



Sistemas de Salud y Atención a la Salud

Ciclo de Introducción a las
Ciencias de la Salud
2021



Grupo de Estudios de Sistemas de Salud del Departamento de Medicina Preventiva y Social.

*Prof. Agda. Dra. Ima León
Prof. Adj. Ec. Fiorella Cavalleri
Prof. Adj. Dra. Griselda Bittar*

*Asist. Dra. Regina Guzmán
Asist. Dra. Mercedes Pérez
Asist. Soc. Soledad Bonapelch*



GLOSARIO DE SIGLAS

AM - Atención Médica

APS - Atención Primaria en Salud

ASSE - Administración de los Servicios de Salud del Estado

BPS - Banco de Previsión Social

BSE - Banco de Seguros del Estado

FNR - Fondo Nacional de Recursos

FONASA - Fondo Nacional de Salud

FTM - Formulario Terapéutico del Medicamento

IAMC - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

IAMPP - Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular

IMAE - Institutos de Medicina Altamente Especializada

JUNASA - Junta Nacional en Salud

MEF - Ministerio de Economía y Finanzas

MSP - Ministerio de Salud Pública

OMS - Organización Mundial de la Salud

OSN - "Objetivos Sanitarios Nacionales"

OPS - Organización Panamericana de la Salud

PIAS - Plan Integral de Atención a la Salud

PNA - Primer Nivel de Atención

RISS - Redes Integradas de Servicios de Salud

SNIS - Sistema Nacional Integrado de Salud

SNS - Seguro Nacional de Salud



1. Introducción

El presente documento fue elaborado por el grupo de Estudio de Sistemas de Salud del Departamento de Medicina Preventiva y Social, con el objetivo de apoyar conceptualmente los contenidos del taller de sistemas de salud del ciclo de introducción a las Ciencias de la Salud.

Los objetivos de aprendizaje son:

1. Analizar el concepto de sistema de salud y sus implicancias en la atención a la salud de la población.
2. Introducir al estudiante en la conceptualización del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).
3. Comprender los principios fundamentales de la atención médica y en particular del SNIS.
4. Reflexionar acerca de cómo la pandemia desafió los principios del SNIS.

2. Concepto de Sistema de Salud

El Sistema de salud (o sistema de Atención a la Salud) se puede definir como una respuesta social organizada frente a los problemas de salud, lo que implica tres dimensiones de análisis [\[1\]](#):

- Políticas de Salud: rol activo y explícito del Estado según la identificación de problemas de salud.
 - Situación de Salud de la Población: conjunto de factores combinados (conductas, estilos de vida, ambiente, genética, etc.)
 - Conjunto de actores, y acciones que desempeñan el Estado y la sociedad en relación a la salud. Se pueden identificar diversos actores en Sistema de Salud, pero hay 3 roles básicos que nos permiten analizar de forma esquemática el funcionamiento y tipologías de un sistema de salud:
1. Usuarios = contribuyentes = beneficiarios = población a cubrir: (a quién cubrir)
 2. Proveedores de Servicios = Prestadores = (Clínicas, Instituciones de Asistencia Médica Colectiva –IAMC-, Hospitales, Policlínicas, etc.). Son los ámbitos donde se desarrolla la atención médica.
 3. Intermediarios, organismos o entidades que intervienen en:
 - Financiamiento: Concepto de 3er pagador: Fondo Nacional de Salud -FONASA- (responsable de financiar los servicios que los Prestadores o Proveedores brindan a la población).
 - Regulación y control del Sistema: Rectoría y Autoridad sanitaria.

Los sistemas de salud no son un fin en sí mismo, el objetivo de los Sistemas de Salud es justamente “la Salud”; “la mejora de la salud”. En este sentido la prestación de servicios es lo que el sector salud “hace”, y no lo que el sector salud “es” [\[2\]](#).

La cobertura, la equidad, y demás atributos que luego abordaremos deben ser siempre implementados para mejorar la salud, y no como el objetivo del sistema.



Este abordaje nos permite:

- Reconocer que la salud no depende únicamente de la prestación de servicios.
- El aseguramiento (o forma de financiamiento) es una estrategia, no la razón de ser.
- Incluir el concepto de determinantes sociales para entender el concepto de Sistema de Salud.
- Reconocer la interdependencia con el concepto de salud, con el desarrollo social, el momento histórico, los aspectos culturales, y económicos de la sociedad. Al igual que ocurre con otros términos y conceptos, usados tanto en la vida cotidiana como en las ciencias, la noción de Sistemas de Salud es polisémica [3] y alberga varios significados.

Murray y Frenk, describen tres objetivos finales (intrínsecos o medulares) de los Sistemas de Salud [4].

1. Mejorar la salud de la población a la que sirven: implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante todo el ciclo de vida, lo que a su vez supone contar con un sistema de salud efectivo. El sistema de salud tiene también la responsabilidad de reducir las desigualdades, priorizando a los más vulnerables. En este sentido el sistema de salud debe ser equitativo.
2. Responder a las expectativas de las personas ofreciendo un trato adecuado a los usuarios de los Servicios de Salud: significa ofrecer servicios de salud en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información.
3. Garantizar seguridad financiera en materia de salud: implica la existencia de esquemas de financiamiento de los servicios justos (es decir, que el que menos tenga, menos pague) y que protejan a la población contra gastos desproporcionados por motivos de salud.

Clásicamente también se describen otros objetivos instrumentales (secundarios) que son deseables sólo en la medida en que contribuyen a mejorar los objetivos finales:

- la disponibilidad de insumos,
- el acceso,
- la utilización de los servicios,
- el uso eficiente de recursos.

Los objetivos de un sistema de salud se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: la prestación de servicios, el financiamiento de estos, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud [2].

