



SISTEMA NACIONAL **INTEGRADO DE SALUD**

*No cuesta más, tickets más baratos,
libertad de elección y nadie quedará afuera.*

LINEAMIENTOS DE LA REFORMA DE SALUD

Estos Lineamientos de la reforma de salud surgen a partir de las definiciones programáticas del gobierno nacional en la materia y se desarrollaron en el marco de la discusión amplia del Ministerio de Salud Pública con los actores de involucrados, nucleados en el Consejo Consultivo para el Cambio en Salud.

Esta versión síntesis es un avance para la profundización de la reforma y un antecedente para la construcción de la ley sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Seguro Nacional de Salud que el gobierno nacional tienen la intención de enviar al Parlamento Nacional en el mes de marzo de 2006.

Principios

Esta reforma se propone universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema.

Un primer eje es el cambio en el modelo de atención a la salud hacia una orientación que privilegie la atención integral que implica acciones de promoción de salud, de prevención protegiendo de riesgos específicos, de asegurar la capacidad de diagnosticar en forma precoz enfermedades y su oportuno tratamiento, la mas adecuada recuperación de la salud, la rehabilitación de secuelas y dispensarización del crónico y que proporciones cuidados paliativos. Estas actividades se desarrollarán en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y asegurando la mayor capacidad resolutiva del primer nivel de atención y la satisfacción de los uruguayos.

Un segundo aspecto se refiere al rol del MSP como el responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema de salud en la definición de las políticas de salud, de las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, el registro y la habilitación de los efectores de salud, regulación y contralor de los mismos, la policía sanitaria y la definición de las prestaciones a que estarán obligados los prestadores de servicios que integren el SNIS.

Un tercer aspecto se refiere al cambio en el sistema de gasto y financiamiento asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad a través de un Seguro Nacional de Salud.

Derechos de los usuarios

El Sistema Nacional Integrado de Salud dará acceso universal a todos los residentes en Uruguay. Ello significa que todas las personas tendrán derecho a una prestación integral (PIP) de calidad homogénea y en las condiciones que defina la reglamentación de la propia ley. Desde el nacimiento a la muerte y con todos los componentes desde la promoción, prevención, atención y rehabilitación.

Los usuarios tendrán derecho a la libre elección, a la información asistencial y económico financiera de resultados de todas las instituciones prestadoras de salud, a la participación en la gestión de las instituciones públicas y privadas, a la participación en los organismos de dirección de la reforma y a la libre elección entre los prestadores integrales de salud.

Fondo Público Obligatorio.

Los cambios propuestos en el actual sistema de financiamiento de la salud se basan en la justicia distributiva. A tales efectos se ha decidido la creación de una comisión conjunta de los Ministerios de Salud y de Economía para analizar las formas de la integración y convergencia de los aspectos de aportación del Seguro Nacional de Salud y el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas de la Reforma Tributaria.

Desde el punto de vista de la implementación del Seguro Nacional de Salud (SNS) se definirá la creación de un Fondo Público Obligatorio (FPO).

Dicho FPO recibirá y administrará los recursos que se destinan al pago de los prestadores integrales para dar cobertura del Plan Integral de Prestaciones (PIP).

Por un lado aportarán al FPO, de manera obligatoria, todos los residentes del país mayores de 18 años, aportando un porcentaje de sus ingresos con un mínimo no imponible y a partir de dicho valor tasas progresionales, es decir crecientes según el tamaño de la familia y el nivel de los ingresos. En el caso de los hijos menores de 18 años, éstos se adscribirán a la afiliación del padre que aporte mayores ingresos al Fondo.

En segundo lugar el gobierno nacional aportará al FPO a través de las asignaciones presupuestales previstas en los organismos que tienen hoy asignado gasto en salud.

En tercer lugar las empresas privadas y públicas, así como la administración central aportarán al FPO un % sobre su masa salarial, tomando como referencia el actual aporte patronal a la ex – DISSE del BPS.

Etapas de la transición

Para el proceso de integración de usuarios de salud al FPO, se entiende necesario recorrer un camino de transición basado en:

- a) Ampliar la cantidad de beneficiarios del seguro de enfermedad del BPS (ex DISSE), extendiendo el mismo a los trabajadores del sector público y sus familiares, a los familiares de los activos cotizantes, jubilados, trabajadores de otras cajas como la

bancaria y otros. En este proceso se debe dar flexibilidad a la asignación de esos nuevos usuarios a diferentes prestadores de salud. En esta etapa se unificarán dichos fondos con los que surgen del gasto público en salud detallados en el punto anterior.

- b) Reducir el valor de todos los copagos existentes en la actualidad. En virtud de la situación económica en la que se encuentra el sector, esta medida debería en una primera etapa implementarse bajo la forma de sustitución de ingresos y no de reducción de los mismos, tal como se hizo cuando se determinó el último aumento de cuota.
- c) Unificar en el FPO los diferentes fondos públicos destinados en la actualidad a la salud.

Reembolso del Fondo a los prestadores de salud.

El Seguro reembolsará a través del FPO, mediante el sistema de pre – pago a los prestadores integrales definidos en los sistemas de regulación.

El reembolso se hará sobre la base de una cuota salud que estará constituida por los siguientes elementos constitutivos:

- a) el número de personas que refieren como usuarios de cada institución de prestación integral
- b) una prima de riesgo según la edad y el sexo de los usuarios
- c) Un mecanismo de premio por el cumplimiento de metas asistenciales, a través de trazadores de resultados que se valorarán a efectos de componer el pago de la prima por desempeño y resultados

Sistemas de regulación de prestadores integrales y parciales.

La definición de prestadores integrales se encuentra en la norma presupuestal a ser aprobada en el presupuesto nacional e incluye a todos aquellos que hoy prestan el servicio integral (mutuales, cooperativas de profesionales, los seguros privados integrales) y por otro lado los prestadores públicos actuales en un marco de descentralización administrativa y técnica respecto al Ministerio de Salud Pública.

Los prestadores integrales deben habilitar sus servicios ante el MSP y ser acreditados ante la Superintendencia del Seguro para constituirse en un prestador del SNIS.

Plan Integral de Prestaciones (PIP)

El PIP debe garantizar:

- actividades de promoción y protección específica dirigidas a las personas de acuerdo a los antecedentes personales, familiares, sociales y comunitarios.

- diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los problemas de salud-enfermedad identificados,
- acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según corresponda.

Las prestaciones definidas en el PIP contarán con indicadores de calidad de sus procesos y resultados que permitirán al MSP evaluar la atención recibida por los usuarios y la calidad de la asistencia brindada. A los usuarios les permitirá conocer los resultados a través de su publicación en la página WEB del Ministerio de Salud Pública.

Superintendencia de la Salud

El Seguro Nacional de Salud será dirigido por una superintendencia de salud que será una persona pública no estatal presidida por un delegado del Ministerio de Salud Pública, en cuya integración tendrá la mayoría el Poder Ejecutivo con presencia del MEF y BPS y en su seno tendrán participación empresas prestadoras integrales del servicio de salud, usuarios del sistema y trabajadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La misión de la Superintendencia del seguro consistirá por un lado la asignación de recursos en el sistema y también, regular los aspectos esenciales del funcionamiento, especialmente en lo relativo a la definición de las cápitras y su ajuste según riesgo de la población cubierta y a los trazadores de resultados y sus indicadores, es decir a los sistemas de premios y castigos por el cumplimiento de las metas asistenciales.