

PROGRAMA DE REFORMAS DEL SECTOR SALUD

(UR-0133)

RESUMEN EJECUTIVO

Prestatario y garante:	República Oriental del Uruguay	
Agencia ejecutora:	Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), en coordinación con el Ministerio de Salud Pública (MSP)	
Monto y fuente:	BID: (CO)	US\$75.000.000
	Total:	US\$75.000.000
Términos y condiciones:	Plazo Amortización:	20 años
	Período de Gracia:	5 años
	Desembolso:	24 meses
	Tasa de Interés:	variable
	Inspección y vigilancia:	1%
	Comisión de crédito:	0,75%
	Moneda:	Dólares Norteamericanos de la facilidad unimonetaria
Objetivos:	<p>El objetivo del programa es apoyar al gobierno uruguayo en la instrumentación de un conjunto de acciones de política impulsadas por el MSP y que dan continuidad a un proceso gradual de reformas del sector salud, destinado a superar los problemas estructurales del sector con visión de largo plazo. Más específicamente, se trata de unificar, integrar y reglamentar un conjunto de normas que en la actualidad se encuentran dispersas como base de reglas comunes del juego y sustento de una institucionalidad regulatoria que permitan promover el necesario fortalecimiento de los subsistemas privado y público de salud, desarrollando la complementación de esfuerzos entre ambos. Ello generaría a largo plazo un entorno competitivo entre prestadores, a fin de reducir costos y mejorar la calidad de la atención, junto con asegurar un acceso más equitativo a los servicios de salud especialmente de los sectores más vulnerables de la población.</p>	
Descripción:	<p>El programa es un préstamo sectorial que se ejecutará en un plazo de hasta 24 meses y considera tres tramos de desembolsos, siendo el primero por US\$30 millones, por US\$20 millones el segundo y por US\$25 millones el tercero. Sus cuatro áreas de acción son (ver Anexo II-1): (a) perfeccionamiento del marco regulatorio del sistema de salud; (b) fortalecimiento del subsistema privado de salud; (c) fortalecimiento del subsistema público de salud; y (d) fortalecimiento técnico del MSP.</p> <p>Perfeccionamiento del marco regulatorio del sistema de salud: El actual marco de regulaciones de las instituciones de salud en Uruguay se encuentra fragmentado y disperso en un conjunto poco</p>	

operativo de normas, al tiempo que no se dispone de una institución especializada que ejerza las funciones de regulación y fiscalización. Lo anterior, permite el surgimiento de los Seguros Parciales que ante las insuficiencias del marco e institucionalidad regulatoria pueden desarrollar una conducta de selección de riesgo para conformar su cartera de afiliados, concentrándose en los segmentos de rentas altas del mercado y en los grupos familiares con una composición de tamaño, edad y sexo favorable en perjuicio del resto de las instituciones del sistema de salud que sí son reguladas. A su vez, la falta de un organismo regulador especializado ha imposibilitado adoptar fiscalizaciones de carácter preventivo para evitar que la crisis financiera de una institución de salud se propague y termine transformándose en una crisis de todo el sistema de salud.

Las acciones de política contenidas en esta área contemplan el apoyo a la unificación, integración, reglamentación y aplicación de un conjunto de normativas comunes de regulación y mecanismos de fiscalización que permitirán la sustentabilidad de mediano y largo plazo de todas las instituciones del sistema de salud uruguayo (incluyendo las instituciones de seguros parciales), evitando prácticas de competencia desleal y selección de riesgos, normando la existencia de un conjunto mínimo de salvaguardas financieras del sistema, protegiendo los derechos del usuario, difundiendo información financiera y estadística del sistema e incentivando la vigencia de un modelo asistencial con énfasis preventivo y promocional. Además, se apoyará la puesta en vigencia dentro de la nueva estructura organizacional del MSP de una instancia ejecutiva que asuma la responsabilidad integral por la supervisión y fiscalización de las instituciones que son responsables por la cobertura y la provisión de las atenciones de salud a la población, sean éstas públicas o privadas.

Los impactos esperados de estas acciones serán: (a) la promoción de un ambiente de mayor transparencia de mercado que redundará en una reducción de costos y un mejoramiento de la calidad de la atención; (b) el contar con una instancia reguladora que realice un seguimiento sistemático de las instituciones de salud y adopte medidas fiscalizadoras preventivas; y (c) la protección de los derechos de los usuarios garantizando su cobertura de salud y la continuidad de las atenciones (ver párrafos 2.3 al 2.7).

Fortalecimiento del subsistema privado de salud: Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), organizaciones privadas sin fines de lucro, operan con una estructura organizacional poco favorable a la búsqueda de eficiencia a través de la buena gestión y el control de costos. Los órganos de dirección no reciben de manera directa y proporcional las consecuencias de sus decisiones de gestión, se observa una falta de delimitación entre la conducción directiva y los niveles gerenciales y hay claros conflictos de interés en aquellas

instituciones en que los médicos son empleadores y empleados a la vez. Dada esta situación, no extraña la seria crisis financiera por la que atraviesa el subsistema privado de salud representado por las IAMC que acumulan un pasivo en torno a los US\$350 millones y que ha significado la quiebra de varias de estas instituciones, junto a procesos de fusiones y absorciones de otras, con un deterioro importante en el flujo normal de atenciones brindadas a la población.

En esta área de políticas, se acompañarán los planes de reconversión que se encuentran formulando las IAMC con apoyo de las autoridades del sector para resolver la situación de déficit financiero sistémico en la cual se encuentran. El objetivo es impulsar un modelo de gestión más eficiente, estabilizar financieramente a estas instituciones y asegurar la continuidad de las atenciones para sus usuarios, sobre la base de convenios de gestión con el MSP, la OPP y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) que les impriman viabilidad y sustentabilidad de largo plazo a su accionar. Vinculado a la instrumentación de estos planes de reconversión, se apoyará también los esfuerzos del MSP para hacer exigible la adopción por parte de las IAMC del Estatuto Tipo, cuyo objetivo central es separar las responsabilidades directivas de las propiamente gerenciales, resolver los conflictos de interés y profesionalizar la gestión.

El impacto esperado de estas acciones será la corrección de desequilibrios financieros de la IAMC, la normalización de las atenciones brindadas a los usuarios y el mejoramiento de la eficiencia en la gestión de estas instituciones promovida por el nuevo Estatuto Tipo (ver párrafos 2.8 al 2.12).

Fortalecimiento del subsistema público de salud: Las principales deficiencias del subsistema público de salud uruguayo se asocian a la administración de un presupuesto mayormente histórico para toda la red de establecimientos públicos, controlado con criterios macroeconómicos y escasos incentivos para una gestión eficiente. El único mecanismo de control de costo tradicionalmente aplicado es la excesiva centralización en la gestión de los recursos humanos y financieros. Además, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) que es la entidad pública que financia las prestaciones de mayor complejidad y alto costo, se encuentra en déficit operacional y acumula un pasivo de más de US\$70 millones ante las fallas de eficiencia en su gestión y la ausencia de un balance de costo-efectividad en las prestaciones que financia.

Las acciones contenidas en esta área de políticas están relacionadas con la reglamentación y puesta en marcha de las medidas de modernización dispuestas en el marco de la Ley de Presupuesto Quinquenal 2000-2004, recientemente aprobada por el poder legislativo uruguayo, las que habilitan al MSP para:

(a) reorganizarse estructuralmente, separando las funciones de formulación de políticas y regulación (MSP), financiamiento (Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)) y provisión de servicios (Unidades Prestadoras, (UP)); (b) autorizar convenios de gestión que permitan la participación de instituciones privadas en la gestión de los prestadores públicos; (c) facultar a ASSE para asignar presupuesto a la red de prestadores públicos mediante compromisos de gestión que busquen ligar los recursos asignados con el desempeño obtenido en términos de más y mejores atenciones para la población beneficiaria; y (d) permitir el cobro a instituciones privadas del costo de las atenciones brindadas a sus beneficiarios. Asimismo, se apoyarán los esfuerzos de las autoridades de ASSE para avanzar en la puesta en marcha de un sistema de identificación y categorización de usuarios que se atienden en la red de prestadores públicos, con la finalidad de hacer efectivo el cobro de estas atenciones a los beneficiarios de instituciones privadas de salud. Otra acción importante que se acompaña en esta área de políticas, es el apoyo al proceso de readecuación del FNR para modernizar su gestión.

Se espera que las acciones previstas en esta área de políticas aumenten la eficiencia del subsistema público de salud e impulsen una gestión orientada a la satisfacción de los usuarios de la red pública de prestadores, focalizando los recursos del Estado en la población carente de recursos como beneficiarios preferentes de su acción. Asimismo y como producto del plan de readecuación del FNR, se espera un mejoramiento de sus órganos de administración, junto a una reducción de su déficit operativo y de sus niveles de endeudamiento (ver párrafos 2.13 al 2.17).

Fortalecimiento Técnico del MSP: Se apoyará el Plan Estratégico de Fortalecimiento Técnico (PEFT) del MSP, concentrándose en tres líneas de intervención claves: (i) la realización de los estudios de factibilidad técnica y viabilidad política que son claves para seguir impulsando el avance del proceso gradual de reformas hacia la visión de largo plazo que tienen las autoridades del MSP sobre el sistema de salud de Uruguay; (ii) diseño y aplicación de la campaña de comunicación social para acompañar el proceso de modernización con la finalidad de consultar e informar a la opinión pública; y (iii) la realización de consultorías técnicas para las unidades de línea del MSP que tienen la responsabilidad operativa de ejecutar las acciones de políticas acordadas.

Con la ejecución del PEFT se espera generar los insumos necesarios para consolidar y profundizar el proceso de transformaciones estructurales y fortalecer al núcleo gerencial y técnico del MSP para liderar y conducir las modernizaciones del sistema de salud (ver párrafos 2.18 al 2.22).

Estrategia del Banco en el país y sector:

La Estrategia del Banco en Uruguay tiene como objetivo central apoyar los programas de desarrollo y las políticas del gobierno para el quinquenio 2000-2004, orientadas a lograr dentro de un marco de estabilidad macroeconómica, un crecimiento sostenido del Producto Interno Bruto (PIB) y una mayor equidad social. En términos más operativos, la Estrategia del Banco se concentra en: (i) apoyar iniciativas que aumenten la competitividad de la producción nacional en el ámbito regional e internacional y promuevan la inversión privada sobre la base de una producción sustentada en sus ventajas comparativas y en la incorporación de tecnología moderna, con vistas a crear condiciones de sana competencia que permitan una mayor inserción en los mercados regionales e internacionales; (ii) apoyar la profundización del proceso de transformación y modernización del Estado y la introducción de mejoras en la gobernabilidad para reducir su peso en la economía; aumentar su eficiencia; racionalizar y focalizar su intervención; y disminuir su incidencia en la producción nacional de bienes y servicios; y (iii) apoyar los esfuerzos para mejorar el bienestar social y aumentar la equidad, incorporando a los grupos más vulnerables al proceso de desarrollo y a una mejor calidad de vida.

Por ello, acompañar con este programa sectorial el conjunto de reformas que vienen conduciendo las autoridades del MSP para mejorar integralmente la gestión del sector y promover un acceso más equitativo a los servicios de salud, puede tener un impacto directo en dos de las líneas estratégicas de desarrollo que orientan la acción del Banco en Uruguay como son la modernización del Estado y el bienestar social, respectivamente (ver párrafo 1.46).

Clasificación del sector social y de la pobreza:

Esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social, como se describe en los objetivos claves para la actividad del Banco contenidos en el informe sobre el Octavo Aumento General de Recursos (Documento AB-1704). De acuerdo a las orientaciones del referido documento y por ser este un préstamo sectorial de rápido desembolso, el programa no puede calificarse como un préstamo focalizado hacia la pobreza (PTI) (ver párrafo 4.5).

Revisión social y ambiental:

El programa, por su naturaleza sectorial, no contempla el financiamiento de obras ni acciones de gestión correspondientes. Por lo tanto, no tendrá impacto sobre el medio ambiente y no será necesario tomar recaudos de protección ambiental durante su preparación y ejecución (ver párrafo 4.6).

Beneficios:

La mayor parte de las acciones de política acompañadas por el programa tienen un norte común, cual es hacer más equitativo el acceso a la salud y más eficiente la gestión del sector. En la medida que se unifica e integra el marco regulatorio del sistema de salud uruguayo, al tiempo que se fortalece y moderniza la gestión de sus subsistemas públicos y privados, es posible estar en condiciones de entregar más y mejores servicios de salud a la población uruguaya y de focalizar los recursos públicos en quienes más lo necesitan desde el punto de vista de su vulnerabilidad médica y social (ver párrafos 4.8 al 4.11).

Riesgos:

Dada la complejidad de las transformaciones en un sector social tan sensible como salud, el riesgo más importante que se enfrenta está asociado a la resistencia del gremio de profesionales de salud y sus presiones corporativas para detener el proceso o acomodarlo en beneficio de sus intereses particulares. Para aminorar este riesgo, se ha coincidido con las autoridades en la importancia de mantener y profundizar el diálogo con todos los actores involucrados, al tiempo que se acompaña este programa con una campaña de comunicación social como herramienta poderosa para consultar e informar a la población y la opinión pública sobre el verdadero sentido de las modernizaciones, buscando convertir a los usuarios actuales y potenciales del sistema en los grandes aliados de las reformas del sector salud. Adicionalmente, existen otros riesgos relativamente menores asociados a los frecuentes cambios de las autoridades sectoriales y la rotación de los equipos técnicos, a la falta de sostenibilidad de las acciones modernizadoras y, en el caso específico de Uruguay, al ambiente de crisis financiera en que se encuentra el sector, cuyas acciones para mitigarlos se refieren en el documento (ver párrafos 4.12 al 4.15).

Condiciones contractuales especiales:

El desembolso de los recursos correspondientes a cada tramo está condicionado a que el prestatario, a satisfacción del Banco: (i) mantenga un entorno macroeconómico consistente con los objetivos del programa y los acuerdos con el Fondo Monetario Internacional; (ii) cumpla con las acciones de política acordadas para el respectivo tramo, especificadas en el capítulo II y en el Anexo II-1 de este documento; (iii) mantenga cuentas especiales para el manejo de los recursos del financiamiento; y (iv) que el MSP y sus organismos dependientes involucrados en el programa cuenten con los recursos para impulsar las acciones de política acordadas en los tres tramos de desembolsos (ver párrafo. 3.10).

Para el caso específico del primer desembolso, serán condiciones previas también, la presentación de la evidencia de que: (i) se encuentra operando el Comité Interministerial con su Secretaría Técnica y sus respectivos representantes oficiales; (ii) se ha suscrito el convenio de ejecución del programa entre la OPP y el MSP, en el que, entre otros, se designan a la Asesoría Técnica de Políticas Sociales (ATPS-OPP) y a la Coordinación de Proyectos Internacionales (CPI-MSP) como las instancias responsables de la ejecución del programa en sus respectivos ámbitos de actuación; y (iii) se ha conformado, dependiendo de la CPI-MSP, la Unidad Técnica (UT-CPI) con su respectivo equipo técnico (ver párrafo 3.11).

Excepciones a las políticas del Banco:

Ninguna

Adquisiciones:

Los recursos del préstamo del Banco serán utilizados para financiar la ejecución de un proyecto de apoyo al sector público nacional del prestatario, el cual incluye entre otros importaciones de bienes elegibles. Se aplicará en este caso los procedimientos del Banco referentes a los préstamos sectoriales, los cuales no requieren de licitación pública internacional.

I. MARCO DE REFERENCIA

A. Panorama macroeconómico reciente

- 1.1 La economía uruguaya tuvo un crecimiento satisfactorio con inflación decreciente durante la pasada década y un mejoramiento progresivo de los sectores de la población en situación social más vulnerable. La política de control inflacionario fue exitosa al reducir la tasa de aumento de los precios de tres dígitos en 1990 a un dígito en 1998, utilizando el tipo de cambio como ancla nominal del sistema de precios y ejerciendo un control estricto sobre las finanzas públicas. El manejo de la política fiscal, una serie de reformas estructurales de más de dos décadas, la apertura de la economía y un entorno externo favorable, permitieron lograr un crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) real de 3,9% anual promedio durante 1990-98.
- 1.2 En 1999, como resultado del deterioro de los términos de intercambio (aumento de los precios de las importaciones, descenso de los precios de las exportaciones y el aumento de las tasas de interés internacionales), conjuntamente con las crisis financieras del sudeste asiático y de Rusia gestada en 1998, la devaluación del real en Brasil y la recesión de la economía argentina, la situación económica se deterioró. El PIB real cayó 3,4%, el déficit en cuenta corriente de la balanza de pagos se amplió y el déficit del sector público aumentó, debido a la fuerte caída de los ingresos. De acuerdo con datos preliminares del Banco Central del Uruguay, esta tendencia recesiva continuó durante el 2000, con una contracción del PIB de 1,5% y una tasa de desempleo de 14% a nivel urbano en el país. El déficit del sector público consolidado del año 2000 excedió la meta del 2,8% del PIB prevista con el Fondo Monetario Internacional (FMI), situándose en 3,7% debido a los efectos de la recesión sobre la recaudación impositiva.
- 1.3 Con un nivel de gasto público total cercano al 35% del PIB, Uruguay enfrenta dificultades para mantener equilibradas las finanzas públicas, sobre todo en un escenario donde es necesario reducir la carga fiscal sobre las actividades productivas para ganar competitividad de la economía. Además, en un contexto contractivo del ciclo económico es importante el esfuerzo de eficiencia de todos los sectores para evitar presiones adicionales sobre el déficit público, buscando generar el máximo impacto posible de los recursos gestionados. En particular, el gasto público social ha subido de 21,6% del PIB en 1995 a 24% en 1999, principalmente en seguridad social y educación, mientras que el gasto público en salud experimentó una leve alza desde el 1,7% al 1,9% en similar período. No obstante, una preocupación importante de las autoridades económicas en este sector específico es la creciente participación del gasto total en salud como porcentaje del PIB, el cual pasó de un 6% al final de la década de los 80 a un 10% hacia fines de los años 90.
- 1.4 La prioridad dada por el gobierno a la preservación de la estabilidad y equilibrios macroeconómicos básicos se ha traducido en un programa económico enmarcado en un acuerdo con el FMI, por un período de 22 meses hasta diciembre de 2001 y por un monto equivalente a US\$197 millones en Derechos Especiales de Giro. El programa económico para 2001, que fue aprobado por el Directorio del FMI a fines

de febrero y se encuentra actualmente en revisión a raíz de las recientes turbulencias del entorno económico internacional, prevé que la economía inicie una etapa de recuperación durante este año al surtir efecto las medidas para reducir los desequilibrios fiscales y de balanza de pagos y se mejora la competitividad externa. Bajo estos supuestos y las revisiones preliminares realizadas por las autoridades, se proyecta para el 2001 que el PIB podría crecer entre 0,5% y 1%, el déficit fiscal se reduciría a alrededor del 2,6% del PIB y la inflación se situaría en el rango de 7% a 8%.

B. El sistema de salud uruguayo

- 1.5 En la actualidad, el gasto total en salud de Uruguay representa aproximadamente el 10% del PIB y en términos per cápita alcanza cerca de los US\$700. De acuerdo al último informe de la Organización Mundial de la Salud, este país ocupa el cuarto lugar del mundo en términos de gasto en salud como porcentaje del PIB, pero se ubica en el puesto 65 en términos del desempeño de su sistema de salud, situación que es preocupante aún teniendo en cuenta las diferencias de volumen de gasto entre países. Como se revisará en detalle más adelante en el documento, lo anterior obedece a múltiples y complejas causas de raíz estructural y relacionadas entre sí, tales como las insuficiencias del marco regulatorio y los problemas en su estructura organizacional y de gestión, en el modelo de financiamiento y en aspectos técnicos del modelo de atención.