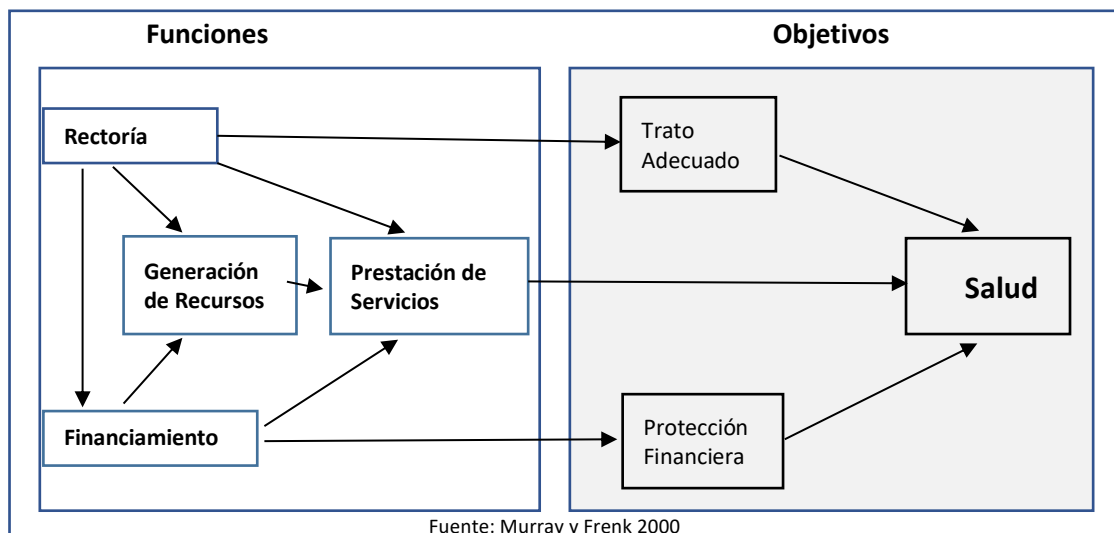
1. La Prestación de Servicios (Atención Médica) se considera determinante en la mejora de salud en la población, pero no es el único aspecto a considerar, dado que su eficiencia y eficacia dependen del resto de las funciones (Ver Figura 1).
2. Las posibilidades de Generación de Recursos que tenga la sociedad: organizaciones dedicadas a producir insumos para esos servicios, particularmente recursos humanos, recursos físicos como instalaciones, equipos y conocimientos. De ese conjunto forman

- parte universidades y otras instituciones educativas, centros de investigación y empresas que producen tecnologías específicas, como productos farmacéuticos, dispositivos y equipos diagnósticos y terapéuticos.
3. El Financiamiento: es el proceso mediante el cual se recaudan ingresos de fuentes primarias y secundarias, se acumulan en fondos mancomunados y se asignan a las actividades de prestación de servicios.
 4. La Rectoría: es una función que abarca tres aspectos esenciales: formular, aplicar y vigilar normas para el sistema de salud; establecer reglas de juego uniformes para todos los actores (en particular, los compradores, los proveedores y los beneficiarios) y dar orientaciones estratégicas para el sistema de salud en su conjunto. La función de rectoría constituye el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables al Estado, y que la ejerce la Autoridad Sanitaria Nacional.

La descripción de los objetivos y funciones de los Sistemas de Salud, nos permiten abordar la Atención a la Salud reconociendo tres componentes que analizaremos en la descripción del sistema de salud de Uruguay:

- Político
- Económico
- Técnico

Figura 1. Funciones y objetivos de los sistemas de salud.



3. Atención a la Salud y Atención Médica

Se hace referencia al sistema de atención a la salud en una perspectiva amplia, que no se restringe sólo a las actividades desarrolladas en el sector, sino que integra otras actividades que hacen al bienestar de los individuos globalmente. Las actividades de atención se realizan principalmente en forma intersectorial. Son los distintos sectores de un país los que están involucrados en la garantía de la salud como, por ejemplo: el sector vivienda, alimentación, saneamiento ambiental, ocupación, educación, seguridad, entre otros.



En este sentido, la atención médica se enmarca dentro de la atención a la salud, es un componente de ésta. Es la actividad tradicional del sector y también la que ocupa la mayor parte de las actividades de este.

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la atención médica puede definirse como un conjunto de servicios que ponen a disposición de los individuos y la colectividad, todos los recursos de la ciencia y la técnica para promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud” [5].

Muchas enfermedades son consecuencia de factores cuya resolución no está al alcance de los equipos de salud, por lo que es necesario buscar soluciones en otro sector; por ejemplo, en el caso de los niños contaminados con plomo, el aumento de la concentración en sangre de dicho metal, por encima de determinados valores, puede acarrear importantes daños a la salud de éstos. Parece claro, que la asistencia médica (en un sentido clásico) si bien es necesaria, no es suficiente para resolver totalmente este problema. Para actuar sobre sus determinantes, es preciso contar con la participación de otros sectores, como por ejemplo el sector vivienda (que eventualmente resuelva el traslado de estos niños y sus familias a otro lugar, alejándolos del foco contaminante), el sector alimentación, el sector educación etc. Sin todos estos actores involucrados, es difícil que se pueda resolver el problema.

Los mejores resultados en la atención médica se obtienen cuando se trabaja con un enfoque amplio: con coordinaciones trans-sectoriales (entre los distintos sectores de la sociedad trabajando horizontalmente), en equipos de trabajo multidisciplinarios (con profesionales de distintas disciplinas) y con participación de la comunidad.

Más allá del nombre con el que se la identifique: atención a la salud o atención médica, el enfoque de abordaje de los problemas de salud en forma global o integral es el que ha ido adquiriendo mayor aceptación en el ámbito mundial.

