)

152. Es importante advertir que este conjunto de información no constituye toda la información disponible, siendo deseable que ésta esté organizada y disponible en los niveles de decisión pertinente. A título de ejemplo se detallan a continuación algunas de las variables a ser considerada en cada tipo de datos para el caso de la reforma de salud.

153. **Información sobre datos de contexto.** Algunos ejemplos de datos de contexto son los siguientes: Producto Bruto Interno; Población; Desempleo; Precios; Salarios; Gasto público. Dos observaciones deben realizarse en relación con este tipo de información. En primer lugar los ítems mencionados pueden implicar información más desagregada, por ejemplo la población por sexo y grupo de edad, el PBI por sector, etc. Una segunda observación es que esta información sobre las variables de estado puede incluir tanto series

históricas como proyecciones realizadas por organismos oficiales u otras fuentes confiables. Algunos ejemplos de indicadores son los siguientes

Cuadro 4.1: Indicadores de seguimiento y monitoreo			
Proceso	**Variables**	**Definición**	**Fuente de información**
Sustentabilidad de la reforma	Gasto en salud	En % del PIB	Cuentas Nacionales de Salud
Consolidación de la reforma	Gasto en salud de bolsillo	Gasto directo de los hogares en atención de la salud (tasas moderadoras, tickets de medicamentos, cuotas individuales y colectivas IAMCs	Encuesta Continua de Hogares: relevamientos especiales
Sustentabilidad económica financiera de la reforma	Tasa de empleo	% de la población activa ocupada	Encuesta Continua de Hogares
Sustentabilidad y consolidación de la reforma	Informalidad laboral	% de la población ocupada sin aportes a la seguridad social	Encuesta Continua de Hogares
Sustentabilidad financiera	Número de cotizantes	Número de trabajadores con aportes al BPS	Registros BPS
Sustentabilidad financiera	Salarios	Salario bruto mensual	Registros BPS

154. **Información sobre la evolución de las herramientas de política utilizadas.** El seguimiento y monitoreo de esta reforma requiere, además, de un paquete de indicadores que se orienten estrictamente al seguimiento de las políticas que se implementen. Como síntesis de las secciones anteriores de este estudio, puede concluirse que la Reforma presenta una serie de problemáticas que pueden disparar políticas y utilización de variables de control cuyos contenidos, efectos inmediatos e impactos deben ser monitoreados.

155. En este caso, la información que se incluye en el tablero de comando debe ser la suficiente para el análisis y el debate acerca de las opciones de política y en muchos casos es posible incorporar los valores registrados de las variables en comparación con los planeados. Estas políticas y variables de control que surge de este estudio pueden resumirse en tres grandes líneas (las que se presentan esquemáticamente en la tabla siguiente):

1. Las relacionadas con aspectos de contexto formal del sector (Item 1, 2, y 3 de la tabla)
2. Las relacionadas con el financiamiento de los servicios (Item 4 de la tabla)
3. Las relacionadas con la fórmula de regulación del sector (Item 5 a 7 de la tabla)

Cuadro 4.2.: Impactos de políticas y variables de control						
Item	**Políticas y variables de control**		**Ejes**			
	Política	**Variable de control**	**Institucional**	**Cobertura**	**Prestacional**	**Económico financiero**
1	Forma de gobierno de la JUNASA		Perfeccionamiento del modelo de administración del Seguro			
2	Compilación jurídica		Mejor comprensión de la reforma			

Cuadro 4.2.: Impactos de políticas y variables de control						
Item	**Políticas y variables de control**		**Ejes**			
	Política	**Variable de control**	**Institucional**	**Cobertura**	**Prestacional**	**Económico financiero**
3	Universalización del Seguro Nacional de Salud			Mejora la cobertura formal		• Impacto financiero sobre el presupuesto • Impacto sobre la garantía de derechos
4	Política de financiamiento	Grado de solidaridad en el financiamiento				• Impactos macroeconómicos • Impactos sobre la percepción del ingreso disponible
5	Política de regulación por las cápitas y precios	Valor de la capita base				• Impacto sobre la solvencia financiera y patrimonial de los efectores
		Capita diferencial por ubicación geográfica				• Eficiencia económica
		Magnitud de la cápita por resultados			Apoyo al logro de objetivos prestacionales	
		Precios				• Impacto distributivo • Impacto sobre la competencia en el sistema
6	Política de regulación por el conjunto prestacional y su calidad	Gestión de metas/auditoria			Apoyo al logro de objetivos prestacionales	• Altera la ecuación económica de los prestadores
		Grado de calidad requerida			Orienta los objetivos prestacionales	• Altera la ecuación económica de los prestadores
		Grado de prácticas cubiertas			Orienta los objetivos prestacionales	• Altera la ecuación económica de los prestadores
7	Política de regulación de la organización del sector	Grado de Libre elección				• Generación de competencia entre efectores
		Estructura de la gestión de riesgos				• Internalización de costos de prácticas de alta complejidad

Cuadro 4.2.: Impactos de políticas y variables de control						
Item	**Políticas y variables de control**		**Ejes**			
	Política	**Variable de control**	**Institucional**	**Cobertura**	**Prestacional**	**Económico financiero**
		Descentralización de ASSE Variabilización de los costos presupuestarios			Liderazgo en el nuevo modelo de gestión	• Rol competitivo y complementario de ASSE • Sistema de incentivos

156. Respecto del último conjunto de políticas, la discusión debería orientarse hacia la determinación de un balance entre los instrumentos de políticas que afectan los precios de los servicios, las cantidades y calidades de los servicios y la organización económica del sector, esencialmente lo atinente a la fórmula de competencia. Muchas de estas variables ya se están utilizando pero su revisión y discusión, en un contexto de equilibrio general, podría redundar en mejoras y perfeccionamientos, amén de la posibilidad de una explicitación más clara de la política.

157. Los siguientes son algunos indicadores que se presentan como ejemplos para el seguimiento de la política

Cuadro 4.3: Indicadores de seguimiento y monitoreo			
Proceso	**Variables**	**Definición**	**Fuente de información**
Expansión/ Universalización del seguro	% afiliados sobre población con cobertura formal de salud		
Política de regulación por las cápitas y precios	Valor de la cápita base		
	Cápita diferencial por ubicación geográfica		
	Magnitud de la cápita por resultados		
	Precios		
Política de regulación por el conjunto prestacional y su calidad	Grado de cumplimiento de metas		
Política de regulación de la organización del sector	Beneficiarios que cambian de efector/ total de beneficiarios		
	% de presupuesto asignado a nivel local por efectores de ASSE		
	% de presupuesto de ASSE capitado/ presupuesto total de ASSE		
	% de recursos aplicados a incentivos al personal de ASSE		

Cuadro 4.3: Indicadores de seguimiento y monitoreo			
Proceso	**Variables**	**Definición**	**Fuente de información**
	Gasto ASSE por usuario	Gasto ASSE por usuario	Presupuesto

158. **Información sobre los resultados sustantivos de la política.** Los resultados sustantivos se corresponden con los objetivos de la política y en general indican el comportamiento de variables que pueden ser influidas por la política pero que no están bajo su control directo. Algunos ejemplos se presentan en el cuadro siguiente:

Cuadro 4.4: Indicadores de seguimiento y monitoreo			
Proceso	**Variables**	**Definición**	**Fuente de información**
Consolidación de la reforma	Incidencia de la pobreza con y sin reforma de salud	Incidencia de la pobreza incluyendo transferencias a hogares por capitas FONASA [28].	Encuesta Continua de Hogares
Convergencia económica sistema público y privado	Gasto IAMC por afiliado	Gasto prestacional IAMC por afiliados FONASA	SINADI
Sustentabilidad financiera y aprobación popular	Incidencia prepagos en estructura de ingresos de sistema mutual	Participación de los ingresos por prepagos (colectivos e individuales) sobre ingresos totales sistema mutual	SINADI
Sustentabilidad financiera y aprobación popular	Incidencia tasas moderadoras en estructura de ingresos de sistema mutual	Participación de los ingresos por tasas moderadoras sobre ingresos totales sistema mutual	SINADI
Conocimiento de derechos y garantías por parte de los usuarios			
Estado de salud de la población	Tasas de mortalidad Prevalencia ECNT, etc		

159. El desarrollo efectivo del recién iniciado Sistema Integrado de Información de Salud –SIIS-, especialmente su contextualización dentro del marco legal y la explicitación del horizonte de futuro en su implementación, resulta crítico, tanto para poder realizar un trabajo de monitoreo del proceso de reforma en marcha como para dar un marco de previsibilidad al comportamiento adaptativo de los actores sectoriales en el desarrollo del SIIS.

[28] Al respecto un estudio elaborado por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto estima que la reforma de salud produjo una disminución de la incidencia de la pobreza de algo más de 2 puntos porcentuales – según este estudio la incidencia de la pobreza pasaría de 26,4 a 24,0 por ciento de la población-. El estudio simula el ingreso disponible de los hogares post reforma de la salud incorporándole (sumando) la cuota FONASA y recalculando luego la incidencia de la pobreza. El mayor impacto de la reforma se observa en las familias con hijos menores de 18 años. "El impacto conjunto de las Reformas Estructurales y algunos componentes de la Red de Asistencia e Integración Social del Plan de Equidad, sobre la pobreza y la distribución del ingreso". Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la Republica. Diciembre de 2008. Mimeo.

5. Conclusiones principales y sugerencias de cursos críticos de acción y análisis.

160. La reforma del Sector Salud no constituye un hito que se produce en un momento del tiempo sino que es un proceso en el que una visión de largo plazo se va desarrollando, completando y perfeccionando.

161. El contexto económico uruguayo constituyó un aliado fundamental para la implementación de la reforma. El aumento del empleo, la estabilidad de las variables macroeconómicas, la mejora en los ingresos de los hogares y la percepción social positiva sobre el proceso, han sido esencial para reformar un sector de un peso significativo en la economía uruguaya y que históricamente mostró niveles de conflictividad y resistencia a los cambios.

162. Es posible identificar importantes avances en cuatro ejes principales:

1. el institucional: destacándose la normativa por la que se crean nuevos institutos e instituciones (Seguro Nacional de Salud, Fondo Nacional de Salud, JUNASA), y se distinguen roles diferenciados entre los actores, en especial en el sector público;

2. el relacionado con la cobertura: explicitando y ejecutando un plan de incorporación como beneficiarios del Seguro que implica que 60% de la población se encuentra cubierta por el Seguro mientras que el resto, o bien se encuentra identificado en forma nominalizada como usuario de ASSE o, en un pequeño porcentaje, tiene otro tipo de cobertura formal.

3. el prestacional, explicitando un programa de cobertura de prestaciones y un vademécum de medicamentos, con una orientación más preventiva.

4. el económico-financiero: incrementando sustantivamente el gasto en salud, e introduciendo cambios en el modelo de financiamiento de la cobertura a las personas con empleo formal y sus familiares, unificando la contribución (que depende del ingreso del trabajador y de su situación matrimonial y número de hijos) y determinando una cápita para cubrir el pago de los servicios que se determina en función del riesgo (determinado por sexo y edad) y que se ajusta periódicamente por inflación de costos.

163. Aunque el gasto total en salud de Uruguay creció sostenidamente entre 2004 y 2009, este importante crecimiento fue proporcionalmente menor al crecimiento económico. El hecho que el gasto agregado en salud haya disminuido en relación al producto bruto constituye un resultado positivo ya que brinda un marco de mayor de sostenibilidad y respaldo a la reforma.

164. La reforma ha generado un aumento en los recursos públicos asignados al sistema de salud en detrimento del financiamiento privado o de bolsillo. Este cambio hacia un

sistema de financiamiento mixto publico privado pero, ahora, con preponderancia del componente contributivo (impuestos al trabajo) y presupuestario (impuestos generales) ha dado importantes ganancias en términos de equidad y sustentabilidad del sistema de salud de Uruguay.

165. El presupuesto de salud pública ejecutado desde el Ministerio de Salud ha mostrado una expansión, que es consistente con la estrategia impulsada por las autoridades uruguayas de adaptar el sistema de salud a los cambios en el perfil epidemiológico y con la generación de las herramientas de control necesarias para ello.

166. Los recursos presupuestarios asignados a ASSE también mostraron un crecimiento sostenido en todo el periodo de implementación de la reforma. Esto permitió aproximar el gasto de ASSE por usuario al gasto per cápita del sistema mutual. No obstante este mayor presupuesto, no se observa una mayor producción asistencial global pero si mejores tasas de uso de los beneficiarios, indicio de un mejor nivel de acceso a las prestaciones.

167. El sistema mutual recibió un aumento sin precedentes de nuevos usuarios, tanto por el aumento de la población ocupada con aportes a la seguridad social como por la incorporación del grupo familiar de los trabajadores activos. Esto ha generado una mejora en todos los índices económicos y financieros del sistema mutual.

168. Paralelamente, se ha logrado reducir de manera significativa algunos precios clave del sistema mutual y del sector de la salud en general, como el precio de los medicamentos y el de los copagos. Esto generó una disminución del gasto de bolsillo de los hogares y un amplio respaldo por parte de la clase media uruguaya, la principal beneficiaria de esta reforma.

169. Para los próximos años es posible esperar que sea necesario enfrentar un conjunto de decisiones críticas a los efectos de asegurar y perfeccionar el rumbo de la reforma. Los siguientes son los temas que aparecen como más significativos y sobre los cuales será necesario profundizar el campo de análisis:

1. Dotar a la JUNASA de una organización (que incluya personal, procedimientos y sistemas) adecuada para el cumplimiento de las misiones que le confiere la normativa.

2. Impulsar fuertemente el desarrollo del SIIS para desarrollar un esquema de monitoreo y control del sector y de las variables clave que determinan la política que se implemente en cada momento.

3. Conformar un texto ordenado de la normativa relacionada con la reforma

4. Evaluar los pros y contras de la profundización de la tendencia hacia una mayor solidarización del financiamiento del sector. En especial se deberían evaluar las consecuencias sobre la competitividad del país de tal profundización.

5. Evaluar posibles mejoras en la política de determinación de cápitas, en particular las orientadas a (i) internalización de los costos de prácticas de alta complejidad cubiertas actualmente a través del FNR y (ii) aproximarse a precios de eficiencia

que capten posibles diferenciales de costos (en especial entre el interior y el área de la capital)

6. Desarrollar e institucionalizar un set de mecanismos de ajuste dinámico de los programas prestacionales y del vademécum de medicamentos.

7. Profundizar los procedimientos de gestión por objetivos y control como mecanismo de mejora continua de la calidad.

8. Evaluar las diversas opciones de organización del sector, en especial las que involucre a ASSE cumpliendo roles complementarios y/o competitivos con el sector privado. La mejora de ASSE en términos de calidad de las prestaciones es crítica para alcanzar en una próxima fase un sistema de salud integral.

9. Desde una perspectiva de mediano plazo y en un contexto de crecimiento económico sostenido y de incorporación de trabajadores en el mercado laboral formal será importante monitorear la elección ejercida por los beneficiarios del SNIS en términos de sector prestador. Mejorar la calidad de las prestaciones de ASSE o dotarla de algún grado de especialización geográfica o funcional podría evitar que los nuevos afiliados prefieran de modo masivo sistema mutual dejando a la ASSE solo la población con atención gratuita. Evitaría la generación de un sistema segmentado de asistencia de la salud, que podría atentar contra la sostenibilidad del subsector público como proveedor.

170. El esfuerzo realizado por Uruguay en el camino de transformación de su sistema de salud es enorme, con resultados positivos obtenidos en un corto plazo de implementación y con un panorama de apoyo de la población y los actores sectoriales inusual en este tipo de transformaciones. Así, el escenario de cambio aparece como muy promisorio para continuar el sendero de transformaciones iniciado, proceso complejo pero que permitiría consolidar la reforma del sistema de salud para el bienestar de toda su población.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuerdo Prestadores, Trabajadores y Usuarios del SNIS del 27/03/2009.
- Amarante y Espino. 2007. "Informalidad y protección social en Uruguay. Elementos para una discusión conceptual y metodológica". *Instituto de Economía. Serie Documentos de Trabajo* DT 1/07.
- Cabrera, V.; Oreggioni, I. y Prieto, A. 2009. "*Cuentas Nacionales de Salud, 2005 – 2008, Resultados provisorios*". Ministerio de Salud Pública, División Economía de la Salud. Montevideo, Uruguay.
- Contaduría General de la Nación - Ministerio de Economía y Finanzas. 2009. "*Informe de Rendición de Cuentas y Balance Presupuestal 2008*".
- Decreto 002/2008
- Decreto 012/2007
- Decreto 013/2007
- Decreto 014/2010
- Decreto 015/2006
- Decreto 015/2008
- Decreto 032/2008
- Decreto 035/2007
- Decreto 036/2005
- Decreto 040/2006
- Decreto 044/2009 (CM 673)
- Decreto 057/2009
- Decreto 065/2009
- Decreto 067/2006
- Decreto 091/2009
- Decreto 113/2009
- Decreto 127/2001
- Decreto 129/2005
- Decreto 133/2005
- Decreto 136/2008
- Decreto 137/2006
- Decreto 144/2005
- Decreto 157/2008
- Decreto 159/2006
- Decreto 160/2006
- Decreto 164/2009
- Decreto 169/2005
- Decreto 170/2005
- Decreto 171/2005
- Decreto 171/2009
- Decreto 176/2008
- Decreto 177/2009
- Decreto 192/2008
- Decreto 193/2008
- Decreto 195/2009
- Decreto 197/2009
- Decreto 202/2005 (CM 86)

- Decreto 219/2009
- Decreto 222/2005
- Decreto 224/2009
- Decreto 236/2005
- Decreto 243/2005
- Decreto 246/2009
- Decreto 247/2005
- Decreto 248/2005
- Decreto 248/2007
- Decreto 250/2007
- Decreto 261/2009
- Decreto 264/2008
- Decreto 265/2006
- Decreto 267/2009
- Decreto 268/2005
- Decreto 268/2008
- Decreto 269/2008
- Decreto 275/2007
- Decreto 276/2007
- Decreto 282/2008
- Decreto 283/2008
- Decreto 289/2009
- Decreto 298/2009
- Decreto 300/2008
- Decreto 309/2008
- Decreto 316/2005
- Decreto 317/2005
- Decreto 319/2005
- Decreto 320/2008
- Decreto 323/2008
- Decreto 328/2008
- Decreto 340/2006
- Decreto 341/2008 (CM 508)
- Decreto 342/2009
- Decreto 343/2009
- Decreto 345/2007
- Decreto 359/2007
- Decreto 372/2009
- Decreto 378/2008
- Decreto 379/2008
- Decreto 380/2008
- Decreto 381/2008
- Decreto 383/2001
- Decreto 385/2005
- Decreto 389/2008
- Decreto 399/2008
- Decreto 401/2009

- Decreto 406/2005
- Decreto 413/2008
- Decreto 415/2005
- Decreto 416/2002
- Decreto 416/2007
- Decreto 423/2009
- Decreto 433/2008
- Decreto 440/2009
- Decreto 445/2007
- Decreto 448/2007
- Decreto 460/2001
- Decreto 464/2008
- Decreto 465/2008
- Decreto 467/2009 (CM 830)
- Decreto 494/2006
- Decreto 529/2008
- Decreto 542/2007
- Decreto 562/2005
- Decreto 571/2006
- Decreto 590/2008
- Decreto 659/2006
- Decreto 660/2006
- Decreto 792/2008
- Decreto 820/2008
- Decreto Nº 265/006 de7/8/006, art. 7
- División de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Publica. 2009. *"Desempeño del sistema mutual 2004 – 2009"*.
- http://www.bcu.gub.uy/autoriza/afesen/40_998.htm, consultado el 3 de marzo de 2010
- http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?1522,13702, consultado el 3 de marzo de 2010.
- http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2227,15435, consulta efectuada el 3 de marzo de 2010.
- http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2227,15436, consulta efectuada el 3 de marzo de 2010.
- http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2297,15621, consultado el 3 de marzo de 2010.
- http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2297,15624; consultado el 3 de marzo de 2010.
- http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2297,15629; consultado el 3 de marzo de 2010.
- http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2297,15630; consultado el 3 de marzo de 2010.
- http://www.msp.gub.uy/ucasse_2193_1.html, consultado el 3 de marzo de 2010.
- http://www.msp.gub.uy/ucjunasa_2227_1.html, consulta efectuada el 3 de marzo de 2010.
- http://www.msp.gub.uy/ucjunasa_2297_1.html, consultado el 3 de marzo de 2010
- http://www.presidencia.gub.uy/decretos/2002103103.htm, consultado el 3 de marzo de 2010.
- http://www.rae.es/rae.html, consultado el 3 de marzo de 2010.