1. Organización del sistema de salud

- 1.6 La organización del sistema de salud uruguayo se basa en un complejo y fragmentado esquema de regulaciones y mecanismos de financiamiento, donde intervienen un conjunto de instituciones de derecho privado de diferentes características y varios organismos públicos. En términos simplificados, la población uruguaya accede a los servicios de atención sanitaria a través de dos tipos de subsistemas: el privado y el público.

a) Subsistema privado de salud

- 1.7 El subsistema privado de salud, se integra básicamente por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), entidades privadas sin fines de lucro que aseguran y proveen atención médica prepagada. Las IAMC brindan un único plan de cobertura médica regulado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), cubren al 45% de la población uruguaya y administran el 44% del total del gasto en salud. Su financiamiento ocurre por dos vías: (i) la seguridad social administrada por el Banco de Previsión Social (BPS) que cubre exclusivamente a los trabajadores privados del sector formal y (ii) personas que voluntariamente pagan por el plan de cobertura médica de manera individual o colectiva, en su mayoría representados por los grupos familiares de los trabajadores afiliados a la seguridad social. Las IAMC integran un mercado competitivo, pero relativamente cerrado ya que en la práctica operan entidades de dos tipos: mutuales (colectividades de beneficencia social tales como Casa de Galicia y La Española) y cooperativas de médicos.

- 1.8 Existen un total de 48 IAMC con un tamaño promedio de 30.000 afiliados, habiendo sólo cuatro con población superior a los 50.000 afiliados. Estas cuatro entidades se encuentran en Montevideo y aglutinan el 45% de la población total afiliada a las IAMC, siendo la principal de ellas la institución administrada por el sindicato médico. En Montevideo existen 16 IAMC con una participación del 67% en el total de afiliados a estas instituciones y en régimen de competencia, mientras que 32 de estas instituciones se encuentran en el interior del país brindando cobertura al 33% restante, con una competencia muy limitada ya que varios departamentos del interior cuentan con sólo una IAMC.
- 1.9 Desde hace más de una década, se han establecido en Uruguay los denominados seguros parciales de salud. Se trata de un componente relativamente pequeño del subsistema privado de salud, pero muy dinámico, compuesto por empresas con fines de lucro dedicadas a la comercialización de planes voluntarios de salud, funcionando como mercado competitivo y abierto no sujeto a regulaciones específicas. Se estima que aproximadamente un 3% de la población está cubierta por estos seguros y que su participación en el gasto total en salud alcanzaría el 10%.

b) Subsistema público de salud

- 1.10 El subsistema público de salud opera, a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), una red de hospitales y puestos de salud que brinda atención médica al 32% de la población total del país, principalmente trabajadores del sector informal y personas de bajos recursos que no cuentan con cobertura de la seguridad social¹. Sin embargo, en la práctica funciona como un prestador de última instancia, atendiendo también a personas con cobertura de las IAMC que no cuentan con recursos para cubrir los altos copagos (tasas moderadoras que paga directamente el usuario) de algunas prestaciones en el subsistema privado. La red de ASSE dispone de aproximadamente el 10% del total del gasto en salud de Uruguay y otro 4% lo destina directamente el MSP a programas de vigilancia epidemiológica y de salud pública, tales como las campañas de vacunación masiva junto a las acciones preventivas y curativas asociadas al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). Un sistema de médicos de familia funciona incipientemente en el ámbito de la atención primaria.
- 1.11 Complementariamente, el MSP y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), junto con representantes del sector privado administran el Fondo Nacional de Recursos (FNR), entidad de derecho público no estatal responsable de la financiación, para toda la población uruguaya, de las enfermedades de alto costo y baja incidencia. El FNR se financia a través de un aporte mensual por afiliado a las IAMC y por otro aporte que el MEF realiza por los beneficiarios no afiliados a las IAMC. Los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) proveen este

¹ Un 10% de la población del país está cubierta por la sanidad policial, militar y de las empresas públicas, mientras que el restante 10% corresponde a personas de altos ingresos sin cobertura prepagada y que cancelan directamente el costo de sus atenciones médicas al momento de requerirlas. Respecto del gasto, un 20% corresponde a atenciones particulares y medicamentos y 5% a la sanidad militar, policial y de empresas públicas.

tipo de servicios médicos (por ejemplo, diálisis, operaciones cardíacas, trasplantes y otras) bajo el principio de libre elección del beneficiario. El FNR absorbe el 7% del gasto total en salud y su articulación con las IMAE es a través del pago por acto de todos los costos incurridos en cada tratamiento.

2. El diagnóstico de problemas estructurales

- 1.12 El sistema de salud uruguayo venía funcionando relativamente bien dentro de una larga tradición solidaria y de beneficencia pública que caracterizaba a sus instituciones, siendo uno de los modelos pioneros de la región en que estuvo separada la función de financiamiento de la cobertura y provisión de atención médica en el ámbito de la seguridad social. De esta manera y en un régimen de libre elección, se integró tempranamente a las IAMC para que pudieran brindar cobertura y atención médica a los trabajadores del sector privado con empleo en el mercado formal de la economía. No obstante, con el tiempo fueron surgiendo una serie de problemas estructurales del sistema de salud y otros específicos a los subsistemas privado y público, cuya manifestación más reciente y preocupante es la crisis financiera de las IAMC. Precisamente, a partir de esta crisis se refuerza la voluntad política de las autoridades del sector para conducir un proceso gradual de cambios que, con visión de largo plazo pueda contribuir a superar las falencias estructurales del sistema de salud y dar sustentabilidad de largo plazo a sus instituciones.

a) Problemas del sistema de salud

- 1.13 **Insuficiencias de marco e institucionalidad regulatoria:** Un problema importante del sistema de salud uruguayo es la ausencia de un marco regulatorio que unifique e integre un mínimo de normas comunes para el funcionamiento de las instituciones, así como la carencia de un organismo responsable por ejercer las funciones de regulación y fiscalización. Las normas existen, pero están dispersas en varios cuerpos normativos y son poco operativas, porque se interpretan en forma distinta por los actores involucrados y en algunos casos las reglamentaciones son insuficientes. Por ejemplo, se requiere facultar al organismo del MSP que asumirá la regulación y fiscalización de las instituciones de salud y definir claramente sus atribuciones (autorización y cierre de registro de instituciones, aplicación de multas y sanciones y difusión de información pública para mayor transparencia de mercado, entre otras facultades), precisar las obligaciones de las instituciones fiscalizadas (registrarse, constituir garantías y mantener un capital mínimo de operación, por ejemplo) e integrar un conjunto disperso de disposiciones que existen sobre defensa del consumidor (tales como la facultad de presentar reclamos y de obtener una solución a las controversias con las instituciones de salud).
- 1.14 El reflejo más claro de esta situación es el surgimiento de los Seguros Parciales, que ante las insuficiencias del marco e institucionalidad regulatoria pueden desarrollar una conducta de selección de riesgos para conformar su cartera de afiliados, concentrándose en los segmentos de rentas altas del mercado y en los grupos familiares con una composición de tamaño, edad y sexo favorable en perjuicio del resto de las instituciones del sistema de salud que si son reguladas. A

su vez, la inexistencia de una institucionalidad informada y responsable que pueda impartir oportunamente disposiciones correctivas ha posibilitado la propagación de una grave crisis financiera en el sistema IAMC. Tampoco se provee un flujo transparente y sistemático de información que le permita a las personas elegir la mejor cobertura de salud. Dado este panorama, los usuarios han terminado pagando el costo de las ineficiencias ante la falta de adecuadas normas de protección de sus derechos. Los afiliados a las IAMC han visto aumentado el nivel de sus primas mensuales, incrementado los copagos, detenido el flujo normal de atenciones en los casos de quiebra y visto amenazada la continuidad de su cobertura de salud. La falta de normas adecuadas de protección al usuario repercute también en la calidad de las atenciones que recibe la población atendida por el subsistema público.

- 1.15 **Distorsiones en la contratación del recurso humano de salud:** La negociación colectiva de los funcionarios médicos y no médicos del sistema de salud es centralizada y en ella interviene fuertemente el Estado. Adicionalmente, se da la particularidad de que el principal empleador en las IAMC es la institución administrada por el propio Sindicato Médico del Uruguay, lo que crea un conflicto de interés importante al actuar los médicos como empleadores y empleados a la vez. A ello se suma la falta de planificación en la formación de profesionales de la salud y la gratuidad en el sistema de educación universitaria, situación que unida a una falta de incentivos apropiados para auto regular el trabajo de los profesionales de la salud, condujo a un multi empleo y sobre especialización de los médicos, generándose una fuerte presión por incrementos salariales y mejoramiento en las condiciones de empleo, una marcada tendencia a la diferenciación de servicios y a la inducción de demanda de prestaciones médicas.
- 1.16 Todo lo anterior, genera un impacto importante en la productividad, los costos laborales y los costos no laborales del sistema de salud uruguayo, al producirse una estructura de remuneraciones sesgada hacia la sobre especialización (es decir, discriminatorio contra los médicos generalistas) y caracterizado por la progresiva disminución de la carga horaria profesional por puesto de trabajo que llevó al multi empleo (2,9 cargos promedios por médicos). La intervención del Estado en la negociación colectiva introduce también una regulación en el costo del principal factor productivo, lo que unido a la regulación de precios y copagos que se explica más adelante, acota el margen de competencia y con ellos las posibilidades de generar reducción de costos y mejor calidad de la atención.
- 1.17 **Modelo de atención sobre especializado:** Inducido por la distorsión presente en el mercado de recursos humanos de salud, el modelo de atención tiene un sesgo curativo y recuperativo que privilegia la especialización y la alta tecnología, en detrimento de un enfoque más preventivo y promocional con énfasis en la atención primaria de salud. La cara más visible de este problema estructural es el actual pasivo que acumula el FNR (US\$70 millones) en la cobertura, a través de los IMAE, de una lista de patologías complejas de alto costo y baja incidencia para toda la población uruguaya. El incipiente modelo de salud de familia puesto en marcha a nivel primario en el subsistema público enfrenta dificultades, ya que no hay una adecuada integración de estos profesionales con los niveles de mayor complejidad en la red de servicios y se termina duplicando esfuerzos.

- 1.18 Dada esta tendencia a la sobre especialización, el gasto de las IAMC aumentó a un ritmo del 6% real anual durante los 90 y generó un déficit crónico, pese al aumento acumulado de más del 70% en las cuotas y de 200% en los copagos durante el mismo período. A la fecha, el monto del endeudamiento de las IAMC llega a US\$350 millones, equivalente a casi cinco meses de recaudación del sistema y de los cuales el 85% corresponde a deuda de corto plazo. Por su parte, el gasto del FNR aumentó en términos reales a una tasa del 14% anual durante la década anterior, explicado en gran medida por el mecanismo de pago por acto utilizado por el FNR estimula el crecimiento del número de prestaciones por parte de los IMAE.
- 1.19 **Modelo de financiamiento sin equilibrio entre aportes y riesgos:** El 8% del salario que financia el seguro social de salud cubre sólo al trabajador y no a su familia, produciendo un desequilibrio entre aportes y riesgos médicos cubiertos, situación que contrasta con los esquemas de seguridad social de otros países de la región, donde porcentajes incluso menores del salario de los trabajadores financian la cobertura de salud de todo el grupo familiar. Es decir, en el actual esquema de la seguridad social uruguaya termina pagando en exceso por su cobertura de salud quien normalmente tiene el menor riesgo (el trabajador) y se debe pagar a costo de bolsillo la cobertura, en calidad de afiliados voluntarios, de quienes normalmente presentan un riesgo médico mayor (el grupo familiar, mayormente niños, mujeres y personas de tercera edad). Además, se regula el precio máximo que pueden cobrar las IAMC para otorgar la cobertura de salud y se establece la obligación de cobrar una prima fija, independiente del riesgo, a los afiliados voluntarios. También existen límites máximos para los copagos.
- 1.20 El régimen financiero prevaleciente conduce a que algunas IAMC utilicen mecanismos poco transparentes para evitar afiliar los riesgos mayores (personas de tercera edad por ejemplo). Si a lo anterior se une la dinámica participación de los seguros parciales (con ausencia de regulaciones), los problemas toman un perfil más estructural y profundo, puesto que se generan poderosos incentivos para que los afiliados voluntarios de las IAMC, con mayor ingreso y menor riesgo, constituyan un mercado separado bajo cobertura de los seguros parciales. Ante la crisis y la imposibilidad de cubrir desequilibrios con aumentos de cuotas o copagos, las IAMC tienden también a asumir más activamente conductas de selección de riesgo de los afiliados voluntarios. En consecuencia, existe una tendencia a la segmentación del mercado puesto que las personas de altos ingresos y bajo riesgo pueden preferir contratar voluntariamente su cobertura con los seguros parciales, las personas de ingreso y riesgo promedio se quedan en las IAMC, mientras que las personas de bajos ingresos tienen como única alternativa al subsistema público.
- 1.21 Así, el gran costo de equidad es en términos de la calidad de las atenciones que reciben los distintos grupos de la población. Por ejemplo, las IAMC cuentan con US\$690 per cápita para atender a sus afiliados, mientras que ASSE sólo dispone de US\$233 per cápita para otorgar atención a sus beneficiarios.

b) Problemas específicos del subsistema privado

- 1.22 Las IAMC operan con una estructura organizacional poco favorable a la búsqueda de eficiencia a través de la buena gestión y el control de costos. Los órganos de dirección no reciben de manera directa y proporcional las consecuencias de sus decisiones de gestión, al tiempo que se observa una falta de delimitación entre la conducción directiva y los niveles gerenciales. Más aún, en las IAMC que funcionan como cooperativas de médicos no existen aportes de capital, los socios de la cooperativa pueden trabajar en cualquier otra institución y las remuneraciones de los funcionarios se determinan por acuerdos colectivos con los sindicatos, sin tener en perspectiva los costos operacionales de la institución y con el riesgo de conflictos de interés al actuar los médicos como empleadores y empleados a la vez. El efecto más directo de estas fallas en los incentivos es el déficit crónico del sistema IAMC que ha significado la quiebra de varias instituciones y tiene a otras en situación muy comprometida, especialmente en Montevideo. A lo anterior, se suma una escasa identificación de los médicos con los destinos de la institución, especialmente en el caso de las cooperativas de estos profesionales y de la principal IAMC que es gestionada por el propio sindicato médico.

c) Problemas específicos del subsistema público

- 1.23 La principal característica de la red pública es el alto nivel de centralización en la gestión, toda vez que los directivos responsables de los establecimientos públicos de salud no administran los recursos humanos, ni las inversiones y tampoco las compras de magnitud, decisiones que son adoptadas en la unidad central de ASSE. Así, se administra un presupuesto mayormente histórico para toda la red de establecimientos públicos, controlado con criterios macroeconómicos para mantener el presupuesto sectorial dentro de los marcos acordados con las autoridades económicas.
- 1.24 En este cuadro de rigideces, se generan limitados espacios de gestión para los directivos de los establecimientos públicos de salud, no existiendo por lo tanto estímulos en favor de una administración eficiente. Normalmente, tampoco se prevé el control del desempeño financiero de los establecimientos públicos y es casi nulo el interés gerencial para promover incentivos a la satisfacción de los usuarios. Si bien el gasto del subsistema público aumentó a un ritmo considerablemente menor durante la pasada década (3,9% real promedio anual), comparado al incremento del gasto del subsistema privado representado por las IAMC (6%) en un contexto de coberturas de población relativamente estables, las fallas de eficiencia se tradujeron en menor calidad de la atención que termina perjudicando a los beneficiarios más pobres del sistema que sólo pueden acceder a los servicios públicos de salud.

3. La visión de largo plazo del proceso de reformas

- 1.25 Siguiendo la tradición uruguaya, la estrategia de cambio del actual gobierno para el sector salud parte del establecimiento de una visión de largo plazo y de una implantación gradual de reformas específicas. El programa que se presenta en este documento y las acciones de política apoyadas, constituyen los primeros pasos

hacia este escenario de transformaciones estructurales que se describe a continuación.

- 1.26 Para mejorar la cobertura de la población (especialmente la más vulnerable desde el punto de vista epidemiológico) sin apelar al aumento del gasto (para cuyo financiamiento sería necesario presionar sobre las finanzas públicas, los costos laborales o el presupuesto de las familias), la visión de largo plazo de las autoridades contempla una organización para el sector basada en un marco regulatorio unificado e integrador. A partir de esta definición de las reglas del juego comunes para todo el sistema, se aspira a una organización de la seguridad social de salud que asegure una cobertura garantizada e integral de beneficios de salud a toda la población uruguaya. Desde el punto de vista instrumental, el seguro y la provisión de servicios sería gestionado por instituciones de naturaleza pública y privada, operando en un ambiente competitivo que estimule la eficiencia en la asignación de los recursos y la equidad en la cobertura, tomando como base un modelo de atención centrado en la promoción y prevención de salud.
- 1.27 El nuevo esquema implica un cambio de roles para el Estado en salud, para lo cual será necesario asumir la transición desde una situación donde el grueso de los esfuerzos es absorbido por la administración de la red pública de prestadores, a otro donde el Estado se concentrará en funciones estratégicas de regulación y financiamiento. Dentro de este marco de definiciones estructurales, el MSP comenzará a asumir con mayor propiedad su función de formulación de políticas y de definición de las prioridades de salud pública y, con una visión unificadora e integradora, empezará a responsabilizarse por la función de regulación, tanto de las instituciones aseguradoras como prestadoras de servicios de salud, sean ellas públicas o privadas. Así, será clave iniciar el desarrollo de la institucionalidad pública responsable por la fiscalización de las instituciones del sector que permita arribar en el futuro a un ente regulador y fiscalizador de carácter autónomo para el sistema de salud uruguayo.
- 1.28 El segundo desafío clave del Estado será estructurar un régimen financiero que garantice a las instituciones aseguradoras y proveedoras de servicios de salud recursos consistentes con el riesgo epidemiológico de las personas cubiertas. Las instituciones de salud recibirían pagos diferenciados según riesgos, en función de características tales como el género y la edad, lo cual significa un mayor aporte para quienes tienen una probabilidad más alta de enfrentar gastos médicos mayores (los niños, las mujeres y las personas de tercera edad). Tal desafío, implicará integrar un esquema de financiamiento donde se combinen recursos del presupuesto público concentrados en la población de más bajos recursos, de la seguridad social para la fuerza de trabajo formal y con los aportes voluntarios de la población de nivel socioeconómico más alto. Simultáneamente y siempre en este escenario de largo plazo, el FNR podría derivar hacia un esquema de reaseguros

del sistema de salud uruguayo que permita una respuesta lo más costo-efectiva posible a las contingencias médicas de baja incidencia y alto costo².

- 1.29 Complementariamente, los usuarios podrán jugar un papel activo a través de la libre elección de la institución pública o privada que les brindará la cobertura y provisión de sus atenciones de salud en un contexto de competencia. Dada las imperfecciones de mercado de la salud, caracterizadas por asimetrías de información, a lo anterior se irán uniendo progresivamente el conjunto de normas e instrumentos de protección de los derechos de los usuarios, junto a la promoción de transparencia y equidad en las relaciones contractuales con las instituciones de salud, como responsabilidad del futuro organismo regulador autónomo del sistema de salud uruguayo.