3.1. Características de la Atención a la Salud

Los destinatarios de la atención a la salud pueden ser los individuos aisladamente, las familias, las comunidades, grupos laborales o grupos específicos portadores de una misma patología, un grupo etario determinado etc.

En todos los casos, para garantizar la calidad es necesario contar con las siguientes características o atributos (principios doctrinarios que delimitan los propósitos o finalidades de los sistemas de salud) [6].

1. **Universalidad.** La Atención Médica (AM) se considera un derecho de las personas y debe alcanzar a todos los individuos que se encuentran bajo la responsabilidad de un sistema de atención determinado.
2. **Accesibilidad.** Implica que la persona pueda disponer de la AM cuando la necesite sin que existan barreras o discriminación alguna. Se valora en términos de accesibilidad geográfica (no existen grandes dificultades a este respecto en nuestro país), económica (tiquet de copago), cultural (nivel de instrucción, diálogo médico-paciente), administrativa o de funcionamiento (largas colas, burocracia).
3. **Integralidad.** Implica reconocer al individuo como un complejo ser biológico y psicológico, al grupo al que pertenece y al medio -ambiental y social- en que están insertos, que los condiciona a la vez que puede ser modificado por ellos. La AM integral,



por tanto, alcanza a las personas sanas y enfermas considerando aspectos bio-sico-sociales, toma en cuenta al medio (físico, natural o construido, social y cultural). Incluye las conductas de salud y relaciona el sistema de salud con los otros componentes del sistema socioeconómico, entendiendo a la salud como uno de los componentes del desarrollo social. Una AM integral, por tanto, debe necesariamente ser: interdisciplinaria, intersectorial e interinstitucional.

4. Humanizada. La AM es desarrollada por personas y para personas. Pero además debe realizarse con respeto por la integridad de la persona humana, con claros componentes de servicio, en tanto está dirigida a “producir” salud.
5. Equidad. La AM no debe ser Igualitaria sino equitativa, pues implica la justa distribución de la atención a todos los integrantes de una población, de acuerdo con sus necesidades particulares, de modo que cada persona reciba la AM que en su justa medida necesite. Lo que debe ser igual para todos es la oportunidad de acceder a una AM de calidad.
6. Suficiencia en la provisión de servicios y recursos según las necesidades.
7. Oportunidad. Para satisfacer las necesidades de atención en el momento justo, en el lugar adecuado, por parte del personal indicado y con los recursos apropiados.
8. Continuidad. La AM contempla todo el proceso vital de la persona, desde la gestación hasta la muerte, con actividades adecuadas a cada etapa de este proceso. Asimismo, la longitudinalidad nos habla de la continuidad en el proceso de atención de un episodio de enfermedad, una vez que se inicia un determinado proceso de atención, éste no debe ser interrumpido.
9. Sostenible. La AM debe ser sostenible para el país, lo que implica la evaluación y planificación de los recursos financieros destinados a la salud, los recursos humanos necesarios para la atención, la capacidad instalada del sector salud y las inversiones a realizar en el sistema, estando todo esto influenciado y determinado por el grado de desarrollo alcanzado por el país.

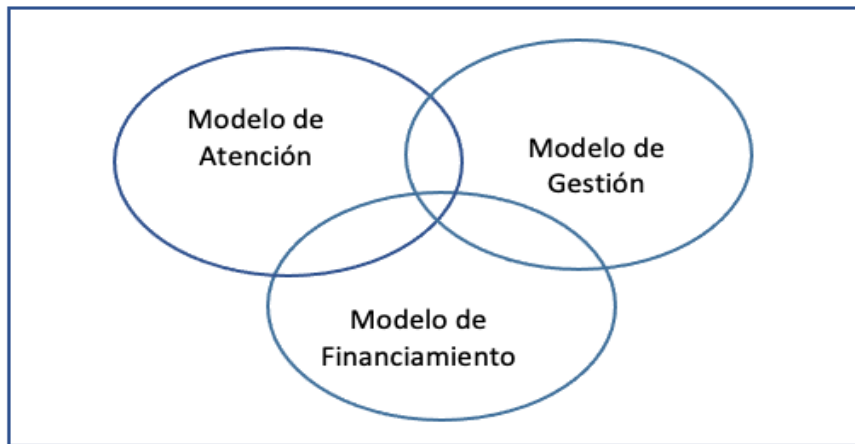
3.2. Componentes del sistema de Atención a la Salud:

De acuerdo a Tobar (Tobar, 2000) los Sistemas de Atención a la salud pueden ser descritos como la articulación de tres componentes:

- a) Político
- b) Económico
- c) Técnico

“Se puede pensar a los sistemas de salud como al conjunto de combinaciones que admite la intersección de tres conjuntos: a) uno político, al que llamaremos modelo de gestión, b) uno económico, al que llamaremos modelo de financiamiento, c) uno técnico, al que llamaremos modelo de atención o modelo asistencial” (Ver Figura 2) (Tobar, 2000).

Figura 2. Componentes de un sistema de atención a la salud.



Fuente: Tobar, 2000

3.3. Organización de la Atención a la Salud: Niveles de Atención y Redes [7]

La estructura en niveles de atención es la forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de atención a la salud de la población. Está basada en la identificación de los procedimientos de atención requeridos y el personal y los recursos materiales, humanos y financieros necesarios para realizarlos.

El Primer Nivel de Atención (PNA) se define como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, de una población dada, que pueden ser resueltas por actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y por procedimientos simples de recuperación y rehabilitación.

Es en este nivel donde se resuelven los problemas más comunes y que requieren menos recursos tecnológicos, aunque no por ello son los más sencillos. Se estima que se pueden resolver entre un 80 y un 85% de los problemas de salud.