- http://www.rae.es/rae.html, consultado el 3 de marzo de 2010.
- Ley 16736
- Ley 17930
- Ley 18131
- Ley 18161
- Ley 18172
- Ley 18211
- Ley 18335
- Ley 18362
- Ley 18439
- Ley 18464
- Ley 18473
- Ley 18592
- Meerhoff, R. 2004. *Análisis del Financiamiento y de la Equidad del Sector Salud."* Seminario: "Opciones para la Reforma del Sector Salud" 14 y 15 de octubre de 2004. Ministerio de Salud Pública y Banco Mundial. Montevideo, Uruguay.
- MIDES. "*Uruguay 2009. Informe de País. Consejo Social. Objetivos de Desarrollo del Milenio*".
- Ministerio de Economía y Finanzas: "Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento 1999–2000"
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la Republica. 2008. "*El impacto conjunto de las Reformas Estructurales y algunos componentes de la Red de Asistencia e Integración Social del Plan de Equidad, sobre la pobreza y la distribución del ingreso"*. Mimeo.
- Ordenanza 001/2008 MSP
- Ordenanza 358/2008 MSP
- Ordenanza 384/2009 MSP
- Ordenanza 384/2009 MSP
- Ordenanza 402/2006
- Ordenanza 408/2005 MSP
- Ordenanza 481/2008 MSP
- Ordenanza 528/2006 MSP
- Ordenanza 589/2008 SIIS
- Ordenanza 751/2006
- Resolución 027/2008
- Resolución 184/2008
- Resolución 29/2009
- Resolución 610/2005
- Resolución 727/2008 (CM 544)
- Resolución 929/2008
- Resolución ASSE 2015/2009
- Trylesinsky, F., Cervini M., Estellano M. ,2001. "*Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento en Salud"*

ANEXO 1

Cambios en el perfil demográfico y epidemiológico en Uruguay

Durante la mayor parte de la segunda mitad del Siglo XX, Uruguay tuvo los más altos -o casi los más altos- indicadores de salud y desarrollo humano en Latinoamérica y el Caribe. Actualmente, la expectativa de vida al nacer está en el orden de los 75 años, la tasa de mortalidad infantil es del orden del 10,5 por 1.000 nacidos vivos; el 98% de la población tiene acceso a una fuente de agua potable; 99% de los nacimientos se producen en un hospital o una clínica, y la prevalencia de enfermedades infecciosas es baja.

En tanto Uruguay permanece entre los países de Latinoamérica y el Caribe con los más altos indicadores de salud y desarrollo humano, su posición relativa ha decaído en la década del 90 –aún antes de la instauración de la crisis económica de 1999[29]. Esta tendencia se exacerbó posteriormente con el impacto social de la crisis, pese a lo cual se han evidenciado signos de mejoría. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil mostró un descenso sostenido hasta 2002 con 13,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, para aumentar subsecuentemente durante la crisis hasta alcanzar las 15 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2003. Esta tasa bajó a 12,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2005 y a 10,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2006.

Los principales problemas que afectan el estado de salud de la población uruguaya surgían del envejecimiento de su población y de la alta prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENTs). Adicionalmente, el sistema de salud de Uruguay enfrentaba hasta 2005 dos grandes desafíos: i) la creciente falta de capacidad del sistema para asegurar su sustentabilidad financiera, y ii) la falta de correspondencia entre el perfil epidemiológico del país y su sistema de salud. A su vez, ambos problemas están interrelacionados.

Perfil demográfico y epidemiólogo de Uruguay

Durante el Siglo XX, Uruguay experimentó una transición en su estructura demográfica y, subsecuentemente, también en su perfil epidemiológico. Con más del 13% de su población dentro del grupo de más de 65 años de edad, Uruguay es el país más "viejo" del hemisferio occidental. Una caída en las tasas de fertilidad y de mortalidad contribuyeron al envejecimiento de la población uruguaya, exacerbada por una fuerte emigración durante los años '70. La caída de las tasas de fertilidad fue el factor que más afectó el perfil de su pirámide poblacional, generando un estrechamiento de su base. De la misma manera, la caída de la tasa de mortalidad afectó también dicho perfil, aumentando la importancia relativa de las capas superiores. Actualmente, más de la mitad de su población tiene más de 31 años de edad, y 13% es mayor de 65 años. La tasa de fertilidad total es de 2,4 nacimiento por mujer; la expectativa de vida supera los 75 años y hay sólo dos personas menores de 15 años por cada persona cuya edad es de 65 años o más (ECLAC, 2000)[30]

Los cambios en los perfiles patológicos y epidemiológicos en Uruguay se dieron coincidentemente con los cambios demográficos, con una reducción de las enfermedades infecciosas y parasitarias y un aumento de la patología asociada a estilos de vida no

[29] Alguna vez perennemente posicionado entre los dos países de Latinoamérica y el Caribe mejor ubicados en el Índice de Desarrollo Humano del PNUD, la ubicación de Uruguay descendió al tercer lugar en 2000 y al cuarto en 2004. Pese a que el cambio de posicionamiento en la ubicación durante 2000 a 2004 se debe a la incorporación de Barbados por primera vez, la diferencia entre Uruguay, Argentina y Chile, que se ubicaron en segundo y tercer lugar, respectivamente, también se amplió durante el período 2000 – 2004.

[30] Economic Commission on Latin America and the Caribbean (ECLAC) (Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe)

saludable, comportamientos riesgosos para la salud y un entorno social y económico negativo. A modo de ejemplo, seis de cada diez muertes responden a enfermedades cardiovasculares y diversos tipos de cáncer claramente relacionados con la edad avanzada. Asimismo, se estima que ahora las enfermedades crónicas son responsables del 75% de todos los años de vida perdidos por discapacidad (AVID), y sólo dos enfermedades crónicas –enfermedades cardiovasculares y tumores malignos- son responsables del 58% del total de decesos. Se estima que el 22% del total de decesos y el 32% de los decesos de uruguayos menores de 65 años son evitables. Muchos uruguayos están padeciendo innecesariamente y muriendo prematuramente porque su sistema de salud no satisface adecuadamente los requerimientos de salud de la población. El peso de las ENTs crónicas también se distribuye inequitativamente, con el pobre soportando más padecimientos que el rico.

Principales causas de muerte en Uruguay

Causa de Muerte	Como proporción del total de muertes	Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes
Enfermedades cardiovasculares	33.5	313.4
Tumores malignos	23.8	222.9
Accidentes y sus secuelas	3.8	35.4
Enfermedades respiratorias crónicas	4.1	38.6
Trastornos mentales y de conducta	3.4	31.7
Diabetes *mellitus*	2.4	22.2
Suicidio	2.1	19.8
Afecciones prenatales	2.1	19.6
Cirrosis, fibrosis y enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol	1.6	15.1
Enfermedades respiratorias agudas y neumonía	0.9	8.9
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1.0	9.0
Insuficiencia renal crónica	0.7	6.7

Fuente: INE, Uruguay en cifras 2003

Los cambios en el perfil epidemiológico tienen un impacto directo sobre el sistema de salud. En 1992, un estudio focalizado en las mayores IAMCs ya mostraba que los afiliados con 65 o más años de edad representaban el 20% de las afiliaciones pero el 40% de los costos (Meerhoff & Rigoli, 1992) y es probable que esta diferencia se haya acentuado. Asimismo, existe una carencia generalizada sobre cuidados preventivos de ENTs en la población general, particularmente entre los grupos de menores ingresos. Una investigación realizada hace pocos años mostraba que al 20% de las mujeres con edades entre los 20 y los 59 años nunca se le había practicado un examen de mamas, presentando esa proporción una correlación negativa con los ingresos. Por ejemplo, 27%, 18% y 10% en mujeres pertenecientes a grupos de ingresos bajos, mediano y altos, respectivamente. Resultados similares se encontraron en la prevención del cáncer cervicouterino.

En tanto al 30% de las mujeres con edades entre los 20 y los 59 años nunca se le había practicado un PAP, la proporción variaba enormemente entre los distintos grupos de ingresos. También se encontró una diferencia significativa entre las mujeres que vivían en Montevideo (22%) y las que vivían en el interior del país (35%). Una correlación negativa similar se encontró en los hombres acerca del uso de exámenes preventivos y el nivel socioeconómico. En tanto al 69% de hombre de 40 y más años de edad nunca se le había realizado un examen para detección de cáncer de próstata, la proporción era mayor entre los hombres con menores niveles

de ingresos (83%) y menor entre los hombres con mayores niveles de ingresos (38%).[31]

A pesar de la transición epidemiológica y el cambio hacia una mayor prevalencia de ENTs, hasta 2005 el sistema de salud de Uruguay sólo había realizado unos pocos cambios adaptativos para adecuarse a este cambio. La lentitud de los cambios en el sistema de salud resulta problemático debido a sus implicancias financieras, sociales y económicas. El efecto de las enfermedades crónicas es particularmente preocupante entre la población de menores ingresos, quienes carecen tanto del conocimiento como del tiempo para acceder a los servicios de salud del sistema.

A modo de ejemplo, a pesar de que existen importantes costos económicos para el sistema de salud asociados con la atención de enfermedades crónicas, los niveles de financiamiento para prevención y promoción de la salud resultaban inadecuados. Un estudio llevado a cabo sobre el gasto en salud del año 2000 (Trylesinski, 2001)[32] mostraba que sólo el 0,4% del gasto total en salud se aplicaba para atender gastos originados en prevención y promoción de la salud.

Las campañas de salud pública orientadas a promover estilos de vida saludable y la detección precoz de enfermedades de alto riesgo tales como la diabetes, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia podrían tener un considerable impacto para reducir los costos asistenciales y mejorar el nivel de vida de muchos uruguayos. Dada la crónica y marcada falta de correlación entre el perfil epidemiológico y el modelo de atención, se estima que la adopción de incluso una pocas medidas de prevención y promoción de la salud focalizadas en las ENTs crónicas podrían reducir en un tercio el número de años de vida perdidos debido a muerte prematura entre personas menores de 60 años.

[31] Ver también Meerhoff, Ricardo. 2004. "Análisis del Financiamiento y de la Equidad del Sector Salud." Informe preparado y presentado en el Seminario: "Opciones para la Reforma del Sector Salud" 14 y 15 de octubre de 2004. Ministerio de Salud Publica y Banco Mundial, Montevideo, Uruguay.

[32] Trylesinsky, Fanny, Cervini M, Estellano M. ,2001. "Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento en Salud"

ANEXO 2

La normativa relativa a la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay

En el año 2005, con el dictado de la Ley 17.930 publicada el 23 de diciembre de ese año, se establecen las bases del Sistema Nacional Integrado de Salud y de su forma de financiamiento, a través de dos de sus artículos, el 264 y el 265.

El primero expresa: "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."

El segundo establece:

"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 6° 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 3° 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."

Tomando esta norma como hito de la configuración del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay (SNIS), el relevamiento de las normas y actos administrativos anteriores y posteriores a su dictado que conforman un plexo normativo en el que podemos diferenciar dos clases: las que hacen a su estructura (incluyendo entre ellas a las que hacen a su financiamiento) y las que, sin tener relación con la conformación del Sistema, tiene carácter complementario y accesorio.
A continuación, se detallan en orden cronológico la secuencia de todas las normas relevadas que conforman el citado plexo regulatorio.

FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	NORMA/ACUERDO	TEMA
05/01/1996	**Ley 16736**	NORMAS DE DESREGULACION Y REFORMA ADMINISTRATIVA
06/04/2001	Decreto 127/2001	ENTIDADES DE ASISTENCIA MEDICA AJUSTARAN ESTATUTOS A DISPOSICIONES QUE ESTABLEZCA EL PODER EJECUTIVO
02/10/2001	Decreto 383/2001	ESTATUTO TIPO DE MUTUALISTAS
27/11/2001	Decreto 460/2001	REESTRUCTURA DE SALUD PÚBLICA - CREACION DE LA DIRECCION GENERAL DE ASSE
29/10/2002	Decreto 416/2002	ACTUALIZACIÓN DE NORMATIVA PARA LA HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES
25/01/2005	Decreto 036/2005	OBLIGACIÓN PARA LAS EMPRESAS TABACALERAS A AUMENTAR EL TAMAÑO DE LAS ADVERTENCIAS EN LAS CAJILLAS DE CIGARRILLOS
28/02/2005	Decreto 144/2005	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. ESTATUTOS
04/04/2005	Decreto 129/2005	LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS. REGLAMENTACIÓN.
11/04/2005	Decreto 133/2005	SISTEMA INTEGRADO DE SALUD. CONSEJO CONSULTIVO. CREACIÓN. INTEGRACIÓN
11/04/2005	Resolucion 610/2005	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. COMISIÓN DE BIOÉTICA Y CALIDAD INTEGRAL DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD. CREACIÓN.
27/05/2005	Ordenanza 408/2005 MSP	CRÉASE EL CENTRO DE INFORMACIÓN Y REFERENCIA NACIONAL DE LA RED-DROGAS
31/05/2005	Decreto 169/2005	SE PROHÍBE LA DIFUSIÓN DE PUBLICIDAD DE PRODUCTOS Y/O MARCAS DE CIGARRILLOS, TABACOS Y AFINES EN CANALES DE TELEVISIÓN ABIERTA, CERRADA, POR CABLE O CODIFICADA, DURANTE EL HORARIO DE PROTECCIÓN AL MENOR
31/05/2005	Decreto 170/2005	TABACO Y SUS DERIVADOS (CIGARRILOS, CIGARROS). SE PROHIBE LA SPONSORIZACIÓN EN TODAS LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA DEL DEPORTE DE NUESTRO PAÍS
31/05/2005	Decreto 171/2005	CIGARRILLOS, CIGARROS Y AFINES. ADVERTENCIAS SANITARIAS DEBERÁN OCUPAR EL 50% DE LAS SUPERFICIES TOTALES. SE PROHIBE LA UTILIZACIÓN DE DETERMINADAS DENOMINACIONES
27/06/2005	Decreto 202/2005 (CM 86)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL CÁNCER PRONACAN. CREACIÓN
11/07/2005	Decreto 222/2005	JUNTA NACIONAL DE DROGAS. SE INCORPORAN COMO MIEMBROS PERMANENTES LOS SUBSECRETARIOS DE LOS MINISTERIOS DE DESARROLLO SOCIAL Y DE TURISMO Y DEPORTE
25/07/2005	Decreto 236/2005	GABINETE SOCIAL. CREACIÓN
05/08/2005	Decreto 243/2005	CONSEJO ASESOR INTERINSTITUCIONAL DEL CENTRO DE INFORMACIÓN Y REFERENCIA NACIONAL DE LA RED - DROGAS. CREACIÓN. INTEGRACIÓN. ATRIBUCIONES
08/08/2005	Decreto 247/2005	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA EXTRAHOSPITALARIA. SE CAMBIA SU DENOMINACIÓN POR LA DE RED DE ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (R.A.P. - A.S.S.E.)

FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	NORMA/ACUERDO	TEMA
08/08/2005	Decreto 248/2005	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. BANCO NACIONAL DE ORGANOS Y TEJIDOS. SE CAMBIA SU DENOMINACIÓN POR LA DE INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRANSPLANTE DE CÉLULAS, TEJIDOS Y ORGANOS.
05/09/2005	Decreto 268/2005	SE ELIMINAN "AREAS DE FUMADORES" EN RESTAURANTES, BARES Y LUGARES DE ESPARCIMIENTO
19/09/2005	Decreto 316/2005	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. FUNCIONARIOS MÉDICOS. RETRIBUCIONES. AUMENTO
19/09/2005	Decreto 317/2005	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SE ESTABLECE LA OBLIGATORIEDAD DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA "HEPATITIS B" COMO CONDICIÓN DE INGRESO PARA LOS TRABAJADORES DE LA SALUD PÚBLICA Y PRIVADA DE TODO EL PAÍS
19/09/2005	Decreto 319/2005	GABINETE SOCIAL. SE INTEGRA AL MINISTERIO DE TURISMO Y DEPORTE
05/10/2005	Decreto 385/2005	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE SECRETARÍA. SE LE ENCOMIENDA LA ADMINISTRACIÓN DEL REGISTRO UNICO DE COBERTURA DE ASISTENCIA FORMAL (RUCAF).
07/10/2005	Decreto 406/2005	PLAN NACIONAL DE ATENCIÓN A LA EMERGENCIA SOCIAL (PANES), BENEFICIARIOS TENDRÁN DERECHO A ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DEL MSP EN MONTEVIDEO E INTERIOR, EN IGUALDAD DE CONDICIONES QUE LOS POSEEDORES DEL CARNÉ GRATUITO DE ASISTENCIA
20/10/2005	Decreto 415/2005	CIGARRILLOS, CIGARROS Y AFINES. ADVERTENCIAS SANITARIAS. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. APROBACIÓN
23/12/2005	**Ley 17930**	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD FINANCIADO POR UN SEGURO NACIONAL DE SALUD, CREADO POR LEY Y CON UN FONDO PÚBLICO ÚNICO Y OBLIGATORIO
26/12/2005	Decreto 562/2005	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTA Y TICKETS. AJUSTE
16/01/2006	Decreto 015/2006	SERVICIOS DE SALUD. TRAMITACIÓN DE PETICIONES, RECLAMACIONES O CONSULTAS DE LOS USUARIOS. REGLAMENTACIÓN
13/02/2006	Decreto 040/2006	PROHIBICIÓN DE FUMAR EN LOCALES CERRADOS DE USO PÚBLICO Y ÁREAS LABORALES. INCUMPLIMIENTO. MULTAS. CLAUSURAS
06/03/2006	Decreto 067/2006	LEY DE ACOMPAÑAMIENTO DE TRABAJO DE PARTO. REGLAMENTACIÓN
15/05/2006	Decreto 137/2006	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SE ACTUALIZA EL IMPORTE CORRESPONDIENTE A LAS MULTAS Y SANCIONES POR INFRACCIÓN A LAS DISPOSICIONES SANITARIAS VIGENTES
02/06/2006	Decreto 159/2006	CARNÉ DEL ADULTO MAYOR. IMPLEMENTACIÓN
02/06/2006	Decreto 160/2006	CONTROL, CALIDAD Y SEGURIDAD PARA EL TRANSPLANTE DE LAS CÉLULAS Y TEJIDOS HUMANOS
19/07/2006	Ordenanza 402/2006	ESTUDIOS GRATIS DE PAPANICOLAU Y MAMOGRAFÍAS
07/08/2006	Decreto 265/2006	"FORMULARIO TERAPÉUTICO DE MEDICAMENTOS". APROBACIÓN.

FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	NORMA/ACUERDO	TEMA
24/08/2006	Ordenanza 528/2006 MSP	ESTABLÉCESE QUE IAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD ESTATALES Y PRIVADAS CUALQUIERA FUESE SU NATURALEZA. DEBERÁN BRINDAR TODA LA INFORMACIÓN QUE LE SEA SOLICITADA POR LA DIVISIÓN ECONOMÍA DE LA SALUD DEL MSP.
18/09/2006	Decreto 340/2006	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD DEL "COMITÉ NACIONAL" Y "COMITÉS REGIONALES" PARA LA MONITORIZACIÓN DE MUERTES DE NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS. CREACIÓN, INTEGRACIÓN Y OBJETIVOS
20/11/2006	Ordenanza 751/2006	CRÉASE LA "COMISIÓN NACIONAL PARA EL MONITOREO Y REDUCCIÓN DE LAS MUERTES DE MUJERES POR CAUSA DEL EMBARAZO, PARTO. CESÁREA. PUERPERIO Y ABORTO"
27/11/2006	Decreto 494/2006	DISPÓNESE QUE LAS INSTITUCIONES O SERVICIOS DE SALUD DE CUALQUIER NATURALEZA, TANTO PÚBLICOS COMO PRIVADOS, DEBERÁN PRESTAR ATENCIÓN Y ASISTENCIA A USUARIAS, AFILIADAS O PACIENTES DEL SEXO FEMENINO QUE SE ENCUENTREN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA
19/12/2006	Decreto 571/2006	CARNÉ DE SALUD BÁSICO A LAS MUJERES. EXPEDICIÓN. REQUISITOS.
27/12/2006	Decreto 659/2006	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SOBRECUOTA DE GESTIÓN Y SOBRECUOTA DE INVERSIÓN
27/12/2006	Decreto 660/2006	SE AUTORIZA LA LIBRE COMERCIALIZACIÓN, EN COMERCIOS LEGALMENTE ESTABLECIDOS, DE ANTEOJOS Y/O LENTES PROTECTORES DE SOL QUE NO REQUIERAN RECETA MÉDICA, LOS QUE DEBERÁN CONTAR OBLIGATORIAMENTE CON FILTRO ULTRAVIOLETA
12/01/2007	Decreto 012/2007	"INTERCAMBIABILIDAD DE MEDICAMENTOS" SE APRUEBAN LAS RECOMENDACIONES TÉCNICAS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE BIOEQUIVALENCIA
12/01/2007	Decreto 013/2007	HABILITACIONES ASISTENCIALES. SE AMPLÍAN LAS PREVISIONES DEL DECRETO 416/002
29/01/2007	Decreto 035/2007	MARCO REGULATORIO PARA LOS ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE "USUARIO CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS". APROBACIÓN
31/05/2007	**Ley 18131**	CREACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE SALUD
06/07/2007	Decreto 248/2007	IAMC. SE DISPONE REDUCCIONES CUOTAS AFILIACIONES INDIVIDUALES NO VITALICIAS, SIN EL APORTE AL FONDO NACIONAL DE RECURSOS; CUOTAS CONVENIOS COLECTIVOS; TASAS MODERADORAS; SOBRECUOTA DE GESTIÓN; Y SOBRECUOTA DE INVERSIÓN.
09/07/2007	Decreto 250/2007	DERECHO A LA IDENTIDAD DEL NIÑO Y SU IDENTIFICACIÓN DESDE EL NACIMIENTO
01/08/2007	Decreto 275/2007	IAMC. CUOTAS DE AFILIACIONES INDIVIDUALES NO VITALICIAS, SIN EL APORTE AL FNR; CUOTAS DE CONVENIOS COLECTIVOS; SOBRECUOTA DE GESTIÓN; SOBRECUOTA DE INVERSIÓN Y TASAS MODERADORAS. AUMENTO.
02/08/2007	Decreto 276/2007	FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA). SE DISPONE SU ADMINISTRACIÓN POR EL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL

FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	NORMA/ACUERDO	TEMA
08/08/2007	**Ley 18161**	ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO - SE CREA COMO SERVICIO DESCENTRALIZADO
07/09/2007	**Ley 18172**	ASÍGNANSE PARTIDAS AL MSP PARA CREAR UN RÉGIMEN DE FUNCIONES INSPECTIVAS
17/09/2007	Decreto 345/2007	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTAS. AJUSTE
28/09/2007	Decreto 359/2007	SERVICIOS DE SALUD. SE REGLAMENTA EL TIEMPO DE ESPERA PARA ACCEDER A LAS CONSULTAS, TANTO DE MEDICINA GENERAL, COMO DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS, POR PARTE DE LOS USUARIOS.
05/11/2007	Decreto 416/2007	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. PROGRAMA PRIORITARIO DE SALUD DE LA NIÑEZ. SE ESTABLECE LA OBLIGATORIEDAD DE LA INVESTIGACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO: HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO, Y DE FENILCETONURIA E HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA
19/11/2007	Decreto 445/2007	REGLAMENTO DEL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE PARTERA. SE ACTUALIZA.
19/11/2007	Decreto 448/2007	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. EMPLEADORES. REQUISITOS. CUMPLIMIENTO
13/12/2007	**Ley 18211**	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD - NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN
27/12/2007	Decreto 542/2007	CARNÉ DE SALUD DEL NIÑO Y DE LA NIÑA. REGLAMENTACIÓN. MODIFICACIÓN
02/01/2008	Ordenanza 001/2008 MSP	INCLÚYANSE EN EL SEGURO ACIONAL INTEGRADO DE SALUD. COMO PRESTADORES INTEGRALES. A LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES: MEDICINA PERSONALIZADA, SUMMUM, BLUE CROSS & BLUE SHIELD. SEGURO AMERICANO. SEGURO BRITÁNICO. COPHAMI. IPAM Y PRIMÉDICA
08/01/2008	Decreto 002/2008	SISTEMA NACIONAL DE SALUD. REGLAMENTACIÓN
16/01/2008	Decreto 015/2008	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTAS. AUMENTO.
18/01/2008	Decreto 032/2008	SEGURO NACIONAL DE SALUD. SE CONSIDERA INCORPORADOS LOS TRABAJADORES DEL PODER JUDICIAL Y DE LOS ENTES DE LA ENSEÑANZA.
18/01/2008	Resolucion 027/2008	INTÉGRASE LA JUNASA CON PRESIDENTE POR EL MSP Y MIEMBROS POR EL BPS Y EL MEF
29/02/2008	Decreto 136/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE AJUSTAN DISPOSICIONES RELATIVAS A LAS SEDES SECUNDARIAS
11/03/2008	Decreto 157/2008	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. SEGURO NACIONAL DE SALUD. FUNCIONARIOS CIVILES NO EQUIPARADOS A UN GRADO MILITAR. OPCIÓN.
25/03/2008	Decreto 176/2008	SEGURO NACIONAL DE SALUD. SE DISPONE QUE LOS ORGANISMOS COMPRENDIDOS EN EL ARTÍCULO 221 DE LA CONSTITUCIÓN REDUZCAN LOS PAGOS MENSUALES EN EFECTIVO.
31/03/2008	Decreto 192/2008	EMPRESAS UNIPERSONALES CON HASTA UN DEPENDIENTE. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. APORTE

FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	NORMA/ACUERDO	TEMA
03/04/2008	Decreto 193/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. TRABAJADORES QUE CUENTEN CON COBERTURA INTEGRAL DE SALUD. TRANSICIÓN.
02/06/2008	Decreto 264/2008	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE DISPONE QUE LOS DIFERENTES VALORES DE TASAS MODERADORAS DECLARADOS AL MSP POR LAS IAMCS SE TOMARÁN COMO MONTOS MÁXIMOS FIJADOS POR EL PODER EJECUTIVO
02/06/2008	Decreto 268/2008	RECUPERACIÓN DE LOS DERECHOS JUBILATORIOS Y PENSIONARIOS DE LAS PERSONAS QUE NO PUDIERON ACCEDER AL TRABAJO EN EL PERÍODO DE FACTO. SE DISPONE SE LES OTORGUE UN CARNÉ DE ASISTENCIA GRATUITO.
02/06/2008	Decreto 269/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SE DISPONE QUE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD CONTARÁN CON CONSEJOS CONSULTIVOS Y ASESORES DE CARÁCTER HONORARIO, EN LOS QUE ESTARÁN REPRESENTADOS LA PROPIA ENTIDAD, SUS TRABAJADORES Y SUS USUARIOS
09/06/2008	Decreto 282/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES BANCARIAS. TRABAJADORES. INCORPORACIÓN
09/06/2008	Decreto 283/2008	JUNTA NACIONAL DE SALUD. REPRESENTANTE DE LOS USUARIOS. DESIGNACIÓN.
17/06/2008	Decreto 300/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO SALUD. TRABAJADORES DE LAS ENTIDADES AFILIADAS A LA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES BANCARIAS. INCORPORACIÓN. MODIFICACIÓN
19/06/2008	Ordenanza 358/2008 MSP	SUSPÉNDESE TRANSITORIAMENTE Y HASTA NUEVA RESOLUCIÓN LA MOVILIDAD DE LOS AFILIADOS AL SEGURO DE ATENCIÓN PARCIAL IPAM (INSTITUCIÓN DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA MÉDICA)
24/06/2008	Decreto 309/2008	ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA CON UNIDADES MÓVILES. REGLAMENTACIÓN. ACTUALIZACIÓN
25/06/2009	Ordenanza 384/2009 MSP	INCORPORA AL MSP A LOS FUNCIONARIOS INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 184/2008 Y 20/2010
26/06/2008	Decreto 323/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SE EXTIENDE EL PLAZO DE INCORPORACIÓN PARA LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES DE LA ANCAP Y PARA LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES DEL BANCO HIPOTECARIO DEL URUGUAY (BHU)
30/06/2008	Decreto 320/2008	SE DISPONE QUE LA ADM CENTRAL Y LOS ORGANISMOS DEL ART 220 DE LA CONSTIT DE LA REP APLICARÁN LOS CRÉDITOS PARA REGÍMENES PROPIOS DE COBERTURA MÉDICA A QUIENES RESULTEN BENEFICIARIOS DEL SNS, AL PAGO DE APORTES PATRONALES AL FONDO NACIONAL DE SALUD
08/07/2008	Decreto 328/2008	JUNTA NACIONAL DE SALUD. INTEGRACIÓN
14/07/2008	Decreto 341/2008 (CM 508)	ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO. DIRECTORIO. SE ESTABLECE LA FORMA DE DESIGNACIÓN DE LOS REPRESENTANTES DE LOS USUARIOS Y DE LOS TRABAJADORES
01/08/2008	Ordenanza 481/2008 MSP	REGLAMENTA FUNCIONAMIENTO COMISIONES INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y PREVENCIÓN DEL ERROR EN MEDICINA

FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	NORMA/ACUERDO	TEMA
04/08/2008	Decreto 378/2008	SE PRORROGA EL PLAZO CON QUE CUENTAN LAS INSTITUCIONES QUE TIENEN PENDIENTE LA RECATEGORIZACIÓN PARA CONVERTIRSE EN PRESTADORES INTEGRALES DE SALUD
04/08/2008	Decreto 379/2008	INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS. SE AUTORIZA.
04/08/2008	Decreto 380/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. PLAZO DE INGRESO AL SISTEMA. SE EQUIPARA LA SITUACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS AL DE OTROS TRABAJADORES DE DETERMINADAS ENTIDADES FINANCIERAS
04/08/2008	Decreto 381/2008	BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL. GESTIONES CON PRESTADORES QUE INTEGRAN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD.
11/08/2008	Decreto 389/2008	SE DISPONE LA INCORPORACIÓN AL PROGRAMA NACIONAL DE PESQUISA NEONATAL, EL ESTUDIO DE LA HIPOACUSIA NEONATAL.
18/08/2008	Decreto 399/2008	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. SE ACTUALIZA NORMATIVA.
26/08/2008	**Ley 18335**	PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD - SE ESTABLECEN SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES
27/08/2008	Decreto 413/2008	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. AUMENTO DE CUOTA.
09/09/2008	Decreto 433/2008	DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD. REESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y DE PUESTOS DE TRABAJO. APROBACIÓN
17/09/2008	Resolucion 727/2008 (CM 544)	DESÍGNA EN EL DIRECTORIO DE ASSE MIEMBRO EN REPRESENTACIÓN DE LOS USUARIOS
19/09/2008	Ordenanza 589/2008 SIIS	INICIA PROCESO PARA IMPLANTAR UN SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADO DE SALUD (SUS) BASADO EN LA HISTORIA DIGITAL DE SALUD (HDS)
26/09/2008	Resolucion 184/2008	INCORPORA LOS FUNCIONARIOS CUYOS CARGOS REVISTEN EN LAS UNIDADES EJECUTORAS 001 Y 070 DEL MSP A LAS UNIDADES DE ASSE DONDE ESTÁN CUMPLIENDO TAREAS.
02/10/2008	Decreto 464/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. JUNTA NACIONAL DE SALUD. PRESTADOR INTEGRAL. CONTRATO DE GESTIÓN.
03/10/2008	Decreto 465/2008	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD. CATÁLOGO DE PRESTACIONES. APROBACIÓN.
15/10/2008	**Ley 18362**	RENDICIÓN DE CUENTAS Y BALANCE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO 2007. APROBACIÓN
30/10/2008	Decreto 529/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SE EXTIENDE EL PLAZO DE INCORPORACIÓN PARA LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES DEL BANCO HIPOTECARIO DEL URUGUAY (BHU).
03/11/2008	Resolucion 929/2008	DESIGNA PARA INTEGRAR LA JUNTA NACIONAL DE SALUD POR MEF

FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	NORMA/ACUERDO	TEMA
01/12/2008	Decreto 590/2008	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD. REGLAMENTO PARA RÉGIMEN DE FUNCIONES INSPECTIVAS EN EL ÁREA DE LA SALUD. APROBACIÓN.
26/12/2008	Decreto 792/2008	FONDO DE GARANTÍA IAMC. SOLICITUD DE ACCESO A LA GARANTÍA.
31/12/2008	Decreto 820/2008	SE DISPONE QUE LOS COLECTIVOS DE TRABAJADORES EN RÉGIMEN DE CAJAS DE AUXILIO O SEGUROS CONVENCIONALES, DE LA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES BANCARIAS, SE INCORPORARÁN AL SEGURO NACIONAL DE SALUD, EL 1º DE ENERO DE 2010.
19/01/2009	Decreto 044/2009 (CM 673)	COMISIÓN REGULADORA DE COMPROMISOS DE GESTIÓN (CRCG). CREACIÓN
26/01/2009	Decreto 057/2009	SE FIJA EL VALOR DE LAS CUOTAS DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA)
29/01/2009	Decreto 065/2009	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SEGURO NACIONAL DE SALUD. MOVILIDAD DE USUARIOS. REGLAMENTACIÓN.
07/02/2009	**Ley 18439**	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CREACIÓN DEL FONDO DE GARANTÍA PARA LA REESTRUCTURACIÓN DE PASIVOS.
16/02/2009	Decreto 091/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. IMPUESTO AL VALOR AGREGADO. SE FIJA EN 6 PUNTOS PORCENTUALES EL CRÉDITO.
17/02/2009	**Ley 18464**	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA Y FONDO NACIONAL DE RECURSOS
02/03/2009	Decreto 113/2009	REGLAMENTO INTERNO DE FUNCIONAMIENTO DE LA JUNTA NACIONAL DE SALUD. APROBACIÓN.
02/03/2009	Resolucion 29/2009	MODIFICA DISTRIBUCION DISPUESTA EN RESOLUCION 184/2008
27/03/2009	ACUERDO PRESTADORES, TRABAJADORES Y USUARIOS DEL SNIS	ACUERDO ENTRE PRESTADORES, TRABAJADORES Y USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD DE ABSTENERSE DE REALIZAR INTERMEDIACIÓN LUCRATIVA PARA CAPTAR USUARIOS
30/03/2009	Decreto 164/2009	MEDICAMENTOS CUYAS PRESENTACIONES MUTUALES Y/U HOSPITALARIAS CONTEMPLARÁN LAS NECESIDADES MÍNIMAS MENSUALES PARA TRATAMIENTOS REGULADORES DE LA GLICEMIA Y DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. NÓMINA. APROBACIÓN
13/04/2009	Decreto 171/2009	FONDO DE GARANTÍA PARA LA REESTRUCTURACIÓN DE PASIVOS DE LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA (FONDO DE GARANTÍA IAMC). FIDUCIARIOS
20/04/2009	Decreto 177/2009	JUNTA NACIONAL DE SALUD. CAMBIOS DE PRESTADOR. AUTORIZACIÓN.
21/04/2009	**Ley 18473**	SE ESTABLECE EL DERECHO PARA LAS PERSONAS MAYORES DE EDAD DE OPONERSE A LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS SALVO QUE SE AFECTE LA SALUD DE TERCEROS
27/04/2009	Decreto 195/2009	COMISIÓN REGULADORA DE COMPROMISOS DE GESTIÓN (CRCG). INTEGRACIÓN
29/04/2009	Decreto 197/2009	FUNCIONARIOS. RETIRO INCENTIVADO. REGLAMENTACIÓN.

FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	NORMA/ACUERDO	TEMA
11/05/2009	Decreto 219/2009	SE REGLAMENTA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LOS PROFESIONALES LICENCIADOS EN ENFERMERÍA EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
13/05/2009	Decreto 224/2009	SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS FÍSICAS. SE INCORPORAN AL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL
25/05/2009	Decreto 246/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE FIJA EL CRÉDITO DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO
01/06/2009	Decreto 261/2009	ESTUDIOS DE BIODISPONIBILIDAD COMPARATIVA Y/O BIOEQUIVALENCIA "IN VIVO" DE MEDICAMENTOS EN NUESTRO PAÍS. REGLAMENTACIÓN.
03/06/2009	Decreto 267/2009	ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (A.S.S.E.). CUOTAS DE AFILIACIÓN INDIVIDUAL. VALOR
15/06/2009	Decreto 289/2009	PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD. CATÁLOGO DE PRESTACIONES. PRESTACIONES SUJETAS A NORMATIZACIÓN O A PROTOCOLIZACIÓN.
22/06/2009	Decreto 298/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTAS DE AFILIACIONES INDIVIDUALES NO VITALICIAS, CUOTAS DE CONVENIOS COLECTIVOS, SOBRECUOTA DE GESTIÓN, SOBRECUOTA DE INVERSIÓN Y TASAS MODERADORAS. AUMENTO
25/06/2009	Ordenanza 384/2009 MSP	INCORPORA AL MSP A LOS FUNCIONARIOS INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 184/2008 Y 20/2010
02/07/2009	Resolucion ASSE 2015/2009	INCORPORA A ASSE A LOS FUNCIONARIOS INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 184/2008 Y 20/2009
27/07/2009	Decreto 342/2009	SE AUTORIZA A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS INTEGRALES DE SALUD INTEGRANTES DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD A POSTERGAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS NO URGENTES
27/07/2009	Decreto 343/2009	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SE CREA UNA COMPENSACIÓN POR CUMPLIMIENTO DE FUNCIÓN INSPECTIVA EN EL ÁREA DE LA SALUD. REMUNERACIÓN
10/08/2009	Decreto 372/2009	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD. REFORMULACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA
24/08/2009	Decreto 401/2009	JUNTA NACIONAL DE SALUD. INTEGRACIÓN
10/09/2009	Decreto 467/2009 (CM 830)	CONDICIONES PARA CONSIDERAR A JUBILADOS USUARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD COMO TRABAJADORES DEPENDIENTES EN ACTIVIDADES AMPARADAS EN EL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL
14/09/2009	Decreto 423/2009	CARNÉ DE SALUD DEL NIÑO Y DE LA NIÑA CON TRISOMÍA 21 (SÍNDROME DE DOWN). SE DECLARA OBLIGATORIO EN TODO EL TERRITORIO.
25/09/2009	Decreto 440/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE FIJA EN 4 PUNTOS PORCENTUALES EL CRÉDITO DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO
14/10/2009	**Ley 18592**	TENEDORES DE INGRESOS POSTERIORES A LA FECHA DE INSCRIPCIÓN DE LA ESCISIÓN DE LA IAM PRIVADA S/FINES DE LUCRO EN RNC, ORIGINADOS POR PRESTACIONES ASISTENCIALES DEL SMU, DEBERÁN ENTREGARLOS A LAS INSTITUCIONES

FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	NORMA/ACUERDO	TEMA
18/01/2010	Decreto 014/2010	SNIS - CAMBIO DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LOS BENEFICIARIOS - MODIFICA DECRETO Nº 65/09

Este conjunto de regulaciones de distinto orden jurídico (leyes, decretos, resoluciones, ordenanzas), incluyendo acuerdos entre partes integrantes de ese sistema, presenta una concatenación que se detalla en la tabla que se muestra en la próxima páginas y subsiguientes. Para su construcción se tomó como criterio ordenador de su exposición la jerarquía de la norma, comenzando por las leyes y finalizando por las ordenanzas, pudiendo observarse cómo en cada caso impactan unas en otras.