4. Los avances modernizadores recientes

- 1.30 Las nuevas autoridades del sector salud se encuentran liderando un conjunto de acciones destinadas al fortalecimiento de los subsistemas público y privado, con perspectiva de largo plazo. Dentro de la recientemente aprobada Ley de Presupuesto Quinquenal 2000-2004, se introdujo el respaldo legal para un conjunto de innovaciones importantes de políticas para el ámbito público de la salud, tales como la facultad del MSP para realizar reestructuraciones organizativas, comprendiendo nuevos modelos de gestión y gerenciamiento de las Unidades Prestadoras (UP), organizadas como redes integradas de servicios de salud. Además y en carácter experimental, se facultó al MSP para celebrar con instituciones privadas de asistencia o que demuestren probada capacidad de gestión en salud, convenios parciales o totales de gestión para la administración de establecimientos asistenciales. Adicionalmente, se estableció que la asignación de recursos presupuestarios para las UP dependientes de ASSE se realizará sobre la base de compromisos de gestión, facultándose legalmente también a ASSE para que cobre a las IAMC por los servicios públicos de salud que se brinden a la población con cobertura en dichas instituciones.
- 1.31 En cuanto al subsistema privado, las autoridades del MSP se encuentran impulsando la reorganización de las IAMC, de manera de estabilizar financieramente a estas instituciones y garantizar su viabilidad de largo plazo. A la fecha, se han realizado auditorias para el 100% de las IAMC de Montevideo y se dispone de un completo diagnóstico de su situación económica-financiera, técnico-asistencial y organizativo-institucional, de manera de poder evaluar objetivamente su estado actual y calificar su sostenibilidad futura como base de los planes de reconversión que se esperan poner en marcha en el corto plazo, comenzando en una primera etapa con las IAMC de Montevideo. El objetivo de los planes de reconversión es que las IAMC puedan llevar adelante un conjunto de ajustes en sus procesos organizacionales, técnicos y administrativos destinados a lograr un

² Por ejemplo, tal función de reaseguro podrá significar que el FNR dejará de ser un simple pagador de prestaciones de alta complejidad y asuma un rol de reaseguro frente a eventos médicos catastróficos de baja frecuencia que, por su alto costo, superan las capacidades de las instituciones de salud y de sus afiliados de asumir la totalidad del gasto generado, definiéndose un monto a partir del cual la responsabilidad de cobertura podrá ser del FNR.

superávit operacional que les permita financiar los préstamos que apoyarán dicho proceso de reconversión y poder sanear definitivamente su situación económica-financiera como base de su gestión futura. En el Anexo I-1 se resume la estrategia de reconversión que están siguiendo las autoridades uruguayas para asegurar su éxito en términos de la evaluación de los planes de reconversión, los procesos previos de absorciones, fusiones o liquidaciones, las fuentes de financiamiento disponibles, los mecanismos de garantías, la cobertura de riesgos y los incentivos asociados.³

- 1.32 Por otra parte, como reflejo de la voluntad y capacidad de las autoridades para buscar acuerdos, el MSP en conjunto con el MEF lideraron una Comisión Intersectorial con todos los actores involucrados en la crisis de las IAMC (organizaciones empresariales, sindicato médico, funcionarios no médicos, entre otras) a los fines de consensuar un conjunto de medidas urgentes para estas instituciones. El acuerdo suscrito el pasado 4 de abril de 2001, del cual sólo se restó el gremio médico, dispone un conjunto de acciones inmediatas tendientes a estabilizar financieramente estas instituciones (absorciones o liquidaciones de instituciones, condonación de deudas con proveedores y otras acciones de reducción de costos operacionales relacionadas con el modelo de gestión y el modelo de atención).
- 1.33 El acuerdo intersectorial sustentó las bases del proceso de reconversión de las IAMC referidas a la aceptación de un nuevo marco normativo para el sector, de los ajustes que son necesarios en el modelo de gestión de estas instituciones y de las transformaciones que requiere el modelo asistencial, otorgando preeminencia a las acciones de fomento y prevención de salud y definiendo compromisos claros también por parte de estas instituciones para aumentar la satisfacción de su población usuaria (reducción de tiempos de esperas en consultas generales y especializadas, así como una mayor coordinación para el oportuno tratamiento hospitalario en los casos que se requiera de este tipo de atención, por ejemplo).
- 1.34 En una perspectiva más de futuro, la Ley de Presupuesto Quinquenal 2000-2004 estableció la responsabilidad civil de los directivos de las IAMC por los daños y perjuicios resultantes, directa o indirectamente, de la violación de la ley, el estatuto o el reglamento y por el mal desempeño producido por abuso de facultades, dolo o culpa grave. Se suma a ello la iniciativa del Estatuto Tipo para las IAMC, cuya aprobación lograron recientemente las autoridades, con el objetivo de separar las funciones directivas de las responsabilidades de gerencia, profesionalizar la gestión, resolver los conflictos de interés para directivos y gerentes, junto a la generación de un espacio más transparente de decisiones como respaldo para la viabilidad económica futura de estas instituciones.

³ De acuerdo con el informe final de consultoría sobre el esquema de riesgo compartido para el financiamiento del proceso de reconversión de las IAMC, contratada para apoyar la preparación de este proyecto, la estrategia ideada por las autoridades uruguayas permite una solución al problema financiero de estas instituciones y puede efectivamente impulsar su reconversión exitosa, diversificando adecuadamente los riesgos entre fuentes públicas y privadas de financiamiento. Además, el diseño técnico de los mecanismos de garantía reduciría al mínimo el riesgo para los fondos públicos involucrados e implicaría para el Estado asumir un riesgo de carácter sistémico y no individual de cada IAMC, condicionado básicamente por la evolución general de la economía uruguaya.

C. Experiencia y lecciones aprendidas

- 1.35 En la segunda parte de la década pasada, el gobierno inició un proceso de cambios en el subsistema público dentro del marco del Programa de Fortalecimiento de las Areas Sociales (FAS) que contó con apoyo del Banco (811/OC-UR). A través de este programa que destinó US\$12,5 millones para salud concentrado en fortalecimiento institucional e infraestructura, las autoridades procuraron dar los primeros pasos hacia la modernización del sector, el cambio del modelo de atención y el aumento en la cobertura y calidad de los servicios. Como resultado, se fortalecieron programas de promoción y prevención de salud que tenían un desarrollo incipiente en el MSP. Asimismo, se amplió la cobertura de los centros zonales y los puestos de salud en el área materno-infantil y de medicina familiar con focalización en los sectores más desfavorecidos de la población. No obstante y en lo que respecta a la modernización de la gestión del MSP y ASSE, los resultados tuvieron un bajo impacto global básicamente por una dispersión de esfuerzos y acciones aisladas carentes de un lineamiento integrador hacia un objetivo común de largo plazo, lección que ha tratado de ser incorporada en el diseño de esta operación especialmente en el área de perfeccionamiento del marco regulatorio, en el área de fortalecimiento del subsistema público de salud y en el área del fortalecimiento técnico del MSP.
- 1.36 Complementariamente y desde 1995, el Banco Mundial se encuentra apoyando el Proyecto de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS). Dicha iniciativa, está orientada a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud ofrecidos a la población pobre y a los no asegurados, promoviendo procesos de descentralización de los servicios públicos y fortaleciendo el rol regulador del MSP, acciones que por haber carecido de un sustento legal sólido no han sido efectivamente desarrolladas y que en el caso del presente proyecto cuentan con el respaldo de las facultades conferidas al MSP por la Ley Quinquenal de Presupuesto 2000-2004. A su vez, dicha iniciativa apoya los esfuerzos para mejorar la gestión pública mediante el desarrollo técnico de los compromisos de gestión y de los sistemas de información necesarios, avances que son coherentes con las acciones de política impulsadas por el presente programa. El proyecto perseguía también expandir la cobertura del sistema IAMC a la población uruguaya, pero la crisis de estas instituciones ha imposibilitado la concreción de este objetivo específico.
- 1.37 Por último, este proyecto aprovechará las lecciones aprendidas del Programa Sectorial de Reforma de la Seguridad Social (921/OC-UR) que el Banco aprobó para Uruguay, en marzo de 1996, y que se encuentra totalmente ejecutado y con su informe de terminación de proyecto realizado. En la presente operación, se busca rescatar los aspectos relacionados con la conducción del proceso de cambios de esta importante reforma social del sistema de pensiones que son aplicables en el caso de salud, particularmente en cuanto a la necesidad de contar con un acompañamiento comunicacional de la reforma, evitar los requerimientos de aprobación de leyes en la matriz de acciones de política que se acompañan y prever una adecuada instancia de coordinación ejecutiva integrada por el personal gerencial de los organismos involucrados en la reforma.

D. Racionalidad y justificación del programa

- 1.38 La crisis del sistema de salud uruguayo alcanzó una dimensión profunda e insostenible, expresada en alto nivel del gasto total en salud del país (10% del PIB), el pasivo de las IAMC de alrededor de US\$350 millones y la creciente insatisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. En gran medida, esto se explica por el conjunto de problemas estructurales anteriormente señalados y que pueden sintetizarse en la falta de un marco e institucionalidad reguladora, las distorsiones presentes en el mercado laboral y en el modelo de financiamiento, el excesivo sesgo a la sobre especialización del modelo de atención, junto a las fallas de gestión de los subsistemas públicos y privados. Justamente, buscando dar respuesta a estos entramamientos estructurales del sector salud y sobre la base de una visión de largo plazo como escenario ideal para la conducción gradual del proceso de cambios, el MSP con apoyo de las autoridades económicas se encuentran instrumentando un conjunto de acciones de política que tienen su principal fundamento legal en la recientemente aprobada Ley de Presupuesto Quinquenal 2000-2004.
- 1.39 El presente programa, cuya visión sinóptica se presenta en el Anexo I-2, acompaña estos primeros pasos hacia la transformación estructural del sistema de salud uruguayo mediante el perfeccionamiento del marco regulatorio y la puesta en marcha de la institucionalidad fiscalizadora responsable (atribuciones del organismo regulador, obligaciones de las instituciones fiscalizadas y protección de derechos de los usuarios), acciones que constituyen la columna vertebral del programa al promover una mayor transparencia de mercado y equidad en las relaciones contractuales entre los usuarios y las instituciones de salud como bases sólidas para la sostenibilidad futura del sistema de salud uruguayo. Complementariamente, se considera también el fortalecimiento del subsistema privado de salud (planes de reconversión para estabilizar financieramente a las IAMC y asegurar la continuidad de las atenciones a sus usuarios, junto a la vigencia de un Estatuto Tipo para separar las funciones directivas de las propiamente gerenciales, resolver conflictos de interés y profesionalizar la gestión) y el fortalecimiento del subsistema público de salud (separación de funciones, puesta en marcha de la reestructura organizativa del MSP, aplicación de compromisos de gestión entre ASSE y sus UP e implantación de los convenios de gestión con instituciones privadas para la administración de establecimientos públicos), acciones todas que buscan la adaptación de estos subsistemas a condiciones de mayor competencia y complementación de esfuerzos que promueve el nuevo marco e institucionalidad regulatoria. Por último, el fortalecimiento técnico incorporado en este programa busca dar continuidad a estos esfuerzos al generar el conjunto de estudios que son necesarios para seguir profundizando los cambios, fortalecer un núcleo técnico y de gestión en el MSP e implantar una campaña de comunicación social que permita consultar e informar a la opinión pública.
- 1.40 Al final de este programa, se espera arribar a un escenario de transición en el avance hacia la imagen de largo plazo de las reformas de salud, escenario que estaría caracterizado por una efectiva separación de las funciones de regulación,

seguro y provisión de servicios y de reaseguro del sistema de salud uruguayo. Desde la perspectiva de la función de regulación, se encontraría vigente un marco regulatorio integral del sector que define reglas del juego claras para todas las instituciones de salud participantes, promoviendo transparencia de mercado y equidad en las relaciones contractuales entre dichas instituciones y los usuarios de sus servicios. Además, se espera que la Dirección General de Salud (DIGESA) del MSP, a través de la División de Servicios de Salud (DSS), se encuentre ejerciendo plenamente la función de regulación y haya generado el conjunto de normativas reglamentarias que eviten crisis financieras recurrentes de las instituciones de salud (registro y liquidación de instituciones, capitales mínimos de operación y vigencia de garantías líquidas, entre otras), implantado los sistemas de información necesarios, aplicado en terreno programas de fiscalización de las instituciones de salud, difundido información de interés público y habilitado un sistema para la presentación de reclamos y solución de controversias de los usuarios con las instituciones.

- 1.41 En virtud de estos perfeccionamientos del marco regulatorio y la institucionalidad fiscalizadora, el MSP como tal tendría un mayor espacio en la formulación de políticas de salud y la definición de prioridades de salud pública (tales como las campañas de vacunación masiva junto a las acciones preventivas y curativas asociadas al SIDA), que son sus responsabilidades estratégicas esenciales para la dirección del sistema de salud en el largo plazo. No obstante, en este escenario de transición el MSP conservaría aún una responsabilidad importante en el modelo de financiamiento del sistema de salud y todavía mantendría una participación relevante en las negociaciones colectivas con los profesionales y funcionarios de salud, desafíos cuyo abordaje requiere de un mayor tiempo de madurez y proceso a la espera de los resultados de los estudios de factibilidad técnica y política que serán acompañados también por el componente de fortalecimiento técnico del presente programa.
- 1.42 En cuanto a las funciones de seguro y provisión de servicios de salud, este escenario de transición culminaría con las IAMC fortalecidas organizacional e institucionalmente como consecuencia de los planes de reconversión, tras recuperar sus equilibrios económico-financieros y normalizar el flujo de atenciones a su población usuaria, habiéndose también adecuado a las obligaciones que establece el nuevo marco regulador en términos de registrarse, constituir garantías y operar con capitales mínimos que aseguren la continuidad de su gestión, entregando información financiera y técnica a la DSS y manteniendo estándares de satisfacción de usuarios elevados. A su vez, se aspira a que estas instituciones hayan sido fortalecidas organizacionalmente con la vigencia del Estatuto Tipo, funcionando con una administración mucho más profesionalizada y que se hayan reducido fuertemente los conflictos de interés. Por su parte, se espera que las instituciones del subsistema público hayan de igual modo fortalecido su gestión sobre la base de una estructura organizacional más moderna, con estímulos a la satisfacción de usuarios y control de costos impulsado por los compromisos de gestión, así como que hayan iniciado el camino de complementación con el subsistema privado a través de convenios de gestión para la administración de establecimientos públicos de salud.

- 1.43 Respecto a la función de reaseguro del sistema de salud, se debería arribar a un escenario de transición donde el FNR ha readecuado y modernizado su gestión, recuperando su equilibrio operacional y financiero, mediante el mejoramiento de sus órganos de administración, el uso de protocolos médicos para el tratamiento de las patologías de alta complejidad y la adecuación de los mecanismos de pagos con los proveedores de servicios. Tales avances serían la base para que el FNR pueda encontrarse, al final del programa, en condiciones de presentar un informe de evaluación de las diferentes alternativas para su perfeccionamiento a fin de dar una respuesta lo más costo-efectiva posible a las contingencias médicas de baja frecuencia y alto costo.
- 1.44 Finalmente, los usuarios del sistema de salud debieran haber mejorado ostensiblemente su situación en este escenario de transición, toda vez que se espera que puedan recibir información referida a sus derechos y se encuentren vigentes normas de protección de los mismos, a través de la facultad de presentar reclamos contra las instituciones de salud que no cumplen con los contratos o que no brindan las atenciones en los términos dispuestos por las normativas correspondientes, encontrando mecanismos operativos de resolución de controversias.

E. Estrategia del Banco

- 1.45 La Estrategia del Banco en Uruguay tiene como objetivo central apoyar los programas de desarrollo y las políticas del gobierno para el quinquenio 2000-2004, orientadas a lograr dentro de un marco de estabilidad macroeconómica, un crecimiento sostenido del PIB y una mayor equidad social. En términos más operativos, la Estrategia del Banco se concentra en: (i) apoyar iniciativas que aumenten la competitividad de la producción nacional en el ámbito regional e internacional y promuevan la inversión privada sobre la base de una producción sustentada en sus ventajas comparativas y en la incorporación de tecnología moderna, con vistas a crear condiciones de sana competencia que permitan una mayor inserción en los mercados regionales e internacionales; (ii) apoyar la profundización del proceso de transformación y modernización del Estado y la introducción de mejoras en la gobernabilidad para reducir su peso en la economía; aumentar su eficiencia; racionalizar y focalizar su intervención; y disminuir su incidencia en la producción nacional de bienes y servicios; y (iii) apoyar los esfuerzos para mejorar el bienestar social y aumentar la equidad, incorporando a los grupos más vulnerables al proceso de desarrollo y a una mejor calidad de vida.
- 1.46 Por ello, acompañar con este programa sectorial el conjunto de reformas que vienen conduciendo las autoridades del MSP para mejorar integralmente la gestión del sector, puede tener un impacto directo en dos de las líneas estratégicas de desarrollo que orientan la acción del Banco en Uruguay. En la dimensión de modernización del Estado, claramente se están promoviendo avances importantes en la separación de funciones del sistema uruguayo de salud para una gestión más eficiente, reservando para el MSP la función de regulación, de formulación de políticas y de definición de prioridades de salud pública, impulsando para ASSE un rol de administración del financiamiento público y de control de gestión, mientras las UP, organizadas como redes integradas de salud, brindan los servicios de salud

preferentemente a la población carente de recursos. Complementariamente, cabe reconocer que salud es uno de los sectores sociales más sensibles para la población, por lo que el acompañamiento de las acciones de política que buscan cambiar gradualmente las reglas de juego bajo las que opera el sistema pueden inducir una sensible mejora en la gestión de las distintas instituciones y lograr una mayor orientación a la satisfacción de los usuarios. Así, se podría lograr un impacto significativo en mejorar la equidad en el acceso a atenciones de calidad, especialmente de los sectores más vulnerables de la población.

II. EL PROGRAMA

A. Objetivos⁴

- 2.1 El objetivo del programa es apoyar al gobierno uruguayo en la instrumentación de un conjunto de acciones de política impulsadas por el MSP y que dan continuidad a un proceso gradual de reformas del sector salud, destinado a superar los problemas estructurales del sector con visión de largo plazo. Más específicamente, se trata de unificar, integrar y reglamentar un conjunto de normas que en la actualidad se encuentran dispersas como base de reglas comunes del juego y sustento de una institucionalidad regulatoria que permitan promover el necesario fortalecimiento de los subsistemas privado y público de salud, desarrollando la complementación de esfuerzos entre ambos. Ello generaría a largo plazo un entorno competitivo entre prestadores, a fin de reducir costos y mejorar la calidad de la atención, junto con asegurar un acceso más equitativo a los servicios de salud especialmente de los sectores más vulnerables de la población.

B. Descripción

- 2.2 El programa es un préstamo sectorial que se ejecutará en un plazo de hasta 24 meses y considera tres tramos de desembolsos, siendo el primero por US\$30 millones, por US\$20 millones el segundo y por US\$25 millones el tercero. Sus cuatro áreas de acción son (ver Anexo II-1): (a) perfeccionamiento del marco regulatorio del sistema de salud; (b) fortalecimiento del subsistema privado de salud; (c) fortalecimiento del subsistema público de salud; y (d) fortalecimiento técnico del MSP
- 2.3 **Perfeccionamiento del marco regulatorio del sistema de salud:** Dada la ausencia de un marco de reglas comunes del juego para todas las instituciones de salud, las acciones de política contenidas en esta área contemplan el apoyo a la unificación, integración, reglamentación y aplicación de un conjunto de normativas de regulación y mecanismos de fiscalización que permitirán la sustentabilidad de mediano y largo plazo de todas las instituciones del sistema de salud uruguayo (incluyendo las instituciones de seguros parciales), evitando prácticas de competencia desleal y selección de riesgos, normando la existencia de un conjunto mínimo de salvaguardas financieras del sistema, protegiendo los derechos del usuario, difundiendo información financiera y estadística del sistema e incentivando la vigencia de un modelo asistencial con énfasis preventivo y promocional. Además, se apoyará la puesta en vigencia dentro de la nueva estructura organizacional del MSP de una instancia ejecutiva que asuma la responsabilidad integral por la supervisión y fiscalización de las instituciones que son responsables por la cobertura y la provisión de las atenciones de salud a la población, sean éstas públicas o privadas.
- 2.4 En esta área de políticas, se requerirá para el desembolso del *primer tramo* la presentación a satisfacción del Banco de evidencia sobre: (a) la vigencia del

⁴ Un resumen esquemático de los objetivos y áreas de acción del proyecto, se encuentra en el Anexo I-2.

Decreto del Poder Ejecutivo que integra y reglamenta distintos marcos regulatorios existentes, conteniendo las orientaciones de carácter general sobre: (i) las atribuciones de DIGESA para regular y fiscalizar a las instituciones de salud, contemplando la facultad para autorizar la apertura y cierre de registros, requerir y difundir la información necesaria para cumplir su cometido, resolver las reclamaciones de los usuarios, aplicar multas y/o sanciones y normar procesos de fusiones, absorciones y liquidaciones, entre otras atribuciones relevantes; (ii) las obligaciones de las instituciones de salud fiscalizadas de registrarse ante el ente contralor, constituir garantías, mantener un capital mínimo de operación y cumplir con las coberturas de salud pactadas, entre otras obligaciones importantes; y (iii) disposiciones sobre protección de los derechos del usuario, considerando la facultad de presentar reclamos y de recibir información sobre sus derechos y garantías en materia de cobertura de salud; y (b) la vigencia del Decreto del Poder Ejecutivo, previo asesoramiento del Comité Ejecutivo para la Reforma del Estado (CEPRE), conteniendo las orientaciones generales del proceso de reestructuración organizativa del subsistema público de salud, y habilitando a la DIGESA para que, a través de la DSS, asuma atribuciones reguladoras y fiscalizadoras sobre las instituciones públicas y privadas de salud que ofrecen cobertura y/o provisión de servicios de salud.