La característica distintiva del PNA es la atención ambulatoria, sin requerimientos de atención continua, por lo que no cuenta con camas de internación. Sin perjuicio de que en los últimos años se han desarrollado nuevas y complejas formas de atención ambulatoria (Hospital de día, cirugía ambulatoria, servicios de atención y traslado de alta complejidad, internación domiciliaria).

El segundo nivel de atención responde a necesidades de salud menos frecuentes y que requieren para su atención de procedimientos más complejos. Se estima que entre el primer y segundo nivel de atención se podrían satisfacer hasta un 95% del total de necesidades de salud de una población. El segundo nivel de complejidad se ubicaría en hospitales donde se prestan servicios relacionados a la atención médica de medicina general o interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general, odontología, psiquiatría etc.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de los problemas poco frecuentes, aproximadamente un 5% de las patologías ameritan ser tratadas por subespecialidades clínicas



y/o quirúrgicas. Habitualmente de ese 5%, un 2% requiere que las subespecialidades actúen integradas en equipos profesionales multidisciplinarios.

La organización por niveles de atención implica entonces la conformación de una red de servicios asistenciales con una distribución geográfica determinada, coordinada en su funcionamiento y con una fluida comunicación entre sus diversos componentes.

La referencia y contrarreferencia es el conjunto de mecanismos que permiten la captación y tratamiento en el primer nivel, la oportuna derivación a niveles de mayor complejidad -cuando la situación requiera los procedimientos y recursos de estos- y el retorno de los pacientes a su seguimiento en el primer nivel, con reinserción en su entorno conocido. Estos mecanismos deben ser cuidadosamente planificados, normatizados y monitoreados a fin de mantener los niveles de calidad y eficiencia, evitar la duplicación de consulta, la pérdida de tiempo e información y el malestar de usuarios y profesionales. La referencia y contrarreferencia adecuada resulta imprescindible para que la red (organización por niveles) funcione como tal, garantizando el cumplimiento de los atributos de la AM.

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) es una iniciativa de OPS/OMS desarrollada en el marco de la renovación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en las Américas, que busca dar respuesta a la necesidad de avanzar hacia la producción y entrega de cuidados a la salud integral para todos los habitantes de la región, en cumplimiento, además, de diversos compromisos y mandatos internacionales.

Las RISS pueden definirse como una red de organizaciones que permite buscar opciones de complementación de los servicios entre organizaciones públicas y/o privadas para proveer servicios de salud integrales a la población, de forma equitativa, con el objetivo de promover, preservar y/o recuperar la salud de las personas y de la comunidad en general [7].

4. Descripción del Sistema Nacional Integrado de Salud

El SNIS se constituyó jurídicamente con la aprobación de cinco leyes fundacionales entre el 2005 y el 2007, lo cual da cuenta del proceso denominado como la Reforma del Sistema de Salud del Uruguay:

- Ley 17.930 Presupuesto Nacional (2005-2009), se definieron las líneas programáticas de la transformación de la salud;
- Ley 18.131 la creación del FONASA;
- Ley 18.161 la descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE);
- Ley 18.211 creación del Seguro Nacional de Salud se legisló y a su vez completó la conformación del SNIS; por último, la
- Ley 18.335 con los derechos y deberes de los usuarios.

Ley 18.731 estableció la incorporación al FONASA de jubilados, pensionistas, profesionales sin relación de dependencia y Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales. Esta ley incluyó también



una modificación del régimen de aportes personales al Seguro Nacional de Salud estableciendo la devolución de aportes cuando estos superen un tope determinado.

Ley Nº. 17930. Artículo 264.- El Inciso 12 “Ministerio de Salud Pública” implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal.

Esta Ley es reglamentada a través de la Ley 18.211: “reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud (...)” (art. 1).

La reforma del sistema de salud surge como respuesta a los principales problemas que tenía el sistema de salud y que no se vinculaban con los valores sociales predominantes en ese momento histórico.

Siguiendo a Granados Toraño [8], las reformas de los sistemas de salud se deben analizar en un contexto de cambios políticos, económicos, sociales, demográficos, epidemiológicos, así como cambios en el desarrollo de la ciencia y la tecnología, y todos ellos tienen que ver con los sistemas y con la atención a los problemas de salud.

En este contexto, es importante comprender el proceso de cambios en el Uruguay a partir del 2005, cuando asume por primera vez una fuerza política de izquierda (Frente Amplio) al gobierno, con una propuesta de cambios estructurales a nivel de: matriz de protección social, educación, tributaria etc.

4.1. Descripción del Sistema Nacional Integrado de Salud

A continuación, se realizará la descripción del SNIS en forma esquemática en base a los 3 componentes descritos por Tobar.

a) Modelo de gestión

El modelo de gestión consiste en la definición de las prioridades del sistema, estableciendo cuales son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción. Se pueden distinguir dos aspectos centrales del modelo de gestión, que influirán de manera directa en el modelo de financiamiento y en el modelo de atención:

1. Los valores que guían al sistema. Cada sistema privilegia determinados aspectos. Unos se preocupan más de la universalidad de la cobertura, otros privilegian la efectividad de las acciones.

- **VALORES SOCIALES:** los valores sociales son aquellos criterios que comparten y ponen en práctica los miembros de una sociedad. Este tipo de valores sirven para convivir de forma respetuosa y en sintonía entre todos los miembros que componen dicha sociedad, es decir, son guías para definir el correcto comportamiento de los individuos en sociedad. Las reformas sociales responden a necesidades de cambio frente a nuevas concepciones políticas y valores sociales. En el caso de Uruguay, la reforma del sistema de salud se basó en los valores predominantes en ese momento y



contexto socio histórico: derecho a la salud, universalidad, equidad, solidaridad y dignidad.