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Ley 16736	05/01/1996	NORMAS DE DESREGULACION Y REFORMA ADMINISTRATIVA	697	Ley 18335 Art 19	PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD - SE ESTABLECEN SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES
Ley 17930	23/12/2005	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD FINANCIADO POR UN SEGURO NACIONAL DE SALUD, CREADO POR LEY Y CON UN FONDO PÚBLICO ÚNICO Y OBLIGATORIO	1	Decreto 012/2007	"INTERCAMBIABILIDAD DE MEDICAMENTOS" SE APRUEBAN LAS RECOMENDACIONES TÉCNICAS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE BIOEQUIVALENCIA
				Decreto 448/2007	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. EMPLEADORES. REQUISITOS. CUMPLIMIENTO
			29	Decreto 197/2009	FUNCIONARIOS. RETIRO INCENTIVADO. REGLAMENTACIÓN.
			264	Ley 18161 Art 4º	ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO - SE CREA COMO SERVICIO DESCENTRALIZADO
				Decreto 265/2006	"FORMULARIO TERAPÉUTICO DE MEDICAMENTOS". APROBACIÓN.
				Decreto 012/2007	"INTERCAMBIABILIDAD DE MEDICAMENTOS" SE APRUEBAN LAS RECOMENDACIONES TÉCNICAS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE BIOEQUIVALENCIA
				Decreto 448/2007	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. EMPLEADORES. REQUISITOS. CUMPLIMIENTO
				Ordenanza 528/2006 MSP	INICIA PROCESO PARA IMPLANTAR UN SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADO DE SALUD (SUS) BASADO EN LA HISTORIA DIGITAL DE SALUD (HDS)
			265	Ley 18211	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD - NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN
				Ordenanza 528/2006 MSP	INICIA PROCESO PARA IMPLANTAR UN SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADO DE SALUD (SUS) BASADO EN LA HISTORIA DIGITAL DE SALUD (HDS)

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
				Ordenanza 001/2008 MSP	INCLÚYANSE EN EL SEGURO ACIONAL INTEGRADO DE SALUD. COMO PRESTADORES INTEGRALES. A LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES: MEDICINA PERSONALIZADA, SUMMUM, BLUE CROSS & BLUE SHIELD. SEGURO AMERICANO. SEGURO BRITÁNICO. COPHAMI. IPAM Y PRIMÉDICA
Ley 18131	31/05/2007	CREACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE SALUD	1	Ley 18211	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD - NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN
				Decreto 276/2007	FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA). SE DISPONE SU ADMINISTRACIÓN POR EL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL
				Decreto 448/2007	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. EMPLEADORES. REQUISITOS. CUMPLIMIENTO
			2	Decreto 157/2008	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. SEGURO NACIONAL DE SALUD. FUNCIONARIOS CIVILES NO EQUIPARADOS A UN GRADO MILITAR. OPCIÓN.
				Decreto 467/2009 (CM 830)	CONDICIONES PARA CONSIDERAR A JUBILADOS USUARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD COMO TRABAJADORES DEPENDIENTES EN ACTIVIDADES AMPARADAS EN EL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL
			4	Decreto 197/2009	FUNCIONARIOS. RETIRO INCENTIVADO. REGLAMENTACIÓN.
			9	Decreto 032/2008	SEGURO NACIONAL DE SALUD. SE CONSIDERA INCORPORADOS LOS TRABAJADORES DEL PODER JUDICIAL Y DE LOS ENTES DE LA ENSEÑANZA.
Ley 18161	08/08/2007	ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO - SE CREA COMO SERVICIO DESCENTRALIZADO	2	Decreto 341/2008 (CM 508)	ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO. DIRECTORIO. SE ESTABLECE LA FORMA DE DESIGNACIÓN DE LOS REPRESENTANTES DE LOS USUARIOS Y DE LOS TRABAJADORES
				Resolucion 727/2008 (CM 544)	DESÍGNA EN EL DIRECTORIO DE ASSE MIEMBRO EN REPRESENTACIÓN DE LOS USUARIOS

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
			17	Resolucion 184/2008	INCORPORA LOS FUNCIONARIOS CUYOS CARGOS REVISTEN EN LAS UNIDADES EJECUTORAS 001 Y 070 DEL MSP A LAS UNIDADES DE ASSE DONDE ESTÁN CUMPLIENDO TAREAS.
				Resolucion 29/2009	MODIFICA DISTRIBUCION DISPUESTA EN RESOLUCION 184/2008
				Ordenanza 384/2009 MSP	INCORPORA AL MSP A LOS FUNCIONARIOS INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 184/2008 Y 20/2010
				Resolucion ASSE 2015/2009	INCORPORA A ASSE A LOS FUNCIONARIOS INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 184/2008 Y 20/2009
			18	Resolucion 184/2008	INCORPORA LOS FUNCIONARIOS CUYOS CARGOS REVISTEN EN LAS UNIDADES EJECUTORAS 001 Y 070 DEL MSP A LAS UNIDADES DE ASSE DONDE ESTÁN CUMPLIENDO TAREAS.
				Resolucion 29/2009	MODIFICA DISTRIBUCION DISPUESTA EN RESOLUCION 184/2008
				Ordenanza 384/2009 MSP	INCORPORA AL MSP A LOS FUNCIONARIOS INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 184/2008 Y 20/2010
				Resolucion ASSE 2015/2009	INCORPORA A ASSE A LOS FUNCIONARIOS INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 184/2008 Y 20/2009
Ley 18172	07/09/2007	ASÍGNANSE PARTIDAS AL MSP PARA CREAR UN RÉGIMEN DE FUNCIONES INSPECTIVAS	21	Decreto 433/2008	DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD. REESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y DE PUESTOS DE TRABAJO. APROBACIÓN
			48 Inc 3		
			49		
			227		
			235		
			235	Decreto 590/2008	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD. REGLAMENTO PARA RÉGIMEN DE FUNCIONES INSPECTIVAS EN EL ÁREA DE LA SALUD. APROBACIÓN.
Ley 18211	13/12/2007	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD - NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN	1	Decreto 002/2008	SISTEMA NACIONAL DE SALUD. REGLAMENTACIÓN
				Decreto 113/2009	REGLAMENTO INTERNO DE FUNCIONAMIENTO DE LA JUNTA NACIONAL DE SALUD. APROBACIÓN.

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
				Decreto 197/2009	FUNCIONARIOS. RETIRO INCENTIVADO. REGLAMENTACIÓN.
				Decreto 219/2009	SE REGLAMENTA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LOS PROFESIONALES LICENCIADOS EN ENFERMERÍA EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
				Decreto 267/2009	ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (A.S.S.E.). CUOTAS DE AFILIACIÓN INDIVIDUAL. VALOR
			5 literal G)	Decreto 164/2009	MEDICAMENTOS CUYAS PRESENTACIONES MUTUALES Y/U HOSPITALARIAS CONTEMPLARÁN LAS NECESIDADES MÍNIMAS MENSUALES PARA TRATAMIENTOS REGULADORES DE LA GLICEMIA Y DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. NÓMINA. APROBACIÓN
			11 literal B)	Ley 18439 Art 1º	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CREACIÓN DEL FONDO DE GARANTÍA PARA LA REESTRUCTURACIÓN DE PASIVOS.
				Decreto 792/2008	FONDO DE GARANTÍA IAMC. SOLICITUD DE ACCESO A LA GARANTÍA.
			12	Decreto 269/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SE DISPONE QUE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD CONTARÁN CON CONSEJOS CONSULTIVOS Y ASESORES DE CARÁCTER HONORARIO, EN LOS QUE ESTARÁN REPRESENTADOS LA PROPIA ENTIDAD, SUS TRABAJADORES Y SUS USUARIOS
			15	Decreto 464/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. JUNTA NACIONAL DE SALUD. PRESTADOR INTEGRAL. CONTRATO DE GESTIÓN.

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Ley 18211	13/12/2007	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD - NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN	19	Decreto 264/2008	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE DISPONE QUE LOS DIFERENTES VALORES DE TASAS MODERADORAS DECLARADOS AL MSP POR LAS IAMCS SE TOMARÁN COMO MONTOS MÁXIMOS FIJADOS POR EL PODER EJECUTIVO
				Decreto 465/2008	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD. CATÁLOGO DE PRESTACIONES. APROBACIÓN.
			23	Decreto 283/2008	JUNTA NACIONAL DE SALUD. REPRESENTANTE DE LOS USUARIOS. DESIGNACIÓN.
				Decreto 328/2008	JUNTA NACIONAL DE SALUD. INTEGRACIÓN
				Resolucion 027/2008	INTÉGRASE LA JUNASA CON PRESIDENTE POR EL MSP Y MIEMBROS POR EL BPS Y EL MEF
			25	Decreto 401/2009	JUNTA NACIONAL DE SALUD. INTEGRACIÓN
				Resolucion 929/2008	DESIGNA PARA INTEGRAR LA JUNTA NACIONAL DE SALUD POR MEF
			28 literal E)	Decreto 464/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. JUNTA NACIONAL DE SALUD. PRESTADOR INTEGRAL. CONTRATO DE GESTIÓN.
			28 literal F)	Decreto 113/2009	REGLAMENTO INTERNO DE FUNCIONAMIENTO DE LA JUNTA NACIONAL DE SALUD. APROBACIÓN.
			45 literal D)	Ley 18335 Art. 10	PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD - SE ESTABLECEN SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES
				Decreto 465/2008	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD. CATÁLOGO DE PRESTACIONES. APROBACIÓN.

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
			46	Decreto 465/2008	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD. CATÁLOGO DE PRESTACIONES. APROBACIÓN.
			50	Ley 18473 Art 13	SE ESTABLECE EL DERECHO PARA LAS PERSONAS MAYORES DE EDAD DE OPONERSE A LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS SALVO QUE SE AFECTE LA SALUD DE TERCEROS
			50	Decreto 065/2009	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SEGURO NACIONAL DE SALUD. MOVILIDAD DE USUARIOS. REGLAMENTACIÓN.
				Decreto 177/2009	JUNTA NACIONAL DE SALUD. CAMBIOS DE PRESTADOR. AUTORIZACIÓN.
				Ley 18335 Art. 13	PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD - SE ESTABLECEN SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES
			51 literal B)	Decreto 465/2008	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD. CATÁLOGO DE PRESTACIONES. APROBACIÓN.
			52 literal F)		
			55	Decreto 298/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTAS DE AFILIACIONES INDIVIDUALES NO VITALICIAS, CUOTAS DE CONVENIOS COLECTIVOS, SOBRECUOTA DE GESTIÓN, SOBRECUOTA DE INVERSIÓN Y TASAS MODERADORAS. AUMENTO
Ley 18211	13/12/2007	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD - NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN	60	Decreto 820/2008	SE DISPONE QUE LOS COLECTIVOS DE TRABAJADORES EN RÉGIMEN DE CAJAS DE AUXILIO O SEGUROS CONVENCIONALES, DE LA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES BANCARIAS, SE INCORPORARÁN AL SEGURO NACIONAL DE SALUD, EL 1º DE ENERO DE 2010.

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
			61	Decreto 032/2008	SEGURO NACIONAL DE SALUD. SE CONSIDERA INCORPORADOS LOS TRABAJADORES DEL PODER JUDICIAL Y DE LOS ENTES DE LA ENSEÑANZA.
				Decreto 157/2008	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. SEGURO NACIONAL DE SALUD. FUNCIONARIOS CIVILES NO EQUIPARADOS A UN GRADO MILITAR. OPCIÓN.
			61	Decreto 176/2008	SEGURO NACIONAL DE SALUD. SE DISPONE QUE LOS ORGANISMOS COMPRENDIDOS EN EL ARTÍCULO 221 DE LA CONSTITUCIÓN REDUZCAN LOS PAGOS MENSUALES EN EFECTIVO.
			62	Decreto 032/2008	SEGURO NACIONAL DE SALUD. SE CONSIDERA INCORPORADOS LOS TRABAJADORES DEL PODER JUDICIAL Y DE LOS ENTES DE LA ENSEÑANZA.
			63	Decreto 467/2009 (CM 830)	CONDICIONES PARA CONSIDERAR A JUBILADOS USUARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD COMO TRABAJADORES DEPENDIENTES EN ACTIVIDADES AMPARADAS EN EL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL
			64	Decreto 298/2009	PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD. CATÁLOGO DE PRESTACIONES. PRESTACIONES SUJETAS A NORMATIZACIÓN O A PROTOCOLIZACIÓN.
			66	Decreto 032/2008	SEGURO NACIONAL DE SALUD. SE CONSIDERA INCORPORADOS LOS TRABAJADORES DEL PODER JUDICIAL Y DE LOS ENTES DE LA ENSEÑANZA.
			68	Decreto 157/2008	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. SEGURO NACIONAL DE SALUD. FUNCIONARIOS CIVILES NO EQUIPARADOS A UN GRADO MILITAR. OPCIÓN.
				Decreto 176/2008	SEGURO NACIONAL DE SALUD. SE DISPONE QUE LOS ORGANISMOS COMPRENDIDOS EN EL ARTÍCULO 221 DE LA CONSTITUCIÓN REDUZCAN LOS PAGOS MENSUALES EN EFECTIVO.

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
				Decreto 320/2008	SE DISPONE QUE LA ADM CENTRAL Y LOS ORGANISMOS DEL ART 220 DE LA CONSTIT DE LA REP APLICARÁN LOS CRÉDITOS PARA REGÍMENES PROPIOS DE COBERTURA MÉDICA A QUIENES RESULTEN BENEFICIARIOS DEL SNS, AL PAGO DE APORTES PATRONALES AL FONDO NACIONAL DE SALUD
				Decreto 467/2009 (CM 830)	CONDICIONES PARA CONSIDERAR A JUBILADOS USUARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD COMO TRABAJADORES DEPENDIENTES EN ACTIVIDADES AMPARADAS EN EL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL
			69	Decreto 193/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. TRABAJADORES QUE CUENTEN CON COBERTURA INTEGRAL DE SALUD. TRANSICIÓN.
			61 literal B)	Decreto 032/2008	SEGURO NACIONAL DE SALUD. SE CONSIDERA INCORPORADOS LOS TRABAJADORES DEL PODER JUDICIAL Y DE LOS ENTES DE LA ENSEÑANZA.
			71	Decreto 192/2008	EMPRESAS UNIPERSONALES CON HASTA UN DEPENDIENTE. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. APORTE
			76	Decreto 282/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES BANCARIAS. TRABAJADORES. INCORPORACIÓN
Ley 18211	13/12/2007	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD - NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN	76	Decreto 381/2008	BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL. GESTIONES CON PRESTADORES QUE INTEGRAN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD.
Ley 18335	26/08/2008	PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD - SE ESTABLECEN SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES	12	Ley 18362 Art 339	RENDICIÓN DE CUENTAS Y BALANCE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO 2007. APROBACIÓN

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
				Ley 18473 Art 8	SE ESTABLECE EL DERECHO PARA LAS PERSONAS MAYORES DE EDAD DE OPONERSE A LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS SALVO QUE SE AFECTE LA SALUD DE TERCEROS
Ley 18362	15/10/2008	RENDICIÓN DE CUENTAS Y BALANCE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO 2007. APROBACIÓN			
Ley 18439	07/02/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CREACIÓN DEL FONDO DE GARANTÍA PARA LA REESTRUCTURACIÓN DE PASIVOS.	1	Decreto 792/2008	FONDO DE GARANTÍA IAMC. SOLICITUD DE ACCESO A LA GARANTÍA.
			6	Ley 18592	TENEDORES DE INGRESOS POSTERIORES A LA FECHA DE INSCRIPCIÓN DE LA ESCISIÓN DE LA IAM PRIVADA S/FINES DE LUCRO EN RNC, ORIGINADOS POR PRESTACIONES ASISTENCIALES DEL SMU, DEBERÁN ENTREGARLOS A LAS INSTITUCIONES
Ley 18464	17/02/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA Y FONDO NACIONAL DE RECURSOS	1	Decreto 091/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. IMPUESTO AL VALOR AGREGADO. SE FIJA EN 6 PUNTOS PORCENTUALES EL CRÉDITO.
				Decreto 246/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE FIJA EL CRÉDITO DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO
				Decreto 440/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE FIJA EN 4 PUNTOS PORCENTUALES EL CRÉDITO DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO
Ley 18473	21/04/2009	SE ESTABLECE EL DERECHO PARA LAS PERSONAS MAYORES DE EDAD DE OPONERSE A LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS SALVO QUE SE AFECTE LA SALUD DE TERCEROS			

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Ley 18592	14/10/209	TENEDORES DE INGRESOS POSTERIORES A LA FECHA DE INSCRIPCIÓN DE LA ESCISIÓN DE LA IAM PRIVADA S/FINES DE LUCRO EN RNC, ORIGINADOS POR PRESTACIONES ASISTENCIALES DEL SMU, DEBERÁN ENTREGARLOS A LAS INSTITUCIONES			
Decreto 127/2001	06/04/2001	ENTIDADES DE ASISTENCIA MEDICA AJUSTARAN ESTATUTOS A DISPOSICIONES QUE ESTABLEZCA EL PODER EJECUTIVO			
Decreto 383/2001	02/10/2001	ESTATUTO TIPO DE MUTUALISTAS			
Decreto 460/2001	27/11/2001	REESTRUCTURA DE SALUD PÚBLICA - CREACION DE LA DIRECCION GENERAL DE ASSE			
Decreto 036/2005	25/01/2005	OBLIGACIÓN PARA LAS EMPRESAS TABACALERAS A AUMENTAR EL TAMAÑO DE LAS ADVERTENCIAS EN LAS CAJILLAS DE CIGARRILLOS			
Decreto 129/2005	04/04/2005	LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS. REGLAMENTACIÓN.			
Decreto 133/2005	11/04/2005	SISTEMA INTEGRADO DE SALUD. CONSEJO CONSULTIVO. CREACIÓN. INTEGRACIÓN			
Decreto 144/2005	28/02/2005	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. ESTATUTOS			
Decreto 169/2005	31/05/2005	SE PROHÍBE LA DIFUSIÓN DE PUBLICIDAD DE PRODUCTOS Y/O MARCAS DE CIGARRILLOS, TABACOS Y AFINES EN CANALES DE TELEVISIÓN ABIERTA, CERRADA, POR CABLE O CODIFICADA, DURANTE EL HORARIO DE PROTECCIÓN AL MENOR			

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 170/2005	31/05/2005	TABACO Y SUS DERIVADOS (CIGARRILOS, CIGARROS). SE PROHIBE LA SPONSORIZACIÓN EN TODAS LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA DEL DEPORTE DE NUESTRO PAÍS			
Decreto 171/2005	31/05/2005	CIGARRILLOS, CIGARROS Y AFINES. ADVERTENCIAS SANITARIAS DEBERÁN OCUPAR EL 50% DE LAS SUPERFICIES TOTALES. SE PROHIBE LA UTILIZACIÓN DE DETERMINADAS DENOMINACIONES			
Decreto 202/2005 (CM 86)	27/06/2005	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL CÁNCER PRONACAN. CREACIÓN			
Decreto 222/2005	11/07/2005	JUNTA NACIONAL DE DROGAS. SE INCORPORAN COMO MIEMBROS PERMANENTES LOS SUBSECRETARIOS DE LOS MINISTERIOS DE DESARROLLO SOCIAL Y DE TURISMO Y DEPORTE			
Decreto 236/2005	25/07/2005	GABINETE SOCIAL. CREACIÓN			
Decreto 243/2005	05/08/2005	CONSEJO ASESOR INTERINSTITUCIONAL DEL CENTRO DE INFORMACIÓN Y REFERENCIA NACIONAL DE LA RED - DROGAS. CREACIÓN. INTEGRACIÓN. ATRIBUCIONES			
Decreto 247/2005	08/08/2005	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA EXTRAHOSPITALARIA. SE CAMBIA SU DENOMINACIÓN POR LA DE RED DE ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (R.A.P. - A.S.S.E.)			