- 2.5 Para el desembolso del *segundo tramo*, se prevé la presentación a satisfacción del Banco de evidencia de que: (a) la nueva normativa reguladora se encuentra vigente e iniciando su aplicación de acuerdo con las orientaciones generales contenidas en el Decreto del Poder Ejecutivo aprobado en el primer tramo; (b) el MSP ha dispuesto los recursos presupuestarios a la DSS para garantizar su cometido; (c) la DSS ha iniciado operaciones como ente regulador y fiscalizador de las instituciones públicas y privadas de salud que ofrecen cobertura y/o provisión de servicios de salud, mediante la puesta en vigencia de las resoluciones que aplican las atribuciones conferidas y la presentación de los diseños técnicos para (i) los sistemas de información requeridos, (ii) la aplicación de programas de control y fiscalización de instituciones, (iii) la operación de mecanismos de resolución de reclamos de los usuarios, y (iv) las herramientas de difusión de información de interés público y de aquella que haga más transparente la gestión de las instituciones.
- 2.6 Para el desembolso del *tercer tramo*, se requerirá la presentación a satisfacción del Banco de: (a) un informe de evaluación sobre la base de estudios de opinión que midan conocimiento, percepción y grado de satisfacción de los usuarios con los avances en el perfeccionamiento del marco regulatorio y la gestión del nuevo ente fiscalizador, junto a un plan de acción para introducir perfeccionamientos al marco regulatorio; (b) un informe con el balance de gestión de la DSS referido, entre otros aspectos, a los resultados de la aplicación de sus resoluciones y a la evaluación de la puesta en marcha de (i) los sistemas de información requeridos, (ii) la aplicación de programas de control y fiscalización de instituciones, (iii) la operación de mecanismos de resolución de reclamos de los usuarios, y (iv) las herramientas de difusión de información de interés público y de aquella que haga más transparente la gestión de las instituciones; y (c) un informe de evaluación de las distintas

alternativas para mejorar el rol regulador y fiscalizador del Estado en el sector salud.

- 2.7 El impacto esperado de las acciones que se acompañan con este componente es mejorar el desempeño, tanto financiero como de atención al público, de las instituciones de salud que otorgan cobertura y/o provisión de servicios de salud mediante, por ejemplo, el seguimiento sistemático por parte del organismo regulador de sus estados financieros y contables, difundiendo indicadores de alerta temprana, haciendo más transparente esta información para el mercado, impartiendo con la suficiente antelación disposiciones para corregir cualquier situación anómala o cancelando definitivamente el registro de las instituciones en riesgo de quiebra. Al incrementar la capacidad institucional del Estado para ejercer las funciones de regulación y fiscalización del sistema de salud uruguayo, se protegen también más efectivamente los derechos del usuario, disponiendo de un flujo transparente y sistemático de información que mejora sus posibilidades de elección, se resguardan apropiadamente sus garantías y derechos a recibir la cobertura de salud y se cautela la continuidad de sus atenciones frente al eventual cierre de registro de instituciones.
- 2.8 **Fortalecimiento del subsistema privado de salud:** En esta área de políticas, se acompañarán los planes de reconversión que se encuentran formulando las IAMC con apoyo de las autoridades del sector para resolver la situación de déficit financiero sistémico por la cual actualmente atraviesan. El objetivo es impulsar un modelo de gestión más eficiente, estabilizar financieramente a estas instituciones, fortalecerlas organizacional e institucionalmente y asegurar la continuidad de las atenciones para sus usuarios, sobre la base de convenios de gestión con el MSP, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) y el MEF que les impriman viabilidad y sustentabilidad de largo plazo a su accionar. Vinculado a la instrumentación de estos planes de reconversión, se apoyará también los esfuerzos del MSP para hacer exigible la adopción por parte de las IAMC del Estatuto Tipo, cuyo objetivo central es separar las responsabilidades directivas de las propiamente gerenciales, resolver los conflictos de interés y profesionalizar la gestión.
- 2.9 Dentro de esta área de políticas, se prevé para el desembolso del *primer tramo* la presentación a satisfacción del Banco de: (a) la propuesta del plan de reconversión tipo de las IAMC y del modelo de convenio de gestión tipo a suscribir con estas instituciones, incorporando indicadores de mejoramiento en la situación económica-financiera (logro de equilibrio operacional y reducción de endeudamiento), técnico-asistencial (normalización de los servicios de salud a la población usuaria e incentivos a un modelo de atención con énfasis promocional y preventivo) y organizativo-institucional (modernización de gestión y de sistemas de información, junto a acciones de capacitación); y (b) la vigencia del Decreto del Poder Ejecutivo donde se define el nuevo Estatuto Tipo de las IAMC que separa los ámbitos de atribuciones directivas y gerenciales, profesionaliza la gestión y regula los conflictos de interés.
- 2.10 Para el desembolso del *segundo tramo*, se requerirá la presentación a satisfacción del Banco de evidencia sobre: (a) la suscripción de los convenios de gestión que

ponen en marcha los planes de reconversión con al menos el 50% de las IAMC de Montevideo, o el equivalente al 40% de su cartera de usuarios; y (b) la adhesión por parte de los órganos de administración de las IAMC de un estatuto que, a juicio del MSP, sea sustancialmente similar al nuevo Estatuto Tipo en todas las instituciones que suscriben los planes de reconversión.

- 2.11 En cuanto al desembolso del *tercer tramo*, se prevé la presentación a satisfacción del Banco de: (a) un informe de evaluación con los indicadores de mejoramiento en la situación económico-financiera y técnico-asistencial de las IAMC bajo planes de reconversión, así como de los resultados en la aplicación del nuevo Estatuto Tipo en términos de la efectividad de la separación de funciones en estas instituciones, el impacto en la profesionalización de su gestión y el efecto concreto de las disposiciones sobre conflictos de interés; (b) evidencia sobre extensión de la suscripción de los convenios de gestión para la aplicación de planes reconversión con las IAMC de Montevideo, cuya cobertura sea al menos el equivalente al 60% de su cartera de usuarios, siempre que sus propios estatutos adhieran sustancialmente a las disposiciones del Estatuto Tipo; y (c) un plan de trabajo para extender la aplicación del Estatuto Tipo y promover un mejoramiento de la situación económico-financiera en todas las IAMC del país.
- 2.12 El impacto esperado de estas acciones es que se corrijan los desequilibrios financieros de las IAMC y se normalicen las atenciones brindadas a sus beneficiarios, las que se han tornado irregulares y en algunos casos se han postergado o suspendido como consecuencia de la crisis que afecta a estas instituciones, sobre todo en Montevideo. De igual forma, se espera un mejoramiento en la eficiencia en la gestión de las IAMC promovida por la aplicación del Estatuto Tipo.
- 2.13 **Fortalecimiento del subsistema público de salud:** Frente a las ineficiencias crónicas del subsistema público de salud, las acciones contenidas en esta área de políticas están relacionadas con la reglamentación y puesta en marcha de las medidas dispuestas en el marco de la Ley de Presupuesto Quinquenal 2000-2004, recientemente aprobada por el poder legislativo uruguayo, las que habilitan al MSP para: (a) reorganizarse estructuralmente, separando las funciones de formulación de políticas y regulación (MSP), financiamiento (ASSE) y provisión de servicios (UP), al tiempo que se impulsa la descentralización dando mayores atribuciones a los entes gestores; (b) autorizar convenios de gestión que permitan la participación de instituciones privadas en la gestión de los prestadores públicos; (c) facultar a ASSE para asignar presupuesto a la red de prestadores públicos mediante compromisos de gestión que busquen ligar los recursos asignados con el desempeño obtenido en términos de más y mejores atenciones para la población beneficiaria; y (d) permitir el cobro a instituciones privadas del costo de las atenciones brindadas a sus beneficiarios. Asimismo, se apoyarán los esfuerzos de las autoridades de ASSE para avanzar en la puesta en marcha de un sistema de identificación y categorización de usuarios que se atienden en la red de prestadores públicos, con la finalidad de hacer efectivo el cobro de estas atenciones a los beneficiarios de instituciones privadas de salud. Otra acción importante que se

acompaña en esta área de políticas, es el apoyo al proceso de readecuación del FNR para modernizar su gestión.

- 2.14 Para el desembolso del *primer tramo*, se reconocerán los avances de políticas impulsados por el MSP y aprobados en la Ley de Presupuesto Quinquenal 2000-2004. Además, se requerirá la presentación a satisfacción del Banco de: (a) la vigencia del Decreto del Poder Ejecutivo, previo asesoramiento del CEPRE, conteniendo las orientaciones generales de la reestructuración del MSP, ASSE y sus UP, separando las funciones de regulación, normativas y de formulación de políticas (MSP), de administración del financiamiento y control de gestión (ASSE) y de prestación de servicios (UP); (b) el modelo de compromisos de gestión para la asignación de recursos presupuestarios desde ASSE a las UP, estimulando la adopción de un modelo de atención con énfasis preventivo y promocional de salud; (c) el modelo de convenios de gestión total o parcial entre las UP e instituciones de salud u otras organizaciones privadas que demuestren probada capacidad para la administración de establecimientos públicos, así como la selección de las áreas y regiones donde se aplicarán; (d) el diseño técnico del Sistema de Identificación y Categorización de Usuarios, junto a una propuesta actualizada del mecanismo de cobranza a instituciones privadas; y (e) el plan de readecuación de la gestión del FNR, destinado a recuperar su superávit operativo y asignar recursos con criterios de costo-efectividad, mediante el uso de protocolos médicos para el tratamiento de las patologías de alta complejidad y el ajuste de sus mecanismos de pagos para la contratación de las atenciones con los proveedores de servicios, por ejemplo.
- 2.15 Para el desembolso del *segundo tramo*, se prevé la presentación a satisfacción del Banco de: (a) un informe de avance detallando las actividades del MSP y ASSE conforme a la nueva estructura organizacional del subsistema público de salud, junto a la implantación en al menos el 40% de las UP de la nueva estructura de gestión de nivel medio y superior; (b) evidencia de que los Compromisos de Gestión se encuentran operando en al menos el 30% de las UP; (c) la vigencia de la Resolución del MSP donde se aprueba el contrato de gestión total o parcial a suscribir entre las UP e instituciones privadas, sancionando las áreas y regiones donde se aplicará; (d) evidencia de la operación normal del sistema de identificación de usuarios y su mecanismo de cobro a las instituciones privadas en al menos el 30% de las UP; y (e) un informe de avances del plan de readecuación del FNR en los aspectos económicos financieros (equilibrio operativo y reducción de endeudamiento) y técnicos asistenciales (costo-efectividad de las prestaciones financiadas).
- 2.16 En *el tercer tramo* de desembolsos, se requerirá la presentación a satisfacción del Banco de: (a) informe de evaluación sobre el avance en la nueva estructura organizacional del subsistema público de salud y extensión de la implantación de la nueva estructura organizacional al 80% de las UP; (b) informe de evaluación sobre la marcha de los compromisos de gestión operando y extensión de su aplicación al 80% de las UP, (c) evidencia de la puesta en marcha de los convenios de gestión total o parcial entre UP e instituciones privadas en al menos dos establecimientos públicos de las áreas o regiones seleccionadas; (d) informe de evaluación del sistema de identificación de usuarios y sus mecanismos de cobranza, extendiendo

su aplicación a al menos el 60% de las UP; y (e) informe de evaluación del plan de readecuación de la gestión del FNR, junto al análisis de alternativas para su perfeccionamiento a fin de dar una respuesta lo más costo-efectiva posible a las contingencias médicas de baja frecuencia y alto costo.

- 2.17 Como consecuencia de la separación de funciones, la vigencia de compromisos de gestión, el establecimiento de convenios de gestión con instituciones privadas y la aplicación de sistemas de identificación de usuarios y cobro a las IAMC, se espera aumentar la eficiencia del subsistema público de salud e impulsar una gestión orientada a la satisfacción de los usuarios por parte de la red pública de prestadores, focalizando los recursos del Estado en la población carente de recursos como beneficiarios preferentes de su acción. Asimismo y como producto del plan de readecuación del FNR, se espera también un mejoramiento de sus órganos de administración, una reducción del déficit operativo de esta institución y de sus niveles de endeudamiento.
- 2.18 **Fortalecimiento técnico del MSP:** Se apoyará el Plan Estratégico de Fortalecimiento Técnico (PEFT) del MSP, concentrándose en tres líneas de intervención claves: (i) la realización de los estudios de factibilidad técnica y viabilidad política que son claves para seguir impulsando el avance del proceso gradual de reformas hacia la visión de largo plazo que tienen las autoridades del MSP sobre el sistema de salud de Uruguay; (ii) diseño y aplicación de la campaña de comunicación social para acompañar el proceso de modernización con la finalidad de consultar e informar a la opinión pública; y (iii) apoyo de consultorías técnicas para las unidades de línea del MSP que tienen la responsabilidad operativa de ejecutar las acciones de políticas acordadas.
- 2.19 En esta área de política, se prevé para el desembolso del *primer tramo* la presentación del PEFT conteniendo: (a) los términos de referencia para los estudios sobre el modelo de financiamiento del sistema de salud, el modelo de redes integrales de atención de salud y el modelo de modernización de la gestión de recursos humanos; (b) el diseño de la estrategia y el plan de medios para la campaña de comunicación social, incluyendo el diseño de una encuesta para evaluar su impacto en términos del apoyo logrado en la opinión pública a la conducción de los cambios; (c) los términos de referencia de las consultorías de apoyo para las unidades de línea del MSP, los cuales incluirán criterios para la evaluación de dichas consultorías.
- 2.20 Para el desembolso del *segundo tramo*, se requerirá la presentación de un informe de avance que evidencie la puesta en marcha del PEFT a través de la contratación de la mayoría de las acciones de fortalecimiento como los estudios claves y el apoyo externo para la elaboración de la estrategia comunicacional y el plan de medios, junto también con las consultorías especializadas para fortalecer a las unidades de línea del MSP.
- 2.21 Finalmente, para el desembolso del *tercer tramo* se prevé la presentación de los resultados del PEFT conteniendo: (a) informes finales de los estudios con los correspondientes análisis de factibilidad técnica y viabilidad política; incluyendo

un plan de trabajo para la socialización de sus resultados en seminarios, talleres y otras actividades de difusión; (b) informe final de evaluación de la campaña de comunicación social y su impacto en términos del apoyo logrado en la opinión pública a la conducción de los cambios; y (c) informe con la evaluación de las consultorías de apoyo para el fortalecimiento de las unidades de línea del MSP, incluyendo un plan de trabajo para asegurar la continuidad de estas acciones de fortalecimiento.

- 2.22 Como impactos de la ejecución del PEFT, se espera generar los insumos necesarios para consolidar y profundizar el proceso de transformaciones más estructurales y que requieren cambios de leyes, consultar e informar a la población y opinión pública uruguaya para convertirla en una aliada del proceso de cambios, junto con fortalecer al núcleo gerencial y técnico del MSP para liderar y conducir las modernizaciones.

C. Costo y dimensionamiento de la operación

- 2.23 El Programa de Reformas del Sector Salud destinará un monto total de US\$75 millones al tesoro nacional que serán financiados con cargo a los recursos del Capital Ordinario del Banco. Por tratarse de un préstamo sectorial, dichos recursos no están vinculados a la ejecución de ningún componente específico, pero sí al cumplimiento integral a satisfacción del Banco de las acciones de política definidas y acordadas para el programa. La dimensión de esta operación se justifica en términos de los recursos necesarios para instrumentar el conjunto de acciones de política que impulsará el MSP, así como en función de la programación financiera de recursos externos por parte de las autoridades económicas (OPP y MEF).

III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

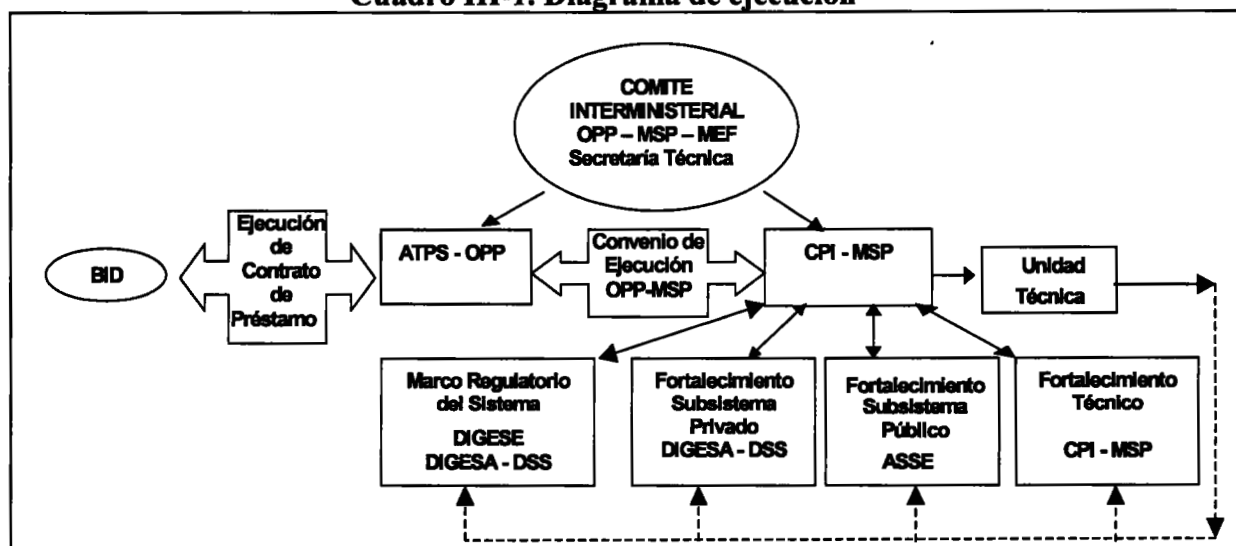
A. Prestatario y organismo ejecutor

- 3.1 El prestatario será la República Oriental del Uruguay y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República actuará como la agencia ejecutora responsable del programa. El MSP, como organismo rector del sector, brindará el apoyo técnico y será el responsable de implantar las acciones y medidas de reformas propuestas.

B. Ejecución y administración

- 3.2 En el ámbito de la OPP, funcionará una estructura de ejecución donde las responsabilidades y funciones directivas se concentrarán en un Comité Interministerial integrado por el Director de la OPP, el Ministro de Economía y Finanzas y el Ministro de Salud Pública quien lo presidirá. Este Comité Interministerial contará con una Secretaría Técnica conformada por representantes de cada uno de los ministros y que será coordinada por el representante de la OPP. La OPP como organismo ejecutor del programa, suscribirá un convenio técnico de ejecución con el MSP a los efectos de asegurar el adecuado cumplimiento de las acciones de política que acompaña el programa. Para la administración y supervisión de este convenio, la OPP ha designado a la Asesoría Técnica de Políticas Sociales (ATPS-OPP), la cual será también la instancia responsable de coordinar la relación con el Banco y cuyo coordinador tendrá la responsabilidad de representar a la OPP en la conducción de la Secretaría Técnica del Comité Interministerial. Por su parte, el MSP designará para los efectos de este convenio técnico de ejecución a la Coordinación de Proyectos Internacionales (CPI-MSP), instancia que apoyará, con la colaboración de una Unidad Técnica especializada (UT-CPI), a las unidades de línea del MSP como DIGESA y su DSS, la Dirección General de Secretaría (DIGESE) y la Dirección General de ASSE, en su calidad de responsables directas de la ejecución de las acciones de política previstas en el programa en sus respectivas áreas de competencia. El siguiente cuadro ilustra el esquema de ejecución del programa.