- PRINCIPIOS: son el conjunto de valores, creencias, normas, que orientan y regulan la vida de la organización (en este caso el SNIS). Los principios que guían el SNIS surgen a partir de los valores predominantes en la sociedad.

2. Las funciones del Estado en salud. Cada sistema de salud involucra determinadas formas de participación del Estado.

En el SNIS el Ministerio de Salud Pública (MSP) es quien ejerce el rol Rector en Salud (Autoridad Sanitaria). Comprende áreas de responsabilidad y de competencias institucionales para asegurar la conducción y capacidad regulatoria y controladora de la oferta en servicios de salud, en contraposición a modelos que dejan librado la regulación al mercado.

Los Pilares institucionales fundamentales de la rectoría son: [\[9\]](#)

- La Junta Nacional en Salud (JUNASA), organismo desconcentrado del MSP, es responsable de extender las órdenes de pago al FONASA. Está integrada por representantes del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Banco de Previsión Social (BPS), usuarios, trabajadores y prestadores del sistema de salud. El MSP preside la JUNASA, que oficia como un ámbito de gobernanza del SNIS, un espacio para la concertación social y para las mediaciones corporativas.

FONASA: (Ver Modelos de financiamiento)

Los Principios Rectores del SNIS se encuentran plasmados en el Artículo 3 de la Ley 18.211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Es importante que dichos principios se encuentren plasmados al comienzo de la ley, debido a que estos son la base de los cambios realizados en el modelo de financiamiento, gestión y atención.

Principios del SNIS: Artículo 3º (Ley 18.211).

Son principios rectores del SNIS:

- a. La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- b. La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- c. La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- d. La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- e. La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
- f. 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.
- g. El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- h. La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- i. La participación social de trabajadores y usuarios.



- j. La solidaridad en el financiamiento general
- k. La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- l. La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

b. Modelo de Financiamiento

Dado que la principal función de un sistema de salud es proveer de servicios de salud a la población, el objetivo del financiamiento del sistema de salud es el de obtener fondos y administrarlos de forma que la población reciba la atención sanitaria que necesita. La función de financiación también implica la necesidad de dar garantía de sostenibilidad al sistema a lo largo del tiempo.

“La financiación sanitaria es mucho más que recaudar dinero para la salud. También es una cuestión de a quién le pido que pague, cuando se paga y cómo se gasta el dinero recaudado” [\[10\]](#).

El abordaje elegido por Uruguay para financiar el SNIS es a través de contribuciones obligatorias a un seguro de salud de carácter social, denominado Seguro Nacional de Salud (SNS) [\[11\]](#). Como establece el Art. 52 de la ley 18.211 el SNS es financiado por el FONASA [\[12\]](#). El FONASA recauda recibiendo aportes de forma tripartita de las personas aseguradas que aportan en función de sus ingresos y de la composición de su núcleo familiar, las empresas que realizan aportes patronales y el estado por medio de rentas generales.

Que haya equidad desde el punto de vista del aporte implica que las personas contribuirán al financiamiento del sistema según sus ingresos, es decir de acuerdo a sus posibilidades económicas. Y la equidad desde el punto de vista de la asistencia recibida dependerá solamente de sus necesidades y problemas de salud y no de su capacidad de pago.

Para que exista justicia en el financiamiento es deseable que se maximice la separación entre contribución (por medio de prepagos o pagos anticipados, no relacionados con la enfermedad ni con el riesgo de enfermar) y utilización de los servicios de salud.

La función de unificación de recursos, también denominada mancomunación, se refiere a la acumulación de los recursos en un fondo común, a partir del cual el riesgo de tener que pagar una intervención sanitaria lo comparten todos los miembros del fondo, en lugar de hacerlo cada contribuyente de forma individual. El objetivo de mancomunar es compartir el riesgo financiero de eventos de salud, a priori inciertos entre quienes participan del mismo fondo. La mancomunación permite una lógica de subsidios cruzados: de los ricos a los pobres, de los jóvenes a los viejos y de los que están más sanos a los que están más enfermos, lo que le da sostén al principio de solidaridad.

Por último, la compra es el proceso mediante el cual se paga a los proveedores con recursos financieros mancomunados para que presten un conjunto de intervenciones en salud.

- a) ¿A quién le compro?



Prestadores integrales. Se definen como prestadores integrales aquellos que celebran contratos de gestión con la JUNASA, organismo representado y presidido por el MSP, con integrantes del MEF, BPS, representante de los prestadores, de los usuarios y de los trabajadores.

b) ¿Qué compro?

El Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS):

El PIAS es un listado positivo de prestaciones a la cual los prestadores están obligados a brindar a los usuarios. Este listado positivo de prestaciones está compuesto por programas de salud, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como medicamentos comprendidos en el Formulario Terapéutico del Medicamento (FTM). Se encuentra en revisión y actualización de forma constante, por lo que es dinámico, de acuerdo a las prestaciones que se realizan en un determinado momento. Está directamente vinculado a la sustentabilidad del sistema (recursos finitos).