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 248/2005	08/08/2005	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. BANCO NACIONAL DE ORGANOS Y TEJIDOS. SE CAMBIA SU DENOMINACIÓN POR LA DE INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRANSPLANTE DE CÉLULAS, TEJIDOS Y ORGANOS.			
Decreto 268/2005	05/09/2005	SE ELIMINAN "AREAS DE FUMADORES" EN RESTAURANTES, BARES Y LUGARES DE ESPARCIMIENTO		Decreto 040/2006	PROHIBICIÓN DE FUMAR EN LOCALES CERRADOS DE USO PÚBLICO Y ÁREAS LABORALES. INCUMPLIMIENTO. MULTAS. CLAUSURAS
Decreto 316/2005	19/09/2005	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. FUNCIONARIOS MÉDICOS. RETRIBUCIONES. AUMENTO			
Decreto 317/2005	19/09/2005	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SE ESTABLECE LA OBLIGATORIEDAD DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA "HEPATITIS B" COMO CONDICIÓN DE INGRESO PARA LOS TRABAJADORES DE LA SALUD PÚBLICA Y PRIVADA DE TODO EL PAÍS			
Decreto 319/2005	19/09/2005	GABINETE SOCIAL. SE INTEGRA AL MINISTERIO DE TURISMO Y DEPORTE			
Decreto 385/2005	05/10/2005	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE SECRETARÍA. SE LE ENCOMIENDA LA ADMINISTRACIÓN DEL REGISTRO UNICO DE COBERTURA DE ASISTENCIA FORMAL (RUCAF).			
Decreto 406/2005	07/10/2005	PLAN NACIONAL DE ATENCIÓN A LA EMERGENCIA SOCIAL (PANES), BENEFICIARIOS TENDRÁN DERECHO A ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DEL MSP EN MONTEVIDEO E INTERIOR, EN IGUALDAD DE CONDICIONES QUE LOS POSEEDORES DEL CARNÉ GRATUITO DE ASISTENCIA			

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 415/2005	20/10/2005	CIGARRILLOS, CIGARROS Y AFINES. ADVERTENCIAS SANITARIAS. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. APROBACIÓN			
Decreto 562/2005	26/12/2005	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTA Y TICKETS. AJUSTE			
Decreto 015/2006	16/01/2006	SERVICIOS DE SALUD. TRAMITACIÓN DE PETICIONES, RECLAMACIONES O CONSULTAS DE LOS USUARIOS. REGLAMENTACIÓN			
Decreto 040/2006	13/02/2006	PROHIBICIÓN DE FUMAR EN LOCALES CERRADOS DE USO PÚBLICO Y ÁREAS LABORALES. INCUMPLIMIENTO. MULTAS. CLAUSURAS			
Decreto 067/2006	06/03/2006	LEY DE ACOMPAÑAMIENTO DE TRABAJO DE PARTO. REGLAMENTACIÓN			
Decreto 137/2006	15/05/2006	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SE ACTUALIZA EL IMPORTE CORRESPONDIENTE A LAS MULTAS Y SANCIONES POR INFRACCIÓN A LAS DISPOSICIONES SANITARIAS VIGENTES			
Decreto 159/2006	02/06/2006	CARNÉ DEL ADULTO MAYOR. IMPLEMENTACIÓN			
Decreto 160/2006	02/06/2006	CONTROL, CALIDAD Y SEGURIDAD PARA EL TRANSPLANTE DE LAS CÉLULAS Y TEJIDOS HUMANOS			
Decreto 265/2006	07/08/2006	"FORMULARIO TERAPÉUTICO DE MEDICAMENTOS". APROBACIÓN.		Decreto 012/2007	"INTERCAMBIABILIDAD DE MEDICAMENTOS" SE APRUEBAN LAS RECOMENDACIONES TÉCNICAS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE BIOEQUIVALENCIA
Decreto 340/2006	18/09/2006	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD DEL "COMITÉ NACIONAL" Y "COMITÉS REGIONALES" PARA LA MONITORIZACIÓN DE MUERTES DE NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS. CREACIÓN, INTEGRACIÓN Y OBJETIVOS			

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 494/2006	27/11/2006	DISPÓNESE QUE LAS INSTITUCIONES O SERVICIOS DE SALUD DE CUALQUIER NATURALEZA, TANTO PÚBLICOS COMO PRIVADOS, DEBERÁN PRESTAR ATENCIÓN Y ASISTENCIA A USUARIAS, AFILIADAS O PACIENTES DEL SEXO FEMENINO QUE SE ENCUENTREN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA			
Decreto 571/2006	19/12/2006	CARNÉ DE SALUD BÁSICO A LAS MUJERES. EXPEDICIÓN. REQUISITOS.			
Decreto 659/2006	27/12/2006	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SOBRECUOTA DE GESTIÓN Y SOBRECUOTA DE INVERSIÓN		Decreto 248/2007	IAMC. SE DISPONE REDUCCIONES CUOTAS AFILIACIONES INDIVIDUALES NO VITALICIAS, SIN EL APORTE AL FONDO NACIONAL DE RECURSOS; CUOTAS CONVENIOS COLECTIVOS; TASAS MODERADORAS; SOBRECUOTA DE GESTIÓN; Y SOBRECUOTA DE INVERSIÓN.
				Decreto 275/2007	IAMC. CUOTAS DE AFILIACIONES INDIVIDUALES NO VITALICIAS, SIN EL APORTE AL FNR; CUOTAS DE CONVENIOS COLECTIVOS; SOBRECUOTA DE GESTIÓN; SOBRECUOTA DE INVERSIÓN Y TASAS MODERADORAS. AUMENTO.
Decreto 660/2006	27/12/2006	SE AUTORIZA LA LIBRE COMERCIALIZACIÓN, EN COMERCIOS LEGALMENTE ESTABLECIDOS, DE ANTEOJOS Y/O LENTES PROTECTORES DE SOL QUE NO REQUIERAN RECETA MÉDICA, LOS QUE DEBERÁN CONTAR OBLIGATORIAMENTE CON FILTRO ULTRAVIOLETA			

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 012/2007	12/01/2007	"INTERCAMBIABILIDAD DE MEDICAMENTOS" SE APRUEBAN LAS RECOMENDACIONES TÉCNICAS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE BIOEQUIVALENCIA		Decreto 136/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE AJUSTAN DISPOSICIONES RELATIVAS A LAS SEDES SECUNDARIAS
Decreto 013/2007	12/01/2007	HABILITACIONES ASISTENCIALES. SE AMPLÍAN LAS PREVISIONES DEL DECRETO 416/002	1	Decreto 136/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE AJUSTAN DISPOSICIONES RELATIVAS A LAS SEDES SECUNDARIAS
Decreto 035/2007	29/01/2007	MARCO REGULATORIO PARA LOS ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE "USUARIO CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS". APROBACIÓN			
Decreto 248/2007	06/07/2007	IAMC. SE DISPONE REDUCCIONES CUOTAS AFILIACIONES INDIVIDUALES NO VITALICIAS, SIN EL APORTE AL FONDO NACIONAL DE RECURSOS; CUOTAS CONVENIOS COLECTIVOS; TASAS MODERADORAS; SOBRECUOTA DE GESTIÓN; Y SOBRECUOTA DE INVERSIÓN.		Decreto 275/2007	IAMC. CUOTAS DE AFILIACIONES INDIVIDUALES NO VITALICIAS, SIN EL APORTE AL FNR; CUOTAS DE CONVENIOS COLECTIVOS; SOBRECUOTA DE GESTIÓN; SOBRECUOTA DE INVERSIÓN Y TASAS MODERADORAS. AUMENTO.
Decreto 250/2007	09/07/2007	DERECHO A LA IDENTIDAD DEL NIÑO Y SU IDENTIFICACIÓN DESDE EL NACIMIENTO	2	Decreto 224/2009	SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS FÍSICAS. SE INCORPORAN AL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL
Decreto 275/2007	01/08/2007	IAMC. CUOTAS DE AFILIACIONES INDIVIDUALES NO VITALICIAS, SIN EL APORTE AL FNR; CUOTAS DE CONVENIOS COLECTIVOS; SOBRECUOTA DE GESTIÓN; SOBRECUOTA DE INVERSIÓN Y TASAS MODERADORAS. AUMENTO.		Decreto 345/2007	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTAS. AJUSTE
Decreto 276/2007	02/08/2007	FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA). SE DISPONE SU ADMINISTRACIÓN POR EL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL		Decreto 448/2007	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. EMPLEADORES. REQUISITOS. CUMPLIMIENTO

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 276/2007	02/08/2007	FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA). SE DISPONE SU ADMINISTRACIÓN POR EL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL		Decreto 298/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTAS DE AFILIACIONES INDIVIDUALES NO VITALICIAS, CUOTAS DE CONVENIOS COLECTIVOS, SOBRECUOTA DE GESTIÓN, SOBRECUOTA DE INVERSIÓN Y TASAS MODERADORAS. AUMENTO
Decreto 345/2007	17/09/2007	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTAS. AJUSTE		Decreto 015/2008	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTAS. AUMENTO.
Decreto 359/2007	28/09/2007	SERVICIOS DE SALUD. SE REGLAMENTA EL TIEMPO DE ESPERA PARA ACCEDER A LAS CONSULTAS, TANTO DE MEDICINA GENERAL, COMO DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS, POR PARTE DE LOS USUARIOS.	4	Decreto 342/2009	SE AUTORIZA A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS INTEGRALES DE SALUD INTEGRANTES DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD A POSTERGAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS NO URGENTES
Decreto 416/2007	05/11/2007	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. PROGRAMA PRIORITARIO DE SALUD DE LA NIÑEZ. SE ESTABLECE LA OBLIGATORIEDAD DE LA INVESTIGACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO: HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO, Y DE FENILCETONURIA E HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA	1	Decreto 389/2008	SE DISPONE LA INCORPORACIÓN AL PROGRAMA NACIONAL DE PESQUISA NEONATAL, EL ESTUDIO DE LA HIPOACUSIA NEONATAL.
Decreto 445/2007	19/11/2007	REGLAMENTO DEL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE PARTERA. SE ACTUALIZA.			
Decreto 448/2007	19/11/2007	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. EMPLEADORES. REQUISITOS. CUMPLIMIENTO			
Decreto 542/2007	27/12/2007	CARNÉ DE SALUD DEL NIÑO Y DE LA NIÑA. REGLAMENTACIÓN. MODIFICACIÓN		Decreto 423/2009	CARNÉ DE SALUD DEL NIÑO Y DE LA NIÑA CON TRISOMÍA 21 (SÍNDROME DE DOWN). SE DECLARA OBLIGATORIO EN TODO EL TERRITORIO.

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 002/2008	08/01/2008	SISTEMA NACIONAL DE SALUD. REGLAMENTACIÓN	1	Decreto 032/2008	SEGURO NACIONAL DE SALUD. SE CONSIDERA INCORPORADOS LOS TRABAJADORES DEL PODER JUDICIAL Y DE LOS ENTES DE LA ENSEÑANZA.
				Decreto 176/2008	SEGURO NACIONAL DE SALUD. SE DISPONE QUE LOS ORGANISMOS COMPRENDIDOS EN EL ARTÍCULO 221 DE LA CONSTITUCIÓN REDUZCAN LOS PAGOS MENSUALES EN EFECTIVO.
				Decreto 177/2009	JUNTA NACIONAL DE SALUD. CAMBIOS DE PRESTADOR. AUTORIZACIÓN.
			7	Decreto 323/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SE EXTIENDE EL PLAZO DE INCORPORACIÓN PARA LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES DE LA ANCAP Y PARA LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES DEL BANCO HIPOTECARIO DEL URUGUAY (BHU)
Decreto 002/2008	08/01/2008	SISTEMA NACIONAL DE SALUD. REGLAMENTACIÓN	7	Decreto 529/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SE EXTIENDE EL PLAZO DE INCORPORACIÓN PARA LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES DEL BANCO HIPOTECARIO DEL URUGUAY (BHU).
			23	Decreto 378/2008	SE PRORROGA EL PLAZO CON QUE CUENTAN LAS INSTITUCIONES QUE TIENEN PENDIENTE LA RECATEGORIZACIÓN PARA CONVERTIRSE EN PRESTADORES INTEGRALES DE SALUD
			25 Inciso segundo literal a)	Decreto 177/2009	JUNTA NACIONAL DE SALUD. CAMBIOS DE PRESTADOR. AUTORIZACIÓN.
Decreto 015/2008	16/01/2008	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTAS. AUMENTO.		Decreto 413/2008	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. AUMENTO DE CUOTA.

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 032/2008	18/01/2008	SEGURO NACIONAL DE SALUD. SE CONSIDERA INCORPORADOS LOS TRABAJADORES DEL PODER JUDICIAL Y DE LOS ENTES DE LA ENSEÑANZA.			
Decreto 136/2008	29/02/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE AJUSTAN DISPOSICIONES RELATIVAS A LAS SEDES SECUNDARIAS			
Decreto 157/2008	11/03/2008	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. SEGURO NACIONAL DE SALUD. FUNCIONARIOS CIVILES NO EQUIPARADOS A UN GRADO MILITAR. OPCIÓN.			
Decreto 176/2008	25/03/2008	SEGURO NACIONAL DE SALUD. SE DISPONE QUE LOS ORGANISMOS COMPRENDIDOS EN EL ARTÍCULO 221 DE LA CONSTITUCIÓN REDUZCAN LOS PAGOS MENSUALES EN EFECTIVO.			
Decreto 192/2008	31/03/2008	EMPRESAS UNIPERSONALES CON HASTA UN DEPENDIENTE. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. APORTE			
Decreto 193/2008	03/04/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. TRABAJADORES QUE CUENTEN CON COBERTURA INTEGRAL DE SALUD. TRANSICIÓN.	1	Decreto 380/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. PLAZO DE INGRESO AL SISTEMA. SE EQUIPARA LA SITUACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS AL DE OTROS TRABAJADORES DE DETERMINADAS ENTIDADES FINANCIERAS
			1 literales a, b, c, d,e, f	Decreto 820/2008	SE DISPONE QUE LOS COLECTIVOS DE TRABAJADORES EN RÉGIMEN DE CAJAS DE AUXILIO O SEGUROS CONVENCIONALES, DE LA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES BANCARIAS, SE INCORPORARÁN AL SEGURO NACIONAL DE SALUD, EL 1º DE ENERO DE 2010.

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 264/2008	02/06/2008	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE DISPONE QUE LOS DIFERENTES VALORES DE TASAS MODERADORAS DECLARADOS AL MSP POR LAS IAMCS SE TOMARÁN COMO MONTOS MÁXIMOS FIJADOS POR EL PODER EJECUTIVO			
Decreto 268/2008	02/06/2008	RECUPERACIÓN DE LOS DERECHOS JUBILATORIOS Y PENSIONARIOS DE LAS PERSONAS QUE NO PUDIERON ACCEDER AL TRABAJO EN EL PERÍODO DE FACTO. SE DISPONE SE LES OTORGUE UN CARNÉ DE ASISTENCIA GRATUITO.			
Decreto 269/2008	02/06/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SE DISPONE QUE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD CONTARÁN CON CONSEJOS CONSULTIVOS Y ASESORES DE CARÁCTER HONORARIO, EN LOS QUE ESTARÁN REPRESENTADOS LA PROPIA ENTIDAD, SUS TRABAJADORES Y SUS USUARIOS			
Decreto 282/2008	09/06/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES BANCARIAS. TRABAJADORES. INCORPORACIÓN		Decreto 300/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO SALUD. TRABAJADORES DE LAS ENTIDADES AFILIADAS A LA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES BANCARIAS. INCORPORACIÓN. MODIFICACIÓN
Decreto 283/2008	09/06/2008	JUNTA NACIONAL DE SALUD. REPRESENTANTE DE LOS USUARIOS. DESIGNACIÓN.			
Decreto 300/2008	17/06/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO SALUD. TRABAJADORES DE LAS ENTIDADES AFILIADAS A LA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES BANCARIAS. INCORPORACIÓN. MODIFICACIÓN			
Decreto 309/2008	24/06/2008	ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA CON UNIDADES MÓVILES. REGLAMENTACIÓN. ACTUALIZACIÓN	1	Decreto 803/2008	SERVICIOS DE EMERGENCIA MÉDICA CON UNIDADES MÓVILES TERRESTRES. SE ADECUAN DISPOSICIONES Y SE ESTABLECEN PLAZOS.

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 320/2008	30/06/2008	SE DISPONE QUE LA ADM CENTRAL Y LOS ORGANISMOS DEL ART 220 DE LA CONSTIT DE LA REP APLICARÁN LOS CRÉDITOS PARA REGÍMENES PROPIOS DE COBERTURA MÉDICA A QUIENES RESULTEN BENEFICIARIOS DEL SNS, AL PAGO DE APORTES PATRONALES AL FONDO NACIONAL DE SALUD			
Decreto 323/2008	26/06/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SE EXTIENDE EL PLAZO DE INCORPORACIÓN PARA LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES DE LA ANCAP Y PARA LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES DEL BANCO HIPOTECARIO DEL URUGUAY (BHU)	1	Decreto 529/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SE EXTIENDE EL PLAZO DE INCORPORACIÓN PARA LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES DEL BANCO HIPOTECARIO DEL URUGUAY (BHU).
Decreto 328/2008	08/07/2008	JUNTA NACIONAL DE SALUD. INTEGRACIÓN			
Decreto 341/2008 (CM 508)	14/07/2008	ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO. DIRECTORIO. SE ESTABLECE LA FORMA DE DESIGNACIÓN DE LOS REPRESENTANTES DE LOS USUARIOS Y DE LOS TRABAJADORES			
Decreto 378/2008	04/08/2008	SE PRORROGA EL PLAZO CON QUE CUENTAN LAS INSTITUCIONES QUE TIENEN PENDIENTE LA RECATEGORIZACIÓN PARA CONVERTIRSE EN PRESTADORES INTEGRALES DE SALUD			
Decreto 379/2008	04/08/2008	INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS. SE AUTORIZA.			

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 380/2008	04/08/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. PLAZO DE INGRESO AL SISTEMA. SE EQUIPARA LA SITUACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS AL DE OTROS TRABAJADORES DE DETERMINADAS ENTIDADES FINANCIERAS			
Decreto 381/2008	04/08/2008	BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL. GESTIONES CON PRESTADORES QUE INTEGRAN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD.			
Decreto 389/2008	11/08/2008	SE DISPONE LA INCORPORACIÓN AL PROGRAMA NACIONAL DE PESQUISA NEONATAL, EL ESTUDIO DE LA HIPOACUSIA NEONATAL.			
Decreto 399/2008	18/08/2008	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. SE ACTUALIZA NORMATIVA.			
Decreto 413/2008	27/08/2008	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. AUMENTO DE CUOTA.	1	Decreto 057/2009	SE FIJA EL VALOR DE LAS CUOTAS DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA)
				Decreto 246/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE FIJA EL CRÉDITO DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO
				Decreto 298/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTAS DE AFILIACIONES INDIVIDUALES NO VITALICIAS, CUOTAS DE CONVENIOS COLECTIVOS, SOBRECUOTA DE GESTIÓN, SOBRECUOTA DE INVERSIÓN Y TASAS MODERADORAS. AUMENTO

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 433/2008	09/09/2008	DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD. REESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y DE PUESTOS DE TRABAJO. APROBACIÓN	Anexo II	Decreto 372/2009	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD. REFORMULACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA
Decreto 464/2008	02/10/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. JUNTA NACIONAL DE SALUD. PRESTADOR INTEGRAL. CONTRATO DE GESTIÓN.	Anexo - Cláusula décimonovena	ACUERDO PRESTADORES, TRABAJADORES Y USUARIOS DEL SNIS	ACUERDO ENTRE PRESTADORES, TRABAJADORES Y USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD DE ABSTENERSE DE REALIZAR INTERMEDIACIÓN LUCRATIVA PARA CAPTAR USUARIOS
Decreto 465/2008	03/10/2008	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD. CATÁLOGO DE PRESTACIONES. APROBACIÓN.	Anexo II	Decreto 289/2009	PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD. CATÁLOGO DE PRESTACIONES. PRESTACIONES SUJETAS A NORMATIZACIÓN O A PROTOCOLIZACIÓN.
			en general	Decreto 298/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTAS DE AFILIACIONES INDIVIDUALES NO VITALICIAS, CUOTAS DE CONVENIOS COLECTIVOS, SOBRECUOTA DE GESTIÓN, SOBRECUOTA DE INVERSIÓN Y TASAS MODERADORAS. AUMENTO
Decreto 529/2008	30/10/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SE EXTIENDE EL PLAZO DE INCORPORACIÓN PARA LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES DEL BANCO HIPOTECARIO DEL URUGUAY (BHU).			
Decreto 590/2008	01/12/2008	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD. REGLAMENTO PARA RÉGIMEN DE FUNCIONES INSPECTIVAS EN EL ÁREA DE LA SALUD. APROBACIÓN.	3	Decreto 343/2009	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SE CREA UNA COMPENSACIÓN POR CUMPLIMIENTO DE FUNCIÓN INSPECTIVA EN EL ÁREA DE LA SALUD. REMUNERACIÓN
Decreto 590/2008	01/12/2008	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD. REGLAMENTO PARA RÉGIMEN DE FUNCIONES INSPECTIVAS EN EL ÁREA DE LA SALUD. APROBACIÓN.	5	Decreto 343/2009	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SE CREA UNA COMPENSACIÓN POR CUMPLIMIENTO DE FUNCIÓN INSPECTIVA EN EL ÁREA DE LA SALUD. REMUNERACIÓN

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 792/2008	26/12/2008	FONDO DE GARANTÍA IAMC. SOLICITUD DE ACCESO A LA GARANTÍA.	3 literal C)	Decreto 171/2009	FONDO DE GARANTÍA PARA LA REESTRUCTURACIÓN DE PASIVOS DE LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA (FONDO DE GARANTÍA IAMC). FIDUCIARIOS
Decreto 803/2008	29/12/2008	SERVICIOS DE EMERGENCIA MÉDICA CON UNIDADES MÓVILES TERRESTRES. SE ADECUAN DISPOSICIONES Y SE ESTABLECEN PLAZOS.			
Decreto 820/2008	31/12/2008	SE DISPONE QUE LOS COLECTIVOS DE TRABAJADORES EN RÉGIMEN DE CAJAS DE AUXILIO O SEGUROS CONVENCIONALES, DE LA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES BANCARIAS, SE INCORPORARÁN AL SEGURO NACIONAL DE SALUD, EL 1º DE ENERO DE 2010.			
Decreto 044/2009 (CM 673)	19/01/2009	COMISIÓN REGULADORA DE COMPROMISOS DE GESTIÓN (CRCG). CREACIÓN	1	Decreto 195/2009	COMISIÓN REGULADORA DE COMPROMISOS DE GESTIÓN (CRCG). INTEGRACIÓN
Decreto 057/2009	26/01/2009	SE FIJA EL VALOR DE LAS CUOTAS DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA)	1	Decreto 298/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTAS DE AFILIACIONES INDIVIDUALES NO VITALICIAS, CUOTAS DE CONVENIOS COLECTIVOS, SOBRECUOTA DE GESTIÓN, SOBRECUOTA DE INVERSIÓN Y TASAS MODERADORAS. AUMENTO
Decreto 065/2009	29/01/2009	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SEGURO NACIONAL DE SALUD. MOVILIDAD DE USUARIOS. REGLAMENTACIÓN.	1	Decreto 177/2009	JUNTA NACIONAL DE SALUD. CAMBIOS DE PRESTADOR. AUTORIZACIÓN.
			1	Decreto 014/2010	SNIS - CAMBIO DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LOS BENEFICIARIOS - MODIFICA DECRETO Nº 65/09