Cuadro III-1. Diagrama de ejecución



- 3.3 En términos más específicos, corresponderá al Comité Interministerial la coordinación estratégica de las acciones de política contempladas por el programa y serán sus responsabilidades: (i) velar por el marco de políticas económicas y de salud apropiadas para el oportuno e integral cumplimiento de las acciones de política acordadas para el primer, segundo y tercer tramo de desembolsos del préstamo; (ii) aprobar las directrices estratégicas de los decretos del poder ejecutivo y de todos los instrumentos orientados a modernizar la gestión del sector salud; (iii) aprobar las directrices estratégicas del PEFT, específicamente en relación con la campaña de comunicaciones y su plan de medios, de los estudios técnicos contemplados para sustentar la continuidad de las reformas del sector salud y de las consultorías de fortalecimiento del núcleo crítico de gestión del MSP; y (iv) definir directrices de gestión para la ATPS-OPP y la CPI-MSP, monitoreando sus respectivos desempeños.
- 3.4 Por su parte, la ATPS-OPP será la instancia ejecutiva responsable de la administración, seguimiento técnico y evaluación general del programa, reportando los resultados de su gestión directamente al Comité Interministerial y manteniendo la coordinación con el Banco, para lo cual deberá: (i) administrar el convenio técnico de ejecución con el MSP para dar seguimiento técnico a las acciones coordinadas por la CPI-MSP y realizadas por las instituciones de línea del MSP participantes en el programa, particularmente en lo relacionado con la implantación de las acciones de política acordadas para proceder al desembolso de los tramos del préstamo; (ii) recopilar y presentar al Banco la información requerida para la autorización del desembolso de cada tramo, mediante la necesaria acumulación y comprobación de los antecedentes y documentos necesarios para justificar el cumplimiento de las acciones de política acordadas en el contrato de préstamo; (iii) actuar como interlocutor técnico principal del gobierno frente al Banco; (iv) administrar los recursos financieros de rápido desembolso de conformidad con las normas del Banco para los préstamos sectoriales; (v) velar por la oportuna y adecuada implantación de las acciones de modernización del sector salud y por la ejecución del PEFT, particularmente en relación con los estudios técnicos, la campaña de comunicación social, el plan de capacitación y las consultorías de fortalecimiento del núcleo crítico de gestión del MSP; (vi) encargarse del seguimiento del plan trimestral de monitoreo y evaluación del programa para facilitar el cumplimiento de las acciones de política acordadas para el segundo y tercer tramo; y (vii) preparar los informes requeridos para las visitas de las misiones del Banco y un informe final de evaluación del programa.
- 3.5 En virtud del convenio técnico de ejecución que suscribirá la OPP con el MSP, la ATPS-OPP tendrá para los efectos de este programa, una estructura simple y liviana de gestión, compuesta por un coordinador general con perfil de economista, administrador o ingeniero con experiencia en la gestión de proyectos financiados con apoyo de organismos internacionales, un coordinador técnico con perfil de economista y experiencia de trabajo en el sector salud y un coordinador administrativo con perfil profesional de gestión y experiencia en procedimientos administrativos de organismos internacionales. Dicha unidad de coordinación, buscará mantener y aprovechar la experiencia y lecciones aprendidas en la ejecución

de otros programas financiados por el Banco en Uruguay (FAS y Reforma de la Seguridad Social) que han tenido como organismo ejecutor a la OPP.

- 3.6 Para fines de asegurar el cumplimiento de las acciones de política acordadas en el contrato de préstamo, así como de las otras responsabilidades que asume en su función de coordinación con el Banco, el convenio técnico de ejecución entre la OPP y el MSP establecerá los términos y plazos que le aseguren a la ATPS-OPP la oportuna tramitación ante el Banco de la autorización de los desembolsos. En virtud de ello, tanto el contrato de préstamo, como la matriz de acciones de política y el plan trimestral de monitoreo y evaluación del programa serán considerados como partes integrantes del convenio técnico de ejecución entre la OPP y el MSP.
- 3.7 Finalmente, con la coordinación de la CPI-MSP, serán las unidades de línea especializadas de este ministerio quienes tendrán la responsabilidad operativa de dar cumplimiento al convenio técnico de ejecución suscrito con la OPP. Para tales efectos, en la CPI-MSP se desempeñará un coordinador general del programa de perfil administrador, economista o ingeniero, con experiencia en el sector público y en proyectos financiados con apoyo de organismos internacionales. La DIGESE y la DIGESA, a través de la DSS, asumirán la responsabilidad operativa por las acciones de política en el área de perfeccionamiento del marco regulatorio y la DIGESA, a través de la DSS, en el área de fortalecimiento del subsistema privado, ASSE en el área de fortalecimiento del subsistema público y, finalmente, la propia CPI-MSP coordinará las acciones contempladas en el área de fortalecimiento técnico. Por su parte, la UT-CPI con funciones de asesoría técnica brindará apoyo a la CPI y a las propias unidades de línea especializadas del MSP, para lo cual estará integrada de preferencia con perfiles de administradores, economistas, ingenieros o profesionales de la salud con experiencia comprobada en la gestión pública o privada del sector salud.

C. Período de ejecución, montos y calendario de desembolsos

- 3.8 El período máximo de ejecución del programa será de 24 meses y los recursos del préstamo sectorial se desembolsarán en tres tramos de acuerdo a una estructura temporal que considera US\$30 millones para el primer tramo, US\$20 millones para el segundo tramo y US\$25 millones para el tercer tramo. Lo anterior, cautela un adecuado balance entre la importancia de las acciones de política acompañadas por esta operación y la programación financiera de recursos externos del país.
- 3.9 Respecto del calendario de desembolsos, se contempla que el primero ocurra cuando se cumplan y se aprueben a satisfacción del Banco las acciones de política acordadas para dicho tramo, evento que se prevé ocurrirá dentro del mes siguiente en que se procesará la firma del contrato de préstamo. En cuanto a los desembolsos del segundo tramo, se estima que el cumplimiento de las acciones de política acordadas y su respectiva aprobación a satisfacción del Banco ocurra transcurrido un plazo de aproximadamente 12 meses, contados desde la fecha de firma del contrato de préstamo. Por último, se estima que el cumplimiento de las acciones de política acordadas para el tercer tramo y su respectiva aprobación a satisfacción del Banco

suceda en un plazo aproximado de 24 meses, contados desde la fecha de firma del contrato de préstamo.

D. Condiciones para tramitación de los desembolsos

- 3.10 El desembolso de los recursos correspondientes a cada tramo estará sujeto a que el prestatario, a satisfacción del Banco: (i) mantenga un entorno macroeconómico consistente con los objetivos del programa y los acuerdos con el Fondo Monetario Internacional; (ii) cumpla con las acciones de política acordadas para el respectivo tramo, especificadas en el capítulo II y en el Anexo II-1 de este documento; (iii) mantenga cuentas especiales para el manejo de los recursos del financiamiento; y (iv) que el MSP y sus organismos dependientes involucrados en el programa cuenten con los recursos para impulsar las acciones de política acordadas en los tres tramos de desembolsos.
- 3.11 Para el caso específico del primer desembolso, serán condiciones previas también, la presentación de la evidencia de que: (i) se encuentra operando el Comité Interministerial con su Secretaría Técnica y sus respectivos representantes oficiales; (ii) se ha suscrito el convenio de ejecución del programa entre la OPP y el MSP, en el que, entre otros, se designan a la ATPS-OPP y a la CPI-MSP como las instancias responsables de la ejecución del programa en sus respectivos ámbitos de actuación; y (iii) se ha conformado, dependiendo de la CPI-MSP, la UT-CPI con su respectivo equipo técnico.
- 3.12 El prestatario, a través del organismo ejecutor, será responsable de mantener los registros contables y financieros relacionados con el uso de los recursos del financiamiento y de preparar y presentar las solicitudes de desembolsos, garantizando que dichos documentos estarán disponibles para eventuales inspecciones del Banco y/o de auditores externos. El prestatario deberá mantener cuentas especiales para el manejo de los recursos del financiamiento y deberá someter al Banco la información sobre estas cuentas antes de que se realice el primer desembolso.
- 3.13 El equipo de proyecto evaluará la información presentada por el país para el cumplimiento de las acciones de política acordadas y preparará los informes correspondientes para la Administración y el Directorio del Banco con la finalidad de solicitar la autorización de los desembolsos, según la política vigente.

E. Seguimiento y evaluación del programa

- 3.14 Considerando la complejidad y alcance del programa, se ha acordado con el organismo ejecutor su seguimiento a través de un plan trimestral de monitoreo y evaluación que permita cautelar el oportuno cumplimiento de las acciones de política que se acompañan, especialmente para la autorización del segundo y tercer tramo de desembolsos. Además, la lógica de las acciones de política consideradas en el tercer tramo pone el acento en la revisión de un conjunto de procesos en marcha que permitirán al país poder estar en condiciones de evaluar cuantitativa y cualitativamente los resultados y algunos impactos globales de las reformas del sector salud. En el Anexo III-1, se presenta el plan de monitoreo y evaluación

trimestral que incluye un conjunto de indicadores con los que se prevé medir el impacto del programa al final de su ejecución en las áreas económico-financiera, técnico-asistencial y organizativo-institucional.

- 3.15 Sobre la base de los resultados anteriores y de los antecedentes adicionales que se consideren necesarios, el Banco realizará una evaluación ex-post del programa con el fin de identificar en que medida se cumplieron los objetivos del mismo. Para los fines específicos de esta evaluación, el prestatario se compromete a cooperar directamente y por intermedio del organismo ejecutor, suministrando la información, datos y documentos que pudieran solicitarse y brindando el apoyo técnico, logístico y administrativo que se pueda requerir.

F. Carta de política

- 3.16 El Banco concuerda con el prestatario sobre las políticas delineadas en la Carta de Política adjunta como Anexo III-2 de este documento. En dicha carta, se presenta una síntesis de las políticas económicas y de modernización del Estado impulsadas por el gobierno uruguayo, al tiempo que se formulan acciones específicas de políticas de salud en las áreas de perfeccionamiento del marco e institucionalidad regulatoria, fortalecimiento del subsistema privado, fortalecimiento del subsistema público y fortalecimiento técnico que serán acompañadas por el programa.

G. Adquisiciones de bienes y servicios

- 3.17 Los recursos del préstamo del Banco serán utilizados para financiar la ejecución de un proyecto de apoyo al sector público nacional del prestatario, el cual incluye entre otros importaciones de bienes elegibles. Se aplicará en este caso los procedimientos del Banco referentes a los préstamos sectoriales, los cuales no requieren de licitación pública internacional. Los fondos serán desembolsados cuando lo solicite el prestatario y se presenten pruebas de cumplimiento de todas las condiciones contractuales a satisfacción del Banco.

H. Facilidad para la Preparación y Ejecución de Proyecto (FAPEP)

- 3.18 El Banco financió las actividades de preparación del programa a través de la Operación Individual 1313/OC-UR dentro de la Línea de Crédito de la FAPEP/006-UR disponible para la República Oriental del Uruguay, por un monto de US\$339.000. Por tal razón y en la oportunidad del primer desembolso del préstamo, el Banco abonará, con recursos del financiamiento, la referida suma más los respectivos intereses y comisiones, reintegrando el monto original de hasta US\$339.000 a la Línea de Crédito FAPEP/006-UR.

I. Auditoría externa

- 3.19 El Banco se reserva el derecho de solicitar al prestatario informes financieros sobre el uso de los recursos del financiamiento, dictaminados por auditores independientes previamente aceptados por el Banco.

J. Inspección y vigilancia

- 3.20 El Banco establecerá los procedimientos de inspección que considere necesarios a los fines de una ejecución satisfactoria de este préstamo sectorial. Para tal efecto, el prestatario cooperará plenamente brindando toda la asistencia e información necesaria.

IV. VIABILIDAD Y RIESGOS

A. Viabilidad

- 4.1 Ante la seria crisis financiera por la que atraviesan las IAMC que amenaza la continuidad de las atenciones a su población usuaria, así como debido al deterioro en la calidad de las prestaciones en los establecimientos públicos de salud que afecta principalmente a las personas carentes de recursos, el Gobierno de Uruguay tiene la firme voluntad política de llevar adelante un substancial programa de reformas del sistema de salud del país expresado en el conjunto de acciones de política acordadas en el marco del presente programa, voluntad política que sustenta la viabilidad de esta operación y de la cual han hecho un compromiso no sólo las autoridades del MSP, sino que también lo respaldan y asumen las autoridades económicas del país representadas por la OPP y el MEF.
- 4.2 Precisamente, este compromiso de las autoridades económicas y del sector salud del país se concreta en los acuerdos logrados sobre el mecanismo de ejecución y administración del programa para otorgarle viabilidad institucional. De esta manera, se ha concordado un diseño de ejecución para el programa en donde las responsabilidades directivas, ejecutivas y administrativas (OPP), junto a las responsabilidades técnicas y operativas (MSP) quedan definidas en sus respectivos ámbitos de competencia, creándose también un incentivo para que la OPP, como organismo encargado de velar por la programación financiera de recursos externos, supervise el cumplimiento de las acciones de política de quien tiene la responsabilidad técnica y operativas por realizarlas (MSP). Asimismo, se genera un nexo virtuoso entre el organismo responsable de la gestión de los recursos presupuestarios en el país y el responsable sectorial por ejecutar las acciones de modernización, a fin de cautelar una adecuada disponibilidad presupuestaria y oportuna programación financiera de los recursos para hacer viable el programa. Más aún y conscientes de la envergadura de los desafíos de implantación de las reformas, las autoridades del MSP han incorporado en la estructura técnica y operativa encargada del programa a los organismos de línea del MSP que participan en la ejecución directa de las acciones de políticas, disponiendo a través del PEFT del apoyo de consultorías especializadas para estas unidades de línea a fin de asegurar su efectivo involucramiento y también su compromiso con el éxito de la operación.
- 4.3 Desde la perspectiva de viabilidad política del programa, conviene destacar lo que fue la principal conclusión de un informe sobre posicionamientos de actores realizado como insumo para los trabajos de diseño de esta operación. Como oportunidad para el cambio, dicho informe concluyó que la percepción de crisis del sistema, particularmente de las IAMC, está bastante asumida entre los principales actores y no se esperan que factores externos (aumento de cuotas, mayores copagos o subsidios directos del Estado) sean la base para estructurar las soluciones. Desde el punto de vista político, esto constituye un contexto muy favorable para impulsar modernizaciones importantes y para las cuales existe sustento legal, máxime cuando el Gobierno de Uruguay y las autoridades del sector solo llevan un año de gestión y existe un horizonte potencial de planeación de tres años. Además, el reciente acuerdo de la Comisión Intersectorial suscrito entre el MSP y el MEF con

los actores involucrados en la crisis de las IAMC, sustentó las bases del proceso de reconversión de las IAMC referidas a la aceptación de un nuevo marco normativo para el sector, de los ajustes que son necesarios en el modelo de gestión de estas instituciones y de las transformaciones que requiere el modelo asistencial, otorgando preeminencia a las acciones de fomento y prevención de salud, junto con la definición de compromisos claros también por parte de estas instituciones para aumentar la satisfacción de su población usuaria. Lo anterior, unido al acuerdo en torno a un conjunto de medidas inmediatas tendientes a estabilizar financieramente a estas instituciones (absorciones o liquidaciones de instituciones, condonación de deudas con proveedores, y otras acciones de reducción de costos operacionales), asegura un mínimo marco de viabilidad política para el éxito de los planes de reconversión de las IAMC.

- 4.4 Respecto a la viabilidad económica del programa, cabe destacar que la Ley de Presupuesto Quinquenal 2000-2004 otorgó no sólo las facultades legales, sino también el respaldo de recursos para el conjunto de modernizaciones impulsadas. Adicionalmente, el logro de mayor eficiencia en el sistema de salud uruguayo que promueve el programa puede contribuir significativamente a atenuar la espiral alcista del gasto total en salud, reduciendo las presiones sobre el déficit público, los costos laborales y el presupuesto de las familias destinado a su financiamiento. Si al menos se consigue que con los mismos recursos que hoy gasta el sistema (10% del PIB), se puedan otorgar más y mejores atenciones a la población, se habrá dado un paso importante en el objetivo de eficiencia y modernización de la gestión de las instituciones de salud, legitimando su accionar ante sus beneficiarios y logrando un impulso importante para la sustentabilidad económica de largo plazo del sistema de salud uruguayo. Sobre el particular, los resultados finales de un ejercicio de simulación preparado como parte de las consultorías de apoyo al Banco permiten anticipar que las acciones de política impulsadas por el Programa tienen un potencial importante para contribuir a atenuar la espiral alcista del gasto en salud y estabilizarlo en un 10% del PIB hacia mediados de la presente década, con la expectativa de que los ahorros proyectados, US\$2.625 millones en valor presente neto, permitirán reducir futuras presiones sobre el déficit público, los costos laborales y el presupuesto de las familias. Tal proyección, surge de comparar un escenario realista de reformas cuyo impacto global simplemente consiste en alinear la tendencia de crecimiento del gasto en salud con la tasa de crecimiento de la economía, versus un escenario sin reformas que mantiene la tendencia creciente del gasto en salud por sobre el crecimiento del producto mostrada durante toda la década pasada y que significa llegar hacia el 2010 con tasas superiores al 13% del PIB.

B. Impacto social, ambiental y de género

- 4.5 Esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social, como se describe en los objetivos claves para la actividad del Banco contenidos en el informe sobre el Octavo Aumento General de Recursos (Documento AB-1704). De acuerdo a las orientaciones del referido documento y por ser este un préstamo sectorial de rápido desembolso, el programa no puede calificarse como un préstamo focalizado hacia la pobreza (PTI). El proyecto no especifica indicadores

explícitos de desempeño para medir la reducción de pobreza y mejoramiento de la equidad social. La justificación para la clasificación de un proyecto que promueve la equidad social radica en que se trata de un programa que acompaña un conjunto de reformas del sector salud en Uruguay.

- 4.6 El programa, por su naturaleza sectorial, no contempla el financiamiento de obras ni acciones de gestión correspondientes. Por lo tanto, no tendrá impacto sobre el medio ambiente y no será necesario tomar recaudos de protección ambiental durante su preparación y ejecución. El Comité de Medio Ambiente e Impacto Social (CESI) consideró esta operación en su reunión del 16 de febrero de 2001.
- 4.7 Desde la perspectiva de género, el estudio sobre Modelo de Financiamiento y Reaseguro considerado en el PEFT, explorará mecanismos para promover que el grupo familiar del trabajador pueda tener protección directamente a través de la seguridad social y no depender de aportes voluntarios para contratar la cobertura de salud. Dada la menor participación relativa de la mujer en la fuerza laboral uruguaya, esta futura medida puede favorecer especialmente a las madres y sus hijos.

C. Beneficios

- 4.8 La mayor parte de las acciones de política acompañadas por el programa tienen un norte común, cual es hacer más equitativo el acceso a la salud y más eficiente la gestión del sector. En la medida que se unifica e integra el marco regulatorio del sistema de salud uruguayo, al tiempo que se fortalece y moderniza la gestión de sus subsistemas públicos y privados, es posible estar en condiciones de entregar más y mejores servicios de salud a la población uruguaya y de focalizar los recursos públicos en quienes más lo necesitan desde el punto de vista de su vulnerabilidad médica y social.
- 4.9 De manera más específica, el perfeccionamiento del marco regulatorio y el funcionamiento de una institucionalidad fiscalizadora constituyen el mayor beneficio esperado de este programa, al promover la vigencia de un conjunto de reglas del juego comunes para todas las instituciones de salud participantes en el sistema de salud uruguayo que otorgarán equidad a las relaciones contractuales con sus beneficiarios y transparencia de mercado como base de su sustentabilidad de largo plazo. Si se logra incrementar la capacidad institucional del Estado para ejercer las funciones de regulación y fiscalización del sistema de salud uruguayo, se protegen también más efectivamente los derechos del usuario, disponiendo de un flujo transparente y sistemático de información que mejora sus posibilidades de elección, se resguardan apropiadamente sus garantías y derechos a recibir la cobertura de salud y se cautela la continuidad de sus atenciones frente a eventuales liquidaciones de instituciones. Complementariamente, se podrán prevenir también las crisis financieras recurrentes del sistema de salud mediante el seguimiento sistemático por parte del organismo regulador de los estados financieros y contables de las instituciones de salud, permitiéndole difundir indicadores de alerta temprana, hacer más transparente esta información para el mercado, impartir con la

suficiente antelación disposiciones para corregir cualquier situación anómala o cancelar definitivamente el registro de aquellas instituciones en riesgo de quiebra.