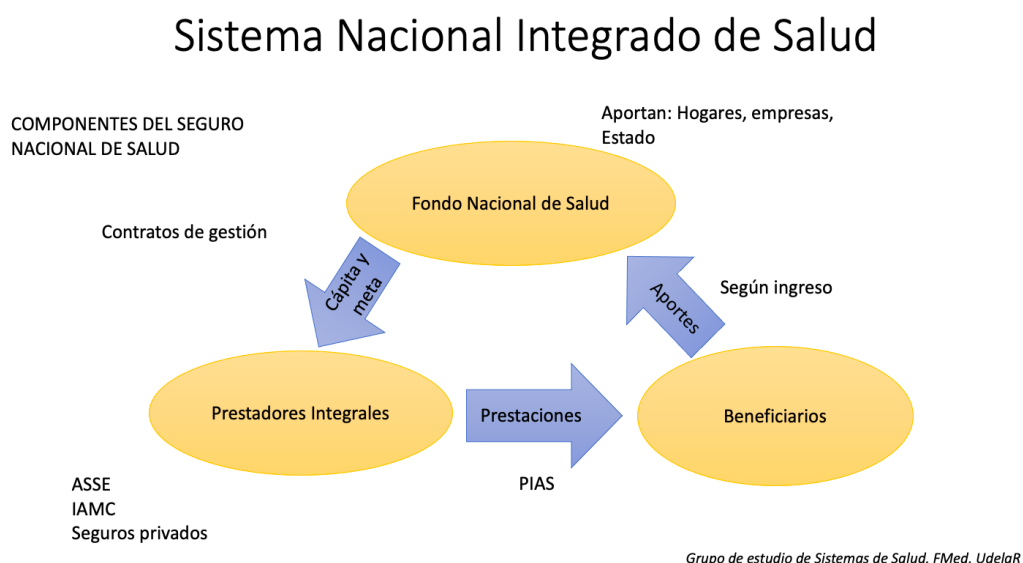
c) ¿Cómo pagamos?

El SNS pagará a los prestadores integrales del SNIS una “Cuota salud” que tiene dos componentes:

1. denominado **capitativo**, que depende del número de beneficiarios que eligieron al prestador, por cada uno de ellos se pagará una **cápita**, ajustada por edad y sexo.
2. de acuerdo al cumplimiento de las metas asistenciales.

En términos operativos, el SNS, es financiado por el FONASA. El BPS es la institución que recepciona los aportes al FONASA y efectiviza el pago de las cuotas salud a los prestadores integrales, de acuerdo a los órdenes de pago que emita la JUNASA, que es la responsable de administrar el SNS. (Ver JUNASA en Modelo de Gestión).

Figura 3. Componentes del Seguro Nacional de Salud.





c) Modelo de atención

Se trata de la dimensión técnica más específica del sector. Son los criterios que establecen cómo se organiza y divide el trabajo del equipo de salud.

Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con:

- Tipo de acciones, prestaciones o servicios que se deben brindar a la población. (preventivas, curativas etc.).
- Criterios de elegibilidad o inclusión al sistema.
- Prestadores: ¿Dónde prestar, de qué manera se debe distribuir la oferta y qué criterios de referencia y contra-referencia adoptar?

La implementación del modelo de atención del SNIS se focaliza en las necesidades de las personas y de las comunidades e implica asegurar el acceso universal pero también una atención integral, oportuna y de calidad para toda la población.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad [13].

La cobertura universal de salud asegura la atención de todos los residentes del territorio nacional y el acceso a las prestaciones y programas obligatorios que deben brindar los prestadores integrales (PIAS - Ver en Modelo de Financiamiento).

Prestadores integrales

Para poder brindar atención en el SNIS, y recibir la cuota salud por parte del FONASA los prestadores deben cumplir con el requisito de brindar “atención integral”(Ver Anexo)

Como ya fue definido antes (ver atención a la salud) implica suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros. Los programas integrales de prestaciones incluirán:

- a. Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas.
 - b. Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.
 - c. Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.
- a. Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.
 - b. 'Garantizar la atención en todos los ámbitos que el usuario lo requiera (domicilio, policlínica, internación, cti etc)

Pueden ser públicos o privados son los que brindan la atención definida en el PIAS y que pueden ser elegibles por parte de los usuarios del SNIS.



Existen otros prestadores que respecto a la atención que brindan pueden ser considerados integrales pero sin embargo no son financiados por FONASA y por lo tanto no son elegibles por los usuarios:

- Hospital de Clínicas – Universidad de la República: Hospital de la Universidad de la República, presta atención a usuarios de ASSE, no cobra cuota salud en forma directa.
- Sanidad de las Fuerzas Armadas (Ministerio de Defensa) y Sanidad Policial (Ministerio del Interior): Grupo de usuarios con la condición de ser funcionarios o sus familias. El presupuesto surge de las carteras ministeriales y no son elegibles por parte de la población general.
- Hospital del Banco de Seguros del Estado (BSE): No es elegible, no recibe cuota salud, y su función es prestar atención en caso de siniestros laborales o enfermedades profesionales.
- Banco de Previsión Social: No es elegible, no recibe cuota salud, y su función es brindar prestaciones y programas en áreas específicas. Por ejemplo: Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras.

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) creado en 1979 [14], es una persona pública no estatal, cuya competencia es brindar cobertura financiera universal a procedimientos de alta complejidad y baja prevalencia, financia dispositivos y medicamentos de alto precio. Se financia de forma solidaria con la contribución de todos los uruguayos a través del FONASA y el MEF [15]. Excede los cometidos de este curso profundizar sobre el funcionamiento y financiación del FNR.

5. El Sistema de Salud en Uruguay previo al SNIS

Para comprender la estructura actual del sistema de salud, es preciso conocer las características del sistema previo a la reforma. Para ello abordaremos el tema basándonos en tres componentes previamente definidos: modelo de gestión, de financiamiento y de atención.

La salud, previo a la Reforma era concebida como “un deber”, así lo indica el Artículo 44 de la Constitución¹, haciendo referencia a que “Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad.”²

a) Modelo de gestión

Si bien la función de regulación y elaboración de políticas en materia de salud es parte de los cometidos que tiene el MSP, en la creación de su Ley orgánica (1934) no se establecieron claramente esas potestades.