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 091/2009	16/02/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. IMPUESTO AL VALOR AGREGADO. SE FIJA EN 6 PUNTOS PORCENTUALES EL CRÉDITO.		Decreto 246/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE FIJA EL CRÉDITO DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO
Decreto 113/2009	02/03/2009	REGLAMENTO INTERNO DE FUNCIONAMIENTO DE LA JUNTA NACIONAL DE SALUD. APROBACIÓN.			
Decreto 164/2009	30/03/2009	MEDICAMENTOS CUYAS PRESENTACIONES MUTUALES Y/U HOSPITALARIAS CONTEMPLARÁN LAS NECESIDADES MÍNIMAS MENSUALES PARA TRATAMIENTOS REGULADORES DE LA GLICEMIA Y DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. NÓMINA. APROBACIÓN			
Decreto 171/2009	13/04/2009	FONDO DE GARANTÍA PARA LA REESTRUCTURACIÓN DE PASIVOS DE LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA (FONDO DE GARANTÍA IAMC). FIDUCIARIOS			
Decreto 177/2009	20/04/2009	JUNTA NACIONAL DE SALUD. CAMBIOS DE PRESTADOR. AUTORIZACIÓN.			
Decreto 195/2009	27/04/2009	COMISIÓN REGULADORA DE COMPROMISOS DE GESTIÓN (CRCG). INTEGRACIÓN			
Decreto 197/2009	29/04/2009	FUNCIONARIOS. RETIRO INCENTIVADO. REGLAMENTACIÓN.			
Decreto 219/2009	11/05/2009	SE REGLAMENTA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LOS PROFESIONALES LICENCIADOS EN ENFERMERÍA EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD			

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 224/2009	13/05/2009	SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS FÍSICAS. SE INCORPORAN AL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL			
Decreto 246/2009	25/05/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE FIJA EL CRÉDITO DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO	1	Decreto 298/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTAS DE AFILIACIONES INDIVIDUALES NO VITALICIAS, CUOTAS DE CONVENIOS COLECTIVOS, SOBRECUOTA DE GESTIÓN, SOBRECUOTA DE INVERSIÓN Y TASAS MODERADORAS. AUMENTO
				Decreto 440/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE FIJA EN 4 PUNTOS PORCENTUALES EL CRÉDITO DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO
Decreto 267/2009	03/06/2009	ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (A.S.S.E.). CUOTAS DE AFILIACIÓN INDIVIDUAL. VALOR			
Decreto 289/2009	15/06/2009	PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD. CATÁLOGO DE PRESTACIONES. PRESTACIONES SUJETAS A NORMATIZACIÓN O A PROTOCOLIZACIÓN.			
Decreto 298/2009	22/06/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CUOTAS DE AFILIACIONES INDIVIDUALES NO VITALICIAS, CUOTAS DE CONVENIOS COLECTIVOS, SOBRECUOTA DE GESTIÓN, SOBRECUOTA DE INVERSIÓN Y TASAS MODERADORAS. AUMENTO			
Decreto 342/2009	27/07/2009	SE AUTORIZA A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS INTEGRALES DE SALUD INTEGRANTES DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD A POSTERGAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS NO URGENTES			
Decreto 343/2009	27/07/2009	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SE CREA UNA COMPENSACIÓN POR CUMPLIMIENTO DE FUNCIÓN INSPECTIVA EN EL ÁREA DE LA SALUD. REMUNERACIÓN			

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Decreto 372/2009	10/08/2009	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD. REFORMULACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA			
Decreto 401/2009	24/08/2009	JUNTA NACIONAL DE SALUD. INTEGRACIÓN			
Decreto 423/2009	14/09/2009	CARNÉ DE SALUD DEL NIÑO Y DE LA NIÑA CON TRISOMÍA 21 (SÍNDROME DE DOWN). SE DECLARA OBLIGATORIO EN TODO EL TERRITORIO.			
Decreto 440/2009	25/09/2009	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. SE FIJA EN 4 PUNTOS PORCENTUALES EL CRÉDITO DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO			
Decreto 467/2009 (CM 830)	10/09/2009	CONDICIONES PARA CONSIDERAR A JUBILADOS USUARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD COMO TRABAJADORES DEPENDIENTES EN ACTIVIDADES AMPARADAS EN EL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL			
Decreto 014/2010	18/01/2010	SNIS - CAMBIO DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LOS BENEFICIARIOS - MODIFICA DECRETO Nº 69/09			
Resolucion 610/2005	11/04/2005	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. COMISIÓN DE BIOÉTICA Y CALIDAD INTEGRAL DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD. CREACIÓN.		Decreto 379/2008	INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS. SE AUTORIZA.
Resolucion 027/2008	18/01/2008	INTÉGRASE LA JUNASA CON PRESIDENTE POR EL MSP Y MIEMBROS POR EL BPS Y EL MEF			
Resolucion 184/2008	26/09/2008	INCORPORA LOS FUNCIONARIOS CUYOS CARGOS REVISTEN EN LAS UNIDADES EJECUTORAS 001 Y 070 DEL MSP A LAS UNIDADES DE ASSE DONDE ESTÁN	1	Resolucion 29/2009	MODIFICA DISTRIBUCION DISPUESTA EN RESOLUCION 184/2008

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
		UNIDADES DE ASSE DONDE ESTÁN CUMPLIENDO TAREAS.		Resolucion ASSE 2015/2009	INCORPORA A ASSE A LOS FUNCIONARIOS INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 184/2008 Y 20/2009
				Ordenanza 384/2009 MSP	INCORPORA AL MSP A LOS FUNCIONARIOS INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 184/2008 Y 20/2010
Resolucion 727/2008 (CM 544)	17/09/2008	DESÍGNA EN EL DIRECTORIO DE ASSE MIEMBRO EN REPRESENTACIÓN DE LOS USUARIOS			
Resolucion 929/2008	03/11/2008	DESIGNA PARA INTEGRAR LA JUNTA NACIONAL DE SALUD POR MEF			
Resolucion 29/2009	02/03/2009	MODIFICA DISTRIBUCION DISPUESTA EN RESOLUCION 184/2008	1	Resolucion ASSE 2015/2009	INCORPORA A ASSE A LOS FUNCIONARIOS INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 184/2008 Y 20/2009
				Ordenanza 384/2009 MSP	INCORPORA AL MSP A LOS FUNCIONARIOS INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 184/2008 Y 20/2010
Resolucion ASSE 2015/2009	02/07/2009	INCORPORA A ASSE A LOS FUNCIONARIOS INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 184/2008 Y 20/2009			
Ordenanza 408/2005 MSP	27/05/2005	CRÉASE EL CENTRO DE INFORMACIÓN Y REFERENCIA NACIONAL DE LA RED-DROGAS			
Ordenanza 402/2006	19/07/2006	ESTUDIOS GRATIS DE PAPANICOLAU Y MAMOGRAFÍAS		Decreto 571/2006	CARNÉ DE SALUD BÁSICO A LAS MUJERES. EXPEDICIÓN. REQUISITOS.
Ordenanza 528/2006 MSP	24/08/2006	ESTABLÉCESE QUE IAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD ESTATALES Y PRIVADAS CUALQUIERA FUESE SU NATURALEZA. DEBERÁN BRINDAR TODA LA INFORMACIÓN QUE LE SEA SOLICITADA POR LA DIVISIÓN ECONOMÍA DE LA SALUD DEL MSP.			

NORMA	FECHA (PUBLICACIÓN PARA LEYES, PROMULGACION PARA DECRETOS)	TEMA	ARTICULOS	MODIFICADA O REGLAMENTADA O REFERENCIADA POR	TEMA
Ordenanza 751/2006	20/11/2006	CRÉASE LA "COMISIÓN NACIONAL PARA EL MONITOREO Y REDUCCIÓN DE LAS MUERTES DE MUJERES POR CAUSA DEL EMBARAZO, PARTO. CESÁREA. PUERPERIO Y ABORTO"			
Ordenanza 001/2008 MSP	02/01/2008	INCLÚYANSE EN EL SEGURO ACIONAL INTEGRADO DE SALUD. COMO PRESTADORES INTEGRALES. A LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES: MEDICINA PERSONALIZADA, SUMMUM, BLUE CROSS & BLUE SHIELD. SEGURO AMERICANO. SEGURO BRITÁNICO. COPHAMI. IPAM Y PRIMÉDICA			
Ordenanza 358/2008 MSP	19/06/2008	SUSPÉNDESE TRANSITORIAMENTE Y HASTA NUEVA RESOLUCIÓN LA MOVILIDAD DE LOS AFILIADOS AL SEGURO DE ATENCIÓN PARCIAL IPAM (INSTITUCIÓN DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA MÉDICA)			
Ordenanza 481/2008 MSP	01/08/2008	REGLAMENTA FUNCIONAMIENTO COMISIONES INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y PREVENCIÓN DEL ERROR EN MEDICINA			
Ordenanza 589/2008 SIIS	19/09/2008	INICIA PROCESO PARA IMPLANTAR UN SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADO DE SALUD (SUS) BASADO EN LA HISTORIA DIGITAL DE SALUD (HDS)			
Ordenanza 384/2009 MSP	25/06/2009	INCORPORA AL MSP A LOS FUNCIONARIOS INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 184/2008 Y 20/2010			

La lectura de los documentos correspondientes y el análisis de las interrelaciones establecidas entre los distintos integrantes de ese plexo permite dimensionar y meritar todo lo que se ha avanzado en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como detallar las acciones incluidas en la legislación que se encontraban aún pendientes de cumplimiento, que se describen en la tabla siguiente.

PUNTOS PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE				
NORMA	**FECHA PUBLICACIÓN**	**TEMA**	**ART.**	**TEXTO ARTICULO**
Ley 18161	**08/08/2007**	**ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO - SE CREA COMO SERVICIO DESCENTRALIZADO**	5	El Directorio de ASSE tendrá los siguientes poderes jurídicos: … J) Proyectar, dentro del plazo de 180 días, el Reglamento General del organismo, elevándolo al Poder Ejecutivo para su aprobación
			7	Al Presidente le corresponde: … El Presidente del Directorio representará al organismo y tendrá las demás facultades que establezca el Reglamento General, que será aprobado por el Poder Ejecutivo a propuesta de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
			10	Habrá un Consejo Asesor Honorario Nacional y Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, que se integrarán en la forma que establezca el Reglamento General de ASSE, el que garantizará la participación de sus usuarios y sus trabajadores.
			11	Estos Consejos Honorarios tendrán actividades de asesoramiento, proposición y evaluación, en sus respectivas jurisdicciones. Todos sus informes serán presentados al Directorio de ASSE, pero no tendrán carácter vinculante.

NORMAS PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO AL 15 DE OCTUBRE DE 2009				
NORMA	**FECHA PUBLICACIÓN**	**TEMA**	**ART.**	**TEXTO ARTICULO**
Ley 18161	**08/08/2007**	**ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO - SE CREA COMO SERVICIO DESCENTRALIZADO**	19	ASSE dictará dentro del plazo de 180 días, a partir de la vigencia de la presente ley, 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. F) Informalismo en favor del administrado. 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 en contrario. L) Motivación de la decisión. M) Gratuidad.

Con referencia a lo dispuesto por el citado artículo 19, ASSE no dictó resolución alguna, aplicándose en lo atinente a los procedimientos administrativos y disciplinarios el Decreto 500/1991 al amparo de lo establecido en su artículo 235.

NORMAS PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO AL 15 DE OCTUBRE DE 2009				
NORMA	**FECHA PUBLICACIÓN**	**TEMA**	**ART.**	**TEXTO ARTICULO**
Ley 18211	**13/12/2007**	**SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD - NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN**	6	El Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte de los servicios de salud. La reglamentación determinará los contenidos de la información que deban proporcionar las instituciones, su periodicidad y las sanciones en caso de incumplimiento. Toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento.
			35	La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención.

ANEXO 3

Regulaciones que afectan al paquete de productos y sus cantidades, incluyendo las que afectan a la población objetivo (en cantidad y composición) y su correlativo incremento de demanda de prestaciones.

NORMA/ACUERDO	TEMA
Ordenanza 402/2006	ESTUDIOS GRATIS DE PAPANICOLAU Y MAMOGRAFÍAS
Decreto 265/2006	"FORMULARIO TERAPÉUTICO DE MEDICAMENTOS". APROBACIÓN.
Decreto 494/2006	DISPÓNESE QUE LAS INSTITUCIONES O SERVICIOS DE SALUD DE CUALQUIER NATURALEZA, TANTO PÚBLICOS COMO PRIVADOS, DEBERÁN PRESTAR ATENCIÓN Y ASISTENCIA A USUARIAS, AFILIADAS O PACIENTES DEL SEXO FEMENINO QUE SE ENCUENTREN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA
Decreto 571/2006	CARNÉ DE SALUD BÁSICO A LAS MUJERES. EXPEDICIÓN. REQUISITOS.
Decreto 660/2006	SE AUTORIZA LA LIBRE COMERCIALIZACIÓN, EN COMERCIOS LEGALMENTE ESTABLECIDOS, DE ANTEOJOS Y/O LENTES PROTECTORES DE SOL QUE NO REQUIERAN RECETA MÉDICA, LOS QUE DEBERÁN CONTAR OBLIGATORIAMENTE CON FILTRO ULTRAVIOLETA
Decreto 012/2007	"INTERCAMBIABILIDAD DE MEDICAMENTOS" SE APRUEBAN LAS RECOMENDACIONES TÉCNICAS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE BIOEQUIVALENCIA
Decreto 416/2007	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. PROGRAMA PRIORITARIO DE SALUD DE LA NIÑEZ. SE ESTABLECE LA OBLIGATORIEDAD DE LA INVESTIGACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO: HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO, Y DE FENILCETONURIA E HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA
Decreto 445/2007	REGLAMENTO DEL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE PARTERA. SE ACTUALIZA.
Decreto 032/2008	SEGURO NACIONAL DE SALUD. SE CONSIDERA INCORPORADOS LOS TRABAJADORES DEL PODER JUDICIAL Y DE LOS ENTES DE LA ENSEÑANZA.
Decreto 157/2008	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. SEGURO NACIONAL DE SALUD. FUNCIONARIOS CIVILES NO EQUIPARADOS A UN GRADO MILITAR. OPCIÓN.
Decreto 193/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. TRABAJADORES QUE CUENTEN CON COBERTURA INTEGRAL DE SALUD. TRANSICIÓN.
Decreto 268/2008	RECUPERACIÓN DE LOS DERECHOS JUBILATORIOS Y PENSIONARIOS DE LAS PERSONAS QUE NO PUDIERON ACCEDER AL TRABAJO EN EL PERÍODO DE FACTO. SE DISPONE SE LES OTORGUE UN CARNÉ DE ASISTENCIA GRATUITO.
Decreto 300/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO SALUD. TRABAJADORES DE LAS ENTIDADES AFILIADAS A LA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES BANCARIAS. INCORPORACIÓN. MODIFICACIÓN
Ordenanza 358/2008 MSP	SUSPÉNDESE TRANSITORIAMENTE Y HASTA NUEVA RESOLUCIÓN LA MOVILIDAD DE LOS AFILIADOS AL SEGURO DE ATENCIÓN PARCIAL IPAM (INSTITUCIÓN DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA MÉDICA)

Decreto 309/2008	ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA CON UNIDADES MÓVILES. REGLAMENTACIÓN. ACTUALIZACIÓN
Ordenanza 384/2009 MSP	INCORPORA AL MSP A LOS FUNCIONARIOS INDICADOS EN LAS RESOLUCIONES 184/2008 Y 20/2010
Decreto 323/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SE EXTIENDE EL PLAZO DE INCORPORACIÓN PARA LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES DE LA ANCAP Y PARA LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES DEL BANCO HIPOTECARIO DEL URUGUAY (BHU)
Decreto 320/2008	SE DISPONE QUE LA ADM CENTRAL Y LOS ORGANISMOS DEL ART 220 DE LA CONSTIT DE LA REP APLICARÁN LOS CRÉDITOS PARA REGÍMENES PROPIOS DE COBERTURA MÉDICA A QUIENES RESULTEN BENEFICIARIOS DEL SNS, AL PAGO DE APORTES PATRONALES AL FONDO NACIONAL DE SALUD
Ordenanza 481/2008 MSP	REGLAMENTA FUNCIONAMIENTO COMISIONES INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y PREVENCIÓN DEL ERROR EN MEDICINA
Decreto 380/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. PLAZO DE INGRESO AL SISTEMA. SE EQUIPARA LA SITUACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS AL DE OTROS TRABAJADORES DE DETERMINADAS ENTIDADES FINANCIERAS
Decreto 389/2008	SE DISPONE LA INCORPORACIÓN AL PROGRAMA NACIONAL DE PESQUISA NEONATAL, EL ESTUDIO DE LA HIPOACUSIA NEONATAL.
Decreto 399/2008	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. SE ACTUALIZA NORMATIVA.
Ley 18335	PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD - SE ESTABLECEN SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES
Decreto 465/2008	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD. CATÁLOGO DE PRESTACIONES. APROBACIÓN.
Decreto 529/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SE EXTIENDE EL PLAZO DE INCORPORACIÓN PARA LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES DEL BANCO HIPOTECARIO DEL URUGUAY (BHU).
Decreto 830/2008 Decreto 065/2009	SE DISPONE QUE LOS COLECTIVOS DE TRABAJADORES EN RÉGIMEN DE CAJAS DE AUXILIO O SEGUROS CONVENCIONALES, DE LA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES BANCARIAS, SE INCORPORARÁN AL SEGURO NACIONAL DE SALUD, EL 1º DE ENERO DE 2010. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. SEGURO NACIONAL DE SALUD. MOVILIDAD DE USUARIOS. REGLAMENTACIÓN.
Decreto 164/2009	MEDICAMENTOS CUYAS PRESENTACIONES MUTUALES Y/U HOSPITALARIAS CONTEMPLARÁN LAS NECESIDADES MÍNIMAS MENSUALES PARA TRATAMIENTOS REGULADORES DE LA GLICEMIA Y DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. NÓMINA. APROBACIÓN
Decreto 177/2009	JUNTA NACIONAL DE SALUD. CAMBIOS DE PRESTADOR. AUTORIZACIÓN.
Decreto 219/2009	SE REGLAMENTA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LOS PROFESIONALES LICENCIADOS EN ENFERMERÍA EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
Decreto 289/2009	PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD. CATÁLOGO DE PRESTACIONES. PRESTACIONES SUJETAS A NORMATIZACIÓN O A PROTOCOLIZACIÓN.

Decreto 342/2009	SE AUTORIZA A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS INTEGRALES DE SALUD INTEGRANTES DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD A POSTERGAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS NO URGENTES
Decreto 467/2009 (CM 830)	CONDICIONES PARA CONSIDERAR A JUBILADOS USUARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD COMO TRABAJADORES DEPENDIENTES EN ACTIVIDADES AMPARADAS EN EL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL
Decreto 423/2009	CARNÉ DE SALUD DEL NIÑO Y DE LA NIÑA CON TRISOMÍA 21 (SÍNDROME DE DOWN). SE DECLARA OBLIGATORIO EN TODO EL TERRITORIO.

Regulaciones que afectan la calidad.