- 4.10 El programa también incide favorablemente en la modernización del Estado, toda vez que se apoyan acciones que pretenden avanzar hacia un marco regulatorio integrado del sistema de salud uruguayo, crear una institucionalidad responsable por esta función y fortalecer la gestión del subsistema público mediante el acompañamiento del proceso de reorganización estructural de sus principales instituciones (MSP, ASSE, UP y el FNR). En la pobreza organizacional en que tradicionalmente se gestionan las instituciones públicas del sector salud en la región, todo impulso a la separación de funciones como estímulo al mejoramiento de su gestión será bien recibido y siembra las semillas de un proceso de modernización que gradualmente puede ir logrando mejoras sustanciales en la calidad de los servicios brindados a la población usuaria.
- 4.11 Por último, un beneficio adicional indirecto se genera como resultado de la aplicación del plan de monitoreo y evaluación trimestral como instrumento de seguimiento de las acciones de política acordadas, toda vez que permitirá a las autoridades del país y al Banco acompañar la ruta crítica para el cumplimiento de dichas acciones de política, encendiendo luces de alerta en aquellas que presenten eventuales retrasos con la suficiente antelación como para efectuar correcciones o acelerar progresos. Complementariamente, el programa también puede beneficiarse de una evaluación de resultados y productos concretos originados en la consistencia lógica de las acciones programadas en el tiempo, al acompañar en el primer tramo un conjunto marco de reglas del juego y establecer las bases de una mínima institucionalidad reguladora, para pasar luego en el segundo tramo a la puesta en marcha del conjunto de cambios y transformaciones en el sistema de salud uruguayo, arribando finalmente a un tercer tramo concentrado en el análisis de resultados para evaluar el impacto más directo del programa, aprender de la experiencia, introducir perfeccionamientos y profundizar aquellos aspectos que requieren de transformaciones más estructurales.

D. Riesgos

- 4.12 Dada la complejidad de las transformaciones en un sector social tan sensible como salud, el riesgo más importante que se enfrenta está asociado a la resistencia de los intereses gremiales de actores relevantes del sector y sus presiones corporativas para detener el proceso o acomodarlo en beneficio de sus intereses particulares. Para aminorar este riesgo, se ha coincidido con las autoridades en la importancia de mantener y profundizar el diálogo con todos los actores involucrados, al tiempo que se acompaña este programa con una campaña de comunicación social como herramienta poderosa para consultar e informar a la población y la opinión pública sobre el verdadero sentido de las modernizaciones, buscando convertir a los usuarios actuales y potenciales del sistema en los grandes aliados de las reformas del sector salud.
- 4.13 Otra dificultad importante que surge en la conducción de modernizaciones, especialmente en el sector salud, tiene que ver con los frecuentes cambios de las

autoridades sectoriales y la consiguiente rotación de los equipos de asesores de su confianza al mando técnico del proceso de transformaciones, debilitando la capacidad crítica de gestión de las nuevas autoridades que asumen. Como forma de mitigar este riesgo, uno de los focos prioritarios del PEFT es invertir en un núcleo gerencial y técnico que podrá representar un valioso capital humano para el MSP y asegurar, en la medida de lo posible, la vigencia de las modernizaciones con independencia de la permanencia o no de las autoridades sectoriales superiores.

- 4.14 Adicionalmente, un riesgo que siempre está presente en cualquier proceso de modernizaciones tiene relación con la posible falta de continuidad y sostenibilidad de la reforma en el largo plazo. En este caso particular, la columna vertebral de las transformaciones está compuesta por las acciones de políticas contenidas en el área de perfeccionamiento del marco e institucionalidad regulatoria que buscan otorgar un conjunto de reglas del juego estables y capacidad institucional de fiscalización de las instituciones reguladas como base de la sustentabilidad de mediano y largo plazo del sistema de salud uruguayo. Complementariamente, el PEFT considera una importante inversión en conocimiento que se expresa en un conjunto de estudios que son claves para consolidar y profundizar las reformas estructurales que requiere el sistema de salud uruguayo en el largo plazo, inversión que permitirá entregar fundamentos para el análisis de factibilidad y viabilidad política de futuras medidas que deberán adoptar los hacedores de políticas en áreas como el modelo de financiamiento, el modelo de atención y la modernización de las relaciones laborales en el sector, entre otros temas relevantes.
- 4.15 Por último, el ambiente de crisis financiera en el que se encuentran actualmente las IAMC constituye un riesgo específico para el programa, riesgo que sería mayor en el actual escenario económico internacional que podría implicar un deterioro de las condiciones económicas generales en Uruguay y el consiguiente impacto negativo en las posibilidades de éxito para el proceso de reconversión que actualmente conducen las autoridades. Este riesgo es importante, porque genera percepciones por parte de estas instituciones de que el gobierno podría estar dispuesto a financiar con recursos públicos su reestructuración, sin la adopción de un marco de condicionamientos económicos, técnicos, y organizacionales y sin la presencia de salvaguardas financieras adecuadas. No obstante, este riesgo se mitiga con el anuncio público del gobierno de que sólo estará dispuesto a ofrecer préstamos condicionados a la aplicación de planes de reconversión viables por parte de las IAMC, debiendo las instituciones cuyos planes no califiquen fusionarse o ser absorbidas por IAMC viables, o en su defecto, someterse a un proceso de liquidación. Además, el riesgo para el Estado se reduce con la participación de los proveedores privados en la operación de canje de pasivos por bonos de largo plazo y al asumir ellos, junto a las propias IAMC, una parte importante del riesgo asociado, situación a la que se suman todas las salvaguardas financieras que se han diseñado para una adecuada cobertura de riesgo del FPR (las retenciones de los aportes de los afiliados del BPS como garantía de pago, el fondo de reserva técnica para cubrir eventuales incumplimientos, el mecanismo de traspaso de deuda a través de los afiliados y los desembolsos fraccionados sujetos a la evaluación de progresos en el desempeño de los planes de reconversión). Lo anterior, permitiría que el riesgo financiero sea compartido por todos los actores involucrados (Estado,

IAMC y privados), generando incentivos favorables a una verdadera y eficiente reconversión de las IAMC. Con todo, también es clave que el marco y la institucionalidad regulatoria impulsadas por este programa acompañen el proceso de reconversión de las IAMC desde sus inicios, como forma de prevenir con las nuevas herramientas de regulación y fiscalización la reiteración de crisis financieras de carácter sistémico, evitando los continuos rescates financieros del Estado con el consecuente costo para los contribuyentes.

Estrategia de reconversión de las IAMC

Evaluación de los planes de reconversión

Los Planes de Reconversión serán evaluados por la Unidad Técnica del MSP y por calificadoras de riesgo acreditadas por el Banco Central del Uruguay. Las instancias técnicas del MSP que participan en la ejecución del programa también realizarán una evaluación de cada una de las IAMC, en un proceso de análisis dinámico donde se analizará el plan con la IAMC y su Consultora. La Unidad Técnica emitirá un dictamen que en conjunto con la evaluación de las calificadoras de riesgo pasará posteriormente a ser considerado por un comité interministerial, constituido por el MSP, el MEF y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), el que aprobará o desestimará los respectivos planes de reconversión.

Proceso previo de absorciones, fusiones y liquidaciones

Para aquellas IAMC cuyos planes de reconversión no califiquen y se encuentren en situación deficitaria que haga peligrar el cumplimiento de las obligaciones asistenciales, las autoridades se encuentran reglamentando procedimientos de fusiones, absorciones, o liquidaciones. Esta medida de política es crucial, ya que los recursos para apoyar el proceso de reconversión se destinarán sólo a aquellas IAMC con posibilidades reales de mejorar su situación económico-financiera, técnico-asistencial y organizativo-institucional, por lo que las IAMC restantes deberán buscar otra alternativa tendientes a lograr su viabilidad, incluyendo el inicio de acciones para lograr su fusión o absorción por otras instituciones que llegasen a calificar para recibir financiamiento o, en su defecto, liquidarse con las respectivas salvaguardas para garantizar la continuidad de los servicios de salud a la población usuaria.

En caso de liquidación, una comisión interventora y liquidadora con amplias facultades de administración y disposición cautela el cumplimiento de la normativa y los acuerdos vigentes en materia de redistribución de la masa de afiliados, liquidación de activos y pago a los acreedores. En el caso de los afiliados, la continuidad asistencial es transitoriamente asegurada por ASSE a la espera de su redistribución definitiva, mientras que en el caso del pago de pasivos rigen las normas vigentes que otorgan prioridad a la cancelación de las deudas laborales y previsionales.

Financiamiento de los planes de reconversión

Las IAMC con planes de reconversión aprobados recibirán asistencia financiera del Fondo Público de Reconversión (FPR), a través de un contrato de préstamo (13,5 años y a una tasa variable de mercado), asistencia que será canalizada través de una institución financiera de la plaza. El monto total de recursos que gestionará el FPR para los fines de la reconversión de las IAMC de Montevideo será de US\$70,8 millones.

Dado que las IAMC presentan pasivos cercanos a los US\$350 millones, las autoridades uruguayas han propuesto un mecanismo financiero suplementario para apoyar el saneamiento financiero de estas instituciones. A través de este mecanismo, se posibilitará el canje de pasivos elegibles, básicamente deudas con proveedores, por bonos de renta fija a mediano plazo (13,5 años, un período de gracia de 1,5 años y una tasa de interés de 6% anual). Se estima que mediante este mecanismo se refinanciarían US\$113 millones de la deuda que las IAMC de Montevideo mantienen con sus proveedores privados.

Garantías del financiamiento destinado a la reconversión

Con el objeto de generar estímulos virtuosos para una reconversión exitosa y de reducir el riesgo financiero de los recursos públicos aportados a través del FPR, las autoridades consideran la puesta en vigencia de un conjunto de garantías, incluyendo: (i) la retención por parte del BPS de un porcentaje de la primas que paga a la IAMC por la contratación de asistencia médica para sus beneficiarios, de manera de asegurar el pago de las amortizaciones e intereses de los préstamos; (ii) la constitución de un fondo de reserva técnica para resolver eventuales retrasos de las IAMC en el cumplimiento de sus obligaciones; y (iii) el traspaso de la deuda con el FPR desde una institución en proceso de reconversión, cuyo plan eventualmente fracasara y debiera ser liquidada, hacia el resto de las IAMC que continúen en operación a través de la captación de afiliados ("deuda transferible"), situación que exige la participación en el proceso de reconversión de todas las IAMC que califiquen y permite que el FPR trabaje con un riesgo sistémico y no con el riesgo individual de cada IAMC. En este último caso, el resto de los pasivos de una IAMC en proceso de reconversión y que eventualmente se liquide quedan sometidos a los mismos procedimientos de liquidación descritos anteriormente.

Paralelamente, se prevé que los recursos del FPR se desembolsarán en forma fraccionada por tramos de acuerdo al cumplimiento por parte de las IAMC de los compromisos establecidos en sus planes de reconversión, deteniéndose el flujo de crédito para una institución particular en caso de incumplimiento y exigiéndose inclusive de inmediato el pago acelerado del crédito desembolsado hasta ese momento, junto a la aplicación de las reglamentaciones vigentes en materia de fusiones, absorciones y liquidaciones.

La garantía de pago de los bonos será dada también por la retención de una parte de las primas de afiliados al BPS, a través del cual se implementará un sistema de retención automática, de manera tal de garantizar el cumplimiento en términos de los aportes al fondo privado encargado de administrar el mecanismo financiero suplementario. En este caso particular, no se contará con ningún tipo de garantía del Estado.

Se estima que el total de las primas del BPS que serán retenidas, representarían aproximadamente el 4% de los ingresos operacionales de las IAMC de Montevideo, quienes tendrán que considerar esta cesión de aportes en sus planes de reconversión en el momento de diseñar sus estrategias específicas de recuperación de sus superávits operativos.

Estrategia de reconversión de las IAMC

Cobertura de riesgos e incentivos

El FPR (fondos públicos) asumiría sólo un riesgo sistémico y no individual de estas instituciones, riesgo que considerando los mecanismos de garantías adoptados sería prácticamente nulo, toda vez que sólo estaría afectado por un eventual deterioro generalizado de las condiciones económicas y de empleo en el país que podrían significar un fracaso sistémico de la reconversión. Por su parte, los tenedores de bonos (proveedores privados) asumirían el riesgo individual de cada IAMC, sin que medie ningún tipo de garantía pública para estos instrumentos.

El mecanismo de canje de pasivos exigibles con proveedores privados por bonos de largo plazo ofrece incentivos adecuados para una negociación exitosa entre las partes, al introducir la posibilidad de cambiar una deuda de corto plazo acumulada, prácticamente incobrable, por un flujo futuro de pago (amortización más intereses) asociado al éxito del proceso de reconversión que se impulsa con el FPR, con la perspectiva además de un eventual mercado secundario para la liquidación anticipada de estos bonos en caso que dicha reconversión sea exitosa.

Para los proveedores privados es difícil negarse a apoyar este proceso de reconversión, porque el riesgo de liquidación de las IAMC los deja sometidos a las normas que rigen la liquidación con escasas posibilidades de recuperar sus acreencias. En algunos casos, los proveedores privados participan también en la propiedad de las IAMC y ello les permite asimilar mejor los riesgos de la liquidación de estas instituciones como para decidir su apoyo favorable al proceso de reconversión.

Finalmente, tal esquema de riesgo compartido entre fuentes públicas y privadas de financiamiento para el proceso de reconversión introduce también incentivos favorables para una reconversión exitosa en las propias IAMC, pues arriesgan su supervivencia como institución ante una eventual liquidación y sus directivos la pérdida del control institucional y de su propia fuente de trabajo, esto último en el caso de las instituciones que son propiedad de los profesionales de la salud.

VISION SINOPTICA DEL PROGRAMA DE REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN URUGUAY

PROBLEMAS ESTRUCTURALES		
<p>Los problemas estructurales del sistema de salud uruguayo pueden sintetizarse en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de un marco regulatorio que unifique e integre un mínimo de reglas del juego para todas las instituciones de salud, junto a la carencia de una institucionalidad responsable por la función de regulación del sistema de salud. 2. Las distorsiones presentes en la organización de los recursos médicos y no médicos (negociación colectiva centralizada y multi empleo de médicos). 3. El modelo de atención vigente tiene un sesgo curativo y recuperativo que privilegia la especialización y la alta tecnología, en detrimento de un enfoque más preventivo y promocional de salud. 4. El modelo de financiamiento genera un desequilibrio entre aportes y riesgos cubiertos. 5. Las IAMC operan con una estructura poco favorable a una buena gestión y al control de costos (no existe separación entre funciones directivas y gerenciales, no está profesionalizada la gestión y no se han resuelto los conflictos de interés). 6. Las ineficiencias del subsistema público de salud (presupuestos históricos, subsidio a la oferta y fallas de gestión). 		
VISION DE LARGO PLAZO		
<p>La visión de largo plazo de las autoridades del sector proyecta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una organización de salud que asegure una cobertura garantizada e integral para toda la población uruguaya, sobre la base de reglas comunes del juego que estimulen eficiencia y equidad para todas las instituciones. 2. La función de regulación de las instituciones administradoras y proveedoras de servicios de salud será desempeñada por una institucionalidad reguladora, especializada y de carácter autónomo. 3. La administración y la provisión de salud serán gestionados por instituciones públicas y privadas, operando en un ambiente competitivo y tomando como base un modelo de atención centrado en la promoción y prevención de salud. 4. Se integra un esquema de financiamiento que permite definir pagos asociados a riesgo, combinando recursos del presupuesto público concentrados en la población de más bajos ingresos, de la seguridad social para la fuerza de trabajo formal y aportes voluntarios para la población de nivel socioeconómico más alto. 5. El Fondo Nacional de Recursos se perfeccionaría para permitir una respuesta lo más costo-efectiva posible a las contingencias médicas de baja incidencia y alto costos. 6. Los usuarios podrán jugar un papel activo en este escenario ya que podrán elegir libremente la institución pública o privadas que les brindará la cobertura y prestación de salud en un contexto de competencia. 		
OBJETIVOS DEL PROGRAMA		
<p>Se apoyará un conjunto sustantivo de políticas para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfeccionar el marco y la institucionalidad regulatoria del sistema de salud del Uruguay, promoviendo mayor competencia para generar reducción de costos y mayor calidad de los servicios de salud. 2. Fortalecer el subsistema privado, apoyando la reconversión de las IAMC y el mejoramiento de su estructura organizativa. 3. Fortalecer el subsistema público de salud, para modernizar gestión, mejorar desempeño financiero, estimular el fomento y prevención de salud y la satisfacción de usuarios. 4. Fortalecer técnicamente al MSP para dar seguimiento a las acciones descritas y conducir comunicacionalmente los cambios, generando también los estudios de factibilidad técnica y viabilidad política para garantizar la continuidad futura de los esfuerzos modernizadores. <p>El objetivo es ir superando las fallas estructurales y avanzar consistente y significativamente, dentro de los plazos de ejecución de la operación, hacia la visión de largo plazo para la reforma del sector salud.</p>		
IMPACTO		
<p>En la medida que se unifica e integra el marco regulatorio del sistema de salud uruguayo, se fortalece y moderniza la gestión de sus subsistemas públicos y privados, se puede estar en condiciones de entregar más y mejores servicios de salud a la población uruguaya y de focalizar los recursos públicos en quienes más lo necesitan desde el punto de vista de su vulnerabilidad socioeconómica.</p> <p>El logro de mayor eficiencia en el sistema de salud uruguayo puede contribuir significativamente a atenuar la espiral alcista del gasto total en salud, reduciendo las presiones sobre el déficit público, los costos laborales y el presupuesto de las familias.</p>		
ACCIONES DE POLITICAS		
PRIMER TRAMO	SEGUNDO TRAMO	TERCER TRAMO
<p>Aprobación de los Decretos del Poder Ejecutivo que sustentan y orientan el conjunto de modernizaciones impulsadas.</p> <p>Presentación de los modelos, planes y propuestas para mejorar la gestión de los subsistemas públicos y privados de salud.</p>	<p>Aplicación de los Decretos del Poder Ejecutivo y puesta en marcha de los modelos, planes y propuestas para mejorar la gestión de los subsistemas públicos y privados de salud, junto al establecimiento de metas de avance.</p>	<p>Evaluación de los resultados del proceso de cambios, introducción de los perfeccionamientos necesarios y extensión de metas de avance.</p>

ESCENARIO DE TRANSICION AL FINAL DEL PROGRAMA

Desde la perspectiva de las funciones e instituciones básicas del sistema de salud, así como desde la percepción de los usuarios, el escenario de transición que se espera al final del Programa se caracteriza por:

1. La vigencia de un marco regulatorio integral del sector que define reglas del juego claras para todas las instituciones de salud participantes, promoviendo transparencia de mercado y equidad en las relaciones contractuales entre dichas instituciones y los usuarios de sus servicios. Además, se espera que la DSS del MSP se encuentre ejerciendo plenamente la función de regulación y haya generado el conjunto de normativas reglamentarias, implantado los sistemas de información necesarios, aplicado programas de fiscalización en terreno de las instituciones de salud, difundido información de interés público y habilitado un sistema para la presentación de reclamos y solución de controversias de los usuarios con las instituciones.
2. El mayor espacio que tendrá el MSP para la formulación de políticas de salud y la definición de prioridades de salud pública, atribuciones que son sus responsabilidades estratégicas esenciales para la dirección del sistema de salud en el largo plazo. Con todo y en este escenario de transición, el MSP conservará una responsabilidad importante en el modelo de financiamiento del sistema de salud y mantendrá una participación relevante en las negociaciones colectivas con los profesionales y funcionarios de salud.
3. El fortalecimiento de las IAMC que recuperarían sus equilibrios económico-financieros y normalizarían el flujo de atenciones a su población usuaria, habiéndose también adecuado a las obligaciones que establece el nuevo marco regulador en términos de registrarse, constituir garantías y operar con capitales mínimos que aseguren la continuidad de su gestión, entregando información financiera y técnica a la DSS y manteniendo estándares de satisfacción de usuarios elevados. A su vez, se aspira a que estas instituciones hayan sido fortalecidas organizacionalmente con la vigencia del Estatuto Tipo, que se encuentren funcionando con una administración mucho más profesionalizada y que se hayan reducido significativamente los conflictos de interés.
4. El fortalecimiento de las instituciones del subsistema público sobre la base de una estructura organizacional más modernas, con estímulos a la satisfacción de usuarios y control de costos impulsado por los compromisos de gestión, así como del inicio de un camino de complementación con el subsistema privado a través de contratos de gestión para la administración de establecimientos públicos de salud.
5. La readecuación del FNR y la modernización de su gestión, mejorando su equilibrio operacional y financiero mediante el perfeccionamiento de sus órganos de administración, así como introduciendo mecanismos de asignación de recursos según criterios de costo-efectividad de las técnicas para las distintas patologías cubiertas. Tales avances, serían la base para que el FNR pueda encontrarse, al final del Programa, en condiciones de presentar un informe de evaluación de las diferentes alternativas para su perfeccionamiento a fin de dar una respuesta lo más costo-efectiva posible a las contingencias médicas de baja frecuencia y alto costo.
6. Finalmente, los usuarios del sistema de salud debieran haber mejorado ostensiblemente su situación, toda vez que se espera que puedan recibir información referida a sus derechos y se encuentren vigentes normas de protección de los mismos, a través de la facultad de presentar reclamos contra las instituciones de salud que no cumplan con las normas vigentes y encuentren mecanismos operativos de resolución de controversias.