El rol de autoridad sanitaria y rectoría se encontraba junto al de brindar atención a la salud, dado que el MSP era responsable de la atención a la salud de la población que no tenían otra

¹ Uruguay. Constitución de la República. 02/02/1967. Disponible en:

<https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967>

² Si bien este artículo se encuentra vigente al día de hoy (No ha habido reformas constitucionales), si se reglamentó el derecho a la salud. Constitución 1967. (Ver página 9)



cobertura. De esta forma, eran indisociables dos componentes, el de atención y el de gestión, en un mismo organismo, siendo este rector y “prestador” a la misma vez [16].

b) Modelo de financiamiento

El sistema brindaba cobertura a través del BPS, mediante aportes a la seguridad social, sin embargo, la cobertura era solo para el trabajador y no incluía a la familia. Este beneficio quedaba sin efecto una vez que el trabajador se jubilaba o perdía el trabajo en el sector formal.

Para la otra parte de la sociedad, desempleada, trabajadores no formales, familiares de trabajadores, la cobertura era a través de la atención que brindaba ASSE- MSP o pagar una cuota particular en una institución de asistencia médica del sector privado.

El sistema no garantizaba la cobertura universal, integral y longitudinal.

La mayor parte de los recursos se destinaba a intervenciones poco frecuentes, muy costosas y que insumían altas tecnologías, en detrimento del PNA y de las actividades destinadas a la prevención, promoción y rehabilitación [16].

La financiación del sistema en su conjunto recibía varias fuentes de financiamiento de origen público, privado o mixto.

c) Modelo de atención

Previo a la reforma de la salud, se identificaban dos grandes grupos o subsectores del sector salud: el subsector público y el subsector privado. Cada subsector estaba integrado por efectores de la atención a la salud, entendiéndose como tal a la “Unidad Asistencial” que efectúa las prestaciones vinculadas a la atención de salud, con habilitación para tal fin, organizándose los servicios brindados a través de una administración única [17].

El subsector público estaba integrado por distintos efectores de salud, que según brindaran asistencia total o parcial se podían dividir en básicamente dos grupos [18]:

1. Aquellos que ofrecen atención integral, entendiéndose por esto aquel que integra la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
2. Aquellos que brindan prestaciones parciales o que atienden riesgos específicos.

Grupos específicos (BSE) o la población general (Institutos de Medicina Altamente Especializada -IMAE- públicos).

El subsector privado estaba integrado por empresas, efectores de salud que brindaban cobertura total o parcial en diferentes modalidades:

- Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) actúan como seguros de prepago con tickets moderadores para consultas y estudios paraclínicos, brindando un plan de servicios de salud prácticamente integral (no incluye atención odontológica, mental o de alta tecnología).



- Las IAMPP cubren una parte menor de la demanda privada de cuidados de salud, ofreciendo una cobertura parcial o total a cambio de un prepago. [16]

“El sistema no cumple con los requisitos básicos de la atención médica; humana, oportuna, integral, universal, continua, accesible, completa y eficiente.” [16].

6. Avances y desafíos del SNIS

Durante los dos primeros quinquenios del proceso de la Reforma Sanitaria (2005-2010 y 2010-2015), se implementó el SNIS, se reformuló el financiamiento y se comenzó con un cambio en el modelo de gestión.

En el último quinquenio (2015-2020), se establecieron los “Objetivos Sanitarios Nacionales” (OSN), dirigidos a la profundización de la Reforma del Sistema de Salud mediante el fortalecimiento de la Función de Rectoría y el cambio del modelo de atención. Constituyó un plan para la dirección de las políticas de salud nacionales en el quinquenio y se consideró la forma de explicitar el “para qué” de la reforma y dar respuesta concreta a los problemas de salud prevalentes en la población [20].

Objetivos Sanitarios Nacionales:

1. Alcanzar mejoras en la situación de salud de la población.
2. Disminuir las desigualdades en el derecho a la salud.
3. Mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud.
4. Generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud.

Mediante un proceso estratégico se definieron 15 problemas denominados críticos (MSP, 2016) en base al análisis y priorización de los problemas sanitarios por equipos multidisciplinarios intersectoriales y con participación de los diferentes actores del sistema de salud. A partir de estos problemas se definieron los resultados esperados, para contribuir a su solución, que se agruparon en objetivos estratégicos para aproximarse a los objetivos sanitarios [20].

A partir del 1 de marzo del 2020 cuando asume un nuevo gobierno, implica un punto de inflexión en el proceso de Reforma liderado por tres períodos por una misma fuerza política.

Las actuales autoridades de salud aún no habían establecido las prioridades para el periodo 2020-2025 cuando se declara la emergencia sanitaria debido a la Pandemia COVID-19 a 13 días de la asunción.

La gestión de la pandemia por parte del MSP ha insumido la mayor parte del tiempo por lo cual hasta la fecha no se ha hecho pública la Planificación de objetivos.

Estos hechos determinan:



1. La incertidumbre en cuanto a la profundización o no de la reforma en salud.
2. Que aspectos en términos de valores y principios se han visto vulnerados durante la pandemia y que impacto supondrán en los modelos de financiamiento, gestión y atención del sistema, y por lo tanto en la salud de las personas.