NORMA/ACUERDO	TEMA
Decreto 129/2005	LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS. REGLAMENTACIÓN.
Ordenanza 408/2005 MSP	CRÉASE EL CENTRO DE INFORMACIÓN Y REFERENCIA NACIONAL DE LA RED-DROGAS
Decreto 243/2005	CONSEJO ASESOR INTERINSTITUCIONAL DEL CENTRO DE INFORMACIÓN Y REFERENCIA NACIONAL DE LA RED - DROGAS. CREACIÓN. INTEGRACIÓN. ATRIBUCIONES
Decreto 067/2006	LEY DE ACOMPAÑAMIENTO DE TRABAJO DE PARTO. REGLAMENTACIÓN
Decreto 137/2006	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. SE ACTUALIZA EL IMPORTE CORRESPONDIENTE A LAS MULTAS Y SANCIONES POR INFRACCIÓN A LAS DISPOSICIONES SANITARIAS VIGENTES
Decreto 160/2006	CONTROL, CALIDAD Y SEGURIDAD PARA EL TRANSPLANTE DE LAS CÉLULAS Y TEJIDOS HUMANOS
Ordenanza 528/2006 MSP	ESTABLÉCESE QUE IAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD ESTATALES Y PRIVADAS CUALQUIERA FUESE SU NATURALEZA. DEBERÁN BRINDAR TODA LA INFORMACIÓN QUE LE SEA SOLICITADA POR LA DIVISIÓN ECONOMÍA DE LA SALUD DEL MSP.
Decreto 340/2006	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD DEL "COMITÉ NACIONAL" Y "COMITÉS REGIONALES" PARA LA MONITORIZACIÓN DE MUERTES DE NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS. CREACIÓN, INTEGRACIÓN Y OBJETIVOS
Ordenanza 751/2006	CRÉASE LA "COMISIÓN NACIONAL PARA EL MONITOREO Y REDUCCIÓN DE LAS MUERTES DE MUJERES POR CAUSA DEL EMBARAZO, PARTO. CESÁREA. PUERPERIO Y ABORTO"
Decreto 013/2007	HABILITACIONES ASISTENCIALES. SE AMPLÍAN LAS PREVISIONES DEL DECRETO 416/002
Decreto 035/2007	MARCO REGULATORIO PARA LOS ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE "USUARIO CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS". APROBACIÓN
Decreto 359/2007	SERVICIOS DE SALUD. SE REGLAMENTA EL TIEMPO DE ESPERA PARA ACCEDER A LAS CONSULTAS, TANTO DE MEDICINA GENERAL, COMO DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS, POR PARTE DE LOS USUARIOS.
Decreto 542/2007	CARNÉ DE SALUD DEL NIÑO Y DE LA NIÑA. REGLAMENTACIÓN. MODIFICACIÓN
Decreto 378/2008	SE PRORROGA EL PLAZO CON QUE CUENTAN LAS INSTITUCIONES QUE TIENEN PENDIENTE LA RECATEGORIZACIÓN PARA CONVERTIRSE EN PRESTADORES INTEGRALES DE SALUD

NORMA/ACUERDO	TEMA
Decreto 379/2008	INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS. SE AUTORIZA.
Decreto 464/2008	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. JUNTA NACIONAL DE SALUD. PRESTADOR INTEGRAL. CONTRATO DE GESTIÓN.
Decreto 590/2008	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD. REGLAMENTO PARA RÉGIMEN DE FUNCIONES INSPECTIVAS EN EL ÁREA DE LA SALUD. APROBACIÓN.
Decreto 044/2009 (CM 673)	COMISIÓN REGULADORA DE COMPROMISOS DE GESTIÓN (CRCG). CREACIÓN
ACUERDO PRESTADORES, TRABAJADORES Y USUARIOS DEL SNIS	ACUERDO ENTRE PRESTADORES, TRABAJADORES Y USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD DE ABSTENERSE DE REALIZAR INTERMEDIACIÓN LUCRATIVA PARA CAPTAR USUARIOS
Ley 18473	SE ESTABLECE EL DERECHO PARA LAS PERSONAS MAYORES DE EDAD DE OPONERSE A LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS SALVO QUE SE AFECTE LA SALUD DE TERCEROS
Decreto 195/2009	COMISIÓN REGULADORA DE COMPROMISOS DE GESTIÓN (CRCG). INTEGRACIÓN

Regulaciones que afectan la accesibilidad

NORMA/ACUERDO	TEMA
Decreto 385/2005	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE SECRETARÍA. SE LE ENCOMIENDA LA ADMINISTRACIÓN DEL REGISTRO UNICO DE COBERTURA DE ASISTENCIA FORMAL (RUCAF).
Decreto 406/2005	PLAN NACIONAL DE ATENCIÓN A LA EMERGENCIA SOCIAL (PANES), BENEFICIARIOS TENDRÁN DERECHO A ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DEL MSP EN MONTEVIDEO E INTERIOR, EN IGUALDAD DE CONDICIONES QUE LOS POSEEDORES DEL CARNÉ GRATUITO DE ASISTENCIA
Decreto 015/2006	SERVICIOS DE SALUD. TRAMITACIÓN DE PETICIONES, RECLAMACIONES O CONSULTAS DE LOS USUARIOS. REGLAMENTACIÓN
Decreto 159/2006	CARNÉ DEL ADULTO MAYOR. IMPLEMENTACIÓN
Decreto 250/2007	DERECHO A LA IDENTIDAD DEL NIÑO Y SU IDENTIFICACIÓN DESDE EL NACIMIENTO
Decreto 282/2008	SEGURO NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES BANCARIAS. TRABAJADORES. INCORPORACIÓN
Decreto 224/2009	SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS FÍSICAS. SE INCORPORAN AL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL

De la reforma deseada a la reforma posible

El proceso por el que atravesó la génesis del Sistema Nacional Integrado de Salud fue evidentemente complejo. Desde su generación hasta su aprobación el corpus de normas, reglamentaciones y otras regulaciones incluidas en la reforma fue sujeto de una amplia discusión pública que involucró tanto a los distintos partidos y facciones políticas como a diversos actores clave del sector sanitario. Estando sancionadas las principales normas del Sistema, este informe busca hacer un repaso del proceso de construcción, sus fortalezas, sus desafíos pendientes y las posibilidades en materia de los pasos futuros a implementar para consolidar los logros conseguidos y profundizar los cambios que están en marcha.

El análisis que proponemos para este proceso de la reforma habrá de centrarse en la consideración de los objetivos centrales de la propuesta normativa, e intentar evaluar sus resultados e impactos en el funcionamiento del sistema de salud. En tal sentido, resulta interesante considerar los avances logrados y los desafíos pendientes dentro de los objetivos planteados por la reforma así como examinar los límites de la propia reforma para pensar cuáles son objetivos deseables en el largo y el mediano plazo.

En ese mismo sentido, se considera valioso analizar la situación de los diversos actores involucrados en la operación del sistema, como estaban antes de la reforma y cómo han quedado una vez implementados los cambios establecidos en las normas.

El objetivo fundamental del proceso de reforma de la salud es asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud. En miras a ese objetivo y articulando con normas aprobadas previamente como la creación del ASSE o del FONASA, el proyecto de Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud se articuló en base a tres ejes centrales:

1. Cambiar el modelo de atención sanitaria, pasando de una visión centrada en la enfermedad y con el acento puesto en el tratamiento curativo de la enfermedad a una visión apoyada en privilegiar la prevención y la promoción de la salud. A esos efectos, la reforma normativa apunta al fortalecimiento de la Atención Primaria en el primer nivel de atención donde estadísticamente se registra el 80% de los actos sanitarios.

2. Cambiar el modelo de gestión sanitaria apuntalando la articulación, la coordinación y la complementariedad entre los subsistemas público y privado. Para viabilizar esa complementación entre ambos subsectores se planteó la generación de contratos de gestión entre prestadores de ambos así como con prestadores privados que no siendo

parte del SNIS le vendan servicios sanitarios a algunos de los prestadores que están dentro del Sistema.

3. Implementar un nuevo sistema de financiamiento del sistema sanitario proveyendo mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad al sistema. Para lo que la ley creó el Seguro Nacional de Salud –SENASA- como herramienta para estructurar el sistema de financiamiento del nuevo sistema de salud. A este Seguro aportan los diversos actores: el Estado como empleador, las empresas privadas, los trabajadores en actividad y los pasivos. Adicionalmente, el Estado aporta fondos del presupuesto a este Seguro para garantizar la sustentabilidad.

Para efectivizar tal reforma, se creó la Junta Nacional de Salud – JUNASA – que tiene una serie de funciones clave en la operación del sistema sanitario post reforma. Las cuestiones relacionadas con las funciones de la JUNASA se verán más adelante en forma separada.

EL DESARROLLO DE LA AGENDA SANITARIA HACIA LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

L a visión que el Gobierno del Frente Amplio tuvo del sector sanitario es que se trataba de un ámbito con enormes complejidades y que venía desmejorando progresivamente desde la década de los ’70 hasta llegar a mediados de los años ’90 a una crisis estructural que exigía la discusión e implementación de cambios radicales a nivel tanto de los objetivos del sistema como en los principios de organización del mismo.

Los principales problemas del sector sanitario pueden ser sintetizados de la forma siguiente:

1. Cierto estancamiento en la evolución de los indicadores de salud básicos en los que el país había sido líder regional
2. Una nueva estructura epidemiológica de riesgos que debía ser considerada
3. Predominio de un modelo de atención centrado en un enfoque curativo y no preventivo
4. Crisis del sistema mutual, tanto en los aspectos asistenciales y como de financiamiento
5. Dificultad de los usuarios para acceder y utilizar la cobertura de atención

6. Deficiente organización del sistema de financiamiento y una distribución inequitativa de los recursos de salud disponibles
7. Debilidad profunda en el rol de Rectoría del Ministerio de Salud sobre el sistema de salud

Los diferentes actores relacionados con el sector sanitario parecen haber coincidido en un diagnostico similar sobre la situación y sobre la necesidad de avanzar en un proceso de reforma del sistema sanitario. Desde las agrupaciones sindicales se contaba con expresiones concretas sobre esa necesidad y se había propuesto ejes de reforma similares a los que fueron adoptados en la propuesta del Gobierno. También desde los diferentes actores de la corporación de la salud se venían impulsando propuestas de una reforma sostenida en la necesidad del cambio de ejes de gestión sanitaria hacia el acceso igualitario a la salud, el fortalecimiento de las políticas preventivas y de promoción de la salud, el fortalecimiento de los roles de rectoría de la autoridad pública y la necesidad de modificar la estructura de financiamiento del sistema.

Estas miradas y propuestas habrían de catalizar en proyecto del Poder ejecutivo de reforma del sistema de salud. Desde su concepción el Gobierno vio esta reforma como un proceso gradual y en etapas por lo que entendió que había que estructurarlo en fases, con normas que habrían de funcionar como pilares del proceso de reforma.

Planteada en estos términos la propuesta de reforma, el gobierno del Dr. Tabaré Vázquez, impulsó un proceso de discusión de las diversas normas que integraron la reforma del sistema de salud a través de la constitución de un Consejo Consultivo que fue creado por el Decreto 113/005 para la discusión en ese ámbito de los grandes temas en la agenda de reforma. Ese Consejo estuvo constituido por diversas organizaciones del sector sanitario que tuvieron la posibilidad de ir incorporando sus visiones y realizando aportes técnicos a las discusiones sobre los proyectos normativos.

La creación del Consejo consultivo permitió ir generando los consensos necesarios para avanzar en la reforma cuyo primer hito destacable fue la descentralización de la ASSE y la creación del FONASA.

Diversos actores apoyaron expresamente la iniciativa de reforma entre los que se puede mencionar la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. En igual sentido lo había hecho la Sociedad Cardiológica del Uruguay. El Sindicato Medico

del Uruguay (SMU) dio apoyo al proyecto. En igual sentido se pronunciaron las organizaciones sindicales reunidas en la PIT – CNT.

Las diferencias partidarias en cuanto al proyecto vieron reflejo en los apoyos o cuestionamientos en los principales medios de difusión. El Diario La Republica se manifestó permanentemente en apoyo de la iniciativa mientras que El País mantenía fuertes críticas al proceso de Reforma y en particular al proyecto de Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud que fue el hito más trascendente en la estructuración del nuevo esquema sanitario.

El paso fundamental para la constitución del nuevo Sistema Nacional de Salud fue la sanción de la Ley 18211 que estructura el Sistema Nacional Integrado de Salud y crea la JUNASA organismo desconcentrado del MSP como unidad ejecutora encargada de administrar el sistema.

La discusión parlamentaria del proyecto de ley 18211 fue relativamente rápida y las bancadas de los principales partidos de la oposición denunciaron que la propuesta no había sido suficientemente discutida en la Legislatura.

De la revisión del debate parlamentario del proyecto de la que habría ser la ley Nº 18211 puede observarse que el Partido Nacional fue el que con mas ahínco se opuso al proyecto del oficialismo, tanto en su informe de minoría como en las intervenciones de sus diputados, el Partido Nacional se opuso fuertemente a prácticamente todos los contenidos de la Ley sosteniendo que se atacaba la libertad de empresa en la salud reemplazada por la "centralización política", que se impulsaba el estatismo de la gestión en el ámbito de la salud y que se procuraba instaurar una nueva carga tributaria sobre las personas y las empresas. El Partido Nacional también sostuvo la existencia de un fuerte conflicto de intereses del Ministerio de Salud Publica ya que su participación en el órgano de dirección de la JUNASA (en la que además ejerce la presidencia) colisionaría con su función de representante de los intereses de la ASSE, planteando la falta de imparcialidad (o equidistancia) de la JUNASA respecto de las relaciones entre prestadores del sector público (ASSE) y los del sector privado con el riesgo de favoritismo para los públicos.

Una de críticas más punzantes de los representantes del Partido Nacional se centro en la idea de complementariedad que portaba el proyecto oficial. Según los representantes del PN se produciría en realidad una situación de competencia entre los sub sectores públicos y privados que iba contra los ejes de cambio planteados por el proyecto oficialista y que habría de terminar dañando a los sectores empresariales del ámbito de la salud.

Otro cuestionamiento se refirió a la JUNASA y su constitución sosteniendo que se otorgaba un poder muy amplio y que además la pretendida representación de los usuarios era dudosa ya que la asociación que habría de ingresar a JUNASA había sido impulsada por el Gobierno.

Por su parte el Partido Colorado hizo blanco de sus críticas en la falta de debate, resaltando que en condiciones adecuadas de discusión el Partido Colorado estaba dispuesto a apoyar el proceso de reforma tal como lo había hecho previamente respecto de las leyes de creación del FONASA y de descentralización de la ASSE. Cuestiona la creación de la JUNASA pues sostiene que se constituirá en un organismo todo poderoso con los riesgos que ello implica para la equidad. Asimismo, plantea que la reforma tiende a nivelar para abajo en materia de calidad de atención en lugar de promover un sistema de acceso universal.

Desde el Partido Colorado también se afirmo que habían sido convocados sectores pero que sus opiniones no habían sido escuchadas ni tomadas en cuenta, tales como las empresas de urgencias, las asociaciones de farmacéuticos y otros prestadores de servicios de salud.

El proyecto finalmente sancionado, incluyo una serie de artículos propuestos por el Poder Ejecutivo para dar mayor claridad en algunos puntos que habían sido cuestionados como los de la estructuración del financiamiento. Los partidos de oposición plantearon que esa parte nueva del articulado no había sido suficientemente debatida ya que no pasó por los debates de comisiones y se presentó a la Cámara para su incorporación al proyecto el día antes.

La bancada oficialista haciendo pesar su capacidad de decisión en el Poder Legislativo aprobó la Ley de creación del SNIS.

LAS HERRAMIENTAS DE GOBERNABILIDAD INSTITUCIONAL DEL SISTEMA

La reforma del sistema ha generado cambios profundos en la estructura institucional impulsando mecanismos que apuntalan la gobernabilidad sectorial. Entre ellos se destacan por un lado, la voluntad de consolidar el rol de rectoría del MSP y su articulación con nuevos los organismos e institutos creados por las normas y por otro las herramientas con las que esos nuevos actores han de operar sobre la dinámica del sistema.

Los ejes que el Sistema establece pasan por la complementación de las funciones de rectoría y acreditación por parte del MSP con las capacidades operativas de la JUNASA y la puesta en marcha de herramientas como los Programas Integrales de Prestaciones, la Cuota Salud y los Contratos de Gestión.

Adicionalmente, una diversidad de mecanismos incentiva la participación social en las políticas sectoriales apuntalando la estructura de gobernabilidad.

LA JUNTA NACIONAL DE SALUD - JUNASA

La JUNASA es uno de los organismos clave de la Reforma del Sistema, ya que permite separar de forma ordenada las funciones de rectoría a cargo del Ministerio de Salud Publica y las de administración del sistema que quedan, en su mayor parte, en el ámbito de la JUNASA (que adquiere la forma jurídica de un Ente Desconcentrado en el ámbito del Ministerio de Salud). Este es un avance significativo porque responde a las necesidades detectadas de fortalecer el rol de rectoría del MSP y al mismo tiempo dar organicidad al manejo de las relaciones entre los diversos actores del sector sanitario.

En esta división de funciones, le cabe al Ministerio la definición de las políticas sanitarias, la aprobación de las normas y el contralor general del funcionamiento del sistema.

La estructuración del SNIS se apoya en la idea de integrar de los subsectores del sector sanitario mediante la generación de una red y a través de la creación de un órgano central de gobierno del Sistema: la JUNASA.

La JUNASA tiene como funciones principales la planificación, organización, dirección y contralor del SNIS.

En términos de financiamiento la ley 18211 crea el SEGURO NACIONAL DE SALUD que concentra los fondos del Estado, las empresas, los trabajadores y los pasivos a los que se suman aportes del Presupuesto Nacional para dar integralidad a las relaciones financieras entre los financiadores y los proveedores de servicios de salud. La administración de los fondos del SENASA se hace a través de la JUNASA.

Entre las funciones principales de la JUNASA relativas a la gobernabilidad del Sistema se encuentran:

1. la autorización a los prestadores para que integren el SNIS
2. La firma de los convenios de gestión
3. La determinación de los mecanismos de participación de los usuarios

En cuanto a su conformación, la JUNASA es dirigida por un órgano colegiado de siete miembros, cuatro de ellos representan a diferentes organismos públicos y los otros tres a sectores privados. Los cuatro representantes públicos provienen dos de ellos del Ministerio de Salud Publica, uno del Ministerio de Economía y Finanzas y el restante del Banco de Previsión Social. Los tres miembros privados representan a los Prestadores, los Trabajadores y los Usuarios.

La JUNASA no tiene presupuesto propio y los miembros de su órgano de dirección no cobran remuneración alguna por sus funciones en la Junta.

LOS PROGRAMAS INTEGRALES DE PRESTACIONES

Como se dijo, uno de los elementos centrales para efectivizar el acceso equitativo a las prestaciones fue la creación de los Programas Integrales de Prestaciones (PIP). Estos Programas son la base jurídica y el marco de acción administrativa para la determinación de las obligaciones de los prestadores con los usuarios.

Como parte de la estructura del SNIS, los prestadores que son parte del Sistema deben cumplir con el paquete de prestaciones que las leyes y regulaciones aseguran a los usuarios. Los PIP son aprobados por el MSP y su cumplimiento por los prestadores que integran el SNIS es controlado por la JUNASA.

Los incumplimientos de las obligaciones de los prestadores para con los usuarios traen como consecuencia el bloqueo total o parcial de la autorización de pago de la cuota salud.

El MSP debe ir actualizando en forma periódica los PIP de acuerdo a "la evidencia científica, demográfica y epidemiológica de la población uruguaya".

Por Decreto 464/2008 se aprobaron los Programas Integrales de Salud relativos a los programas de salud prioritarios incluidos dentro del Plan de Prestaciones Integrales de Salud.

LA CUOTA SALUD

En el esquema planteado por la reforma, los prestadores del Sistema reciben pagos capitados segmentados por población y pagos por cumplimiento de metas asistenciales. Las Cuotas Salud establecen niveles de pago diferenciados en función de franjas etarias con requerimientos de atención diversos. De esta manera se busca transparentar los costos de salud reconociendo los factores de riesgo asociados con determinadas edades. En la discusión parlamentaria, se afirmó también que había una voluntad expresa de premiar a aquellos prestadores que toman el riesgo de concentrar su atención en grupos poblacionales con mayores exigencias en materia de atención. El otro efecto de los niveles diferenciados es incentivar las actividades de prevención y promoción a fin de evitar los mayores costos devenidos de prestaciones curativas de enfermedad.

El elemento más dinámico en el sistema de financiamiento son las metas asistenciales que complementan los pagos de cápitas al asignar pagos por el cumplimiento de metas sanitarias previamente determinadas en áreas programáticas priorizadas.