MATRIZ DE ACCIONES DE POLITICAS DEL PROGRAMA DE REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN URUGUAY (UR-0133)

TEMA	VISION DE LARGO PLAZO	ACCION DEL PROGRAMA	IMPACTO	PRIMER TRAMO	SEGUNDO TRAMO	TERCER TRAMO
ENTORNO MACROECONOMICO ESTABLE						
				Se mantiene la consistencia del entorno macroeconómico acordado con el FMI.	Se mantiene la consistencia del entorno macroeconómico acordado con el FMI.	Se mantiene la consistencia del entorno macroeconómico acordado con el FMI.
A. PERFECCIONAMIENTO DEL MARCO REGULATORIO DEL SISTEMA DE SALUD						
Marco regulatorio que integra los aspectos del financiamiento, coberturas garantizadas de salud, institucionalidad, modelo de atención y estructura organizacional del sistema de salud, promoviendo competencia, transparencia y equidad en las relaciones contractuales entre beneficiarios e instituciones de seguro y provisión de servicios de salud, sean ellas públicas o privadas.	Ley de protección de la salud que integra los aspectos del financiamiento, coberturas garantizadas de salud, institucionalidad, modelo de atención y estructura organizacional del sistema de salud, promoviendo competencia, transparencia y equidad en las relaciones contractuales entre beneficiarios e instituciones de seguro y provisión de servicios de salud, sean ellas públicas o privadas.	Aprobación del Decreto unificador e integrador de reglamentaciones que serán comunes para todas las instituciones de salud, promoviendo competencia y protección de los derechos del usuario.	Ambiente de mayor transparencia de mercado para reducción de costos y mejorar calidad de atención.	1. Vigencia del Decreto del Poder Ejecutivo que integra distintos marcos regulatorios existentes, fijando atribuciones del organismo regulador, obligaciones de las instituciones reguladas y normas de protección del consumidor.	Evidencia de que se encuentra iniciando la aplicación del nuevo marco regulatorio.	Información con perfiles de usuarios, derechos, obligaciones, conocimiento regulatorio, plan de perfeccionamiento del marco regulatorio.
Organismo autónomo con funciones de regulación, control y fiscalización de las instituciones de salud.	Organismo autónomo con funciones de regulación, control y fiscalización de las instituciones de salud.	Puesta en marcha de la institucionalidad regulatoria responsable por la regulación, control y fiscalización de las instituciones de salud	Protección de los derechos de usuarios, garantizando su cobertura de salud y la continuidad de las atenciones.	2. Vigencia del Decreto del Poder Ejecutivo, habilitando a DIGESA del MSP, a través de la DSS, para ejercer como organismo regulador y fiscalizador.	Evidencia de que el MSP ha dispuesto los recursos presupuestarios correspondientes para la DSS y que esta ha iniciado sus operaciones mediante la emisión de resoluciones.	Balances de la DSS, alternativos al rol regulador, fiscalización del Estado de salud.
B. FORTALECIMIENTO DEL SUBSISTEMA PRIVADO DE SALUD						
Corporativa de salud que induce a la competencia y a la eficiencia en la gestión y en los costos. Los costos no se ven afectados por las presiones de sus costos.	IAMC solventes financieramente, con gestión profesionalizada y claras responsabilidades de sus directivos, con definición precisa de las inhibiciones o incompatibilidades de sus directivos y gerentes.	Acompañamiento de los Planes de Reconversión para la estabilización financiera de las IAMC y de la puesta en vigencia del Estatuto Tipo para separar las funciones directivas y gerenciales, profesionalizar la gestión y precisar los conflictos de interés para sus directivos y gestores	Corrección de los desequilibrios financieros de las IAMC y normalización del flujo de atenciones brindadas a sus beneficiarios.	1. Presentación del Plan de Reconversión tipo de las IAMC y del modelo de convenio tipo a suscribir.	Suscripción de los convenios que implantan Planes de Reconversión con al menos el 50% de las IAMC de Montevideo, o el equivalente al 40% de su cartera de usuarios.	Extensión de los convenios con las IAMC de Montevideo, o al menos al 60% de su cartera de usuarios, adherencia al Tipo.
El sistema de salud opera en un ambiente competitivo para asegurar la cobertura y prestación de servicios de salud, con instituciones privadas y públicas compitiendo bajo un mismo conjunto de reglas del juego que promueven reducción de costos y calidad en la prestación de servicios	El sistema de salud opera en un ambiente competitivo para asegurar la cobertura y prestación de servicios de salud, con instituciones privadas y públicas compitiendo bajo un mismo conjunto de reglas del juego que promueven reducción de costos y calidad en la prestación de servicios		La aplicación del Estatuto Tipo mejorará la estructura corporativa de estas instituciones, como base de su proceso de modernización de la gestión y de la sustentabilidad de largo plazo de las IAMC.	2. Vigencia del Decreto del Poder Ejecutivo con nuevo Estatuto Tipo de las IAMC.	Adhesión al nuevo Estatuto Tipo en todas las IAMC con Planes de Reconversión.	Información Evaluación de resultados de aplicación del Estatuto Tipo, plan de extensión de aplicación de las IAMC.

TEMA	VISION DE LARGO PLAZO	ACCION DEL PROGRAMA	IMPACTO	PRIMER TRAMO	SEGUNDO TRAMO	TERCER TRAMO
C. FORTALECIMIENTO DEL SUBSISTEMA PUBLICO DE SALUD						
El Subsistema público de salud en un marco de complementariedad con el subsistema privado. El MSP se reserva el rol de formulación de políticas y definición de prioridades de salud pública.	El Subsistema público separa la administración financiera (ASSE) de la provisión de servicios de salud (Empresas Públicas Sanitarias) en un marco de complementariedad con el subsistema privado. El MSP se reserva el rol de formulación de políticas y definición de prioridades de salud pública.	Separación de funciones de financiamiento y prestación de servicios en el subsistema público. Reestructuración organizativa del MSP, ASSE y de las Unidades Prestadoras (UP). Establecimiento de compromisos de gestión entre ASSE y UP, así como convenios de gestión entre UP y privados.	Mejora en la eficiencia y calidad de atención del subsistema público de salud, descentralizando y orientando su gestión hacia la satisfacción de usuarios y focalizando recursos del Estado en la población carente de recursos como beneficiarios preferentes de su acción.	1. Reconocimiento de la Ley Quinquenal de Presupuesto 2000-2004 que establece facultades para modernización del sector. 2. Vigencia del Decreto Marco del Poder Ejecutivo, conteniendo las orientaciones generales de la reestructuración del MSP, ASSE y UP. 3. Presentación del modelo de Compromisos de Gestión entre ASSE y UP, así como del modelo de Contratos de Gestión entre las UP e instituciones privadas de salud. 4. Presentación del diseño del sistema de identificación y categorización de usuarios en las UP, junto a sus mecanismos de cobranza a instituciones privadas actualizado y perfeccionado.	Puesta en marcha de la nueva estructura organizacional del subsistema público e implantación de la nueva estructura de gestión en el 40% de las UP. Compromisos de Gestión operando en al menos el 30% de las UP. Vigencia de la Resolución del MSP, donde se aprueba el Contrato de Gestión tipo. Sistema de identificación y mecanismos de cobranza operando en 30% de las UP.	Informe sobre la nueva estructura organizacional extensiva a las UP. Evaluación de Compromisos de Gestión 80% de las UP. Puesta en marcha de los Contratos de Gestión dos empresas públicas. Informe del sistema de identificación y mecanismos de cobranza extendido a las UP.
El sistema de salud uruguayo opera con un esquema de reaseguro para las enfermedades de baja incidencia y alto costo. El FNR paga sólo excesos de costos generados por eventos médicos catastróficos de baja frecuencia.	El sistema de salud uruguayo opera con un esquema de reaseguro para las enfermedades de baja incidencia y alto costo. El FNR paga sólo excesos de costos generados por eventos médicos catastróficos de baja frecuencia.	Apoyo al proceso de readecuación del FNR para modernizar su gestión.	Reasignación de los recursos del FNR hacia intervenciones más costo-efectivas, reduciendo así sus déficits operativos y sus niveles de endeudamiento.	5. Presentación del plan de readecuación de la gestión del FNR con acciones de mejoramiento como el uso de protocolos médicos y el ajuste en sus mecanismos de pagos.	Informe de avances sobre la puesta en marcha del plan de readecuación del FNR.	Informe con resultados económicos financieros asistenciales FNR, junto de alta perfección de gestión.

TEMA	VISION DE LARGO PLAZO	ACCION DEL PROGRAMA	IMPACTO	PRIMER TRAMO	SEGUNDO TRAMO	TERCER TRAMO
D. FORTALECIMIENTO TECNICO DEL MSP						
Planificación del sector Iniciativas al entes actores requiere o de gestión.	Transformaciones estructurales acometidas, clima de opinión pública favorable a las reformas y núcleo de gestión fortalecido.	Formulación de estudios claves, aplicación de campana comunicacional y apoyo de asesorias.	Se posibilita continuidad de las reformas estructurales, se concita apoyo de opinión pública y se genera núcleo crítico de gestión en MSP.	1. Presentación del PEFT conteniendo términos de referencia de estudios claves y consultorias de apoyo, junto al plan de comunicaciones.	Informe de avance que evidencie contratación de mayoría de las consultorias necesarias para implementar las acciones del PEFT.	Información con res PEFT trabajo continua accion

PLAN DE MONITOREO Y EVALUACION TRIMESTRAL DEL PROGRAMA DE REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN URUGUAY (UR-0

RESULTADOS	ACCIONES	INDICADOR	PRIMER TRAMO	TRI 1	TRI 2	TRI 3	SEGUNDO TRAMO	TRI 1	TRI 2	TRI 3
AREA DE PERFECCIONAMIENTO DEL MARCO REGULATORIO										
<p>Forme de evaluación con percepción de usuarios sobre derechos y obligaciones y conocimiento a institucionalidad reguladora.</p> <p>Forme con Balance de gestión de la Dirección de Servicios de Salud (DSS).</p> <p>Forme de Perfeccionamiento del marco regulatorio.</p>	1.1 Vigencia del Decreto del Poder Ejecutivo que integra distintos marcos regulatorios existentes, fijando atribuciones del organismo regulador, obligaciones de las instituciones reguladas y normas de protección del consumidor.	Decreto vigente								
	1.2 Vigencia del Decreto del Poder Ejecutivo habilitando a la División de Servicios de Salud (DSS) del MSP para ejercer como organismo regulador y fiscalizador.	Decreto vigente								
	1.3 Organización de la DSS con los recursos físicos, humanos y financieros mínimos para poder cumplir su rol de regulación y fiscalización, junto con la programación presupuestaria anual.	DSS organizada y con programación presupuestaria aprobada								
	1.4 Emisión de resoluciones de general aplicación con normativas operativas sobre facultades del organismo regulador (autorización de registros, cierre de registros, multas y sanciones), obligaciones de las instituciones de salud (capital mínimo, garantías y sistemas de información) y protección de los derechos del usuario (reclamos y solución de controversias).	Resoluciones emitidas y en aplicación								
	1.5 Diseño en DSS de los sistemas de información, del programa de control y fiscalización, del sistema de resolución de reclamos y de cartilla de usuarios.	Diseños realizados								
	1.6 Levantamiento de encuesta de opinión de línea base con percepción de usuarios sobre marco regulatorio y ente regulador.	Encuesta realizada								
	1.7 Presentación de evidencia de que Decreto del Poder Ejecutivo se encuentra iniciando su aplicación.	Informe con evidencia presentada								
	1.8 Presentación de evidencia de que la DSS ha iniciado operaciones y que el MSP ha dispuesto los recursos presupuestarios correspondientes.	Informe con evidencia presentada								
	1.9 Puesta en marcha de los sistemas de información en DSS, elaboración de sus programas de fiscalización a instituciones de salud y del sistema de resolución de reclamos.	Sistemas en operación								
	1.10 Emisión de cartilla de derechos de usuarios con adecuada publicación y difusión.	Cartilla publicada y difundida								

RESULTADOS	ACCIONES	INDICADOR	PRIMER TRAMO	TRI 1	TRI 2	TRI 3	SEGUNDO TRAMO	TRI 1	TRI 2	TRI 3
AREA DE PERFECCIONAMIENTO DEL MARCO REGULATORIO										
	1.11 Emisión de Boletines de Información de DSS sobre cartera de afiliados, reclamos de usuarios, aspecto económicos-financieros y técnicos-asistenciales del sistema de salud.	Boletines de Información emitidos.								
	1.12 Levantamiento de segunda encuesta de opinión de usuarios sobre base metodológica de la encuesta de línea base y énfasis en resultados.	Encuesta realizada								
	1.13 Informe de evaluación con percepción de usuarios sobre derechos y obligaciones y cocimiento del ente regulador, junto a plan para introducir perfeccionamientos al marco regulatorio.	Informe de evaluación y plan presentado								
	1.14 Evidencia de que en la DSS funcionan los sistemas de información, fiscalización y atención de reclamo de los usuarios.	Informe presentado.								
	1.15 Balance de gestión de DSS, junto a un informe de evaluación de alternativas para perfeccionar el rol regulador del Estado en el sector salud.	Balance de gestión e informe presentado								

RESULTADOS	ACCIONES	INDICADOR	PRIMER TRAMO	TRI 1	TRI 2	TRI 3	SEGUNDO TRAMO	TRI 1	TRI 2	TRI 3
AREA FORTALECIMIENTO DEL SUBSISTEMA PRIVADO DE SALUD										
<p>me de evaluación de planes de reconversión s IAMC con adores de ramiento en la ción económico-ciera, técnico- encial y organizacional- ucional.</p> <p>ultados de la ción del nuevo uto tipo.</p> <p>de Trabajo para der la vigencia del uto Tipo a todas las .</p>	2.1 Presentación de la propuesta de Planes de Reconversión de las IAMC y del modelo de convenio tipo a suscribir.	Propuesta de planes y modelo de convenio presentados								
	2.2 Comité Interministerial responsable por el seguimiento y evaluación de los planes de reconversión en operaciones.	Resoluciones del Comité								
	2.3 Vigencia del Decreto del Poder Ejecutivo con nuevo Estatuto Tipo de las IAMC.	Decreto vigente								
	2.4 Desarrollo y entrega de guías a las IAMC para la formulación de los planes de reconversión y evaluación del proceso de formulación.	Guías desarrolladas y entregadas								
	2.5 Elaboración del reglamento operativo para la evaluación de los planes de reconversión, su seguimiento y monitoreo, junto a un plan de trabajo para extender la vigencia del Estatuto a todas las IAMC.	Reglamento operativo y plan de trabajo elaborados.								
	2.6 Recepción de las propuestas de planes de reconversión, evaluación por parte del Comité y resolución de adjudicación de las propuestas aceptadas y recomendaciones para las rechazadas.	Propuestas recepcionadas, evaluadas y adjudicadas o rechazadas								
	2.7 Suscripción de los convenios que implantan planes de reconversión con al menos el 50% de las IAMC de Montevideo, o el equivalente al 40% de su cartera de usuarios.	Convenios de gestión suscritos								
	2.8 Vigencia del nuevo Estatuto Tipo en todas las IAMC con planes de reconversión.	Estatuto Tipo vigente.								
	2.9 Monitoreo y seguimiento de los planes de reconversión aprobados con énfasis en los compromisos económico-financieros y técnicos-asistenciales pactados.	Informe de avances presentados.								
	2.10 Monitoreo y seguimiento de la vigencia del Estatuto Tipo en todas las IAMC bajo planes de reconversión.	Informe de avances presentado								
	2.11 Informe que evidencie la extensión de convenios de gestión equivalentes al menos al 60% de los afiliados de las IAMC de Montevideo, siempre que adhieran al estatuto tipo.	Informe presentado								
	2.12 Presentación de un informe de evaluación sobre resultados de los planes de reconversión y la aplicación del Estatuto Tipo, junto a un plan de trabajo para extender su aplicación en todas la IAMC del país.	Plan de trabajo presentado								

RESULTADOS	ACCIONES	INDICADOR	PRIMER TRAMO	TRI 1	TRI 2	TRI 3	SEGUNDO TRAMO	TRI 1	TRI 2	TRI 3
AREA DE FORTALECIMIENTO DEL SUBSISTEMA PUBLICO DE SALUD										
e de evaluación sobre nce en la nueva tura organizacional osistema público y ión de vigencia al e las Unidades adoras (UP). e de Evaluación de mpromisos de n y extensión de ia al 80% de las les Prestadoras. en marcha de los tos de Gestión en al 2 establecimientos s. e de Evaluación del a de Identificación y ón de su aplicación de las Unidades adoras.	3.1 Vigencia del Decreto Marco del Poder Ejecutivo conteniendo las orientaciones generales de la reestructuración del MSP, ASSE y UP.	Decreto vigente								
	3.2 Presentación del Modelo de Compromisos de Gestión entre ASSE y UP.	Modelo presentado								
	3.3 Presentación del Modelo de Contratos de Gestión entre UP e instituciones privadas.	Modelo presentado								
	3.4 Presentación del diseño del Sistema de Identificación y categorización de usuarios, junto a propuesta de sus mecanismos de cobranza.	Diseño y Propuesta presentados								
	3.5 Desarrollo de talleres de trabajo para socializar propuestas modernizadoras con directivos y funcionarios de MSP, ASSE y UP.	Talleres realizados								
	3.6 Definición de las bases y cronograma de negociación de los compromisos de gestión con los directivos de las unidades prestadoras	Bases de negociación elaboradas								
	3.7 Identificación de los establecimientos candidatos a contratos de gestión con privados y elaboración del contrato de gestión tipo.	Establecimientos seleccionados y convenio elaborado.								
	3.8 Inicio de pruebas pilotos del Sistema de identificación y Categorización de Usuarios para puesta a punto de su aplicación.	Pruebas pilotos realizadas.								
	3.9 Puesta en marcha de la nueva estructura organizacional del subsistema público e implantación de nueva estructura de gestión en el 40% de las UP.	Informe con evidencia presentado.								
	3.10 Compromisos de Gestión operando en al menos el 30% de las UP.	Informe de avances presentado.								
	3.11 Resolución del MSP donde se aprueba el contrato de gestión tipo con privados.	Resolución vigente								
	3.12 Identificación de Usuarios y mecanismos de cobranza operando en el 30% de las UP.	Inf. de avances presentado								
	3.13 Monitoreo y seguimiento de los avances en la estructura organizacional, el sistema de identificación de usuarios y los compromisos de gestión pactados.	Inf. de avances presentado.								
	3.14 Definición de las bases y cronograma de negociación de los contratos de gestión con instituciones privadas.	Bases y cronograma elaborados.								
	3.15 Presentación de informe de evaluación sobre el avance en la nueva estructura organizacional del subsistema público y extensión de vigencia al 80% de las UP.	Informe de evaluación presentado								

RESULTADOS	ACCIONES	INDICADOR	PRIMER TRAMO	TRI 1	TRI 2	TRI 3	SEGUNDO TRAMO	TRI 1	TRI 2	TRI 3
AREA DE FORTALECIMIENTO TECNICO DEL MSP										
Resultados finales de los estudios Modelo de fortalecimiento, Modelo de los Integrales de difusión y Modelo de Recursos humanos. Plan de trabajo para la difusión y socialización de los resultados de los estudios en seminarios, talleres y otras actividades de difusión. Informe de evaluación de la campaña de Comunicación y sus resultados en los estudios del apoyo logrado en la opinión pública a la acción de los cambios. Informe de evaluación con los resultados de las consultorías para el núcleo de gestión en los estudios de profesionales y la efectividad de las actividades realizadas.	4.1 Presentación del Plan Estratégico de Fortalecimiento Técnico (PEFT), conteniendo entre sus anexos: a) Términos de referencia para los estudios. b) El diseño de la estrategia y el plan de medios para la campaña de comunicación social. c) Los términos de referencia de las consultorías de apoyo a unidades de línea del MSP.	PEFT presentado con el detalle de sus anexos.								
	4.2 Contratación de los estudios, de la campaña de comunicación y de las consultorías de fortalecimiento de las unidades de línea del MSP.	Actividades contratadas.								
	4.3 Puesta en marcha del PEFT, con informes de avance para los estudios, la campaña de comunicaciones y las consultorías de fortalecimiento de las unidades de línea del MSP.	Informes de avances presentados.								
	4.4 Seguimiento y monitoreo de avances del PEFT.	Informes de avances presentados								
	4.5 Presentación de Informe de evaluación del PEFT con los resultados de los estudios, de la campaña de comunicaciones y de las consultorías de fortalecimiento de las unidades de línea del MSP.	Informe de evaluación presentado.								
	4.6 Presentación de un plan de trabajo para la difusión y socialización de los resultados de los estudios en seminarios, talleres y otras actividades de difusión.	Plan de trabajo presentado								

EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PROGRAMA**IMPACTO ECONOMICO-FINANCIERO**

IMPACTO ESPERADO	LINEA BASE (2000-2001)	FINAL DEL PROGRAMA (2003-2004)
resultado neto del ejercicio positivo en IAMC de Montevideo (gastos totales-gastos totales)/ ingresos totales.	-6.6%	Mayor que 0
eficiencia de IAMC de Montevideo (activos totales / pasivos totales).	1.2	Mayor que 1.2
liquidez de IAMC de Montevideo (activos corrientes / pasivos corrientes).	0.4	Mayor o igual a 1
reducción de la deuda del FNR (al 31 de Diciembre de 2000).	US\$70 millones	Al menos un 50% de reducción

IMPACTO TÉCNICO-ASISTENCIAL

IMPACTO ESPERADO	LINEA BASE (2000-2001)	FINAL DEL PROGRAMA (2003-2004)
reducción del % de embarazos captados en las primeras 20 semanas de gestación.	IAMC de Montevideo = 75% (Dic. 2000) Subsistema ASSE = Base 100 Dic. 2001	80% Mejora de 20% sobre la base
reducción del indicador de Consultas de Medicina General y Pediatría / Consultas de Especialidad.	IAMC de Montevideo = Base 100 Dic. 2001 Subsistema ASSE = Base 100 Dic. 2001	Mejora de 10% sobre la base Mejora de 10% sobre la base
mejora en los niveles de satisfacción de los usuarios del subsistema privado y del subsistema público.	Base 100 Dic. 2001	Mejora de 20% sobre la base

IMPACTO ORGANIZATIVO-INSTITUCIONAL

IMPACTO ESPERADO	LINEA BASE (2000-2001)	FINAL DEL PROGRAMA (2003-2004)
reducción del porcentaje de IAMC de Montevideo con separación de funciones administrativas y gerenciales.	10%	80%
reducción del porcentaje de IAMC de Montevideo con auditorías externas.	40%	80%
reducción de la recaudación por venta de servicios en Unidades Prestadoras de Servicios.	Base 100 Dic. 2001	Mejora de 10% sobre la base
reducción del porcentaje de hospitales públicos con centros de costos.	0%	80%
reducción del porcentaje de hospitales públicos con Comité de Calidad.	25%	80%

**URUGUAY
CARTA DE POLÍTICA
DEL PROGRAMA DE REFORMAS DEL SECTOR SALUD**

Montevideo, Julio de 2001

Señor Presidente del
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
Cr. Enrique Iglesias
Washington, D.C.

Estimado Sr. Iglesias:

Esta carta de política presenta el Programa de Reformas que lleva adelante el gobierno de Uruguay y, en particular, los objetivos y las acciones específicas para profundizar las transformaciones modernizadoras del sector salud. Para su implementación, el Gobierno de Uruguay solicita la asistencia financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

I. MARCO DE POLITICAS ECONOMICAS

La economía uruguaya registró un desenvolvimiento satisfactorio durante los años noventa, permitiendo un mejoramiento progresivo de la población en situación más vulnerable. La política de control inflacionario, a través de una administración austera de las finanzas públicas, fue exitosa. La tasa de inflación se redujo desde un nivel de tres dígitos en 1990 a un dígito en 1999. Las reformas económicas estructurales y un favorable entorno externo permitieron superar el estancamiento de los años ochenta para lograr un crecimiento del producto per cápita de 3% promedio anual. Sin perjuicio de ello, el año 1999 fue difícil para Uruguay. La economía se vio afectada por el impacto de las sucesivas crisis financieras internacionales, el deterioro de la relación de intercambio, el aumento de los precios del petróleo, la sequía y las incertidumbres vinculadas con las elecciones presidenciales. Esta combinación de factores explica una caída en el Producto Interno Bruto (PIB) del 3,4% y un crecimiento en la tasa de desempleo, hasta alcanzar el 11,4%. La tendencia recesiva se prolongó durante el 2000 con una contracción del PIB del 1,5% y un aumento de la tasa de desempleo al 14%.

La principal prioridad del Gobierno es la de promover la recuperación sustentable del nivel de actividad económica, manteniendo niveles bajos de inflación. El crecimiento es una condición necesaria para asegurar la reabsorción del desempleo, cuyo nivel supera los máximos socialmente tolerables. Las medidas de política económica se centran en la consolidación de las finanzas públicas, de manera de reducir el coeficiente de endeudamiento y, de esa forma, fortalecer la confianza de los mercados. Simultáneamente, contempla la intensificación de las reformas, apuntando al aumento de las exportaciones y la inversión privada como motores del crecimiento. Para la consolidación del equilibrio en las finanzas públicas, el Gobierno envió al Parlamento un proyecto de presupuesto quinquenal basado en la contención del gasto y en un cambio en la relación deuda-PIB a concretarse a partir del año 2003. El objetivo de la política presupuestaria es bajar el déficit fiscal de un 3,7% a un 2,6% del PIB a fines de 2001 y, al mismo tiempo, reducir los gastos del gobierno, netos de intereses, del 32,5% al 31,9% del PIB. Las

reformas tienen como principio rector colocar en pie de igualdad a las empresas públicas y privadas, eliminando monopolios y estableciendo una adecuada regulación, de manera de asegurar la competencia transparente en los mercados. Adicionalmente, se prevé mantener el régimen libre de restricciones a los pagos y transferencias internacionales y aplicar las reducciones de aranceles aduaneros acordadas con el MERCOSUR.

II. MODERNIZACION DEL ESTADO

Uruguay inició, en 1995, un ambicioso proceso de modernización del Estado que comprende transformaciones en el ámbito de la seguridad social, la educación, el sistema político, la seguridad ciudadana, las empresas públicas y la administración pública. La reforma del Estado constituye, por un lado, un factor que contribuye a aumentar la competitividad de la economía generando un contexto más favorable para enfrentar de manera exitosa el nuevo escenario de mayor apertura comercial e integración regional e internacional. Por otro lado, a través de la elevación de la productividad de la administración pública se incide positivamente en la relación entre el gasto público y el bienestar social.

El proceso de la reforma de la administración pública comprende: (i) la reformulación de las estructuras organizativas de los organismos de la administración central; (ii) la formulación de un presupuesto estratégico basado en planes quinquenales de gestión; (iii) el mejoramiento de los sistemas de compras del Estado; (iv) el sistema de relaciones de trabajo; (v) la interrelación administrativa del ciudadano con el Estado; y (vi) el sistema de evaluación de la gestión pública mediante sistemas de indicadores de eficacia, eficiencia y calidad de los servicios brindados al usuario.

III. MARCO ESTRATEGICO DE POLITICAS DE SALUD

Las autoridades del MSP han definido en forma explícita que el Ministerio de Salud Pública (MSP), como ente rector del sistema de salud, promoverá y establecerá las condiciones para el fortalecimiento de los subsectores público y privado, orientándolos hacia una acción coordinada en el desarrollo de políticas y estrategias que brinden atención integral de salud a toda la población del país, en un marco de desarrollo humano y sostenibilidad financiera de las instituciones. La visión del MSP en el largo plazo es la implementación de un sistema de salud que asegure el acceso universal e integral a toda la población, en función de las posibilidades de país. El rol del MSP es ejercer la modulación y articulación del sistema de salud. Es propósito principal el establecimiento de un modelo de atención con énfasis en el primer nivel (desarrollando y jerarquizando acciones de prevención y promoción), en un sistema de salud estable y equilibrado con normas y reglamentaciones transparentes. A partir de reglas de juego comunes para todo el sistema, que contribuyan a una competencia transparente entre entidades, junto con la transición de un modelo de atención altamente especializado hacia un modelo centrado en la promoción y prevención de salud, es posible construir una organización que asegure una reducción de costos y una cobertura y calidad de salud satisfactoria a toda la población. Esta es la vía para que la calidad de cobertura sanitaria a la que accede la población uruguaya sea consistente con el enorme esfuerzo que realiza la sociedad para financiar el sector salud.

Dentro de esta estrategia, el MSP se propone concentrar sus esfuerzos en las funciones de formulación de políticas y la generación de un contexto de complementación entre las

instituciones públicas y privadas de salud, y competencia regulada. Para ello es clave perfeccionar el funcionamiento del ámbito del MSP, responsable de la regulación del funcionamiento técnico de las instituciones tanto privadas como públicas, desarrollando mecanismos para que los usuarios desplieguen un rol activo como controladores del sistema. Esto se acompañará de un régimen financiero que garantice a las instituciones recursos consistentes con el riesgo epidemiológico de las personas cubiertas, desafío que demanda estructurar un esquema de financiamiento donde se combinen recursos del presupuesto público concentrados en la población de más bajos recursos, de la seguridad social para la fuerza de trabajo formal y aportes voluntarios para la población de nivel socioeconómico más alto. Según este mismo lineamiento, el Fondo Nacional de Recursos perfeccionará su funcionamiento para permitir una respuesta lo más costo-efectiva posible a las contingencias médicas de baja incidencia y alto costo.

Acorde con esta visión estratégica de mediano y largo plazo, el Programa de Reformas del Sector Salud representa un ambicioso plan de acción. El Programa contiene un conjunto sustantivo de políticas que ataca los problemas estructurales del sector, sin descuidar la activación de instrumentos que faciliten la transición.

El primer núcleo del Programa comprende la integración del marco regulatorio para el sector salud, eliminando los incentivos perversos que actualmente existen en el sector y afectan la calidad de los servicios y la adecuada competencia entre las instituciones. Con ello se pretende establecer un marco normativo integrado que articule los aspectos del financiamiento, las coberturas de salud, el modelo institucional y la estructura organizacional del sistema de salud, promoviendo la transparencia y la equidad en las relaciones contractuales entre los beneficiarios y las instituciones prestadoras de servicios de salud. El MSP busca superar las inequidades prevalecientes en el mercado de la salud, promoviendo un mayor nivel de eficiencia y, de esa manera, sustentar la efectiva protección de los derechos de los beneficiarios.

La concreción de este marco regulador integrado apunta, en una de sus líneas centrales, a dotar a la autoridad regulatoria de las atribuciones necesarias para controlar y fiscalizar a todas las instituciones públicas y privadas, sean estas últimas instituciones de asistencia médica colectiva o seguros parciales. Lo anterior, exige la generación de información y el establecimiento de facultades de inspección oportunas y suficientes. La meta es garantizar el cumplimiento de las normas relativas a la constitución de garantías, capital mínimo de operación y la adecuada atención médico-asistencial de los afiliados por parte de las instituciones fiscalizadas.

Para implementar tales acciones, el Programa apoyará el proceso de reestructuración de la organización del MSP, contemplándose en la Dirección General de la Salud el fortalecimiento de la función de fiscalización y control de las entidades públicas y privadas que se desempeñan en el ámbito nacional a través de la División de Servicios de Salud que se creará a tales efectos. La referida División dispondrá de facultades para la habilitación y registro de servicios privados, aplicación de multas y sanciones y la regulación de los procesos de fusión, absorción y liquidación. Asimismo, será responsable de controlar y fiscalizar el suministro de servicios por parte de los prestadores públicos y privados, tanto en lo concerniente a los aspectos médico-asistenciales, protección de los derechos del usuario y control y fiscalización del adecuado uso de los recursos.

El segundo núcleo del Programa es el fortalecimiento del subsistema privado de salud. El Gobierno Nacional, consciente de la gravedad de la crisis que afecta a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, especialmente las que se desempeñan en la jurisdicción del Departamento de Montevideo, ha definido una estrategia basada en mejorar la gestión. Dado el carácter estructural de la crisis que sufren estas instituciones, se impulsa la adopción de cambios en las formas de gobierno y gestión. Para ello se definió un nuevo estatuto tipo que promueve la profesionalización de la gestión, separando las funciones directivas de las ejecutivas y reafirmando la responsabilidad civil de los directivos por los actos en los que incurra la institución durante la vigencia de su mandato. Asumiendo la necesidad de introducir profundos cambios estructurales, que comprenden en muchos casos la reingeniería de estas instituciones, el Programa prevé alentar un proceso de reconversión fundado en el diseño y puesta en marcha de acciones de reforma, con vistas a garantizar su saneamiento financiero. Esta será la base para garantizar adecuados servicios a la población.

Un tercer ámbito de acción del Programa es el fortalecimiento del subsistema público de salud. La Administración de Servicios de Salud del Estado se desarrolló originalmente sobre la base de un modelo centralizado de gestión, lo que junto con el modelo de financiamiento basado en el subsidio a la oferta, generó una estructura de incentivos poco sensible a consideraciones de eficiencia. En este contexto, el Programa apoyará al Gobierno Nacional en una efectiva separación de las funciones de planificación, financiación y regulación, por una parte, y de las funciones de prestación efectiva de los servicios, por otra. En este sentido, se prevé avanzar en la reestructura organizativa del MSP y en la puesta en funcionamiento de compromisos de gestión entre la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y las unidades prestadoras. En forma complementaria, se establecerá un marco adecuado de interacción en la gestión de prestadores públicos con el sector privado a través de convenios que permitan una complementación de servicios.

El Programa incluye también reformas en el Fondo Nacional de Recursos, es decir el instrumento a través del cual el país financia la atención médica altamente especializada para toda la población. La evolución del gasto en este rubro evidencia notables incrementos que no se asocian a la evolución del perfil epidemiológico de la población, sino al aumento del número de actos cubiertos. El Programa prevé apoyar al gobierno en la puesta en marcha de un plan de readecuación conducente al perfeccionamiento del órgano de dirección del FNR y de sus procesos de administración y gestión, orientado a racionalizar y controlar el uso de los recursos y a evitar los incentivos que propician la sobreprestación de servicios. Sobre esta base, se definirán las directrices estratégicas para diseñar un sistema de incentivos que genere oposición de intereses y regule la demanda.

El ambicioso plan de reformas que impulsa el gobierno nacional requiere, adicionalmente, un apoyo de fortalecimiento técnico en áreas críticas de gestión del MSP para la generación de estudios, actividades de capacitación y un acompañamiento comunicacional del proceso de reformas. Dentro de los estudios, se consideran de importancia estratégica, por sus implicancias como factores que contribuyan a sostener el proceso de reformas en el futuro, los siguientes:

- Modelo de financiamiento del sistema de salud uruguayo. La realización de este estudio apunta a identificar las inconsistencias del régimen financiero vigente y los perjuicios que esto genera. Su principal objetivo es propiciar un debate que estimule la generación de

consenso en torno a la necesidad de introducir reformas y delinear la orientación que deberían tener las mismas.

- Modelo de redes integrales de servicios de salud con enfoque promocional y preventivo. El diseño de esta estrategia se ejecutará definiendo contenidos, modalidad operativa, financiamiento, resultados esperados e impacto. Busca aportar fundamentos suficientes para modificar el perfil curativo prevaleciente en el sistema público y privado, incorporando en forma sistemática modalidades promocionales y preventivas.
- Modelo para la modernización de la gestión de los recursos humanos en salud. Este estudio examinará alternativas de reformas sobre las reglas de juego bajo las que se desenvuelven las relaciones laborales en el sector. Su objetivo es estimular un debate en torno a la necesidad de modernizar los estilos de gestión de los recursos humanos, apuntando a promover alternativas frente a prácticas no deseadas pero con fuerte arraigo social y cultural en los actores que se desempeñan en el sector.

Complementariamente, se incluirá el apoyo de asesorías y capacitación para fortalecer la capacidad operativa de las unidades de líneas del MSP encargadas de ejecutar las acciones de políticas acordadas en el ámbito de este programa. Otra línea de apoyo fundamental consiste en la implantación de una campaña de comunicación social que permita consultar e informar a la opinión pública y los principales actores del sector sobre la marcha del proceso de reformas del sector salud.

En síntesis, el Programa de Reformas del Sector Salud apunta a enfrentar simultáneamente problemas estructurales y coyunturales del subsector privado; la descentralización de la gestión de los servicios asistenciales que integran la red de hospitales públicos dependientes de ASSE; y la incorporación de nuevos mecanismos directivos, de gestión y control para el Fondo Nacional de Recursos. Para ello es clave la adecuación de las estructuras del MSP en los aspectos concernientes a la recuperación de su rol rector dentro del sistema de salud y el fortalecimiento de las funciones normativas, de control, regulación y fiscalización de los agentes públicos y privados, todo ello con vistas a mejorar la calidad de los servicios y la mayor satisfacción de los usuarios públicos y privados.

IV. IMPACTO DEL PROGRAMA

El Gobierno está tomando las medidas necesarias para superar la difícil situación económica y social que enfrenta el país. Un componente de particular relevancia dentro del plan de gobierno y que apoya el presente Programa, es impulsar las acciones de políticas que permitan sustanciales mejoras en la cobertura sanitaria de la población, especialmente la que se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad. En la medida en que se unifica e integra el marco regulatorio del sistema de salud uruguayo, al tiempo que se fortalece y moderniza la gestión de sus subsistemas públicos y privados, es posible suministrar más y mejores servicios de salud a la población uruguaya con un criterio prioritario de equidad.

Por su parte, el logro de mayor eficiencia puede contribuir significativamente a atenuar la espiral alcista del gasto total en salud, reduciendo las presiones sobre el déficit público, los costos laborales y el presupuesto de las familias. Proyecciones económicas muy conservadoras permiten inferir que el impacto del Programa, en el corto plazo, se traducirá en una desaceleración de la

tendencia alcista del gasto. Lo importante es que, con los mismos recursos que se cuentan en la actualidad, será posible brindar una mayor y mejor cobertura sanitaria. De esta manera, se habrá dado un paso importante en el objetivo de eficiencia y modernización de la gestión de las instituciones de salud, legitimando su accionar ante sus beneficiarios y logrando un impulso importante para la sustentabilidad de largo plazo del sistema de salud uruguayo.

Las reformas que contempla el Programa son innovadoras, ambiciosas y complejas. Más aún, aplicadas en un sector social tan sensible como salud implican, naturalmente, enfrentar inercias e intereses particulares de actores con poder. En este sentido, el riesgo más importante que enfrenta el Programa está asociado a los potenciales rechazos que genere, por lo que es previsible que la instrumentación de los cambios active presiones corporativas orientadas a detener el proceso o acomodarlo en beneficio de sus intereses particulares, pero en desmedro de la población como un todo. Para aminorar este riesgo, es decisión del Gobierno mantener y profundizar el diálogo con todos los actores involucrados, al tiempo que el Programa apoya estos esfuerzos con una campaña de comunicación social orientada a consultar e informar a la población sobre el verdadero sentido de los cambios. De esta manera, se espera que la vocación transformadora del Gobierno Nacional tenga como principal aliado a los usuarios actuales y potenciales del sistema.

V. APOYO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

La presentación anterior demuestra la importancia y profundidad de la reforma que el Gobierno Nacional de Uruguay se propone encarar en el sector salud y su articulación con el resto de la agenda de políticas públicas que impulsa el país. En este marco, la asistencia financiera y técnica del Banco Interamericano de Desarrollo constituye un apoyo de fundamental importancia a los fines de que estas reformas estructurales sean correctamente implementadas.

Atentamente,

Dr. Luis Frascini
Ministro de Salud Pública

Cr. Alberto Bensión
Ministro de Economía y Finanzas

Cr. Ariel Davrieux
Director de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto

PROYECTO DE RESOLUCION

URUGUAY. PRESTAMO /OC-UR A LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY Programa de Reformas del Sector Salud

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República Oriental del Uruguay, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un Programa de Reformas del Sector Salud. Dicho financiamiento será por una suma de hasta setenta y cinco millones de dólares de los Estados Unidos de América (US\$75.000.000) de la Facilidad Unimonetaria del capital ordinario del Banco, y se sujetará a las "Condiciones Contractuales Especiales" y a los "Plazos y Condiciones Financieras" del Resumen Ejecutivo de la Propuesta de Préstamo.