Referencias bibliográficas

1. León I, Vázquez R, Atención a la Salud en el Uruguay en Medicina familiar y comunitaria FEFMUR. 2013
2. Repullo Labrador, J. R., Inesta García A., Manuales de dirección médica y gestión clínica: Sistemas y servicios sanitarios. Ed. Díaz de Santos España. 2006.
3. Policemia. Definición. Administración Nacional de Educación Pública. Disponible en: <http://www.anep.edu.uy/prolee/index.php/glosario/44-polisemia>
4. Murray C.J.L, Frenk J. Sistemas de Salud. "Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de Salud". Boletín de la OMS, recopilación de artículos Nº 3, 2000.
5. León I, Herrera. Atención médica. En: Benia W. Temas de Salud Pública. Tomo 1. FEFMUR. Montevideo 2008.
6. Sollazo A, Alvarez B, Burroso G, Piedrabuena L. Ciclo Introductorio 2020. Guía docente Atención a la salud.
7. Redes Integradas de Servicios de Salud OPS-OMS. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4305:2008-redes-integradas-servicios-salud&Itemid=3553&lang=es
8. Granados Toraño R., La Reforma de los sistemas de Salud, "Tendencias Mundiales y efectos en AL y C". Rev. Gerencia y Políticas de Salud. Nº 3 Dic. 2002. p 16 - 46
9. Setaro Montes de Oca, Marcelo. (2014). Transformaciones en la gobernanza de un estado social centenario: estructura y funcionamiento del sistema nacional integrado de salud de Uruguay. Revista Uruguaya de Ciencia Política, 23(1), 143-165. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-499X2014000100006&lng=es&tlng=es.
10. Arbulo V, Pagano J, Rak G, Rivas L. El camino hacia la Cobertura Universal. Evaluación y revisión del financiamiento del Sistema de Salud uruguayo. 2015. Disponible en: https://www.paho.org/uru/dmdocuments/El-camino-hacia-la-Cobertura-Universal-en-Uruguay_Financiamiento.pdf
11. Uruguay. Ley 18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007> Art. 55, 57
12. Uruguay. Creación del Fondo Nacional de Salud. 18/05/2007. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp296885.htm>
13. Organización Panamericana de la Salud. Cobertura Universal. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es
14. Uruguay. Creación del Fondo Nacional de Recursos. Decreto Ley 14.897. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos-ley/14897-1979/1>
15. Fondo Nacional de Recursos. Pagina web. Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/que_es_fnr
16. Buglioli, M. León, I. Tomasina, F. Sistema de Salud del Uruguay: Formación Médica en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Cap. II.4. Pp. 54 – 75 En: Formación de Recursos Humanos para el Primer Nivel De Atención utilizando la Estrategia de la Atención Primaria de Salud. Universidad de la República. Facultad de Medicina Montevideo, 2009. Disponible en: http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/biblioteca_virtual/Rec%20Hum%20para%20el%20PNA.pdf
17. León I, Vázquez R. El Sistema de Salud. En: Benia W. Temas de Salud Pública. Tomo 2. FEFMUR. Montevideo 2009.



18. Ministerio de Salud. La construcción del Sistema nacional Integrado de Salud 2005 – 2009. [consultado marzo 2021] Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/construccion_sist_nac_integrado_salud_2005-2009-uruguay.pdf
19. Ministerio de Salud. Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud. Edición María José Borges. [publicación periódica en línea] [consultado marzo 2021] Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=338-transformar-el-futuro-msp-libro-reforma&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307
20. Bazzano J, León I, Objetivos Sanitarios Nacionales. Planificación y evaluación de las políticas sanitarias 2015-2020. en: Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: Ministerio de Salud Pública, 2019. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1481:avances-en-la-consolidacion-del-sistema-nacional-integrado-de-salud&Itemid=451



Anexo

Prestadores privados y público de atención integral a la salud	
<p>Prestadores integrales privados:</p> <p>Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP)</p> <p>Incluye mutualistas y cooperativas médicas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Asistencial Médica de Maldonado (AMDM), 2- Asociación Médica de San José (AMSJ), 3- Asociación Española de Socorros Mutuos (AESM), 4- Centro de Atención de la Agrupación Médica de Pando (CAAMEPA), 5- Cooperativa Asistencial Médica de Cerro Largo (CAMCEL), 6- Centro de Atención Médica de Lavalleja (CAMDEL), 7- Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia (CAMEC), 8- Centro de Asistencia Médica de Durazno (CAMEDUR), 9- Centro de Asistencia Médica del Oeste de Colonia (CAMOC), 10- Centro Asistencial Médico de Soriano (CAMS), 11- Centro de Asistencia Médica de Young (CAMY), 12- Casa de Galicia, 13- Centro Asistencial Médica de Rivera (CASMER), 14- Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), 15- Círculo Católico de Obreros del Uruguay (CCOU), 16- Corporación Médica de Canelones (COMECA), 17- Cooperativa Médica de Florida (COMEF), 18- Cooperativa Médica de Flores (COMEFLO), 19- Cooperativa Médica de Rivera (COMERI), 20- Colectivo Médico Rochense (COMERO), 21- Corporación Médica de Tacuarembó (COMTA), 22- Cosem, 23- Institución de Asistencia Médica de Profesionales (CRAMI), 24- Centro Uruguayo de Asistencia Médica (CUDAM), 25- Gremial Médica Centro Asistencial (GREMCA), 26- Gremial Médica de Artigas (GREMEDA), 27- Mutualista Hospital Evangélico (HE), 28- Instituto Asistencial Colectivo (IAC), 29- Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM), 30- Servicio Médico Integral (SMI), 31- Servicio Médico Quirúrgico Salto (SMQS), 32- Universal Sociedad de Producción Sanitaria (Universal), 33- Sanatorio Mautone (CRAME), 34- Asistencia Médica de Río Negro (AMEDRIN) y 35- Corporación Médica de Paysandú (COMEPA).
<p>Prestadores integrales privados:</p> <p>Seguros integrales</p> <p>(se autorizó por única vez a los existentes al momento de creación del SNIS)</p> <p>*Art. 265, Ley 17.930</p>	<ol style="list-style-type: none"> 36- Blue Cross, 37- Hospital Británico, 38- Medicare, 39- Summum Medicina Privada S.A.(Summum), 40- Seguro Americano, 41- Medicina Personalizada (MP)
<p>Prestador integral Público</p>	<ol style="list-style-type: none"> 42- Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)