LOS CONTRATOS DE GESTION

La articulación de los contenidos del PIP en la relación entre el SNIS y cada prestador en particular se habrá de plasmar en un Contrato de gestión que establece los contenidos concretos a través de un contrato que firma con la JUNASA. A su vez, será este organismo el que ejerza el control de cumplimiento de las obligaciones asumidas por los prestadores en ese acuerdo, pudiendo aplicar sanciones a los prestadores que no cumplan adecuadamente sus obligaciones.

MECANISMOS DE PARTICIPACION SOCIAL

Desde la generación del Consejo Consultivo creado por Decreto 113/005, se han venido desarrollando en las normas institutos que viabilizan la participación de los diversos actores sociales en las instituciones del Sistema.

De acuerdo con la Ley 18211 en el órgano de dirección de la JUNASA participan tres representantes no públicos, uno de ellos por los trabajadores, otro por los prestadores y otro por los usuarios.

En el caso de la ASSE, la ley de descentralización (18161) también prevé la participación social ya que en el Directorio de 5 miembros, uno de ellos debe representar a los trabajadores y otro a los usuarios.

Finalmente, también en las entidades privadas deben existir los Consejos Consultivos y Asesores (CCA) cuyas características han sido establecidas por el Decreto Nº 269/008. Las funciones de estos CCA son amplias y van desde participar en campañas de promoción sanitaria, participar en la evaluación de reclamos de usuarios referidos a servicios recibidos (o no recibidos), tomar parte en el análisis del desarrollo de los PIP en ese prestador y tomar conocimiento de la evolución financiera del prestador a través de los balances y toda otra información contable.

ALGUNOS RESULTADOS DE LA REFORMA

Es posible afirmar que la Reforma ha generado a esta altura algunos resultados interesantes en materia de acceso equitativo y universalización de las prestaciones.

- Con la implementación del seguro Nacional de Salud y la incorporación de los hijos menores de los trabajadores y de todos los jubilados se ha dado un paso clave hacia la generalización/ universalización de la cobertura.
- Desde el punto de vista institucional, se avanzó en la implementación y puesta en marcha de las reformas establecidas por la normativa de la Reforma: la JUNASA está en pleno funcionamiento y ha puesto en marcha tanto los PIP como los contratos de gestión con los prestadores.
- Se han dado pasos importantes en el fortalecimiento de las funciones de rectoría del MSP, en especial desde el punto de vista de la estructura organizacional por la que reformó la DIGESA, implementando tres Divisiones temáticas para una mayor efectividad de la gestión: Fiscalización, Normalización y Habilitación. Este fortalecimiento de las competencias de regulación parece haber tenido algunos impactos positivos en el sistema como lo son el seguimiento y mejora de los tiempos de espera para atención y la eficiencia en los trámites de habilitación.
- En lo relativo a la participación, se han constituido los Comités Consultivos y Asesores en todas las IAMC. Mientras que tanto en la ASSE como en la JUNASA se ha producido la incorporación de los representantes de los actores sociales.
- Se ha iniciado, aunque con un alcance bastante limitado, el proceso que permite la libre elección del prestador.
- La opinión de la ciudadanía sobre la reforma ha evolucionado de manera muy positiva. Los estudios de opinión muestran que al momento de aprobarse la Reforma algo más del 40% de los consultados se pronunciaba a favor (con un porcentaje de casi el 40% de encuestados que preferían no contestar). En 2009 esas cifras de apreciación positiva sobre la reforma superan el 65% y los ns/nc se han reducido a menos del 10%. La opinión negativa sobre la Reforma se ha mantenido prácticamente constante en torno al 10% desde la aprobación hasta el presente.
- Todos los estudios de opinión coinciden en que las opiniones favorables a la Reforma se concentran mayoritariamente en los sectores de recursos bajos y medios que eran los más afectados por la inequidad y las dificultades de acceso a servicios de salud previos a la Reforma.

DESAFIOS A FUTURO

Existe un número importante de cuestiones pendientes aunque ello es lógico teniendo en cuenta que el SNIS es relativamente reciente y también la naturaleza progresiva de implementación de la Reforma que se previó desde su gestación. Algunos de los desafíos que se visualizan en el futuro son:

- Consolidar la rectoría del MSP y avanzar en la definición de políticas clave para los modelos de gestión y atención tales como el desarrollo e implementación de una política de recursos humanos, la definición de una política nacional de medicamentos, el fortalecimiento de la función de promoción sanitaria, entre otras.
- Evaluar las mejoras necesarias en las áreas de gestión del MSP para avanzar en la implementación de los cambios en el modelo de asistencia prestacional.
- Resolver algunos problemas de gobernabilidad de la JUNASA, tales como:
    - El carácter colegiado de los órganos de dirección que puede generar dificultades al momento de tomar decisiones críticas, por lo que habría que prever mecanismos eficientes de superación de eventuales conflictos.
    - Habría que evaluar el desarrollo de una normativa de prevención de situaciones de conflictos de intereses para los funcionarios públicos que participen en la JUNASA, teniendo en cuenta su posición compleja respecto de la defensa del interés general y la posibilidad de favorecer a los prestadores públicos frente a los privados.
- Desarrollar los mecanismos de participación social en los organismos del Sistema a fin de que la ciudadanía cuente con una representación informada y responsable en esos ámbitos.
- Analizar las cuestiones relacionadas con el financiamiento del sistema que parece plantear una serie de escenarios complejos en el futuro, en parte relacionados con la definición de los paquetes de prestaciones que se le reconocen a los usuarios y su desarrollo futuro. En el mismo sentido, debería evaluarse la incidencia de la presión financiera que se ejerce desde fuera del propio sistema (por ejemplo desde el sistema judicial) para la cobertura de determinadas prestaciones.
- Implementar de manera efectiva la libre elección de prestadores para lo que será necesario que los usuarios cuenten con información actualizada y completa que apoye la toma de decisiones en la materia.

ANEXO 5

Desempeño institucional. Componente meta asistencial.

Salud del Niño y de la Mujer
Recién nacido - Embarazo - Parto

Localidad: Montevideo

Institución: Asociación Española

		periodos					
Recién Nacido	indicadores	Jul / set 07	Oct /dic	Ene / mar 08	Abr / jun	Linea de base	META
	Total RN vivos						
	Derivados						98%
	Captados						95%
		setiembre	diciembre	marzo	junio		
Primer año de vida	Total de niños						
	Control según pauta						62%
	Certificado de Vacunación						90%
	Lactancia						20%
	Ecografia de cadera						95%
		Jul / set 07	Oct /dic	Ene / mar 08	Abr / jun		
EMBARAZO Y PARTO	Total partos						
	Mujeres c/ 6 ó + controles						91%
	Historias SIP completas						90%
	Control HIV y VDRL						91%
	Captación primer trimestre						85%
	Embarazada deriv. Odont.						53%
	Puérpera control Odont.						94%
Sistema de registro	PAP						
	Mamografía						

Observaciones

Desempeño institucional. Componente meta asistencial.

Salud del Niño y de la Mujer
Recién nacido - Embarazo - Parto

Localidad: Tacuarembó

Institución: COMTA

		periodos					
Recién Nacido	indicadores	Jul / set 07	Oct /dic	Ene / mar 08	Abr / jun	Linea de base	META
	Total RN vivos						
	Derivados						60%
	Captados						70%
		setiembre	diciembre	marzo	junio		
Primer año de vida	Total de niños						
	Control según pauta						60%
	Certificado de Vacunación						98%
	Lactancia						60%
	Ecografia de cadera						60%
		Jul / set 07	Oct /dic	Ene / mar 08	Abr / jun		
EMBARAZO Y PARTO	Total partos						
	Mujeres c/ 6 ó + controles						87%
	Historias SIP completas						50%
	Control HIV y VDRL						80%
	Captación primer trimestre						70%
	Embarazada deriv. Odont.						50%
	Puérpera control Odont.						50%
Sistema de registro	PAP						
	Mamografía						

Observaciones

Desempeño institucional. Componente meta asistencial.

Salud del Niño y de la Mujer
Recién nacido - Embarazo - Parto

Localidad: Montevideo

Institución: Hospital Británico

		periodos					
Recién Nacido	indicadores	Jul / set 07	Oct /dic	Ene / mar 08	Abr / jun	Linea de base	META
	Total RN vivos						
	Derivados						65%
	Captados						100%
		setiembre	diciembre	marzo	junio		
Primer año de vida	Total de niños						100%
	Control según pauta						50%
	Certificado de Vacunación						50%
	Lactancia						5%
	Ecografia de cadera						100%
		Jul / set 07	Oct /dic	Ene / mar 08	Abr / jun		
EMBARAZO Y PARTO	Total partos						100%
	Mujeres c/ 6 ó + controles						97%
	Historias SIP completas						25%
	Control HIV y VDRL						79%
	Captación primer trimestre						96%
	Embarazada deriv. Odont.						67%
	Puérpera control Odont.						50%
Sistema de registro	PAP						
	Mamografía						

Observaciones

Acuerdo entre la Junta Nacional de Salud y ASSE sobre metas para el desarrollo de los programas Nacionales de la Niñez y de Salud de la Mujer y Género

1.- Recién Nacido

Objetivo: Monitorizar la implementación y cumplimiento de plan de seguimiento de los recién nacidos al momento del alta hospitalaria en coordinación con los efectores de salud.

a) Número de niños derivados para control

Departamento	**Meta**
Artigas	Derivados el 80 % de los niños
Canelones	Derivados el 80 % de los niños
Cerro largo	Derivados el 80 % de los niños
Colonia	Derivados el 70 % de los niños
Durazno	Derivados el 95 % de los niños
Flores	Derivados el 90 % de los niños
Florida	Derivados el 95 % de los niños
Lavalleja	Derivados el 80 % de los niños
Maldonado	Derivados el 90 % de los niños
Montevideo	Derivados el 95 % de los niños
Paysandú	Derivados el 95 % de los niños
Río Negro	Derivados el 90 % de los niños
Rivera	Derivados el 90 % de los niños
Rocha	Derivados el 80 % de los niños
Salto	Derivados el 95 % de los niños
San José	Derivados el 80 % de los niños
Soriano	Derivados el 90 % de los niños
Tacuarembó	Derivados el 95 % de los niños
Treinta y Tres	Derivados el 95 % de los niños

b) Número de niños captados

Departamento	**Meta**
Artigas	Captados el 80 % de los niños
Canelones	Captados el 80 % de los niños
Cerro largo	Captados el 75 % de los niños
Colonia	Captados el 75 % de los niños
Durazno	Captados el 80 % de los niños
Flores	Captados el 80 % de los niños
Florida	Captados el 90 % de los niños
Lavalleja	Captados el 80 % de los niños
Maldonado	Captados el 90 % de los niños
Montevideo	Captados el 85 % de los niños
Paysandú	Captados el 90 % de los niños

Río Negro	Captados el 85 % de los niños
Rivera	Captados el 80 % de los niños
Rocha	Captados el 75 % de los niños
Salto	Captados el 85 % de los niños
San José	Captados el 80 % de los niños
Soriano	Captados el 85 % de los niños
Tacuarembó	Captados el 85 % de los niños
Treinta y Tres	Captados el 85 % de los niños

2.- Primer año de vida

Objetivo:

- monitorizar el cumplimiento de las pautas de control del niño sano
- monitorizar el cumplimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones
- incrementar la lactancia materna de acuerdo a la norma
- incrementar los niños controlados con ecografía de cadera efectuada antes de los cuatro meses de vida

a) Pautas de control del niño sano

Departamento	**Meta**
Artigas	50 % de los niños en control según pauta
Canelones	45 % de los niños en control según pauta
Cerro largo	45 % de los niños en control según pauta
Colonia	50 % de los niños en control según pauta
Durazno	60 % de los niños en control según pauta
Flores	50 % de los niños en control según pauta
Florida	45 % de los niños en control según pauta
Lavalleja	50 % de los niños en control según pauta
Maldonado	50 % de los niños en control según pauta
Montevideo	45 % de los niños en control según pauta
Paysandú	50 % de los niños en control según pauta
Río Negro	50 % de los niños en control según pauta
Rivera	40 % de los niños en control según pauta
Rocha	40 % de los niños en control según pauta
Salto	50 % de los niños en control según pauta
San José	50 % de los niños en control según pauta
Soriano	45 % de los niños en control según pauta
Tacuarembó	60 % de los niños en control según pauta
Treinta y Tres	40 % de los niños en control según pauta

b) Niños con Carné Esquema de Vacunación (CEV) al día

Departamento	**Meta**
Artigas	85 % de los niños con CEV al día
Canelones	80 % de los niños con CEV al día
Cerro largo	80 % de los niños con CEV al día
Colonia	80 % de los niños con CEV al día

Durazno	90 % de los niños con CEV al día
Flores	90 % de los niños con CEV al día
Florida	80 % de los niños con CEV al día
Lavalleja	80 % de los niños con CEV al día
Maldonado	80 % de los niños con CEV al día
Montevideo	80 % de los niños con CEV al día
Paysandú	85 % de los niños con CEV al día
Río Negro	85 % de los niños con CEV al día
Rivera	80 % de los niños con CEV al día
Rocha	80 % de los niños con CEV al día
Salto	85 % de los niños con CEV al día
San José	85 % de los niños con CEV al día
Soriano	85 % de los niños con CEV al día
Tacuarembó	85 % de los niños con CEV al día
Treinta y Tres	85 % de los niños con CEV al día

c) Niños en Lactancia según pauta

Departamento	**Meta**
Artigas	30 % de los niños en lactancia según pauta
Canelones	25 % de los niños en lactancia según pauta
Cerro largo	30 % de los niños en lactancia según pauta
Colonia	30 % de los niños en lactancia según pauta
Durazno	30 % de los niños en lactancia según pauta
Flores	30 % de los niños en lactancia según pauta
Florida	25 % de los niños en lactancia según pauta
Lavalleja	30 % de los niños en lactancia según pauta
Maldonado	30 % de los niños en lactancia según pauta
Montevideo	35 % de los niños en lactancia según pauta
Paysandú	25 % de los niños en lactancia según pauta
Río Negro	30 % de los niños en lactancia según pauta
Rivera	25 % de los niños en lactancia según pauta
Rocha	25 % de los niños en lactancia según pauta
Salto	35 % de los niños en lactancia según pauta
San José	25 % de los niños en lactancia según pauta
Soriano	25 % de los niños en lactancia según pauta
Tacuarembó	35 % de los niños en lactancia según pauta
Treinta y Tres	30 % de los niños en lactancia según pauta

d) Niños con Ecografía de Cadera según pauta

Departamento	**Meta**
Artigas	30 % de los niños con Ecografía de Cadera
Canelones	30 % de los niños con Ecografía de Cadera
Cerro largo	25 % de los niños con Ecografía de Cadera
Colonia	25 % de los niños con Ecografía de Cadera
Durazno	25 % de los niños con Ecografía de Cadera
Flores	30 % de los niños con Ecografía de Cadera

Florida	25 % de los niños con Ecografía de Cadera
Lavalleja	30 % de los niños con Ecografía de Cadera
Maldonado	25 % de los niños con Ecografía de Cadera
Montevideo	30 % de los niños con Ecografía de Cadera
Paysandú	35 % de los niños con Ecografía de Cadera
Río Negro	30 % de los niños con Ecografía de Cadera
Rivera	25 % de los niños con Ecografía de Cadera
Rocha	25 % de los niños con Ecografía de Cadera
Salto	30 % de los niños con Ecografía de Cadera
San José	25 % de los niños con Ecografía de Cadera
Soriano	30 % de los niños con Ecografía de Cadera
Tacuarembó	35 % de los niños con Ecografía de Cadera
Treinta y Tres	35 % de los niños con Ecografía de Cadera

3.- Embarazo y Parto

Objetivos:

- Monitorizar la captación precoz y adecuado control de embarazo
- Asegurar que en el embarazo y puerperio inmediato, exista control por odontólogo
- Valorar la calidad de la atención del parto

a) Mujeres con 6 o más controles al momento del parto

Departamento	**Meta**
Artigas	30 % de mujeres con 6 o más controles
Canelones	35 % de mujeres con 6 o más controles
Cerro largo	30 % de mujeres con 6 o más controles
Colonia	35 % de mujeres con 6 o más controles
Durazno	50 % de mujeres con 6 o más controles
Flores	50 % de mujeres con 6 o más controles
Florida	50 % de mujeres con 6 o más controles
Lavalleja	40 % de mujeres con 6 o más controles
Maldonado	40 % de mujeres con 6 o más controles
Montevideo	50 % de mujeres con 6 o más controles
Paysandú	50 % de mujeres con 6 o más controles
Río Negro	50 % de mujeres con 6 o más controles
Rivera	40 % de mujeres con 6 o más controles
Rocha	40 % de mujeres con 6 o más controles
Salto	50 % de mujeres con 6 o más controles
San José	50 % de mujeres con 6 o más controles
Soriano	40 % de mujeres con 6 o más controles
Tacuarembó	50 % de mujeres con 6 o más controles
Treinta y Tres	50 % de mujeres con 6 o más controles

b) Mujeres con Historia SIP completas al momento del parto

Departamento	**Meta**
Artigas	75 % de las mujeres con Historia SIP completa

Canelones	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Cerro largo	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Colonia	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Durazno	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Flores	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Florida	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Lavalleja	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Maldonado	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Montevideo	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Paysandú	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Río Negro	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Rivera	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Rocha	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Salto	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
San José	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Soriano	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Tacuarembó	75 % de las mujeres con Historia SIP completa
Treinta y Tres	75 % de las mujeres con Historia SIP completa

c) Mujeres con examen de HIV y VDRL realizado en 1er y 3er trimestre

Departamento	**Meta**
Artigas	40 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Canelones	30 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Cerro largo	30 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Colonia	35 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Durazno	30 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Flores	40 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Florida	40 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Lavalleja	40 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Maldonado	40 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Montevideo	40 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Paysandú	40 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Río Negro	40 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Rivera	40 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Rocha	40 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Salto	40 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
San José	40 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Soriano	40 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Tacuarembó	40 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre
Treinta y Tres	40 % de mujeres con HIV y VDRL en 1er y 3er trimestre

d) Mujeres captadas en el primer trimestre de embarazo

Departamento	**Meta**
Artigas	25 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Canelones	35 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo

Cerro largo	25 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Colonia	35 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Durazno	25 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Flores	30 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Florida	30% de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Lavalleja	30 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Maldonado	35 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Montevideo	35 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Paysandú	35 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Río Negro	30 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Rivera	30 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Rocha	30 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Salto	30 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
San José	30 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Soriano	30 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Tacuarembó	30 % de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo
Treinta y Tres	30% de mujeres captadas en el 1er trimestre de embarazo

e) Mujeres embarazadas con derivación a odontólogo

Departamento	**Meta**
Artigas	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Canelones	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Cerro largo	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Colonia	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Durazno	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Flores	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Florida	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Lavalleja	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Maldonado	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Montevideo	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Paysandú	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Río Negro	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Rivera	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Rocha	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Salto	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
San José	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Soriano	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Tacuarembó	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo
Treinta y Tres	40 % de mujeres embarazadas derivadas a odontólogo

f) Mujeres puérperas con control de su salud bucal

3 Departamento	**Meta**
Artigas	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal

Canelones	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Cerro largo	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Colonia	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Durazno	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Flores	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Florida	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Lavalleja	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Maldonado	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Montevideo	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Paysandú	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Río Negro	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Rivera	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Rocha	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Salto	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
San José	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Soriano	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Tacuarembó	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal
Treinta y Tres	20 % de mujeres puérperas con control de su salud bucal

4.- Salud de la Mujer: Prevención-Detección temprana de cáncer de mama y cuello uterino.

ASSE no cuenta con Sistema de Seguimiento programado para el PAP y la Mamografía de control en todos los Departamentos. Deberá implantarlo en aquellos lugares que no lo tienen.

a) Mujeres con PAP vigente según norma

Departamento	**Meta**
Artigas	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Canelones	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Cerro largo	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Colonia	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Durazno	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Flores	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Florida	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Lavalleja	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Maldonado	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Montevideo	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Paysandú	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Río Negro	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Rivera	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Rocha	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Salto	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
San José	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Soriano	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Tacuarembó	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma
Treinta y Tres	25 % de las mujeres con PAP vigente según norma

b) Mujeres con Mamografía vigente según norma

Departamento	**Meta**
Artigas	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Canelones	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Cerro largo	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Colonia	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Durazno	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Flores	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Florida	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Lavalleja	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Maldonado	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Montevideo	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Paysandú	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Río Negro	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Rivera	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Rocha	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Salto	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
San José	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Soriano	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Tacuarembó	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma
Treinta y Tres	25 % de las mujeres con Mamografía vigente según norma